

INFERMIERI

UNA VOCE CHE GUIDA

PER RAGGIUNGERE GLI SDGs



Infermieri: una voce che guida
per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile



GIORNATA INTERNAZIONALE DEGLI INFERMIERI 2017

Nota sulla traduzione

È sempre presente la difficoltà a rendere concetti come *Primary Health Care* (PHC, tradotta con assistenza sanitaria di base, assistenza sanitaria primaria, oppure, in Italia, resa con cure primarie, che sono però molto diverse dai servizi resi con la PHC nel resto del mondo), *empowerment* (*empowering, empowered*), *advocacy* (e *advocate*), *clinic* (non molto chiaro per noi italiani se tradotto con il sostantivo clinica, e si è reso, quindi, anche con ambulatori o servizi territoriali che, all'estero, sono gestiti, specie in zone rurali o lontane da centri abitati, totalmente da infermieri), *policy*. Per questo si sono a volte lasciati i termini anche in inglese, tra parentesi.

Un'ultima nota: il termine infermiere, se spesso al femminile, è solo per la persistente prevalenza internazionale delle donne nella professione (NDC).

Tutti i diritti, compresa la traduzione in altre lingue, sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta a mezzo stampa, fotocopia o con altri mezzi o archiviata in via elettronica o trasmessa in qualsiasi forma o venduta senza il permesso scritto del Consiglio internazionale degli infermieri. Brevi estratti (non oltre le 300 parole) possono essere riprodotti senza autorizzazione purché ne sia indicata la fonte.

Copyright © 2017 by International Council of Nurses
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95099-41-8

ISBN dell'edizione italiana: 9788894075724

Edizione italiana autorizzata

Copyright © 2017 CNAI, Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere/i

www.cnai.info

Via V. Russo, 8

20127 Milano

Traduzione: Valentina Bettagno, Luca D'Andrea

Curatela: Cecilia Sironi

Layout: Massimo Alberio

Indice

Presentazione all'edizione italiana.....	4
Prima parte: introduzione.....	5
1.1 Gli Obiettivi di sviluppo sostenibile e la professione infermieristica	7
1.2 Un mondo di disuguaglianze	7
1.3 Quali sono gli Obiettivi per uno sviluppo sostenibile?	10
1.4 Perché gli infermieri dovrebbero interessarsi agli SDGs?.....	11
1.5 Opportunità per gli infermieri	12
Parte seconda: gli Obiettivi di sviluppo sostenibile.....	14
Obiettivo 1: povertà zero.....	15
Obiettivo 2: fame zero, migliorare la nutrizione.....	20
Obiettivo 3: salute e benessere	25
Obiettivo 4: istruzione di qualità	36
Obiettivo 5: uguaglianza di genere	40
Obiettivo 6: acqua pulita e igiene	44
Obiettivo 7: energia pulita e accessibile	48
Obiettivo 8: lavoro dignitoso e crescita economica	52
Obiettivo 9: industria, innovazione e infrastrutture	57
Obiettivo 10: ridurre le disuguaglianze.....	61
Obiettivo 11: città e comunità sostenibili.....	64
Obiettivo 12: consumo e produzione responsabili	68
Obiettivo 13: agire per il clima.....	70
Obiettivo 14: la vita sott'acqua.....	73
Obiettivo 15: la vita sulla terra	74
Obiettivo 16: pace, giustizia e istituzioni forti	75
Obiettivo 17: partnership per gli obiettivi	78
Parte Terza: come puoi essere una voce che guida?	83
3.1 Una voce per guidare – come persona	84
3.2 Una voce per guidare – come professione	88
3.3 Una voce per guidare – come membro di un team multidisciplinare	89
3.4 Guida e fatti sentire	90
3.5 Azioni dei governi	91
CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE	93
Elenco delle figure.....	101
Elenco dei <i>Case Study</i>	102

Presentazione all'edizione italiana



È con piacere che presentiamo anche quest'anno la traduzione del materiale predisposto dall'*International Council of Nurses* per la Giornata internazionale degli infermieri, che si celebra il 12 maggio e che in numerosi Paesi protrae i festeggiamenti per tutta la settimana. È stato un lavoro molto impegnativo sia per la corposità del testo, sia per i contenuti proposti. Il tema del 2017 è ***Infermieri: una voce che guida per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile.***

Chi è abituato a leggere questi documenti annuali, noterà la notevole differenza con i precedenti: è stato infatti chiesto a tutte le associazioni aderenti all'ICN di inviare *Case Study* che documentassero come concretamente uno o più infermieri avessero “fatto la differenza” nella vita di persone, famiglie e comunità per far loro raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile. Anche i testi scelti per i quattro poster preparati per la manifestazione del 2017 sono molto significativi e fra questi spicca la citazione della fondatrice dell'ICN, Ethel Gordon Manson (più nota come Ethel Bedford Fenwick¹): “Mi permetto di sostenere che la professione di infermiera è una professione di grande umanità in tutto il mondo” (Bedford Fenwick, 1901, p. 788).

È trascorso più di un secolo, il femminile (“infermiera”) è divenuto maschile (e così lo abbiamo tradotto: “infermieri”), ma la presenza dell'obiettivo 5, *Uguaglianza di genere*, fra quelli proposti dalle Nazioni unite (*Sustainable Development Goals, SDGs*), così come altri aspetti inclusi in tutti gli altri fanno molto riflettere sul lavoro che resta da compiere.

Utopia? Idealismo? Sogno? Per quale ragione gli SDG dovrebbero interessare gli infermieri?

Pensando alle realtà quotidiane e all'enorme patrimonio culturale, professionale e umano che i 439.860 infermieri italiani ogni giorno mettono in campo per garantire un'assistenza ai cittadini con sempre meno risorse, siamo in linea con quanto espresso nel documento. Sulle modalità impiegate per “farsi sentire”, per essere leader, per incidere creando alleanze con le comunità locali, ma anche con chi prende le decisioni abbiamo, invece, ancora molto da imparare.

L'auspicio è che questo dossier sia letto da un numero sempre maggiore di infermieri, ma anche da funzionari, dirigenti, politici, giornalisti, presidenti di associazioni e società scientifiche, dai cittadini e da quanti possono agire in diversi modi per influire sul raggiungimento di questi obiettivi. L'Italia è stata ed è un esempio non solo per l'intera Europa, ma per tutto il mondo per ospitalità, accoglienza e solidarietà. Proviamo a contagiare sempre di più con i nostri valori professionali quanti prendono le decisioni in modo da avere più equità e giustizia nell'impiego delle risorse: è un nostro dovere etico e, come CNAI, cercheremo sempre di fare la nostra parte.

Buona giornata degli infermieri a tutti!

La Presidente CNAI
Cecilia Sironi

Milano, 25 aprile 2017

¹ Si veda Sironi C. (2012) *L'infermiere in Italia: storia di una professione*. Roma: Carocci Faber, pp. 154-159 e Gordon Fenwick E. (1901) The International Council of Nurses: A Message from its President. *The American Journal of Nursing*, 1(11): 785-790.

Prima parte: introduzione

Tutti noi conosciamo la famosa citazione del Mahatma Gandhi, “Sii il cambiamento che desideri vedere nel mondo” e, sebbene questo sia un sentimento elevato, veniamo costantemente indotti a sentirci in colpa per non aver fatto la nostra parte. Gli infermieri, attraverso la professione che hanno scelto, giorno dopo giorno, fanno sacrifici per aiutare il prossimo. Siamo spesso indicati come angeli, modelli di ruolo, persone di buon cuore, generose, che si prendono cura degli altri. Quindi in che modo possiamo davvero fare di più?

Quest'anno l'ICN ha scelto il tema *Infermieri: Una voce che guida per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile*. Questo significa che l'ICN chiede agli infermieri di fare di più? Ci si aspetta davvero che noi infermieri usciamo e risolviamo tutti i problemi del mondo quando siamo già oberati di lavoro, sottopagati, a corto di risorse ed esausti?

Box 1

“C'è un mondo di apatia là fuori. Ogni singolo giorno accadono molte cose che non sono giuste. Mentre sei chiamato a scegliere la tua battaglia è veramente importante che, quando incontri cose che non sono giuste, tu prenda una posizione a riguardo. La leadership, l'abilità di guidare, implica imparare a farlo in modo efficace. Non saresti un capo ragionevole se non avessi l'istinto di dire: 'Questo è qualcosa che devo rimettere a posto'”.

Marla Salmon, Former Chief Nursing Officer, US Department of Health and Human Services

La risposta semplice e tranquilla è: lo stai già facendo! E questo è ciò che vogliamo dimostrare quest'anno festeggiando le conquiste degli infermieri. Potresti anche non esserti reso conto che ciò che fai è di aiuto al raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite (*Sustainable Development Goals*, SDGs) ma, il sito internet, il nostro *toolkit*, i nostri video e le nostre campagne sui social mediati aiuteranno a capire cosa sono gli SDGs, perché sono importanti e in che modo tu, al pari di milioni di infermieri nel mondo, stai già contribuendo al loro successo e a rendere la salute una realtà per miliardi di persone in tutto mondo.

Seguici mentre raccontiamo le storie di eroi ignoti dell'assistenza infermieristica e di come essi stanno combattendo per migliorare la vita delle persone attraverso azioni che si collegano agli SDGs. In questa Giornata internazionale degli infermieri, cerchiamo di celebrare le loro storie, per ispirarci ad agire dimostrando in che modo gli infermieri possono influenzare l'ambiente e le comunità in cui vivono per creare un mondo più sano.

La storia di Malaika

Il 14 agosto del 2016, la CNN trasmise un servizio sulla storia di Malaika, la capo infermiera dell'Ospedale dei bambini di Aleppo in Siria. Negli ultimi cinque anni, il Paese è stato lo scenario di una triste e brutale guerra civile che ha coinvolto quasi tutte le maggiori forze militari del pianeta e ha visto anche la distruzione di molte istituzioni statali, incluso l'intero sistema sanitario.

L'ospedale di Malaika è stato bersagliato, colpito molteplici volte dal fuoco di attacchi aerei, razzi e piccole armi da fuoco che hanno portato al ferimento e alla morte sia dei pazienti pediatrici sia del personale dell'ospedale.

Malaika racconta molte storie nelle quali la sua vita e quella dei suoi pazienti sono state in pericolo. In una di queste occasioni, stava camminando per strada quando fu colpita dal frammento di una bomba lanciata durante un attacco aereo e dovette essere trasportata precipitosamente in ospedale. In un'altra occasione, ancora a seguito di un'incursione aerea, fu persa la fornitura di ossigeno nell'unità neonatale. Uno dei bambini dovette essere rianimato ma era troppo tardi, il bambino morì fra le sue braccia. Durante quell'attacco altri tre bambini morirono sepolti dai detriti e per la polvere inalata.

Senza più una casa e con tutta la sua famiglia in fuga verso la Turchia Malaika, essendo una dei pochi operatori sanitari rimasti in città, continua a lavorare e vive in ospedale, nonostante i pericoli e i rischi per la sua stessa vita. Presta le sue cure a coloro che sono più vulnerabili e a coloro che ne hanno più bisogno [1].

Box 2 - La salute è un diritto

“Possiamo sperare che la maggior parte di noi non verrà mai chiamato a prestare servizio in tempo di guerra. Ma vi sono epidemie come Ebola, vi sono tempeste mortali, vi sono esplosioni, vi sono sparatorie di massa. Anche il lavoro “quotidiano” di un infermiere può far sentire, a volte, totalmente sopraffatti” [2].

“Ciò che distingue gli infermieri migliori è ciò che essi fanno in quelle situazioni. Tutti gli infermieri 'sistemano' i pazienti. I migliori poi intervengono su tutto ciò che impedirebbe di mettere in atto le migliori cure per i successivi”.

Patricia Davidson, Dean of John Hopkins School of Nursing [3]

Questa è una storia tragica con la quale iniziare, ma è necessario narrarla dato che mette in risalto la dedizione e la rinuncia alla propria sicurezza al beneficio degli altri. La rottura della pace e la distruzione del tessuto che tiene adesa una società non è essa stessa una malattia, ma porta agli stessi risultati con conseguenze disastrose sul benessere fisico e mentale di un'intera comunità.

Come rimarcato dallo Statuto dell'OMS, la salute è uno dei diritti dell'uomo e gli infermieri hanno un ruolo centrale nel ristabilire la salute delle persone, ma anche nel prevenire la malattia e nel massimizzare il potenziale per una vita sana ovunque e in qualsiasi momento sia possibile. Sir Michael Marmot riassunse nel modo migliore questo concetto quando disse: “Perché curare le persone per poi rimandarle nelle stesse condizioni che le hanno fatte ammalare?”

La storia di Malika ci parla del lavoro di un'infermiera per preservare la salute, anche in mezzo a pericoli e perdite. Sebbene si tratti di un esempio estremo di abnegazione, ci sono infermieri e infermiere in tutto il mondo che lavorano ogni giorno nel disperato tentativo di migliorare la salute di individui, famiglie, comunità e nazioni anche se a un costo personale elevato, sia esso di tipo fisico, sociale o psicologico. Questa passione, in situazioni avverse, è un impulso condiviso che sta al cuore della comunità infermieristica.

1.1 Gli Obiettivi di sviluppo sostenibile e la professione infermieristica

Gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) furono adottati dalle Nazioni Unite nel 2014 in sostituzione agli Obiettivi di sviluppo per il Millennio (MDGs). Contengono 17 obiettivi che coprono un ampio raggio di temi legati allo sviluppo sostenibile nel mondo quali: porre fine alla povertà, alla fame, migliorare la salute e l'istruzione, combattere i cambiamenti climatici, ecc. I 191 Stati Membri dell'ONU hanno concordato di raggiungere questi nuovi obiettivi entro il 2030. La salute ha una posizione centrale nel terzo obiettivo (SDG 3, "garantire vite sane e promuovere il benessere in ogni età", e gli infermieri hanno chiaramente un ruolo di spicco da giocare in relazione al SDG 3. Il lavoro degli infermieri ha però un grande impatto anche nel raggiungimento di altri SDGs quali istruzione e povertà - si fa spesso riferimento a questi ultimi come determinanti sociali della salute (*Social Determinants of Health*, SDH). I SDH sono le condizioni nelle quali le persone sono nate, cresciute, lavorano, vivono, e influenzano le condizioni di salute e la vita quotidiana. Mentre gli infermieri migliorano la salute, il loro lavoro fa spesso riferimento ai SDH poiché gli infermieri comprendono i nessi tra condizioni più ampie e la salute di ciascun individuo e della popolazione. Questo documento e lo studio dei casi che proponiamo, dimostrano quelle relazioni e chiariscono per quale motivo gli infermieri sono importanti non solo per migliorare la salute individuale ma anche per raggiungere gli SDGs.

1.2 Un mondo di disuguaglianze

Gli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDGs) hanno fatto molto per migliorare la vita di milioni di persone in tutto il mondo, ma il divario fra i ricchi e i poveri, chi è sano e chi non lo è, chi è istruito e chi non ha istruzione continua a crescere. Gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) hanno lo scopo di affrontare le disparità fra nazioni, ma anche all'interno delle stesse nazioni.

È ormai noto che fattori sociali come l'istruzione, lo stato occupazionale, il reddito, il genere e l'etnia hanno un'influenza diretta su quanto una persona è sana.

Box 3 - L'analogia dell'aiuola

Mary desidera piantare fiori rossi e fiori gialli. Compra semi della migliore qualità per entrambi i fiori, ma pianta i semi dei fiori gialli in terreno della migliore qualità e mette i semi dei fiori rossi in un terreno roccioso e meno fertile. L'aiuola con i fiori rossi riceve meno fertilizzante, è meno irrigata e non viene ripulita dalle piante infestanti molto spesso. L'aiuola dei fiori gialli riceve la giusta quantità di raggi solari, acqua e nutrienti, e Mary si premura di diserbarlo regolarmente. Quando i fiori sbocciano, quelli gialli sono più alti, più forti e hanno più petali rispetto ai fiori rossi. "Lo sapevo che i fiori rossi non erano buoni quanto quelli gialli", pensa Mary.

Prendiamo come esempio l'aspettativa di vita. L'Organizzazione mondiale della sanità riferisce un divario di 35 anni nell'aspettativa di vita fra i paesi più avanzati e quelli più arretrati [4]. La figura 1 qua sotto mostra che questo divario esiste anche all'interno degli stessi paesi – anche paesi con reddito elevato, come l'Inghilterra.

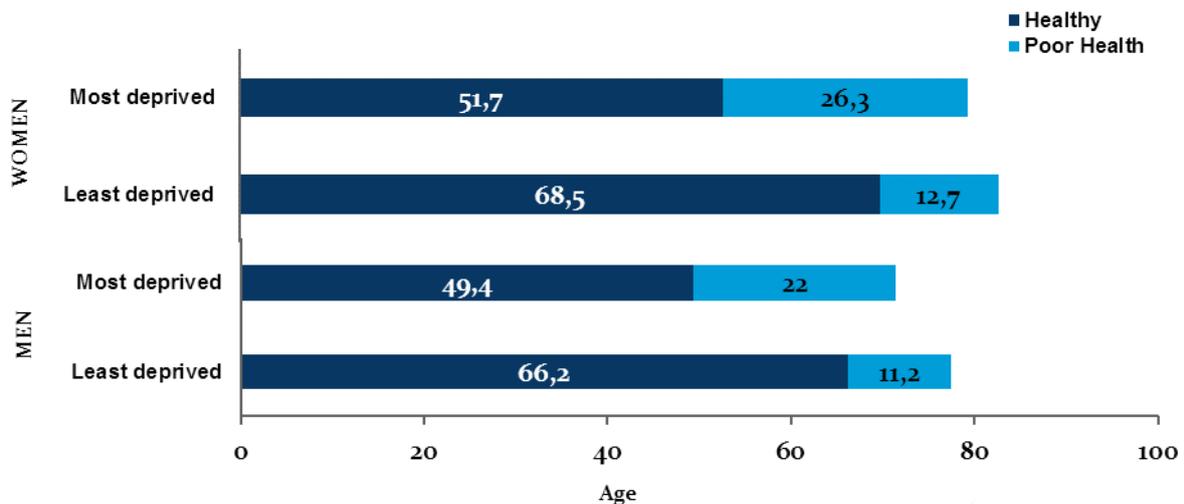


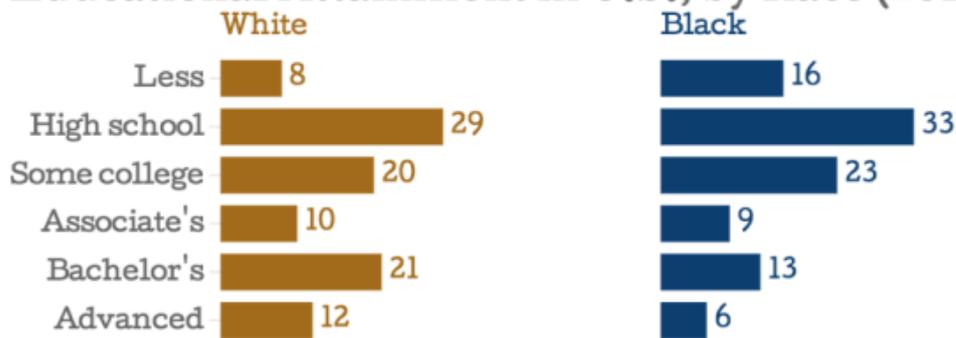
Figura 1 - Anni di aspettativa di vita in buone condizioni di salute e in cattiva salute e deprivazione in Inghilterra [5].

L'aspettativa di vita non ha però a che fare solo con la ricchezza e la povertà, riguarda anche la qualità della vita e le differenze osservate fra i gruppi sociali, con basso, medio e elevato reddito. Lo stesso fenomeno si osserva in ogni parte del mondo, più bassa è la posizione socio-economica, più elevato è il rischio di essere in cattiva salute e vi è un'accresciuta probabilità di morte prematura.

La questione non riguarda semplicemente un accesso limitato ai servizi sanitari. Una salute precaria può essere attribuita alle non eque condizioni in cui le persone sono nate, cresciute, vivono, lavorano e invecchiano. Sono le disuguaglianze di potere, soldi, istruzione e risorse che accrescono le iniquità nella vita quotidiana. Questi elementi sono meglio conosciuti come determinanti sociali della salute.

Prendiamo, per esempio, il livello di istruzione. La Figura 2 mostra i titoli di studio conseguiti negli Stati Uniti d'America, per razza. Secondo quanto riportato da Lindsay Cook in un articolo per *US News* [6], verosimilmente gli studenti di colore sono bocciati a scuola tre volte più degli studenti bianchi e tre volte di più sono sospesi o espulsi. I bambini di colore vivono in molti casi in contesti famigliari con basso reddito e incerto accesso al cibo, e in quartieri poco sicuri.

Educational Attainment in U.S., by Race (2013)



USNews

Advanced is master's, professional or Ph.D. Lindsey Cook for USN&WR; Source: Census

Figura 2 - Conseguimento dei titoli di studio negli USA per razza (2013) [6]

Vi sono notevoli prove che mostrano che il livello d'istruzione è fortemente collegato alla salute e a comportamenti salutari. Uno studio condotto da Breierova e Duflo (2004) trovò che un aumento del numero medio di anni d'istruzione nelle famiglie in Indonesia riduceva la mortalità infantile approssimativamente di 10 punti percentuali rispetto al livello medio del 22.5%[7].

La correlazione è chiara – migliorare i determinanti sociali della salute migliorerà la salute stessa, quindi dobbiamo guardare a tutti gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) e comprendere in che modo noi, come infermieri, stiamo agendo per migliorare la salute attraverso una miriade di pratiche differenti e innovative.

Equità nella salute e i determinanti sociali della salute

I determinanti sociali della salute (*social determinants of health*, SDH) sono le condizioni nelle quali le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Queste circostanze sono plasmate dalla distribuzione di denaro, potere e risorse a livello globale, nazionale e locale. ISDH sono i principali responsabili delle disuguaglianze nella salute - le ingiuste ed evitabili differenze nello stato di salute osservate all'interno e fra i paesi.

Equità nella salute e determinanti sociali sono riconosciute come la componente critica del programma globale di sviluppo sostenibile del post-2015 e della spinta verso il progressivo raggiungimento della copertura sanitaria universale (*universal health coverage*, UHC). Se si devono ridurre le disuguaglianze nella salute, devono essere affrontati e integrati in modo sistematico sia gli SDH sia gli UHC. [8]

Inoltre, gli obiettivi collegano in modo inestricabile i determinanti sociali della salute a tutto lo spettro dei settori governativi (per esempio, agricoltura, risorse idriche, edilizia, istruzione, energia, trasporti, infrastrutture, sviluppo sociale, salvaguardia ambientale, amministrazione) e non solo al settore sanitario. Naturalmente, il terzo obiettivo di sviluppo sostenibile (SDG 3) tratta nello specifico di salute (vite sane e benessere per tutti), ma i determinanti sociali della salute (a volte chiamati "le cause delle cause") sono chiaramente evidenti in ogni settore. Il nostro ruolo come infermieri è di prendere il linguaggio degli SDGs e di tradurlo nel linguaggio delle priorità di ogni nazione, così come disposte dal governo, e collegarle in

modo esplicito alle politiche da loro pubblicate. Rispetto ai 17 obiettivi, possiamo avere una potente influenza nel conseguimento della maggior parte di essi.

In relazione alla salute, all'interno degli SDGs è riconosciuto l'impatto dei determinanti sociali sulla salute e sul benessere. L'OMS riconosce che le circostanze socioeconomiche di individui e gruppi hanno perlomeno tanta - e spesso molta di più - influenza sullo stato di salute quanto l'assistenza medica e i comportamenti salutari individuali. Alcuni dei più importanti determinanti sociali della salute includono la povertà, le disuguaglianze economiche, lo status sociale, lo stress, l'istruzione e l'assistenza nei primi anni di vita, l'esclusione sociale, l'occupazione e la sicurezza sul lavoro, il sostegno sociale e l'accesso al cibo.

Box 4

"I determinanti sociali della salute sono le condizioni sociali ed economiche che influenzano la salute di individui, comunità e giurisdizioni nel loro insieme. I determinanti sociali della salute stabiliscono anche se gli individui resteranno in salute o si ammalano (una definizione ristretta di salute). Inoltre, i determinanti sociali fissano il grado con il quale una persona possiede risorse fisiche, sociali e personali per identificare e raggiungere le proprie personali aspirazioni, soddisfare bisogni e reagire alle difficoltà che l'ambiente presenta (una definizione più ampia di salute). I determinanti sociali si riferiscono alla quantità e alla qualità della varietà di risorse che una società mette a disposizione dei propri membri" [9].

Lo Studio sul carico globale di malattia[10] dimostra che indicatori di sviluppo come il reddito, l'istruzione e tassi di natalità sono elementi critici per una vita sana, ma non sono gli unici fattori che determinano la salute. Numerosi paesi, malgrado il loro livello di risorse, hanno migliorato la salute delle proprie popolazioni attraverso il miglioramento dell'igiene, delle vaccinazioni, della qualità dell'aria negli interni e della nutrizione. L'ampliamento che si può osservare nel programma degli SDGs riflette il bisogno di considerare con una visione olistica le radici dello sviluppo economico, sociale e ambientale. Della salute delle popolazioni non è responsabile solo il settore sanitario, lo sono anche quello dei trasporti, dell'ambiente, dell'edilizia, del commercio e dell'agricoltura.

1.3 Quali sono gli Obiettivi per uno sviluppo sostenibile?

Gli Obiettivi per uno sviluppo sostenibile (SDGs) si fondano sul successo degli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDGs), ma questi si spingono più lontano e affrontano questioni che riguardano le popolazioni, il pianeta, la prosperità, la pace e la collaborazione. Nel settembre 2015, i leader del mondo si sono accordati su 17 obiettivi e 169 target. Sebbene questi non siano legalmente vincolanti, ci si aspetta che i governi li facciano propri e istituiscano delle strutture nazionali per il loro raggiungimento. Nel corso dei prossimi 15 anni i paesi metteranno in campo gli sforzi necessari a porre fine ad ogni forma di povertà, a combattere le disuguaglianze e contrastare i cambiamenti climatici, assicurando, allo stesso tempo, che "nessuno sia lasciato indietro"[11].



1.4 Perché gli infermieri dovrebbero interessarsi agli SDGs?

Ti starai ancora chiedendo in che modo il tuo contributo agli SDGs può fare la differenza? Ma ci sono diverse ragioni cruciali sul perché tu - e tutti gli infermieri - dovresti interessarti agli SD.

1. **Gli infermieri assistono gli altri**– Gli infermieri intraprendono la professione per migliorare la salute di individui e popolazioni. Questo è fondamentale per l'essenza dell'assistenza infermieristica. Come affermato nella definizione di assistenza e professione infermieristica dell'ICN: "L'assistenza infermieristica include la promozione della salute, la prevenzione della malattia, la cura degli ammalati fisici, mentali e delle persone disabili di tutte le età, in tutti i contesti di assistenza sanitaria e di comunità. All'interno dell'ampio spettro dell'assistenza sanitaria, i fenomeni che riguardano in particolare gli infermieri sono le risposte della persona, famiglia e gruppo ai problemi di salute reali o potenziali". Come infermieri siamo perciò legittimamente preoccupati rispetto a dove nascono i bambini, dove le persone crescono, dove vivono, lavorano e invecchiano.
2. **È la cosa giusta da fare** – La dinamica sottostante a tutto ciò è quella della giustizia sociale. Dovremmo imparare e contribuire agli SDGs perché è la cosa giusta da fare. Possiamo prevenire le morti infantili e materne; possiamo porre fine alla povertà estrema; possiamo migliorare la qualità della vita; possiamo garantire che i bambini frequentino la scuola; possiamo porre fine alla violenza e all'oppressione; possiamo avere la giustizia. Gli SDGs ci presentano l'opportunità di applicare le conoscenze di cui disponiamo come infermieri per creare un mondo più sano e migliore.
3. **Il cambiamento è possibile** – Nel periodo degli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDGs) il mondo ha assistito a miglioramenti incredibili nell'aumento dell'aspettativa di vita, la riduzione della mortalità infantile, un maggior numero di bambini che frequentano la scuola, la riduzione della povertà estrema e un migliorato accesso a fonti d'acqua sicura e igiene. Sebbene vi possa essere scetticismo a proposito degli ambiziosi obiettivi

fissati negli SDGs, gli MDGs ci mostrano che il progresso è possibile e che la vita di un numero incalcolabile di persone potrà beneficiarne.

4. **Si tratta della nostra salute** – Gli SDGs non hanno a che fare solo con le persone dei paesi a basso reddito. Essi toccano tutti noi. Il raggiungimento di questi traguardi (*targets*) migliorerà la vita delle persone delle nostre comunità, delle nostre famiglie, e perfino la nostra stessa salute. Essi sono importanti perché voi siete importanti.

1.5 Opportunità per gli infermieri

Le scienze infermieristiche hanno una forte tradizione nello studio dei determinanti della salute. Per molti, i primi nessi ai determinanti della salute risalgono ai lavori condotti da Florence Nightingale. Nel suo famoso scritto *Notes on Nursing*, Nightingale descrive dettagliatamente i propri intendimenti sulla salute e l'intera gamma di ciò che la determinano; mette in relazione fattori personali come igiene e alimentazione, con elementi sociali fortemente radicati come il rituale di far visita agli ammalati, e considerazioni di tipo economico inclusa l'influenza della classe sociale sulle abitazioni e la salute, fino ad aspetti ambientali che comprendono l'igiene di ogni cosa, dagli effetti lettereschi ai muri e oltre. La prospettiva della Nightingale era tipica del suo tempo, mentre è rimasta notevolmente rilevante per i nostri tempi [12].

Box 5

“Gli infermieri rispondo ai bisogni di salute delle persone in ogni contesto e lungo tutta la durata della vita. I loro ruoli sono cruciali nel conseguimento dei mandati globali quali una copertura sanitaria universale e gli Obiettivi per uno sviluppo sostenibile”.

Dott.ssa Margaret Chan nella presentazione a Global directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020

Ethel Bedford Fenwick fu una appassionata sostenitrice dell'organizzazione e aggregazione delle infermiere. In qualità di cofondatrice dell'ICN, credeva che le infermiere sia come individui sia come collettività potevano fare “un'enorme differenza” per gli ammalati. Grazie a un'adeguata formazione, chiedeva alle infermiere di essere più che “strumenti per alleviare la sofferenza”, ma anche “foriero della sua prevenzione”. La sua passione nell'ispirare e unire le infermiere mirava ad affermare che il lavoro delle infermiere andava ben oltre il confine delle mura dell'ospedale per influenzare il benessere dei paesi e del mondo intero. [13]

Virginia Henderson avrebbe in seguito descritto e articolato i concetti dell'assistenza infermieristica. Era fermamente convinta che funzione dell'infermiera è aiutare il paziente. Sarebbe stata una delle prime pioniere nell'affermare che le infermiere si preoccupano di fornire un'assistenza centrata sulla persona che consideri un approccio olistico

all'assistenza. Questi aspetti sarebbero stati in seguito enunciati nel suo *Fondamenti dell'assistenza infermieristica*².

Box 6

“Pensate a quanto siano rare 'completezza' o 'integrità' di mente e corpo. Se ogni uomo trova che godere di buona salute sia un obiettivo impegnativo, pensate a quanto sia difficile per un'infermiera essergli d'aiuto nel raggiungerlo, visto che deve in un certo senso, entrare 'nella pelle' di ognuno dei suoi pazienti per conoscere non solo ciò che vuole, ma anche ciò di cui ha bisogno per mantenersi in vita e recuperare la salute. Lei è, in via temporanea, la coscienza dell'incosciente, l'amore per la vita del suicida, la gamba dell'amputato, gli occhi di chi è appena diventato cieco, il mezzo di locomozione per l'infante, conoscenza e fiducia in sé stessa per la giovane madre, la voce per coloro che sono troppo deboli o introversi per parlare, e così via” [14].

È qui possibile notare le connessioni storiche fra i determinanti sociali e il ruolo dell'infermiere. L'opportunità non viene dal fatto che i determinanti sociali e il loro impatto sulla salute siano una novità per gli infermieri, ma perché la professione infermieristica possiede un retaggio storico in quest'area. Infatti, questo concetto appartiene al nucleo della nostra professione. Gli infermieri hanno un mandato per essere ambasciatori e leader in questo campo, che si estende ben oltre i soli obiettivi collegati alla salute. Esso include quei determinanti che hanno un impatto sulla salute e sul benessere.

Come infermieri, sappiamo che la salute implica più dell'erogazione dei servizi sanitari e che si devono affrontare anche le cause sociali economiche e politiche dei problemi che vediamo. Guerre e instabilità, incertezze economiche, disparità di reddito e l'aumento del divario tra ricchi e poveri, contrastano le opportunità di vita delle persone e ne influenzano profondamente la salute e il benessere[15]. Gli infermieri che lavorano in ambito clinico sono in una posizione unica per essere testimoni di queste realtà: ma dobbiamo ancora renderci pienamente conto del nostro potere di portare il cambiamento parlando delle sofferenze umane che vediamo.

Gli SDGs sono una mappa che ci mostra una visione di un mondo sano, pacifico e prospero. Tuttavia questi obiettivi possono essere raggiunti solo se le cose sono fatte in modo differente, e come infermieri abbiamo una parte davvero importante da giocare. La nostra voce è la voce degli individui, delle famiglie, dei gruppi e delle comunità con i quali lavoriamo. La nostra voce è la voce di più di 20 milioni di infermieri in tutto il mondo, è una voce che guida nella trasformazione del nostro mondo.

Il nostro obiettivo è alzare quella voce per guidare, per ispirare altri a raccogliere la sfida, per informare i colleghi, i governi e il pubblico ad usare a proprio vantaggio le conoscenze degli infermieri e celebrare il lavoro che ogni giorno essi svolgono per portare avanti gli impegni globali di salute. Lavorare per attuare questo programma globale porterà ad un'ulteriore unificazione della professione infermieristica e rafforzerà la partecipazione collaborativa sia all'interno sia al di fuori del settore sanitario. Il contributo degli infermieri al raggiungimento degli SDGs è sia sul piano delle cure dirette, sia a livello della presa di decisioni sulle politiche.

²Qui mettere fonte primaria e le nostre traduzioni CNAI (Ndc).

Parte seconda: gli Obiettivi di sviluppo sostenibile

Le disuguaglianze sociali esistono in una vasta gamma di domini, per esempio l'età, il genere, la razza, l'etnia, la religione, la lingua, la salute fisica e mentale. Inoltre, alcuni gruppi all'interno della società stessa risultano particolarmente svantaggiati e tra questi si trovano coloro che sono senza casa, i migranti, i rifugiati e i richiedenti asilo. Molte persone vivono anche in condizioni di assoluta povertà e non ricevono alcun contributo economico. Queste disuguaglianze interagiscono in modo complesso e influiscono sul modo in cui le persone nascono, crescono, vivono e invecchiano. Tutto ciò incide sulla loro salute, il loro benessere e le loro possibilità di raggiungere il loro potenziale [16].

Il prossimo paragrafo offre alcuni esempi nei quali gli Obiettivi di sviluppo sostenibile hanno avuto un profondo impatto sulla salute di individui, comunità e paesi.

Box 7

“Possiamo capire molto di come un Paese risponde alle esigenze dei propri cittadini – ovvero offre loro le condizioni perché possano condurre una vita fiorente – dallo stato di salute dei cittadini stessi”.

Michael Marmot, President, World Medical Association, 2015-2016 [17]

Obiettivo 1: povertà zero

Nel marzo 2016 Amelie si suicidò. Aveva solo dieci anni. Nella piccola comunità di Looma, nel West Kimberly in Australia, divenne la diciannovesima persona a commettere suicidio nell'arco di un periodo di tre mesi. La morte di un bambino è tragica, soprattutto se è egli stesso a causarla con le sue stesse mani. Mentre è importante osservare le circostanze individuali che riguardano la morte di Amelie, è altrettanto importante osservare il contesto in modo più ampio. Per gli indigeni all'interno dell'Australia, il tasso di suicidio giovanile tra le ragazze è sei volte più alto che fra i giovani non indigeni. Per i ragazzi, il tasso di suicidio fra gli indigeni è quattro volte più elevato che fra i ragazzi non indigeni. Perché così tanti giovani indigeni cercano di porre fine alle proprie sofferenze in modo così drammatico?

Sir Michael Marmot [17] definisce il suicidio come “la risposta al senso di impotenza, l'ultimo disperato tentativo di controllare una situazione incontrollabile”. La mancanza di *empowerment* può essere connessa ad aspetti differenti: cause materiali (mancanza di denaro per comprare i beni di prima necessità come il cibo); psicosociali (i mezzi per avere il controllo sulla propria vita); politiche (avere voce in capitolo). Le popolazioni indigene australiane, così come le persone più svantaggiate in generale, non hanno potere (*disempowered*) in tutte e tre le aree sopra citate. Il senso d'impotenza (*disempowerment*) non è confinato in una parte del mondo. Si manifesta universalmente e non ha come solo effetto il suicidio, ma ha conseguenze su tutti gli aspetti della salute e del benessere.

La povertà è spesso l'ingrediente velenoso che crea questo *disempowerment*. La povertà affligge la gerarchia sociale e limita in modo particolare lo sviluppo intellettuale e sociale dei bambini. Fin dall'infanzia esistono delle condizioni che ostacolano le persone al raggiungimento del loro potenziale. L'insieme di ciò che accade durante l'infanzia ha un profondo impatto sugli anni successivi. Molte condizioni avverse nella vita di un bambino portano a meno opportunità d'istruzione, a meno opportunità di avere un lavoro buono e significativo, a un basso reddito, ad ambienti peggiori, a un elevato tasso di fumatori, a un'alimentazione inadeguata, all'incremento del consumo di alcool e droghe. Questi limiti incombono sulle persone già dall'infanzia e riducono la capacità di godere delle libertà basilari necessarie a dare un senso alla propria vita e a massimizzare la propria salute. La povertà mette in atto un circolo vizioso difficile da spezzare per chiunque; sconvolge le condizioni sociali nelle quali le persone devono crescere, vivere e invecchiare [17].

La povertà ha inoltre un impatto immediato sulla salute: esiste un'ovvia correlazione tra salute e l'accesso al cibo, ai vestiti e alla possibilità di avere un riparo. La povertà incide anche sulla capacità di una persona di accedere ai servizi sanitari e di ricevere i trattamenti richiesti per il ripristino della salute.

Ripercorrendo la storia dell'assistenza infermieristica, si potrebbe affermare che gli infermieri sono sempre stati in prima linea nell'assistenza e nel lavoro con coloro che sono più vulnerabili e impotenti (*disempowered*). Abbiamo visto e testimoniato come, in modo incredibile e con spirito di sacrificio, gli infermieri lavorino per il miglioramento della salute altrui. Ci sono infermieri che curano i detenuti a prescindere dai crimini che hanno commesso; ci sono infermieri che lavorano per strada assistendo i senzatetto; ci sono infermieri per tutti coloro che varcano la porta di un ospedale; sono presenti sul retro di un

camion adibito a clinica mobile; ci sono infermieri che operano in situazioni di completa carenza di risorse, nelle località più remote del mondo.

Mentre questo prendersi cura ha cercato di migliorare la salute, ha portato anche a un avanzamento della professione infermieristica stessa. Gli infermieri hanno spesso dovuto colmare il vuoto dove nessun'altra professione era disposta o non era potenzialmente in grado di lavorare. Questo ha messo alla prova la percezione, sia nostra sia del pubblico, dei ruoli e delle responsabilità della professione infermieristica, con una conseguente modifica degli ambiti di esercizio. Ciò ha reso gli infermieri testimoni di prima mano delle cause di cattiva salute e malattia. Quella degli infermieri è una voce autorevole perché essi vedono i bisogni di salute dei pazienti al di là della diagnosi medica.

Case Study 1.1 - L'infermiere di famiglia nei quartieri urbani, USA

“Gli infermieri devono abbattere i muri tra le professioni per creare interventi con un buon rapporto costo-efficacia in grado di migliorare le vite dei pazienti con bisogni di salute e sociali complessi”.

La Dott.ssa Katherine K. Kinsey, PhD, RN, FAAN, è l'infermiera dirigente e ricercatrice principale per i programmi di visite a domicilio di madri e bambini del *National Nurse Led Care Consortium* (NNCC).

Il NNCC sostiene dei modelli di assistenza a gestione infermieristica attraverso la regolamentazione, la consulenza e la programmazione innovativa. Due dei programmi di maggior successo del NNCC sono *The Philadelphia Nurse Family Partnership* (NFP) e *The Mable Morris Family Visit Program* (MM-PAT), iniziative per la prima infanzia *evidence-based* rivolte a donne e bambini con basso reddito in alcuni dei quartieri urbani più deteriorati degli Stati Uniti.

Guidati da infermieri che si occupano di sanità pubblica, questi programmi, offrono visite domiciliari, sostegno alle famiglie ed educazione sanitaria alle mamme di bambini piccoli e con basso reddito, in tutta la città di Philadelphia, Pennsylvania. Ogni anno, il servizio provvede al sostegno e all'assistenza di più di 700 mamme e dei loro bambini. Molte utenti sono madri adolescenti afro-americane (73%) o ispaniche (21%). Il reddito medio annuale delle assistite è inferiore ai 6.000 dollari americani.

Solitamente, le donne si iscrivono quando aspettano il primo figlio. Durante il corso del programma, ogni donna riceve tra le 30 e le 50 visite da parte della sua infermiera, che ruotano attorno a tre obiettivi: una gravidanza ed un parto in salute; buona salute e sviluppo del neonato; una *vision* e degli obiettivi per il futuro della madre.

Negli anni, gli infermieri hanno visto un incremento di segnalazioni di situazioni di crisi da parte delle donne incinte, con preoccupazioni riguardo alla loro sicurezza fisica, all'alimentazione sicura, alle condizioni abitative e ad altri bisogni primari correlati alla condizione di povertà. Oltre il 90% delle madri hanno fatto esperienza di tre o più eventi avversi per l'infanzia (*Adverse Childhood Experiences, ACEs*) come, per esempio, abusi fisici, sessuali e/o verbali, vivere con un parente malato di mente, avere un membro della

famiglia in carcere o essere state testimoni di violenze domestiche. Approssimativamente il 45% delle madri presenta sintomi di depressione perinatale quando entra a far parte del programma.

Questo ha portato allo sviluppo di una nuova collaborazione, creando un'alleanza tra assistenza legale e assistenza infermieristica.

La Dott.ssa Kinsey ha dichiarato:

“Abbiamo cercato un nuovo rapporto con il progetto Salute, istruzione e assistenza legale: una collaborazione medico-legale, una ONG con un'esperienza unica nel fornire consulenze legali gratuite alle madri con basso reddito. Insieme, abbiamo lanciato la Nursing-Legal Partnership”.

In questo approccio, gli avvocati lavorano con gli infermieri per assicurare che le neo mamme abbiano l'opportunità di crescere i loro bambini in abitazioni sicure e salubri, con un accesso ininterrotto ai contributi pubblici. Esse possono sviluppare nuove abilità per sostenere i bisogni socio-emotivi, fisici e dello sviluppo dei loro figli, fornendo nel contempo le risorse legali per garantire il soddisfacimento dei bisogni fondamentali di ciascuna famiglia. Lavorando con la loro infermiera, numerose donne fissano degli obiettivi per se stesse per la prima volta nella loro vita.

Ad oggi, i programmi di visite domiciliari infermieristiche hanno offerto i loro servizi a più di 3500 madri e ai loro bambini.

L'*expertise* che le infermiere qualificate (*registered nurses*) hanno portato in questo programma è essenziale per conquistare la fiducia di una neo-mamma. L'infermiera aiuta a guidare le donne che partoriscono il primo figlio attraverso le sfide emotive, sociali e fisiche che devono affrontare mentre si preparano ad una nascita in salute. Il sostegno prenatale è il punto di partenza, ma l'infermiera continua ad occuparsi della sua assistita anche dopo che ha partorito il bambino, insegnandole ad essere un genitore e tutte quelle abilità di vita (*life skills*) che incoraggiano una crescita positiva sia per la madre sia per il bambino.

Avvocati esperti in indennità pubblica, normativa sanitaria, abitativa, di difesa dei consumatori ed altre aree, rappresentano le clienti e lavorano con gli infermieri per risolvere bisogni legali che possono danneggiare la salute identificati durante lo *screening*.

La dott.ssa Kinsey afferma: *“Serve un team interdisciplinare di professionisti per spezzare il circolo vizioso della povertà. Abbiamo immaginato una soluzione a gestione infermieristica per collegare e coordinare servizi sanitari, sociali e di supporto che venissero incontro alle necessità delle famiglie. Vista l'enfasi data dalla professione infermieristica all'assistenza olistica, è naturale che gli infermieri si trovino ad operare all'intersezione dei servizi sociali e sanitari”.*

Inviato da: Dott.ssa Katherine K. Kinsey, Direttore, National Nurse-Led Care Consortium (NNCC), Philadelphia Nurse -Family Partnership and Mabel Morris Family Home Visit Program.

Box 8 - Tasso di povertà relativo

La povertà non è un problema che coinvolge solo i paesi a basso e medio reddito. È un fenomeno mondiale. Sebbene in alcuni paesi le persone possano avere a disposizione più denaro, potrebbero non avere le risorse necessarie per mantenere uno standard di vita salutare. La povertà relativa è definita tale rispetto ai membri di una società: è perciò differente in ciascun paese. Le persone sono considerate povere se non riescono a stare al passo con gli standard di vita determinati dalla società [18].

Relative Poverty Rates for OECD Countries (mid-2000s)

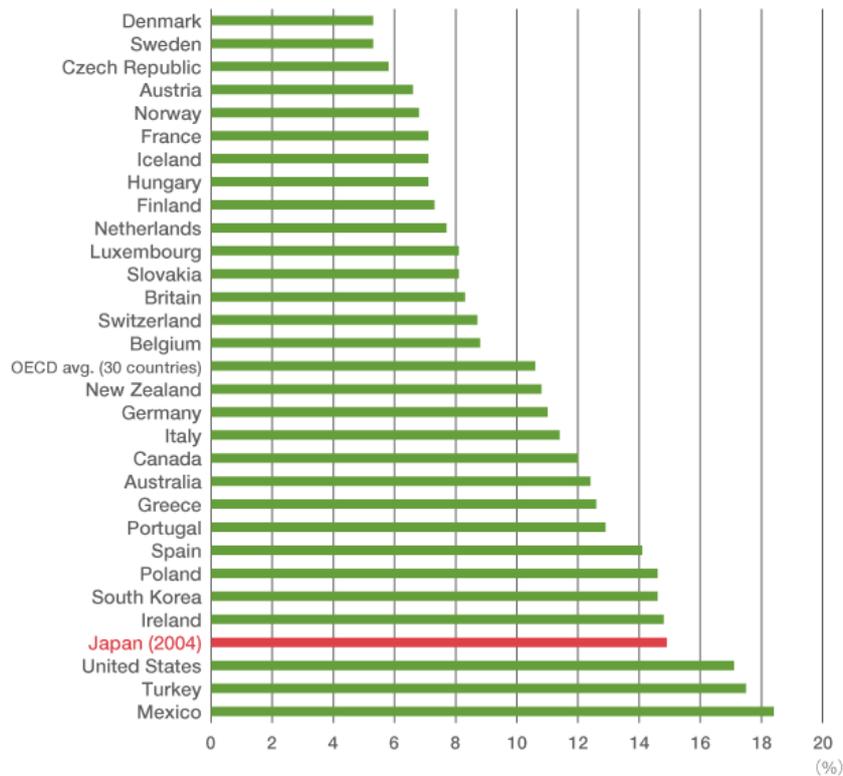


Figura 3 - Tassi di povertà relativa nei Paesi OCSE (metà degli anni 2000)[19]

Box 9 - Dati sulla povertà

- Nel mondo, un bambino al di sotto dei 5 anni d'età su 4 ha un'altezza inadeguata per la sua età.
- Ogni giorno nel 2014, 42.000 persone hanno dovuto abbandonare le proprie abitazioni per cercare protezione a causa delle guerre [20].
- Basandosi sulla soglia di povertà di 1,90 dollari al giorno, le proiezioni della Banca Mondiale suggeriscono che nel 2015 la povertà globale ha raggiunto i 700 milioni di persone, ovvero il 9.6% della popolazione globale [21].

- In tutto il mondo, 1,2 miliardi di persone (il 22%) vivono con meno di 1,25 dollari al giorno. Portando la soglia di povertà a 2,5 dollari al giorno, il tasso di povertà globale cresce fino a circa il 50%, ovvero 2,7 miliardi di persone [22].
- Tra coloro che vivono in povertà con 1,25 dollari al giorno, poco meno della metà hanno a disposizione la corrente elettrica.
- L'80% dei poveri risiede nell'Africa sub-sahariana e nell'Asia meridionale e nelle stesse regioni avviene l'81% del totale delle morti infantili nel mondo.
- L'Africa sub-sahariana ospita il 43% dei poveri di tutto il mondo.
- Il 30% di coloro che vivono in condizioni estreme di povertà abitano in India.
- Quasi i tre quarti di coloro che vivono in condizioni di estrema povertà sono concentrate in soli cinque paesi: Bangladesh, Cina, Repubblica Democratica del Congo, India e Nigeria [23].
- Un terzo di tutti i poveri nei paesi in via di sviluppo sono bambini tra 0 e 12 anni.
- Le popolazioni indigene rappresentano circa il 5% della popolazione mondiale ma quasi il 15% dei poveri nel mondo.
- Nei paesi in via di sviluppo (dove vivono il 92% dei bambini) 7 su 100 non sopravvivono oltre il quinto anno di età.
- La povertà si concentra soprattutto nelle aree rurali e i poveri basano perlopiù il loro guadagno sull'agricoltura.
- Più di 8 persone su 10 in America (l'84%) è ignaro del fatto che la povertà globale è diminuita di oltre la metà negli ultimi 30 anni. Più dei due terzi (il 67%) ha riferito di pensare che la povertà globale fosse aumentata nel corso degli ultimi tre decenni [21].

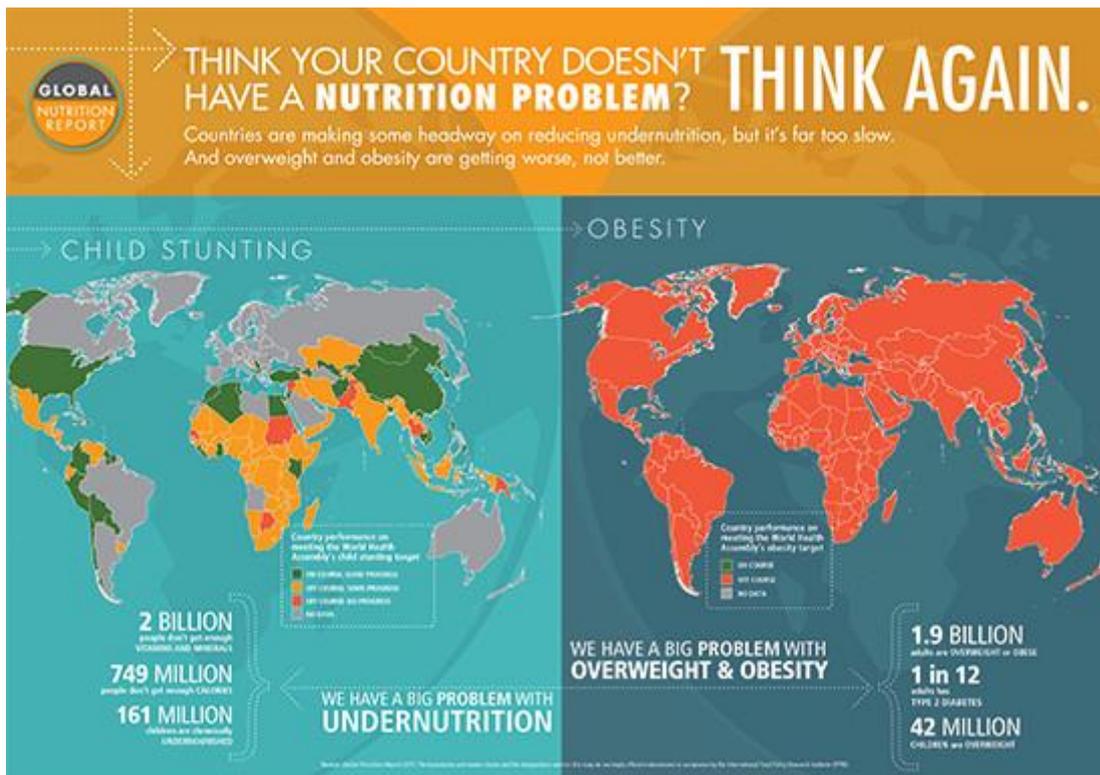
Obiettivo 2: fame zero, migliorare la nutrizione

Ci sono poche sfide al mondo oggi che possono essere paragonate alla lotta alla malnutrizione. La malnutrizione colpisce, infatti, una persona su tre e si stima essere la causa sottostante al 45% delle morti infantili [24].

La malnutrizione impedisce alle persone di raggiungere il loro pieno potenziale. Si manifesta in diversi modi come, per esempio, nella crescita e nello sviluppo dei bambini; nella predisposizione degli individui a contrarre infezioni; nell'aumento delle persone sovrappeso o che sono a rischio di sviluppare malattie croniche a causa dell'elevato apporto di sale, grassi, zucchero, o coloro che hanno un importante deficit di vitamine e sali minerali. Ancora, malnutrizione significa che i bambini hanno un basso rendimento scolastico, e questo limiterà le loro future opportunità di lavoro. Gli adulti malnutriti sono meno in grado di lavorare e di contribuire all'economia o al sostentamento delle loro famiglie. È probabile che mamme malnutrite mettano al mondo bambini sottopeso che correranno rischi associati ad alterazioni nello sviluppo fisico e cognitivo. Questo perpetua il circolo vizioso della povertà e la stagnazione economica [25]. Il problema è così grave che l'Organizzazione mondiale della sanità (WHO) considera la cattiva alimentazione come la più grave minaccia per la salute della popolazione di tutto il pianeta.



Figura 4 – Dati sintetici da fonte WHO [26].



Le conseguenze economiche della malnutrizione sono gravi. Le Nazioni unite (ONU) stimano che il costo della malnutrizione gravi sull'economia mondiale per circa 3,5 trilioni di dollari. In Africa e Asia si stima che la malnutrizione rappresenti una perdita dell'11% del prodotto interno lordo (PIL) ogni anno. Prevenire la malnutrizione in queste aree significherebbe assicurare un rendimento di 16 dollari per ogni dollaro speso [26].

THE COST OF MALNUTRITION



I governi di tutto il mondo sono alla ricerca di un modo per affrontare questo tema così complesso. Gli infermieri possono dare un contributo vitale per alleviare questo problema. Gli infermieri lavorano nelle aree dove sono identificate e trattate le persone a rischio di malnutrizione, sviluppando nuovi modelli di cura per affrontare il problema, modificando i programmi terapeutici per lavorare sulle condizioni ambientali delle persone, sviluppando

politiche e sostenendo i cambiamenti a livello legislativo. In alcune circostanze, gli infermieri si servono dei media per informare il pubblico, influenzando pertanto la presa di decisioni e le scelte politiche. Gli infermieri sono in prima linea per consentire il raggiungimento di questo obiettivo.

Case Study 2.1 - Dare da mangiare agli affamanti e ai malnutriti, Messico

Il Messico si trova a dover affrontare due situazioni estreme presenti all'interno della popolazione: sebbene un terzo della popolazione sia obesa [27], il 18% della popolazione è considerata in serio pericolo per la sicurezza alimentare. Infatti, il 5% della popolazione è considerata denutrita [28].

Lazaro era uno di quei bambini colpiti dalla fame. All'età di due anni, aveva la pancia gonfia. Sua mamma presentava sulla sua pelle scura delle striature nere, segno di grave carenza di vitamine. Anche lei era malnutrita mentre allattava il suo bambino al seno. Un medico la mandò ad una mensa dei poveri locale dove un'infermiera offriva banane, mele, pollo e una zuppa calda di fagioli. Le infermiere forniscono alle madri il cibo e insegnano loro come preparare pasti sani. Prima di allora la madre di Lazaro non aveva mai mangiato agrumi o carne rossa. La loro dieta consisteva principalmente in tortillas ripiene di verdure crude. Cliniche come questa sono di vitale importanza per offrire cibo a famiglie come la sua, affinché i bambini possano avere la capacità di concentrarsi quando frequentano la scuola. Ci vorrà del tempo per spezzare il circolo vizioso della povertà [29].

Case Study 2.2 - La pratica bariatrica, Australia

“Un programma di assistenza personalizzata ai pazienti a gestione infermieristica ha portato a un controllo più serrato delle valutazioni cliniche e a risultati migliori.”

Il 66% della popolazione Australiana è in sovrappeso o obesa, ma solo il 2% si rivolge ai servizi di chirurgia bariatrica. Attualmente i tempi d'attesa per la chirurgia bariatrica nel sistema sanitario pubblico sono superiori ai tre anni. Senza un'assicurazione sanitaria, non vi è altra alternativa se non aspettare mentre la propria salute si deteriora.

Shirley Lockie, un'infermiera che si occupa dell'assistenza chirurgica perioperatoria (*Perioperative Nurse Surgical Assistant*³) in un reparto di chirurgia generale e bariatrica in Australia, ha sviluppato un programma completo per rispondere ai bisogni dei pazienti bariatrici e per guidarli nel corso delle diverse procedure. Il *core team* è costituito da un chirurgo, un dietista, uno psicologo e un coordinatore della fase perioperatoria. La continuità assistenziale, la valutazione continua, la comunicazione e pianificazione, assicurano ad ogni persona di avere la migliore procedura bariatrica possibile.

Un esempio di paziente tipo curato da questo programma, è quello di una donna che si è recata alla clinica in uno stato di grave obesità, diabete di tipo due, iperlipidemia, iperparatiroidismo e ipotiroidismo. Inoltre era bipolare, soffriva di reflusso gastroesofageo e

³Si lascia anche l'inglese perché questo è evidentemente un ruolo di assistenza infermieristica avanzata (Ndc).

di apnee ostruttive notturne. Era seguita in un centro terziario per la gestione medica dell'obesità e non aveva un'assicurazione sanitaria privata.

Shirley ha collaborato con il medico di medicina generale della donna, con l'endocrinologo, l'anestesista, il chirurgo, il dietista e lo psicologo, tenendo i nessi tra loro per stabilire un percorso chiaro, identificando i possibili rischi come quelli legati al litio e alla nausea nel post-operatorio e la gestione del diabete. Sono stati redatti dei protocolli per stabilire quando avrebbe dovuto vedere l'endocrinologo e il medico di medicina generale per monitorare l'aderenza alle terapie per il diabete e l'ipertensione.

Un anno dopo l'intervento, il peso della paziente è calato di 72 kg; diabete e ipertensione si sono risolti, mentre continua con la gestione dei macronutrienti. Ha venduto la sua sedia a rotelle e ha iniziato un corso per diventare addetta all'accoglienza in ambito medico/sanitario.

Inviato da: Shirley Lockie, Managing Director, Perioperative Services.

Case Study 2.3 - L'accesso agli aiuti alimentari, Siria

Khaled Naanaa era un'infermiera nella città di Madaya, in Siria. Nel giugno 2015, il regime siriano e i suoi alleati avevano completamente circondato la città con posti di blocco e campi minati, intrappolando la popolazione e bloccando l'ingresso di qualsiasi fornitura di cibo. L'accesso al cibo divenne veramente difficoltoso e un gran numero di pazienti ricoverati nell'ospedale dove lei lavorava iniziò a morire di fame. Khaled contattò le Nazioni unite per ricevere con urgenza aiuti alimentari. Tuttavia, nonostante le numerose richieste, il regime siriano negò alle Nazioni unite di entrare nella città. Khaled mandò video e foto ad un organo di informazione libera; le immagini divennero rapidamente virali sul web e comparvero nei titoli dei telegiornali europei. Il fatto fu inoltre discusso nell'ordine del giorno delle Nazioni unite a New York. Di fronte alla crescente pressione mediatica, il Governo siriano permise ad un convoglio di aiuti delle Nazioni unite di entrare in città. Sfortunatamente, 28 persone ricoverate, tra i quali sei bambini, morirono di fame mentre aspettavano i soccorsi [30].

Box 10 - Dati sulla fame

- Nell’Africa sub-sahariana una persona su quattro è denutrita.
- Due terzi delle persone che soffrono la fame vivono in Asia.
- Quasi un quinto di tutti i bambini sotto i cinque anni rimangono denutriti.
- Circa la metà delle morti dei bambini sotto i cinque anni sono attribuibili alla denutrizione. Questo si traduce nell’inutile perdita di circa tre milioni di giovani vite ogni anno.
- Quasi 156 milioni di bambini sono rachitici, a causa di denutrizione e infezioni.
- La denutrizione contribuisce al 35% delle morti causate da morbillo, malaria, polmonite e diarrea.
- Nei paesi in via di sviluppo (dove vivono il 92% dei bambini) 30 su 100 diventeranno rachitici.
- Negli ultimi 25 anni circa due miliardi di persone sono state sottratte alla probabilità di ritrovarsi a soffrire la fame.
- La riduzione del numero di persone denutrite nei paesi in via di sviluppo tra il 1990-1992 e il 2014-2016 ha interessato la Cina per circa i due terzi del totale.
- Il numero delle persone denutrite in America Latina è calato da 58 milioni a meno di 27 milioni.
- Nel 1990, solo 12 paesi in Africa stavano fronteggiando una crisi alimentare, dei quali solo quattro una crisi prolungata. Venti anni più tardi, un totale di 24 paesi stavano sperimentando crisi alimentari, di cui 19 erano già in crisi da otto dei dieci anni precedenti o da più a lungo [31].

Obiettivo 3: salute e benessere

“Fingere che la salute possa essere qualcosa di separato dalla condizione sociale delle persone è una follia. A nessun paziente dovrebbe essere negato l’accesso alle cure, indipendentemente dal suo stato di salute o dalla sua assicurazione sanitaria. Questo è il messaggio appassionato nel quale credo e per il quale mi batto ogni giorno della mia carriera professionale”.

Ruth Lubic, Infermiera ostetrica co-fondatrice dell’Associazione nazionale dei centri per la nascita (*National Association of Childbearing Centers*) [32]

Negli ultimi anni si è assistito a drammatici cambiamenti nel mondo. C’è rabbia nei confronti delle istituzioni politiche, delle valute fluttuanti, dell’instabilità economica, dei conflitti prolungati, delle tensioni etiche e degli inspiegabili atti di violenza. Gli atti di terrorismo organizzato sono una minaccia globale e imprevedibile. Non è solo la società a cambiare rapidamente, ma anche l’ambiente in cui viviamo: la temperatura globale è in aumento, gli antibiotici sono inefficaci, il divario tra le classi di reddito è in crescita e i costi dell’assistenza sanitaria stanno subendo una rapida *escalation*. Mentre sono stati compiuti progressi in campo sanitario, vi sono ancora marcate differenze nell’aspettativa e nella qualità di vita tra i vari paesi e all’interno degli stessi.

Gli Obiettivi di sviluppo del Millennio hanno dimostrato che si possono fare progressi nello sviluppo e benessere e negli *outcome* di salute. Tuttavia, iniziamo a intravedere nuove sfide. Per la prima volta la popolazione globale sopra i sessant’anni di età sarà più numerosa della popolazione dei bambini sotto i cinque anni. Stiamo inoltre assistendo ad uno spostamento dalle aree rurali, dove attualmente vive più della metà della popolazione del mondo, alle aree urbane. Queste nuove caratteristiche demografiche stanno modificando i profili di salute e portano consé nuove sfide.

Oggi giorno, per la prima volta nella storia, le patologie non trasmissibili hanno superato le malattie infettive classificandosi come le principali cause di mortalità in tutto il mondo. La crescita economica, la modernizzazione e l’urbanizzazione hanno spalancato le porte alla diffusione di stili di vita non salutari. Dal momento che molti sistemi sanitari sono stati progettati per andare incontro ai bisogni derivati da malattie infettive acute, il cambiamento nei profili di salute ha fatto sì che molti di questi sistemi non fossero preparati a gestire condizioni che richiedono assistenza a lungo termine e, in alcuni casi, per tutta la vita.

È importante che guardiamo a come poter migliorare la qualità della salute fisica e mentale per tutto il corso della vita. È evidente che le persone affette da disturbi mentali hanno una maggior prevalenza e incidenza sia di malattie infettive sia di quelle non trasmissibili. Nello stesso tempo, queste persone hanno meno probabilità di ricevere le cure di cui hanno bisogno per gestire le loro patologie. La salute mentale è un tema che è stato omesso per troppo tempo dall’agenda globale.

Nel 1946 si concordò che la salute è uno dei diritti fondamentali dell’uomo. Nonostante questo riconoscimento all’interno della Costituzione dell’OMS [2] e dei vari trattati internazionali sui diritti dell’uomo, centinaia di milioni di persone nel mondo sono ancora in attesa di poter accedere a servizi sanitari salvavita o cadono in povertà per pagare le cure

sanitarie di cui hanno bisogno. Per iniziare ad affrontare parte del problema, più di 100 paesi hanno iniziato a lavorare per arrivare a giungere a una copertura sanitaria universale (*universal health care coverage*, UHC).

UHC significa:

- Tutte le persone hanno una copertura sanitaria.
- Non ci sono barriere per accedere ai servizi.
- I servizi sanitari sono completi.
- Tutte le persone sono protette in caso di difficoltà finanziarie.
- I sistemi sanitari sono flessibili, innovativi e resilienti [33].

La Dott.ssa Margaret Chan ha dichiarato: “La copertura sanitaria universale è uno dei più potenti equalizzatori sociali tra tutte le opzioni strategiche. È la massima espressione dell’equità. Se la sanità pubblica ha qualcosa che può aiutare il nostro mondo travagliato e senza equilibrio, è questo: prove crescenti che mostrano come sistemi sanitari ben funzionanti e inclusivi contribuiscano alla coesione sociale, all’equità e alla stabilità. Essi tengono insieme le società e aiutano a ridurre le tensioni sociali al loro interno” [34].

L’UHC offre molti vantaggi. Vuol dire lavoratori più produttivi, bambini meno assenti da scuola, povertà e disuguaglianza in diminuzione, società più armoniose così che la crescita è più forte e sostenuta. Economicamente, l’UHC rappresenta un buon investimento; infatti, l’OMS ha stimato che nei paesi in via di sviluppo per ogni dollaro investito per la salute, saranno restituiti tra i 9 e i 20 dollari come crescita [35].

La professione infermieristica è stata per lungo tempo una forte sostenitrice dell’UHC. Il Codice etico degli Infermieri dell’ICN [36] chiede agli infermieri di sostenere (*advocate*) “l’equità e la giustizia sociale nell’allocazione delle risorse, nell’accesso all’assistenza sanitaria e a tutti gli altri servizi sociali ed economici”. Gli infermieri si impegnano a sostenere l’UHC e sono consapevoli dell’andamento del settore sanitario, dei costi e dell’aumentare delle richieste nella pratica infermieristica quotidiana.

Nonostante ciò che gli infermieri hanno da offrire, sono stati posti dei vincoli alla professione. Ci sono stati ostacoli a livello regolamentare e istituzionale, compresi limiti riguardo all’ambito di esercizio della pratica infermieristica. Questi limiti devono essere eliminati affinché i sistemi sanitari possano trarre pieno beneficio dalla formazione, dalle competenze, dall’esperienza e dalle conoscenze degli infermieri.

In aggiunta, dei vincoli sono costituiti dagli atteggiamenti, spesso radicati, nel modo di vedere e nelle politiche delle associazioni mediche nazionali. Alcuni medici credono che permettere agli infermieri di lavorare al pieno del loro ambito di esercizio (*full scope of practice*), potrebbe influire negativamente sulla qualità dell’assistenza fornita. La stragrande maggioranza delle prove d’efficacia hanno smentito tutto ciò, dimostrando che gli infermieri forniscono un’assistenza di qualità, efficace in termini di costo e accessibile, con risultati clinici e soddisfazione dei pazienti uguali o perfino maggiori di quella medica [37].

Massimizzare il potenziale della professione infermieristica non basterà da sola a risolvere il problema. Come affermato in una pubblicazione dell’OMS [38], “Non c’è salute senza personale sanitario”. Se si vuole che l’UHC diventi una realtà, si deve investire ulteriormente nello sviluppo della forza lavoro infermieristica così che si raggiunga un numero sufficiente di

personale “adatto allo scopo” e “adatto alla pratica”⁴. Senza il sostegno di investimenti adeguati nello sviluppo del personale, l’UHC non sarà né realizzabile né mantenibile sia in termini di accessibilità sia di qualità delle cure che si intende fornire.

La copertura sanitaria universale (UHC) si può’ raggiungere solo con la leadership e tutto ciò che la professione infermieristica può offrire. Questo significa coinvolgere gli infermieri ben oltre la sola pratica clinica: significa includere la leadership infermieristica nella definizione delle politiche, nell’economia e nelle riforme a livello locale, nazionale e internazionale.

Case Study 3.1 - Sostenere il lavoro degli infermieri, Cuba

“Il modo migliore in cui gli infermieri sostengono lo sviluppo della professione è creando un clima di cooperazione, dei luoghi di lavoro dignitosi e stimolanti, con uno stile di pensiero interdisciplinare ed etico”.

Il Sistema sanitario cubano è riconosciuto a livello mondiale per la sua eccellenza ed efficienza. Nonostante le risorse limitate, dovute alle sanzioni commerciali imposte al paese fin dal 1960, Cuba è riuscita a garantire l’accesso alle cure a tutti i segmenti della popolazione e a ottenere dei risultati di salute e benessere tra i migliori al mondo [39].

Inoltre, ha inviato più personale sanitario nelle nazioni a medio e basso reddito per sostenere i loro sistemi sanitari, di ogni altra nazione. Per esempio, fu una delle prime a rispondere alla richiesta d’aiuto nella crisi dell’Ebola in Africa occidentale [40].

Il successo del sistema sanitario cubano è stato attribuito al suo approccio alle cure basato sulla prevenzione. Il Dott. Idalmis G. Infante Ochoa, Direttore infermieristico nazionale (*National Chief Nursing Officer*) di Cuba, crede che gli infermieri siano i maggiori responsabili del successo del sistema sanitario cubano. L’assistenza infermieristica è incentrata sulla personalizzazione, sull’integrazione e sulla qualità delle cure, con un uso razionale delle risorse umane e tecnologiche, attraverso un clima organizzativo favorevole, secondo gli standard definiti per una pratica professionale competente e responsabile.

Il Governo cubano ha sostenuto molto la professione infermieristica e riconosce la sua importanza nella presa di decisioni. Gli infermieri sono attivamente coinvolti nello sviluppo delle politiche e nelle decisioni all’interno del Ministero della Salute. Gli infermieri dirigenti sono rappresentati nei livelli nazionale, provinciale, municipale e istituzionale, e il loro contributo è stato decisivo nei risultati raggiunti dal sistema sanitario. Tutti gli abitanti di Cuba possono accedere al 100% a un infermiere all’interno della propria comunità, sia nelle zone rurali, sia nelle aree urbane [41].

Gli infermieri sono responsabili di:

- Definire gli standard professionali nella formazione e nella regolamentazione.
- Pianificare il personale (*workforce*).
- Condurre e mantenere un elevato livello nella ricerca.
- Progettare e sviluppare modelli assistenziali.
- Sviluppare un approccio multisettoriale all’erogazione dell’assistenza.

⁴Letteralmente è: “fit for purpose” e “fit to practice” (NdC).

Sotto la guida del Direttore infermieristico nazionale, Cuba ha attuato politiche che sostengono gli infermieri nel loro sviluppo professionale. Essi hanno sviluppato percorsi di carriera chiari e incentivi che supportano la formazione post-laurea come master e dottorati nelle scienze infermieristiche e in ambito sanitario. Questi infermieri lavorano con un approccio multisettoriale all'assistenza e alla cura, in stretta collaborazione con altri clinici, medici specialisti, altri operatori sanitari, istituzioni scolastiche, ricercatori, i sistemi previdenziali e altre agenzie governative per fornire un approccio completo all'assistenza della persona e della comunità.

Inviato da: Dr. Idalmis G. Infante Ochoa, Cuban National Chief Nursing Officer

Case Study 3.2 - Infrangere le barriere legislative per i *Nurse Practitioners*, Canada

“Nonostante i progressi, un notevole numero di normative federali devono ancora essere aggiornate. Senza questi cambiamenti, per numerosi canadesi permangono ostacoli all'accesso alle cure”.

Più di 20 anni fa, i *Nurse Practitioners* (NPs) in Canada sono diventati una classe regolamentata di operatori sanitari, con lo scopo di migliorare per molti cittadini l'accesso alle cure primarie, rivolgendosi in particolar modo alle popolazioni indigene che vivono nelle comunità rurali più remote. Oggi in Canada ci sono più di cinquemila NPs, molti dei quali sono membri di team multidisciplinari che forniscono cure primarie a più di tre milioni di canadesi.

Dall'introduzione dei NPs, molte normative provinciali, territoriali e federali sono state gradualmente modernizzate per riconoscere e annoverare i NPs tra i professionisti idonei a fornire una gamma di servizi sanitari, ma numerosi emendamenti alla legge devono ancora essere attuati per accrescere l'ambito di esercizio degli infermieri abilitati (RNs, *Registered Nurses*) ed estendere l'accesso alle cure a tutti.

Gli aggiornamenti fatti alla normativa hanno consentito ai NPs di firmare ufficialmente una serie di documenti legali e amministrativi che certificano che hanno visitato e trattato un paziente valutando la sua idoneità ad entrare in un programma federale.

La British Columbia è stata la prima a rimuovere le barriere provinciali, dove la normativa richiedeva una modernizzazione per l'inserimento dei NPs. Nel 2014, l'Ordine dei medici e chirurghi della British Columbia e il Collegio degli infermieri abilitati (*College of Registered Nurses of British Columbia*) collaborarono per affrontare con successo questo tema con la provincia approvando la Legge 17 per apportare 11 cambiamenti in nove Atti.

Mentre si è fatto questo progresso a livello provinciale, la *Canadian Nurses Association* (CNA) e i suoi partner, incluse la *Canada Association of Advanced Practice Nurses* e la *Canadian Indigenous Nurses Association*, continuano a lavorare con il governo per apportare modifiche legislative simili a livello federale. Sebbene le modifiche legislative necessarie siano di importanza secondaria, tutte insieme aumenteranno notevolmente l'accesso delle persone alle cure.

La CNA continua ad appellarsi fortemente a livello federale per modificare 34 normative. Attualmente stanno lavorando verso una soluzione onnicomprensiva che potrebbe essere

applicabile nel 2017 per affrontare in modo globale il problema. Il più importante risultato raggiunto attualmente è il maggior livello di consapevolezza sulla questione tra i politici federali e i legislatori ed un forte sostegno al cambiamento.

Inviato da: Carolyn Pullen, Director, Policy, Advocacy and Strategy,
Canadian Nurses Association

Box 11–La copertura sanitaria universale (Universal Health Coverage, UHC)

- La criticità nel raggiungimento della copertura sanitaria universale è dovuta al fatto che un miliardo di persone non hanno accesso all'assistenza sanitaria di base.
- A livello globale almeno 400 milioni di persone non hanno accesso ad uno o più servizi sanitari essenziali.
- Ogni anno 100 milioni di persone sono spinte verso la povertà e 150 milioni subiscono catastrofi finanziarie per sostenere personalmente le spese sanitarie⁵.
- In media, circa il 32% della spesa sanitaria di ciascun paese è pagata di tasca propria dai cittadini.
- Nel 2030 saranno necessari più di 18 milioni di operatori sanitari in più rispetto ad oggi per far fronte ai requisiti degli SDGs e agli obiettivi fissati per la UHC, soprattutto per colmare la mancanza nei paesi a basso e bassissimo reddito.
- Globalmente, due terzi (38 milioni) dei 56 milioni di morti ogni anno non sono ancora registrati.
- Il miglioramento della salute ha portato a un quarto della crescita totale del reddito nei paesi in via di sviluppo tra il 2000 al 2011.
- Con questo tasso di rendimento, ogni dollaro investito per la salute produrrebbe dai 9 ai 20 dollari di crescita del reddito totale nel corso dei prossimi 20 anni [33].

Case Study 3.3 - L'assistenza centrata sul paziente, Nuova Zelanda

“Ogni luogo è il luogo giusto per rispondere ai bisogni di salute delle persone.”

In molti paesi, le barriere legislative non permettono agli operatori sanitari di lavorare in tutto il loro ambito di esercizio. Quando, recentemente, in Nuova Zelanda è stata presentata una nuova strategia sanitaria che pone l'accento in modo importante sulla prevenzione primaria e gli interventi precoci per garantire ai neozelandesi di “vivere in salute, restare in salute e tornare in salute” (*“live well, stay well, get well”*), la Dott.ssa Jane O'Malley, Direttore infermieristico della Nuova Zelanda, ha enfatizzato il bisogno di utilizzare al suo massimo potenziale il personale sanitario.

La Dott.ssa O'Malley ha aperto la strada a un cambiamento di paradigma rispetto al modo in cui gli infermieri tradizionalmente avevano fornito assistenza in Nuova Zelanda. Il suo invito all'azione, “ogni luogo è il luogo giusto per rispondere ai bisogni di salute delle persone”, colloca i pazienti e le loro comunità al centro delle cure e pone in primo piano gli infermieri e la possibilità di esercitare nel modo più ampio la loro pratica professionale. Alla base delle sue raccomandazioni c'è stato lo sviluppo del pieno potenziale della professione

⁵La frase inglese è entrata anche nell'uso italiano, si tratta della *out-of-pocket expenditure* (NdC).

infermieristica che ha permesso agli infermieri di lavorare appieno nel loro ambito di esercizio.

Al centro di queste riforme c'era la necessità di migliorare la salute e il benessere degli individui e delle comunità, nonché il loro accesso a farmaci e trattamenti appropriati.

Recentemente, sono stati ottenuti due risultati positivi. Il primo è lo sviluppo della prescrizione infermieristica; un cambiamento nella regolamentazione grazie al quale il *Nursing Council* della Nuova Zelanda può fissare i requisiti formativi, di esperienza, competenza e supervisione che autorizzano gli infermieri a prescrivere.

Il secondo è una modifica legislativa che sostituisce il descrittore "*medical practitioner*" in una serie di atti, con il descrittore "*health practitioner*⁶". Per i *Nurse Practitioners* (NPs) e per gli infermieri adeguatamente qualificati, questo significa che saranno in grado di svolgere funzioni che in precedenza solo i medici erano legittimati a compiere come, per esempio visitare e certificare l'idoneità alla guida, emettere un certificato di morte (riservato solo ai NPs), emettere certificati di malattia o di infortunio, presentare una domanda di valutazione in base alla Legge sulla salute mentale (*Mental Health Act*) e prescrivere farmaci controllati per la dipendenza da oppiacei all'interno di un team specialistico.

Inviato da: Dr.ssa Jane O'Malley, New Zealand Chief Nursing Officer

Case Study 3.4 - Il virus Ebola in Sierra Leone

"Sostenere e fornire consigli su come cimentarsi e sviluppare programmi per il miglioramento della salute nelle zone più remote e difficili da raggiungere fa sì che le iniziative sanitarie internazionali raggiungano coloro che ne hanno bisogno e per contribuire al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile a livello globale e locale".

Nel 2014, la Sierra Leone ha catturato l'attenzione mondiale a causa dell'epidemia del virus Ebola. Si è stimato che 22.000 persone hanno contratto il virus e più di 9.000 sono morte. La malattia ha avuto un impatto devastante sul paese con famiglie lacerate, bambini rimasti orfani, disordini civili e scarsità di cibo.

L'intero sistema sanitario era sull'orlo del collasso. Un gran numero di operatori sanitari è morto a causa della malattia. Gli ospedali erano pieni di pazienti che avevano contratto l'Ebola. Questo ha causato seri problemi di accesso alle cure per le donne che dovevano partorire e per tutti coloro che erano affetti da malattie come la malaria, la polmonite e la diarrea.

Amanda Mc Clellan è un'infermiera australiana e consigliera per le emergenze sanitarie globali (*Global Public Health Emergency Advisor*) per la Federazione internazionale della Croce rossa e della Mezzaluna rossa (IFRC). Dal giugno 2014 al gennaio 2015 era di stanza in Africa Occidentale e lavorava in Sierra Leone, Liberia e Guinea. Amanda era responsabile

⁶Il termine *practitioner* (non ha significato tradurlo letteralmente con l'italiano "professionista") è chi esercita una professione sanitaria in modo autonomo e, in ambito sanitario, è sempre stato appannaggio del medico, specificamente del medico di medicina generale chiamato, appunto, *General Practitioner* o GP (NdC).

delle principali operazioni correlate all'Ebola per la Federazione, assumendo il ruolo di consulente tecnico per l'operazione. Come parte di questo ruolo ha sostenuto e supervisionato la formazione di 200 operatori sanitari e 6000 volontari.

Tragicamente, i cadaveri sono altamente contagiosi. Tumolazioni improprie e rituali di sepoltura sono stati il catalizzatore di molte infezioni. Una delle responsabilità principali di Amanda era la sorveglianza della sepoltura dei morti in modo che fossero rispettose della cultura locale ed anche sicure. Altri aspetti prioritari del suo ruolo erano il tutorato e l'affiancamento del personale sanitario. Sostenere gli operatori sanitari locali, i volontari della Croce rossa e della Mezzaluna rossa per essere meglio preparati a rispondere ai disastri e alle emergenze sanitarie è fondamentale per sostenere l'aumento della resilienza delle comunità alle situazioni di crisi. Una delle criticità affrontate dai programmi sanitari della IFRC è come coinvolgere le comunità e lavorare con loro per costruire un sistema sanitario più forte che sia in grado di ridurre la fame e migliorare gli *outcome* sanitari.

In aggiunta al lavoro sul campo, una parte importante del ruolo di Amanda è stata rappresentare l'IFRC nel coordinamento e nei forum tecnici garantendo che il ruolo delle comunità, dei volontari e degli operatori sanitari locali venisse considerato nei livelli più alti.

Inviato da: Amanda Mc Clellan, Federazione internazionale della Croce rossa e della Mezzaluna rossa.

Box 12 - Alcuni dati

La salute dei bambini

- Si contano 17.000 decessi infantili al giorno in meno rispetto al 1990, ma sei milioni di bambini muoiono prima del loro quinto compleanno.
- Dal 2000, i vaccini contro il morbillo hanno scongiurato quasi 15.6 milioni di morti.
- I bambini nati in povertà hanno quasi il doppio delle probabilità di morire entro i cinque anni d'età rispetto ai bambini delle famiglie più benestanti.
- Le principali cause di morte nei bambini sotto i cinque anni d'età sono le complicanze nei bambini pretermine, la polmonite, l'asfissia durante il parto, la diarrea e la malaria. Circa il 45% delle morti infantili sono correlate alla malnutrizione.

La salute delle madri

- La mortalità materna è diminuita del 50% rispetto al 1990.
- Molte più donne hanno potuto ricevere assistenza prenatale. Nelle regioni in via di sviluppo, l'assistenza prenatale è cresciuta dal 65% nel 1990 all'83% nel 2012.
- Solo la metà delle donne nelle regioni in via di sviluppo riceve la quantità raccomandata di assistenza sanitaria di cui ha bisogno.
- Un numero inferiore di adolescenti sono rimaste incinta nella maggior parte delle regioni in via di sviluppo, ma questo processo è rallentato.

HIV/AIDS

- Alla fine del 2014, 13,6 milioni di persone hanno usufruito della terapia antiretrovirale.
- Nel 2013 sono stati stimati 2,1 milioni di nuove infezioni da HIV, ovvero il 38% in meno rispetto al 2001.
- Alla fine del 2013, si è stimato che 35 milioni di persone vivevano con l'HIV.
- Alla fine del 2013, si sono contati 240.000 nuovi casi di contagio tra i bambini.
- I nuovi casi di bambini contagiati da HIV sono calati del 58% rispetto al 2001.
- L'AIDS è oggi la principale causa di morte tra gli adolescenti (dai 10 ai 19 anni d'età) in Africa e la seconda causa di morte più comune tra gli adolescenti a livello globale.
- I decessi causati dalla tubercolosi (TBC) nelle persone affette da HIV sono calate del 36% dal 2004[42].

Malaria

- Circa 3.2 miliardi di persone – quasi la metà della popolazione mondiale – corre il rischio di contrarre la malaria.
- Oltre 6.2 milioni di decessi per malaria sono stati scongiurati dal 2000 al 2015, soprattutto tra i bambini sotto i cinque anni d'età nell'Africa sub-sahariana. Il tasso globale d'incidenza della malaria è calato del 37% e il tasso di mortalità del 58%.
- Nel 2015, l'89% dei casi di malaria e il 91% delle morti causate da malaria è avvenuto nell'Africa sub-sahariana.
- Nel 2014 ci sono stati approssimativamente 214 milioni di casi di malaria ed una stima di 438.000 decessi.
- Più di due terzi (70%) di tutte le morti per malaria colpiscono bambini sotto i cinque anni[43].

Tubercolosi

- Tra il 2000 e il 2013, la prevenzione, la diagnosi e il trattamento della tubercolosi hanno salvato circa 37 milioni di vite. Tra il 1990 e il 2013 il tasso di mortalità per tubercolosi è sceso al 45% e il tasso di prevalenza al 41%.
- Nel 2014, 9.6 milioni di persone si sono ammalate di tubercolosi e ne sono morte 1,5 milioni.
- Nel 2014, si stima che un milione di bambini si è ammalato di tubercolosi e che 140.000 bambini sono morti a causa della TBC.
- La TBC è la prima causa di morte tra le persone sieropositive: nel 2015, una persona su tre affette da HIV è morta di tubercolosi.
- La tubercolosi è tra le prime cinque cause di morte tra le donne d'età compresa tra 15 e 44 anni.
- Circa un terzo della popolazione del mondo è affetta da tubercolosi latente (cioè sono stati infettati dai batteri della tubercolosi, ma non si sono ancora ammalati e non possono trasmettere la malattia).
- Le persone con TBC attiva possono infettare altre 10-15 altre persone attraverso lo stretto contatto nel corso di un anno [44].

Immunizzazione

- L'immunizzazione attualmente evita circa due o tre milioni di morti ogni anno.
- Si stima che 18.7 milioni di bambini nel mondo sono esclusi dalle vaccinazioni di base[45].

Polmonite

- La polmonite è la principale infezione responsabile di decessi infantili in tutto il mondo e rappresenta il 15% di tutti i decessi nei bambini sotto i cinque anni d'età.
- Nel 2015, la polmonite ha ucciso circa 922.000 bambini sotto i cinque anni di età.

Malattie non trasmissibili

- Le malattie non trasmissibili (NCD) uccidono 38 milioni di persone ogni anno.
- Più di tre quarti dei decessi provocati dalle malattie non trasmissibili- 28 milioni - si verificano in paesi a basso e medio reddito.
- Sedici milioni di morti per NCD si verificano prima dei 70 anni d'età; l'82% di queste morti "premature" si verificano in paesi a basso e medio reddito.
- Le malattie cardiovascolari rappresentano la maggior parte di decessi per NCD, 17,5 milioni di persone ogni anno, seguite dai decessi per cancro (8,2 milioni), malattie respiratorie (4 milioni) e diabete (1,5 milioni).
- Questi quattro gruppi di malattie sono responsabili dell'82% delle morti per NCD.
- Il tabacco è causa di circa sei milioni di morti ogni anno (compresi gli effetti nocivi causati dal fumo passivo) e si prevede che aumenteranno fino a 8 milioni per il 2030.
- Circa 3,2 milioni di morti all'anno sono da attribuire a un'insufficiente attività fisica.
- Più della metà dei 3,3 milioni dei decessi causati dall'abuso di alcolici sono dovuti a NCD.
- Nel 2010, 1,7 milioni di decessi per cause cardiovascolari sono stati attribuiti al consumo eccessivo di sale/sodio.
- L'insufficiente attività fisica è uno dei 10 principali fattori di rischio di morte in tutto il mondo[46].

Box 13 - Dati sulla salute mentale

- Il 20% dei bambini e degli adolescenti del mondo soffre di disturbi o problemi mentali.
- Circa la metà dei disturbi mentali inizia prima dei 14 anni.
- Nei paesi a basso e medio reddito, c'è un solo neuropsichiatra infantile su 1-4 milioni di persone.
- I disturbi mentali e quelli dovuti all'uso di sostanze stupefacenti sono la prima causa di disabilità in tutto il mondo.
- Circa il 23% di tutti gli anni persi a causa di disabilità sono dovuti a problemi mentali o dovuti all'uso di sostanze stupefacenti.
- Circa 800.000 persone si suicidano ogni anno.

- Il suicidio è la prima causa di morte tra i 15 e i 29 anni.
- I disturbi mentali sono un importante fattore di rischio per l'insorgenza di altre patologie, così come di lesioni involontarie o autoinflitte.
- Lo stigma e le discriminazioni nei confronti di pazienti e famiglie impedisce alle persone di cercare aiuto presso i servizi di salute mentale.
- Le violazioni dei diritti umani a carico di persone con disabilità mentale e psicologica sono segnalate con regolarità nella maggior parte dei paesi.
- Globalmente, c'è un'enorme disegualianza nella distribuzione di risorse umane qualificate alla salute mentale. Nei paesi a basso e medio reddito il numero di infermieri specializzati in salute mentale è di 0,42 ogni 100.000 persone. Si tratta di un numero 70 volte inferiore rispetto ai paesi ad alto reddito[47].
- In tutto il mondo, circa 450 milioni di persone soffrono di qualche forma di malattia mentale.
- Le malattie mentali rappresentano il 13% del carico di malattie mondiali, superando sia le malattie cardiovascolari sia il cancro.
- Dopo il verificarsi di emergenze umanitarie, il tasso di disturbi mentali comuni come, per esempio, la depressione o i disturbi da stress post traumatico (PTSD) possono aumentare di un tasso di riferimento del 10% della popolazione, fino ad una percentuale del 15-20%.
- Il tasso di disoccupazione tra le persone affette da disturbi mentali può essere anche molto elevato, fino a raggiungere il 90%.
- La malattia mentale non influisce solo sugli individui, ma anche su intere famiglie, accrescendo il carico assistenziale per i caregiver e riducendo la capacità di chi ne è affetto di contribuire al sostentamento della famiglia, alla gestione della casa e ad attività comunitarie[48].

Box 14 - Dati sull'invecchiamento

- La popolazione mondiale sta invecchiando rapidamente.
- Entro il 2050, si prevede che il 22% della popolazione avrà più di 60 anni (2 miliardi di persone).
- Attualmente ci sono 900 milioni di persone di età superiore ai 60 anni (12% di tutta la popolazione).
- La discriminazione degli anziani⁷ è più diffusa del sessismo o del razzismo[49].
- 340 milioni di persone anziane vivono senza un reddito sicuro.
- 45 milioni di persone soffrono di demenza.
- Il tasso di prevalenza di disabilità tra i 65-74 anni è del 44,6%.
- Ogni anno 26 milioni di persone anziane sono colpite da calamità [50].

⁷Il fenomeno è identificato nei paesi anglosassoni con il termine *ageism* (NdC).

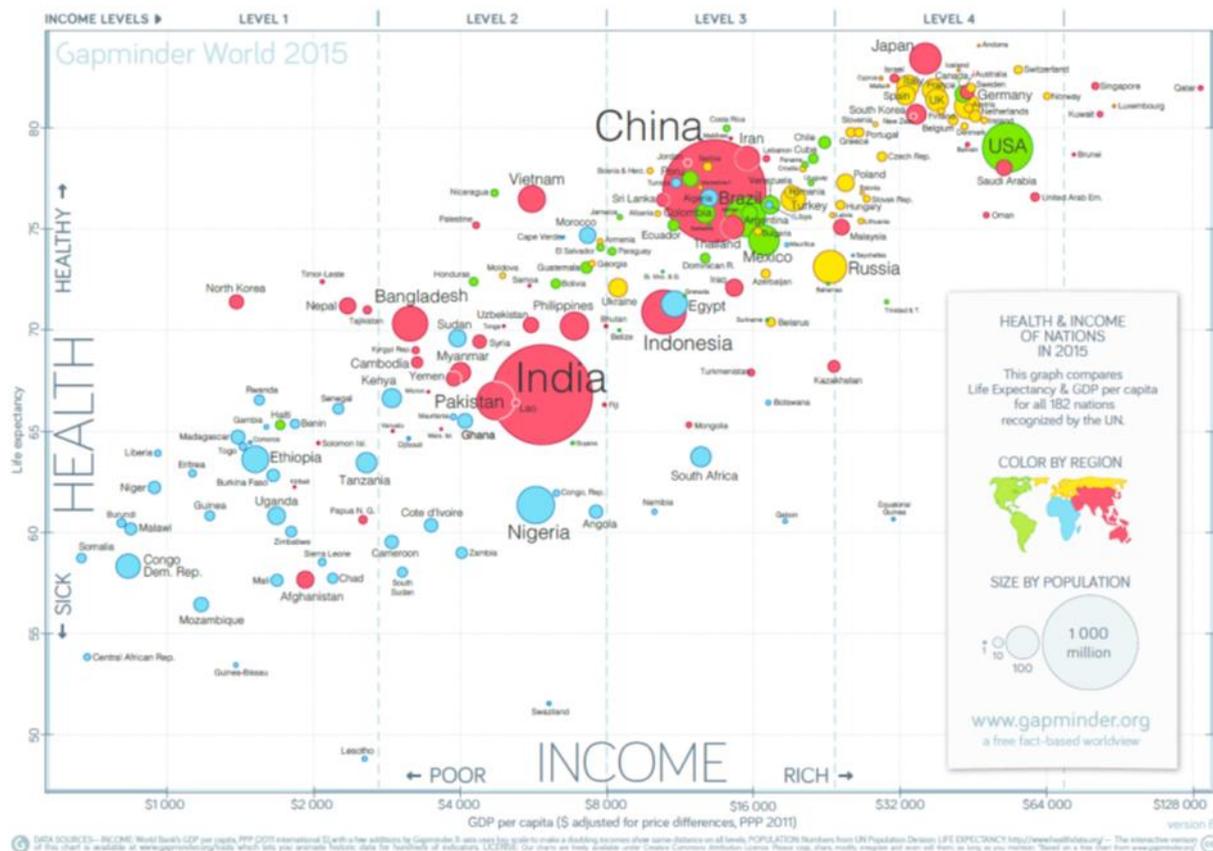


Figura 4 - Aspettativa di vita per paese e livelli di reddito annuo. Basata su un grafico a libero accesso da www.gapminder.org [51].

Obiettivo 4: istruzione di qualità

La Contea di Pemiscot, nel sud-est rurale del Missouri, USA, ha una popolazione di quasi 20.000 abitanti. Approssimativamente, un quarto della popolazione è afro-americana, il 30% vive al di sotto della soglia di povertà, il 18% ha un titolo di studio inferiore alle scuole medie superiori e il tasso di disoccupazione è superiore al 10%. I fattori di rischio nelle cause di malattia in quest'area è scioccante e, come conseguenza, la contea presenta il tasso più elevato di patologie cardiovascolari nello stato. Uno studio [52] condotto in questa regione ha dimostrato che i livelli d'istruzione hanno giocato un ruolo significativo nel causare questa spesa sanitaria.

Box 15 - I benefici sociali dell'istruzione

- All'interno dei paesi OCSE, un maschio di 30 anni con un diploma di scuola superiore, ha un'aspettativa di vita più lunga di 8 anni rispetto a un uomo che non ha terminato l'istruzione secondaria.
- L'80% di coloro che hanno un titolo di scuola media superiore vota, mentre solo il 54% dei giovani adulti che non hanno completato l'istruzione secondaria va a votare [53].
- La prevalenza di fumatori è molto più elevata fra le persone meno istruite.
- Sovrappeso e obesità sono maggiormente diffusi tra le persone meno istruite.
- Un bambino nato da una madre che sa leggere ha il 50% di possibilità in più di sopravvivere oltre i 5 anni di età.
- Accrescere il livello d'istruzione delle ragazze aiuta le donne a controllare le nascite. Nel Mali, le donne che hanno un'istruzione secondaria o superiore hanno una media di tre figli, mentre invece quelle non istruite hanno una media di sette figli [54].
- Un anno d'istruzione scolastica in più accresce il guadagno individuale di oltre il 10%.
- 171 milioni di persone potrebbero essere sollevate dalla povertà se tutti gli studenti lasciassero la scuola con capacità di lettura elementari.
- È più probabile che i figli di madri istruite vengano vaccinati e meno probabile che manifestino rachitismo a causa di malnutrizione. In Indonesia, il tasso dei bambini sottoposti a vaccinazione è del 19% se le madri non sono istruite; è del 68% quando le madri hanno ricevuto un'istruzione secondaria.
- Le donne con un'istruzione post-primaria hanno una probabilità 5 volte superiore a quella delle donne illetterate di essere istruite in tema di HIV e AIDS [54].

Il livello del titolo di studio è stato riconosciuto come un'importante determinante sociale della salute. L'istruzione gioca un ruolo significativo nel dar forma alle future opportunità d'impiego: influenza il modo in cui prendiamo le decisioni e operiamo le nostre scelte e consente l'accesso a risorse sociali e personali che sono vitali per la salute fisica e mentale. In effetti, il livello del titolo di studio è un forte predittore di salute e qualità della vita a lungo termine.

Difference in life expectancy by educational attainment at age 30 (2010)

Differences in life expectancy by gender

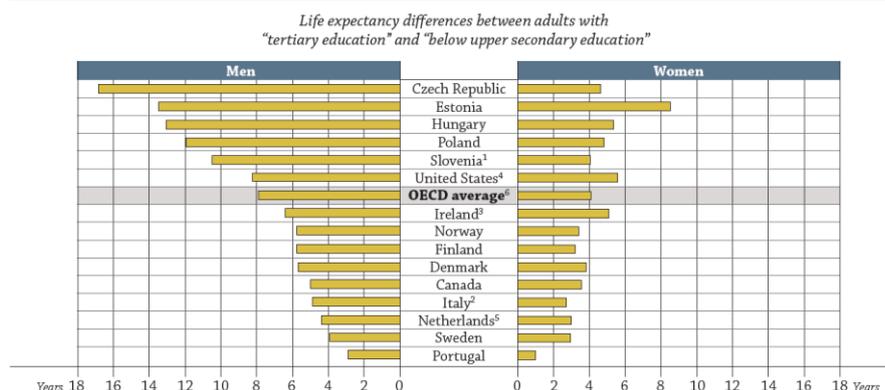


Figura 5 - Differenze nell'aspettativa di vita a 30 anni d'età in base al livello d'istruzione [53].

Box 16 - Dati sull'istruzione

- Le iscrizioni alla scuola primaria nei paesi in via di sviluppo hanno raggiunto il 91% ma 57 milioni di bambini non accedono ancora alla scuola.
- Più della metà dei bambini non iscritti a scuola vive nell'Africa sub-sahariana.
- Circa il 50% dei bambini in età scolare che non frequenta la scuola vive in aree colpite da conflitti.
- 103 milioni di giovani in tutto il mondo mancano delle competenze di alfabetizzazione di base e più del 60% di questi sono di sesso femminile.

L'istruzione ha il potenziale di portare numerosi benefici a individui, famiglie, comunità e paesi, inclusi vantaggi per il lavoro e quindi il reddito, ma anche molti benefici sociali.

Tuttavia, non tutti i bambini hanno accesso o hanno nessi con il settore sanitario per un'assistenza globale. Esistono molteplici barriere all'accesso ai servizi sanitari quali quelle geografiche e finanziarie, quelle socio culturali e l'assenza di mezzi di trasporto, fino alla disponibilità dei servizi stessi. Gli infermieri lavorano in collaborazione con gli istituti di formazione come mezzo di promozione della salute e prevenzione delle malattie, diagnosi precoce e individuazione delle malattie. Lavorando con gli istituti di formazione queste barriere possono essere ridotte.

Case study 4.1 - L'organizzazione Education Plus Health, USA

"Education Plus Health eleva il ruolo delle infermiere scolastiche per offrire un'assistenza sanitaria integrata, assicurando l'accessibilità a cure primarie olistiche e a servizi di prevenzione per tutti gli studenti."

Negli Stati Uniti, come in molti paesi, le persone si trovano ad affrontare una miriade di potenziali ostacoli all'accesso a cure sanitarie di elevata qualità, specialmente per i bambini che vivono in povertà. Nelle aree molto povere di Philadelphia, asma e diabete nei bambini destano molta preoccupazione e sono esacerbate da elevati tassi di obesità (il 22% degli studenti seguiti l'anno scorso furono considerati obesi).

Julie Cousler Emig è il Direttore esecutivo di *Education Plus Health*, un'organizzazione non-profit che si occupa di migliorare il rendimento scolastico e gli esiti sanitari fornendo

l'accesso ad assistenza sanitaria di elevata qualità ed educazione sanitaria agli studenti direttamente nelle loro scuole. Nella stragrande maggioranza dei casi (il 75% a livello nazionale) fornisce anche servizi di salute mentale.

Education Plus Health è stata studiata per provvedere in modo specifico alle aree scarsamente servite con popolazioni di studenti ad alto tasso di povertà, identificate come i gruppi che fronteggiano le principali difficoltà a un costante utilizzo dell'assistenza sanitaria. L'organizzazione ha sviluppato un innovativo approccio *evidence-based* per meglio indirizzare i bisogni di salute degli studenti attraverso cure primarie di tipo preventivo e per la fase acuta di malattia.

Il piano raggiunge annualmente oltre 7.000 individui attraverso 15 centri a Philadelphia, che hanno sede nelle scuole e sono a gestione infermieristica. *Education Plus Health* si basa su un modello efficace in termini di costo, a conduzione infermieristica del personale, guidata da *Advanced Practice Nurses* (APNs) che lavorano in collaborazione con un infermiere pratico⁸ per fornire assistenza infermieristica scolastica e assistenza primaria. I *Nurse Practitioners* lavorano per garantire la collaborazione con i medici di famiglia e gli specialisti e seguire gli studenti vulnerabili con un'assistenza sanitaria olistica.

Gli studenti iscritti hanno tutti l'idoneità a rientrare nel programma di pasti gratis finanziati da fondi federali, generalmente messi a disposizione di studenti il cui reddito familiare è al di sotto della soglia di povertà. Molti degli studenti inoltre risiedono in progetti di edilizia pubblica e un discreto numero sono studenti senza fissa dimora o lo erano in precedenza. Lo scopo è contrastare le disuguaglianze basandosi sul principio che la salute è direttamente correlata con i risultati accademici e affrontare entrambi gli aspetti è la chiave per offrire agli studenti delle migliori opportunità. Questo modello crea un luogo d'incontro ottimale per gli APNs per monitorare bambini che hanno bisogni di salute speciali, per lavorare in collaborazione con le figure che forniscono assistenza primaria e gli specialisti, il cui tempo con i bambini è limitato alle visite negli studi o alle degenze ospedaliere, e intervenire così tempestivamente con quelli che hanno un problema di salute acuto.

Il successo di *Education Plus Health* è confermato da quasi 40 anni di ricerca, che documenta l'impatto positivo che hanno avuto i centri sanitari all'interno delle scuole sul rendimento degli studenti e sul loro benessere, così come sul risparmio dei costi per la società.

Tra i benefici, il sistema è riuscito a ridurre l'assenteismo, specialmente tra gli studenti asmatici. Sono migliorati il rendimento scolastico e la frequenza degli studenti e sono diminuiti i ritardi, i problemi legati alla disciplina e i fallimenti.

Il programma riduce anche l'utilizzo inappropriato del pronto soccorso e, complessivamente, i costi assicurativi finanziati pubblicamente e i tassi di ospedalizzazione tra i bambini asmatici. In aggiunta, il 56% degli asmatici ha mostrato un miglioramento della frequenza nel corso degli ultimi tre anni.

⁸Questa figura è la *Licensed Practice Nurse*, un livello infermieristico non laureato che esercita la professione in possesso di una licenza (NDC).

Il modello è efficace nell'indirizzare i giovani ai servizi di salute mentale e gli studenti dell'area urbana hanno avuto 21 volte più probabilità di sottoporsi a visite psichiatriche nei centri sanitari scolastici piuttosto che nei tradizionali centri sanitari all'interno della comunità.

Inviato da: Julie Cousler Emig, Direttore esecutivo, *Education Plus Health*.

Obiettivo 5: uguaglianza di genere

In alcune parti dell'Africa le ragazze adolescenti hanno sette volte maggiori probabilità di contrarre l'HIV delle loro controparti maschili e l'AIDS è la principale causa di morte fra le ragazze e le donne in età fertile [55]. Sebbene il fatto che chiunque possa contrarre l'HIV sia una terribile tragedia, questo è un chiaro sintomo di una grave ingiustizia: la disuguaglianza di genere. L'uguaglianza di genere è un diritto umano fondamentale tuttavia, nonostante ciò, le giovani donne e le ragazze in molte comunità non sono trattate come pari. Molte non possono ridurre la loro vulnerabilità a patologie come l'HIV perché non è loro permesso di prendere decisioni riguardo alla loro assistenza sanitaria e al loro corpo. Non possono scegliere a che età sposarsi, chi sposare, quando avere rapporti sessuali, come proteggersi e quanti figli avere. Sono anche soggette a violenze fisiche e sessuali a livelli devastanti.

Box 17 - Disuguaglianze di genere nel 2015

- 495 milioni di donne sono analfabete (il 64% di tutti gli adulti analfabeti).
- Le donne sono retribuite il 20-30% in meno degli uomini per i medesimi lavori.
- La proporzione delle donne nei parlamenti nazionali è del 27%.
- Le donne rappresentano il 29% degli imprenditori.
- All'interno dell'Unione Europea:
 - 1 ragazza su 3 ha sperimentato violenza fisica o sessuale.
 - il 5% sono state stuprate all'età di 15 anni.
 - 500.000 donne sono a rischio di mutilazioni genitali femminili.
 - Sono a rischio più elevato per il traffico di esseri umani.
- Da due a dieci volte in più nello sfruttamento del lavoro.
- 140 milioni di ragazze e donne stanno attualmente vivendo le conseguenze delle mutilazioni genitali femminili.
- Una donna su nove è data in sposa prima dei 15 anni[56].

L'impatto della disuguaglianza di genere ha una vasta portata ed è pervasivo in tutte le società. L'uguaglianza di genere ha un'importanza intrinseca perché condiziona la capacità delle persone di fare scelte riguardanti i loro diritti umani basilari. Le disuguaglianze di genere danneggiano la salute di milioni di donne e ragazze. Questo accade come risultato di percorsi nutrizionali discriminatori, violenza contro le donne, mancato accesso a risorse e opportunità, mancanza del potere di decidere sulla propria salute personale. Vi sono distorsioni legate al genere nel potere, nelle risorse, nei diritti, nelle norme e valori e nell'organizzazione dei servizi.

Facendo parte di una professione a prevalenza femminile e che testimonia le disparità in campo sanitario tra i generi, gli infermieri possono dare un contributo chiave nel ridurre queste iniquità. L'*International Council of Nurses* giocò un ruolo chiave nella fondazione dell'agenzia speciale per le donne delle Nazioni Unite, la *UN Women*. Infermiere di molti paesi scrissero al *Coherence Panel* delle Nazioni unite (Gruppo per la coerenza) per appoggiare la creazione di una singola istituzione che assolvesse in pieno al mandato

dell'ONU di conseguire l'uguaglianza di genere e il progresso delle donne. Secondo Paula Donovan, Consigliera senior del *Women's and Children's Issues*, Ufficio dell'inviato speciale delle Nazioni unite per l'AIDS in Africa, gli infermieri hanno giocato un ruolo più importante rispetto a qualsiasi altro gruppo di influenza in campo⁹. La Donovan è convinta che la grande manifestazione di preoccupazione suscitata dalle infermiere sia stata straordinariamente influente nel persuadere i membri del *Coherence Panel* a prendere sul serio questo tema [57].

Nel 2016, in un rapporto del Gruppo parlamentare multipartitico sulla salute globale (*All-Party Parliamentary Group on Global Health, APPG*), intitolato *Triplo Impatto – in che modo uno sviluppo della professione infermieristica migliorerà la salute, promuoverà l'uguaglianza di genere e sosterrà la crescita economica*¹⁰, veniva ribadito che incrementare il numero di infermieri e favorire lo sviluppo della professione infermieristica si avrebbe anche un più ampio triplice impatto sul miglioramento della salute, sulla promozione dell'uguaglianza di genere e sulla crescita economica. Il rapporto asseriva che, "Sviluppare e investire negli infermieri – la stragrande maggioranza dei quali sono donne – aiuterà a rafforzarli dal punto vista economico e come guide per la comunità. Migliorare la salute e rendere autonome le donne avrà come effetto un rafforzamento delle economie locali" [58]¹¹.

Le infermiere possono combattere le disuguaglianze di genere e aiutare le donne ad avere più potere (*empower*) nei modi più svariati. Per esempio, le infermiere in Kenya stanno aiutando le donne ad apprendere come pianificare le nascite per migliorare la loro salute e quella dei loro figli. Un articolo di Peter Abwao di *IntraHealth International*, racconta dell'impatto che le infermiere stavano avendo nel responsabilizzare (*empowering*) i poveri, spesso donne analfabete, nelle aree rurali della contea di Mombasa, aiutandole a prendere decisioni autonome sulla loro vita riproduttiva [59].

Case Study 5.1 - Ridurre lo stigma dell'HIV, Zambia

In Zambia, gli infermieri stanno affiancando altre organizzazioni per garantire i diritti delle donne quando si tratta della gestione e del trattamento delle persone affette da HIV/AIDS. Nella Diocesi cattolica di Ndola è stato istituito un programma integrato per l'AIDS. All'interno di questo programma vi sono la collaborazione tra assistenza infermieristica e medica, è previsto un sostegno socioeconomico, una consulenza sui diritti umani con assistenza legale e psicologica. Vi è una stretta cooperazione tra le organizzazioni governative e non governative per fornire assistenza alla comunità. Negli ambulatori e cliniche infermieristiche e nei centri comunitari, gli infermieri forniscono alle famiglie informazioni sulla trasmissione dell'HIV e della TBC, correggendo false credenze. Essi aiutano ad aumentare la consapevolezza riguardo al bisogno che hanno le persone affette da HIV di ricevere amore e sostegno dalle loro famiglie e dai loro amici, cercando di ridurre così la stigmatizzazione. Una parte del loro lavoro consiste nel collaborare con le istituzioni legali, con i volontari per i diritti dell'uomo ed altre aree legali per garantire protezione legale contro l'abuso dei bambini,

⁹ Il termine impiegato è *lobbying force* (NdC).

¹⁰ Il nome del gruppo in originale è *Triple Impact – how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth* (NdC).

¹¹ Il verbo utilizzato due volte in questa frase è *empower*, intendendo proprio il conferire potere alle infermiere in quanto anche donne (NdC).

la violenza sulle donne, e aiutare le vedove a proteggere le loro proprietà dalle rivendicazioni della famiglia del marito deceduto. Come risultato di questo lavoro, le donne si sono fatte avanti in numero crescente per ricevere l'assistenza e i trattamenti di cui avevano bisogno. [60]

In Sud Africa sono stati avviati programmi nei quali l'assistenza ai sieropositivi è integrata ai servizi di assistenza sanitaria primaria a gestione infermieristica. All'interno delle loro cliniche, le infermiere di cure primarie forniscono terapia antiretrovirale (ART) di prima linea, si occupano di salute sessuale e offrono assistenza olistica[61]. Tutto ciò ha aumentato il numero di donne che accedono ai trattamenti, in modo particolare dopo aver subito abusi sessuali. Si spera che migliorando l'accesso alla ART nelle aree con scarsa disponibilità di servizi medici, si ridurrà la trasmissione dell'HIV.

Box 18

È una consuetudine per la professione infermieristica promuovere l'uguaglianza di genere. Sebbene quella di infermiere non lo sia e non dovrebbe essere vista come una professione esclusivamente femminile, le donne rappresentano attualmente la maggioranza del gruppo professionale infermieristico. Diventando infermiere, molte ragazze e donne in tutto il mondo hanno avuto accesso a programmi d'istruzione e tirocinio formali, ottenendo un reddito e guadagnando il dovuto rispetto all'interno delle loro comunità. Questo le ha liberate dal circolo vizioso della povertà. In aggiunta, un gruppo professionale infermieristico competente, qualificato e con autorevolezza (*empowered*) sta aiutando altre donne a migliorare la loro salute e il loro benessere [58].

Case Study 5.2 - Sostenere l'istruzione delle ragazze, Bangladesh

Il *Grameen Caledonian College of Nursing* di Dhaka in Bangladesh, ha creato una collaborazione tra la *Grameen Bank* e la *Glasgow Caledonian University* per sostenere la formazione in infermieristica e ostetricia delle ragazze delle comunità rurali. La loro istruzione è finanziata da un prestito sociale a basso tasso d'interesse che viene poi restituito quando iniziano a lavorare nei servizi sanitari delle comunità rurali. Tutto ciò crea un modello sostenibile di formazione, fornendo alle studentesse competenze che hanno un reale impatto sulla salute delle comunità rurali, ne accresce lo status sociale e il reddito portando benefici alle loro famiglie e comunità [58].

Case Study 5.3 - Le disuguaglianze di genere nella professione infermieristica, USA

“Una migliore comprensione del fatto che gli infermieri sono professionisti autonomi e scientificamente formati, rafforzerà l'assistenza, la formazione e la ricerca infermieristiche, permettendo agli infermieri di salvare più vite”.

La professione infermieristica non è stata immune da disuguaglianze di genere. Siccome la professione resta in maniera predominante femminile, il modo in cui le infermiere sono trattate in una particolare società spesso riflette come le donne vengono trattate. Triste a

dirsi, nei media le infermiere sono spesso dipinte come impersonificazioni di stereotipi femminili: una figura ancillare con una scarsa preparazione, degli oggetti sessuali, degli angeli o, al contrario, delle megere. Nelle notizie trasmesse con i mezzi d'informazione, si tende ancora a focalizzarsi sul lavoro dei medici, sottovalutando i risultati conseguiti dagli infermieri nella clinica e nella ricerca. In numerosi spettacoli televisivi ai medici, che sono spesso personaggi maschili, viene attribuito il merito per le cure sanitarie importanti mentre le infermiere, perlopiù di sesso femminile, che li assistono docilmente, non hanno alcuna autonomia e poche capacità. Questi personaggi possono riflettere il tentativo del loro ideatore di fornire un spunto comico o di raggiungere obiettivi di diversità etnica con il minimo sforzo e, naturalmente, i medici maschi al comando hanno un aspetto più eroico al fianco di infermiere donne ossequiose. Anche le programmazioni "progressiste" nelle quali figurano personaggi femminili nei panni dei medici e che potrebbero anche includere infermieri uomini, tendono a riflettere gli stessi presupposti, aggiungendo lo stereotipo di genere secondo il quale gli uomini nella professione infermieristica sono gay o deboli. La pubblicità sfrutta ancora l'immagine dell'"infermiera cattiva", suggerendo che le infermiere esistono principalmente per fare sesso con i pazienti o i dottori. I media hanno spesso rafforzato questa concezione errata della professione infermieristica nella società globale.

Gli infermieri dovrebbero mettere in discussione questo concetto errato. L'infermiera Sandy Summers è una delle sostenitrici (*advocate*) principali degli infermieri ed è la fondatrice e il direttore esecutivo dell'organizzazione internazionale non-profit *The Truth About Nursing*, che sfida gli stereotipi e insegna al mondo il valore dell'assistenza infermieristica. Sandy ha lavorato senza sosta dal 2001 per incoraggiare presentazioni accurate della professione e confrontandosi con i media riguardo a come le infermiere sono dipinte in modo poco veritiero in numerose occasioni. *The Truth About Nursing* cura inoltre un vasto sito web con analisi sulla professione infermieristica nei media e ha ingaggiato molte campagne internazionali a suo sostegno (*advocacy campaigns*). Come risultato del lavoro svolto, numerosi programmi e campagne pubblicitarie sono cambiati.

Inviato da: Sandy Summer, Fondatrice e Direttore esecutivo,
The Truth About Nursing.

Box 19

Lascia che chiunque occupi una posizione di responsabilità¹² tenga a mente questa semplice domanda (non "come posso io stessa fare sempre la cosa giusta", ma) come posso provvedere affinché sia sempre fatta la cosa giusta.

Florence Nightingale (1859) *Notes on Nursing*

¹²Il testo della Nightingale è "whoever is in charge" (NdC).

Obiettivo 6: acqua pulita e igiene

Scovia ha 16 anni e vive nel villaggio di Opolin in Uganda. Spera un giorno di poter seguire un percorso di formazione per diventare infermiera perché vuole “salvare la vita delle persone”.

Frequenti attacchi di diarrea, così come il ciclo mestruale, significano per Scovia saltare regolarmente le lezioni a scuola. Nella scuola che frequenta non c'è acqua per lavarsi e ci sono pochi gabinetti. Dopo essere andata ai servizi igienici o durante il ciclo, Scovia ha paura di toccare qualsiasi cosa o di mangiare perché ha le mani sporche. Come molti dei suoi compagni di scuola, periodicamente si ammala e non può andare a scuola. Di conseguenza, trova difficile prepararsi per gli esami e regolarmente non li supera. Per Scovia questa situazione è frustrante perché le sue speranze di diventare infermiera diminuiscono, così come spezzare il circolo vizioso della povertà [62].



Box 20 - Dati e cifre

- A livello globale, almeno 1,8 miliardi di persone utilizzano una fonte d'acqua potabile contaminata da feci.
- L'acqua contaminata può trasmettere malattie come diarrea, colera, dissenteria, tifo e poliomielite. Si stima che l'acqua potabile contaminata sia responsabile di 502.000 decessi per diarrea ogni anno.
- Entro il 2025 la metà della popolazione mondiale vivrà in zone con problemi idrici.
- Dal 1990, 2,6 miliardi di persone hanno avuto accesso a fonti d'acqua potabile migliori.
- Nel 2015, il 91% della popolazione mondiale ha avuto accesso ad una migliore fonte d'acqua potabile.
- 663 milioni di persone in tutto il mondo si affidano a fonti d'acqua non adeguate, di queste 159 milioni dipendono da acque di superficie[63].
- Si pensa che almeno il 10% della popolazione mondiale consumi cibo irrigato da acque reflue [64],
- I due quinti delle persone che non hanno accesso a fonti d'acqua potabile adeguate vivono in Africa [65].
- Entro il 2025 si prevede che la scarsità d'acqua colpirà più di 1,8 miliardi di persone, danneggiando gli agricoltori e soprattutto i contadini poveri [66].

È importante per la salute pubblica avere acqua sicura e prontamente disponibile, sia che venga usata per bere, per uso domestico, per la produzione di cibo o per scopi ricreativi. La fornitura d'acqua e le condizioni igieniche sono un aspetto cruciale per poter migliorare le vite di milioni di persone, stimolare la crescita economica dei paesi e ridurre la povertà.

Una delle più grandi tragedie è che, perfino nelle strutture sanitarie, manchi l'acqua pulita. Nel 2015 è stato condotto uno studio su 66.000 strutture sanitarie in 54 differenti paesi a basso e medio reddito (LMI¹³). Lo studio trovò che in più di un terzo di queste strutture mancavano acqua e sapone a sufficienza per permettere al personale e ai pazienti di lavarsi le mani e mantenere le condizioni igieniche di base [67].

Acqua sporca e mancanza di servizi igienici sono tra le prime cinque cause di morte tra le donne in tutto il mondo. Senza questi servizi di base, i centri sanitari non possono prevenire e controllare adeguatamente le infezioni, ponendo le madri e i loro bambini a rischio durante il parto. Dove non sono disponibili i servizi igienici, le madri in travaglio si vedono costrette ad uscire fuori per evacuare e hanno la tendenza a lasciare le strutture sanitarie poche ore dopo il parto, concedendosi così poco tempo per ricevere consigli e supporto [68].

L'accesso ad acqua pulita e servizi igienici nelle strutture sanitarie è fondamentale per fornire servizi di qualità e promuovere la salute. L'igiene delle mani è uno degli interventi più efficaci in termini di costo nella salvaguardia della salute e gli infermieri sono fondamentali per garantire che questo sia possibile in ogni ambiente sanitario.

Case Study 6.1 - Migliorare l'igiene, Uganda

Philomena Okello è un'infermiera esperta all'ospedale di riferimento di Lira, in Uganda. L'ospedale può ospitare 22 donne al giorno, ma di routine ne riceve più di 100. Lei ha visto in prima persona gli effetti devastanti della mancanza di acqua potabile e igiene in numerose strutture sanitarie dell'Uganda. Tuttavia, Philomena crede che "se adeguatamente motivate (*empowered*), le persone possono chiedere che sia fornita l'acqua potabile".

Ha guidato un movimento che ha coinvolto gli operatori sanitari e la comunità cercando di migliorare l'accesso all'acqua potabile, le fognature e l'igiene negli ospedali (WASH)¹⁴. Grazie a questa attività, dopo due anni sono stati apportati notevoli miglioramenti. Philomena ha insistito sul fatto che la gente dovesse conoscere WASH e dovesse essere incoraggiata a richiedere tale diritto. Ella esorta il suo personale e i suoi pazienti a sentirsi coinvolti nel movimento e a richiedere ciò che è giusto. "Non è solo un nostro diritto farci sentire, bensì è un nostro diritto essere ascoltati e coinvolti. Questo è l'unico modo per ottenere un cambiamento sostenibile", afferma Philomena [69].

¹³ *Low and middle income countries*, LMI (NdC).

¹⁴ *Water, sanitation and hygiene*, da qui l'acronimo WASH (NdC).

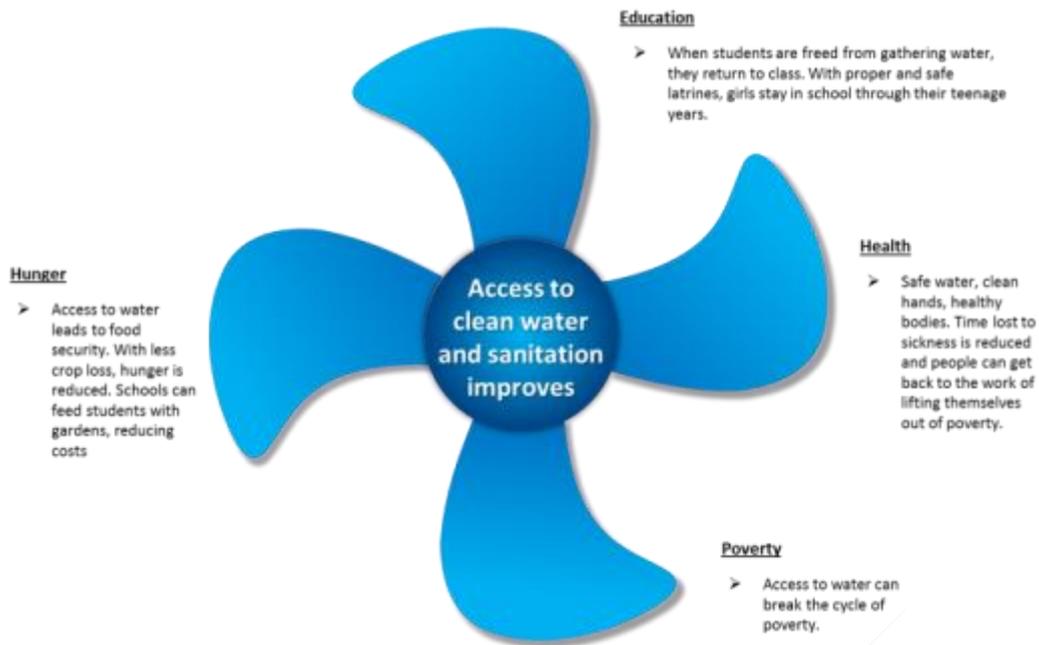


Figura 6 - L'impatto dell'acqua pulita sulla salute [70].

Box 21

Uno studio su 66.000 strutture sanitarie in paesi a basso e medio reddito ha rilevato:

- Presenza di risorse idriche o di reti idriche vicino alla struttura (entro i 500m) per bere, per l'igiene personale, le attività mediche, le pulizie, la lavanderia e per cucinare – **38% delle strutture senza accesso.**
- Presenza di servizi igienici nella struttura (non considerando la funzionalità o l'accessibilità) – **19% delle strutture senza accesso.**
- Possibilità di lavaggio delle mani con il sapone o possibilità di eseguire la frizione alcolica delle mani all'interno della struttura – **35% delle strutture senza accesso** [67].

Box 22

In media un paziente sottoposto a dialisi entra in contatto con più acqua in un anno di quanto una persona possa berne durante tutta la sua vita. Se è importante che l'acqua sia pulita per la salute pubblica, è ancora più importante che lo sia per una persona sottoposta a dialisi. Per le persone con patologie a carico dei reni che necessitano di dialisi vi è il desiderio di poter ricevere il trattamento il più possibile vicino a casa. Sebbene la dialisi domiciliare possa essere l'opzione migliore per ridurre il viaggio verso le strutture, la qualità e la quantità dell'acqua non consentono l'applicazione di questo modello di cure che migliorerebbe la qualità di vita.

Assunzione media giornaliera

- Assunzione normale – 1.5 litri attraverso il tratto gastrointestinale

- In dialisi – 360 litri di soluzione dializzante che entrano in contatto con il sangue tramite la membrana dialitica durante ogni trattamento [71].

Box 23

Nel 1854, Florence Nightingale formò un team di 38 infermiere per prendersi cura dei soldati britannici che combattevano nella Guerra di Crimea. Trovò soldati feriti e in fin di vita in condizioni sanitarie terribili. I soldati morivano dieci volte di più per le malattie che per le ferite riportate in battaglia. I risultati ottenuti da Florence Nightingale durante questo periodo furono in gran parte dovuti alla sua attenzione alla relazione tra condizioni igieniche e mortalità. Fece pulire le fogne, migliorò la ventilazione degli ambienti e fece distribuire lenzuola pulite [72].

Obiettivo 7: energia pulita e accessibile

...il tributo annuale di decessi a causa dell'inquinamento dell'aria in ambienti chiusi sarà ancora superiore a 1,5 milioni di persone - un tasso superiore a quello dei morti per malaria e tubercolosi...[73].

A Totorabamba, in Perù, Espirita è accovacciata davanti a un fuoco per tostare i chicchi d'orzo. Sul tetto di paglia della sua casa si può vedere una spessa fuliggine nera, a ricordo costante delle particelle che inala ogni volta che cucina. Per milioni di persone che cucinano giornalmente in questo modo, equivale a fumare circa 400 sigarette al giorno. [74]

L'inquinamento *indoor* colpisce soprattutto le persone che vivono nei paesi a basso-medio reddito, che rappresentano l'82% della popolazione mondiale[75]. In questi paesi, l'inquinamento interno si classifica tra i primi dieci rischi per la salute [10] posizionandosi, fra le cause di morte, persino prima dell'uso di acqua non sicura.

L'OMS attribuisce il 22% delle morti per malattie polmonari cronico ostruttive (BPCO) all'inquinamento *indoor* da combustibili solidi. La BPCO causa la morte nei bambini sottopeso alla nascita, provoca polmoniti nei bambini e problemi cardiaci e polmonari negli adulti. L'ONU ha stimato che circa tre miliardi di persone cucinano su focolari aperti o con stufe tradizionali [75].

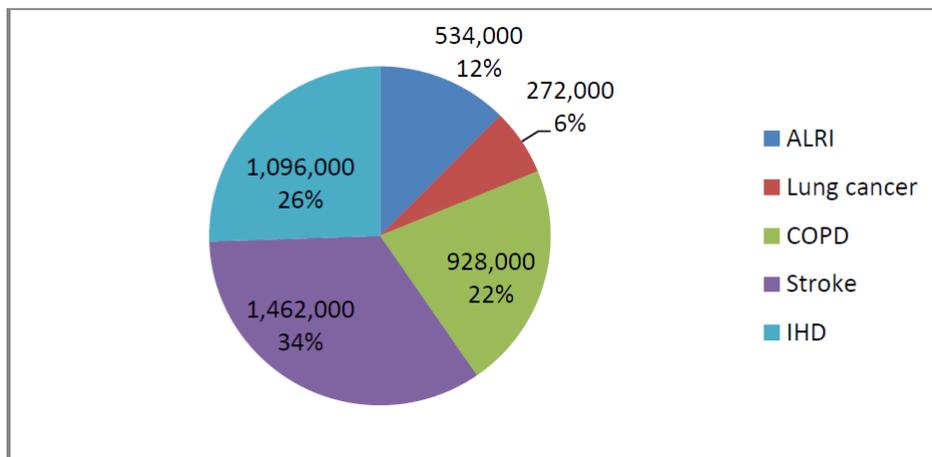


Figura 7 - Morti attribuibili all'inquinamento dell'aria domestica nel 2012 suddivise per patologia [75].

L'accesso insufficiente a energia pulita ha effetti profondi e di larga portata sulla salute. Incide sulla capacità di comunicare messaggi di prevenzione e promozione della salute; sulle condizioni che influenzano direttamente la salute (per esempio, l'accesso all'acqua potabile, l'inquinamento *indoor*, la malnutrizione); limita i servizi che possono essere forniti in sicurezza all'interno delle strutture sanitarie (per esempio, dallo stoccaggio dei farmaci alla fornitura di radioterapia); disincentiva gli operatori sanitari a lavorare in queste aree (per esempio, a causa dell'isolamento e incapacità di lavorare senza gli strumenti adeguati).

È fondamentale che noi riconosciamo l'importanza dell'energia pulita e dei suoi effetti sulla salute e sull'erogazione dei servizi sanitari. Gli infermieri si prendono cura di persone come

Espirita tutti i giorni. Come parte dell'assistenza offerta dobbiamo chiederci: come possiamo aiutare queste persone se le rimandiamo proprio nel luogo che ha provocato la loro malattia?

Box 24 - Dati e cifre

- La proporzione delle persone nel mondo con accesso all'energia elettrica è - 85%.
- 1,1 miliardi di persone non hanno accesso all'elettricità.
- Accesso a carburanti puliti e tecnologie – 58%.
- 2.8 miliardi di persone utilizzano legno, carbone, rifiuti di animali o delle colture per cucinare il cibo o riscaldare le loro case [76].
- Oltre quattro milioni di persone muoiono prematuramente per malattie causate dall'inquinamento dell'aria domestica a causa di combustibili solidi usati per cucinare.
- Più del 50% delle morti premature causate dalla polmonite tra i bambini sotto i cinque anni sono causate da particolato (fuliggine) inalato all'interno dell'ambiente domestico.
- Annualmente 4,3 milioni di morti premature per malattie non trasmissibili come ictus, cardiopatie ischemiche, BPCO e tumori ai polmoni sono da attribuire all'inquinamento dell'aria domestica [77].

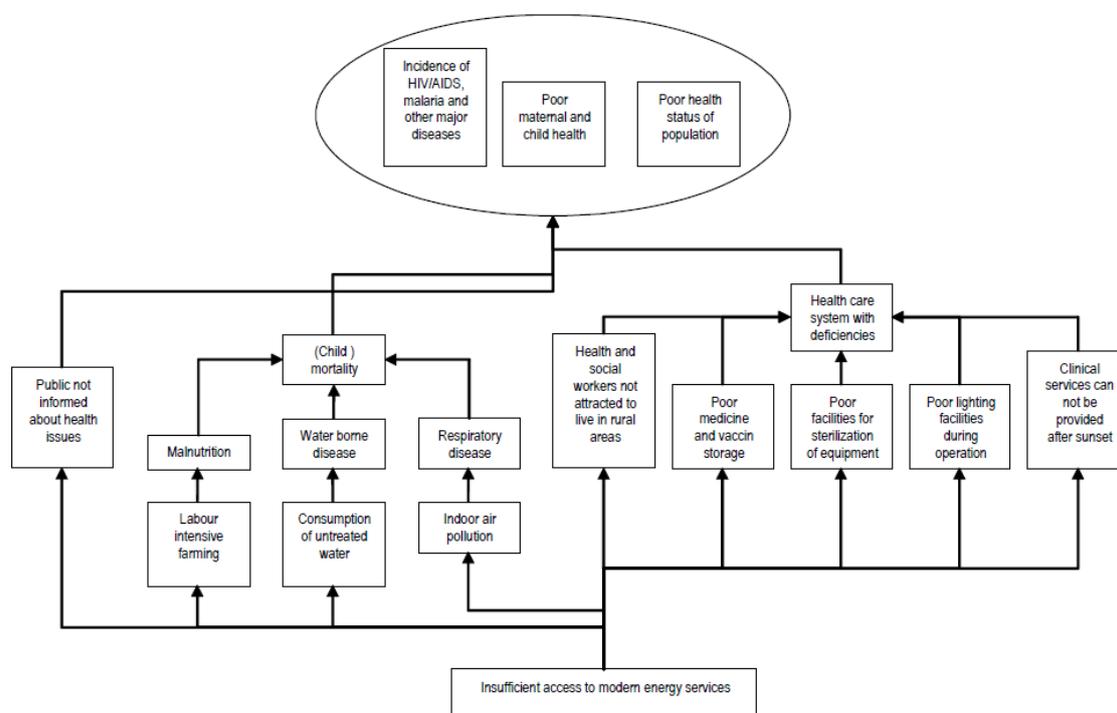


Figura 8 - Impatto dell'insufficiente accesso a fonti d'energia pulita sulla salute [78].

Case Study 7.1 - Affrontare la BPCO, Cina

La bronco-pneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) è la prima causa di morbidità e mortalità in Cina. Ciò è dovuto a numerose cause che includono il fumo di tabacco, la suscettibilità genetica e l'inquinamento *indoor* da uso di combustibili solidi [79].

La BPCO è caratterizzata dalla persistente limitazione dei flussi d'aria che è generalmente progressiva e non completamente reversibile. La rilevanza della malattia¹⁵ è elevata in quanto comporta disabilità e compromissione della qualità di vita. Essa ha anche un grande onere economico per i pazienti, gravando quasi del 40% sul reddito annuo delle persone che vivono nelle aree urbane e rurali della Cina.

Nel Guangzhou, in Cina, un servizio a gestione infermieristica per le persone affette da BPCO ha migliorato la vita di molti pazienti. Gli interventi offerti dalla clinica hanno riguardato in modo specifico i pazienti ad elevato rischio di riospedalizzazione per BPCO riacutizzata. Il programma include la stratificazione del rischio dei pazienti, la valutazione olistica dei bisogni delle persone, visite domiciliari quando necessario, l'*empowerment* del paziente e un servizio di reperibilità 24 ore su 24. Il programma ha ridotto le riacutizzazioni, migliorato la qualità di vita correlata alla salute e diminuito le spese mediche dei pazienti [80].

Box 25 - Accedere a tecnologie salvavita

Il poter usufruire di energia accessibile e pulita è molto importante per diagnosticare e curare malattie come, per esempio, il cancro. La diagnosi precoce resta la pietra miliare nel controllo del cancro al seno. Se il cancro al seno viene diagnosticato precocemente e il trattamento è disponibile, ci sono buone probabilità che possa essere guarito. Purtroppo, per molte persone nei paesi a basso-medio reddito, la radioterapia è un'opzione irraggiungibile. L'*International Atomic and Energy Agency* afferma che nei paesi a basso e medio reddito solo il 25% delle persone ha accesso alla radioterapia. La maggior parte dei paesi ad elevato reddito mette a disposizione almeno un reparto di radioterapia ogni 250.000 persone. Molto diversa è la situazione in circa 20 paesi a basso-medio reddito, in cui è disponibile un solo reparto per più di cinque milioni di persone e, in alcuni casi, per 20 milioni o più [81].

Ogni anno circa mezzo milione di donne muoiono per cancro al seno. Il 70% di questi decessi avviene nei paesi a basso medio reddito [82]. La sopravvivenza a cinque anni è drammaticamente differente tra i diversi paesi. Per esempio, in Giordania, la sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno è del 43% a differenza degli USA in cui è dell'89%. In alcuni paesi dell'Africa meno del 15% delle pazienti sopravvive a cinque anni di distanza dalla diagnosi di cancro alla cervice o al seno [83].

Il problema nei paesi a basso-medio reddito non è solo l'accesso alle apparecchiature di radioterapia. Il problema è spesso legato alla disponibilità di energia per far funzionare in modo appropriato i macchinari. Se non c'è una fonte di elettricità affidabile, le macchine per la radioterapia non possono operare e

¹⁵ L'originale è *burden of disease*, spesso utilizzato nella letteratura dell'OMS e altri enti per indicare il "carico" di correlati che una determinata malattia porta alla persona e alla società (NdC).

aumenta il rischio di rottura delle apparecchiature molto complesse. Ciò significa che anche i percorsi terapeutici dei pazienti ne saranno influenzati. Fino a quando i paesi a basso-medio reddito non saranno in grado di acquisire una corretta capacità di fornire radioterapia, milioni di persone affette da cancro nel mondo continueranno a mancare di un elemento essenziale per il trattamento e la palliazione. Perché questo avvenga è richiesta una fonte di energia affidabile [81].

Obiettivo 8: lavoro dignitoso e crescita economica

“Sento infermieri dire, ‘sono solo un infermiere.’ Ma vi rendete conto? Siamo le persone più importanti in un ospedale e sottovalutiamo così il nostro valore. Gli infermieri sono la pietra miliare dell’assistenza sanitaria eppure non rispettano quello che fanno”.

Margaret McClure (Dirigente infermiera capo presso il Centro medico dell’università di New York e pioniera degli Ospedali magnete¹⁶)

L’epidemia di Ebola del 2014 ha avuto effetti devastanti in molti paesi dell’Africa. Infatti, essa ha causato la morte di migliaia di persone e ha avuto effetti importanti anche sulle condizioni socioeconomiche; ha mostrato la debolezza dei sistemi sanitari di questi paesi e della risposta globale all’emergenza causata dalla mancanza di personale (*workforce*) e delle risorse richieste per fronteggiare l’epidemia.

Il 17 marzo 2016, il OMS ha segnalato la fine dell’epidemia da virus Ebola in Sierra Leone [84]. Oggi il paese rimane ancora in allerta per assicurarsi che ciò non si verifichi più.

Tuttavia, un motivo di seria preoccupazione è che gli infermieri in Sierra Leone non siano stati pagati per mesi e che il lavoro sia spesso stato svolto su basi di volontarie. Come risultato, gli infermieri stanno lasciando la professione per perseguire altre opportunità di lavoro che garantiscano loro uno stipendio. Questo danneggia non solo l’erogazione dei servizi sanitari, ma mette la Sierra Leone a rischio di non poter gestire un’altra epidemia [85].

Box 26 – Alcuni dati sull’occupazione nel mondo

- La disoccupazione globale è in aumento, con quasi 202 milioni di persone senza lavoro nel 2012.
- 2,2 miliardi di persone vivono al di sotto della soglia di povertà di 2 dollari americani al giorno.
- Globalmente c’è bisogno di 470 milioni di posti di lavoro per le persone che accederanno al mercato del lavoro tra il 2016 e il 2030 [86].
- Vi è una carenza di 7,2 milioni di operatori sanitari [38].

La disponibilità di personale sanitario qualificato e ben formato è fondamentale per migliorare gli *outcome* di salute a livello locale, nazionale e globale. Nel 2013, l’OMS ha lanciato un bollettino intitolato *Una verità universale: non c’è salute senza personale sanitario (A universal Truth: No Health without a Workforce)* [38]. I risultati del rapporto evidenziano che i progressi compiuti nel campo della salute possono essere attribuiti all’incremento della disponibilità di professionisti sanitari.

Box 27 - Dati sul Kenya

L’incremento degli investimenti nel campo della salute di 932 milioni di dollari americani l’anno per 20 anni impedirà la morte di 54.000 persone e un ritorno economico di 14 dollari per ogni dollaro speso [87].

¹⁶ L’originale è: *Former chief nursing officer at NYU Medical Centre and pioneer researcher of Magnet Hospitals (Ndc).*

Mentre si può pensare che investire nei professionisti sanitari e nella costruzione di infrastrutture possa sottrarre troppe risorse economiche, in realtà questo ha un effetto opposto. Il settore sanitario è la chiave per il miglioramento dell'economia e per la creazione di posti di lavoro. La richiesta di servizi sanitari è in continuo aumento, creando milioni di nuovi posti di lavoro. Investendo nella creazione di nuove posizioni lavorative per personale sanitario, si stima che il rendimento sugli investimenti attuati sarà di nove a uno. La ricerca in questo settore suggerisce anche che per ogni anno in più di aspettativa di vita, il PIL aumenta del quattro per cento [88].

La Commissione di alto livello sull'occupazione in campo sanitario e la crescita economica (*High-level Commission on Health Employment and Economic Growth*) [88] ha dichiarato che gli investimenti per la creazione di posti di lavoro nel settore sanitario possono migliorare l'economia, portare i paesi verso un sistema di copertura sanitaria universale e agire come baluardo contro epidemie come l'Ebola. Con l'aumento della popolazione e dell'incidenza delle malattie non trasmissibili, entro il 2030 saranno necessari a livello mondiale, approssimativamente 40 milioni di operatori nel settore della sanità.

Per raggiungere il numero di personale richiesto dovranno essere messe in atto una serie di strategie per attrarre persone alla professione infermieristica e, una volta impiegate, trattenerle in servizio. Le strategie per reclutare e mantenere¹⁷ infermieri richiedono l'affronto di numerose questioni che rientrano, in genere, rientrano fra le seguenti: la formazione – compreso l'abbandono della frequenza ai corsi di laurea, l'accesso all'istruzione post laurea, i percorsi di progressione di carriera e le opportunità di formazione continua; un'adeguata remunerazione; le condizioni di lavoro – compreso il numero di personale presente e le competenze disponibili (*staffing and skill mix*), gli orari di lavoro e la possibilità di renderli più vicini alle esigenze familiari; la creazione di ambienti di lavoro più sicuri, più sani e più gratificanti.

Box 28 - Regno Unito

Nel Regno Unito dal 2010 lo stipendio degli infermieri è sceso del 14% in termini reali. Questo ha aumentato la pressione finanziaria di molte persone, e come risultato, numerosi infermieri hanno lasciato la professione. Il divario per colmare la mancanza di personale continua ad aumentare [89].

Case Study 8.1 - Le condizioni di lavoro, Sud Africa

“Lavoro in un ospedale sempre affollato in Sud Africa e ogni giorno provo un senso di impotenza molto forte per le condizioni estenuanti di lavoro e la continua mancanza di personale. Spesso siamo costretti a svolgere attività che esulano dal nostro campo (*job description*) senza formazione o retribuzione adeguate. Non solo siamo a corto di personale, i nostri ospedali sono pericolosi – abbiamo avuto incidenti in cui i pazienti hanno aggredito gli infermieri verbalmente e fisicamente e il personale addetto alla sicurezza non è arrivato

¹⁷ Si impiegano sempre i seguenti termini a proposito di *workforce*: *attract* e *retain* (Ndc).

prima di 10 minuti. Così molti colleghi si sono licenziati perché in *burnout* o affaticamento che li lasciava incapaci di esprimere vicinanza¹⁸ [90].

FIGURE 4 Workforce to population ratios for 186 countries

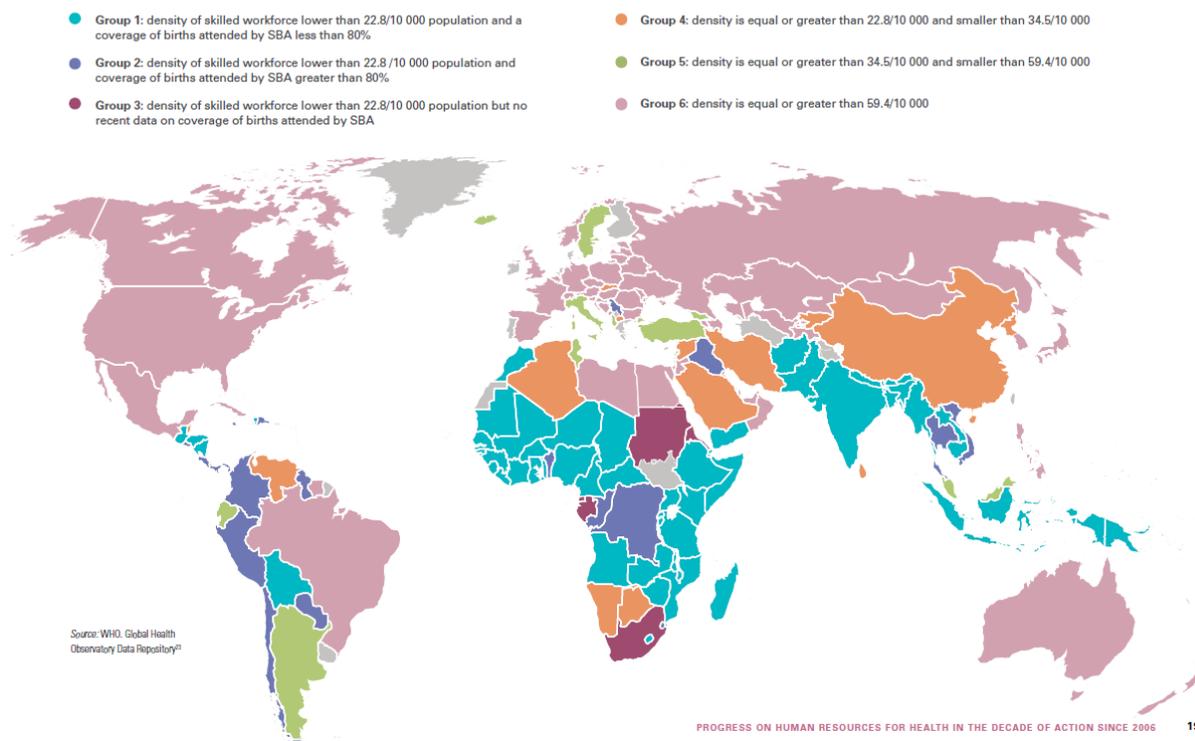


Figura 9 - Personale sanitario in rapporto alla popolazione in 196 paesi [91].

La disoccupazione

La disoccupazione porta a elevati rischi per la salute, tra cui l'incremento del tasso di malattie mentali e cardiovascolari. In tutto il mondo esiste un costante nesso tra disoccupazione e mortalità. Inoltre, i disoccupati fanno un maggior uso di farmaci e hanno tempi di guarigione più lunghi.

La disoccupazione ha effetti sia a breve sia a lungo termine sulla salute delle persone. La durata della disoccupazione è correlata a danni progressivi alla salute. La figura 10 dimostra che, ad ogni livello di istruzione e stato occupazionale, corrisponde un marcato incremento della mortalità.

Si tratta di una strategia chiara: inserire le persone nel mondo del lavoro significa migliorarne la salute. Tuttavia, non tutti i lavori sono protettivi per la salute. La salute delle persone può essere negativamente influenzata da rischi a livello fisico, orari di lavoro lunghi o irregolari, traumi ripetuti, lavoro su turni o lavoro sedentario svolto per lungo tempo. Inoltre, anche lo stress psicosociale sul luogo di lavoro può essere causa di deterioramento della salute.

¹⁸I termini molto incisivi usati per esprimere questo concetto sono: *burnout and compassion fatigue* (Ndc).

La maggior parte di questi fattori sono presenti nei posti di lavoro precari, con bassi salari e elevata instabilità [91].

Figure 10 Age standardized mortality rates in Taiwan, 2001–2010, by level of education and employment status for men aged 25–64 at 2000

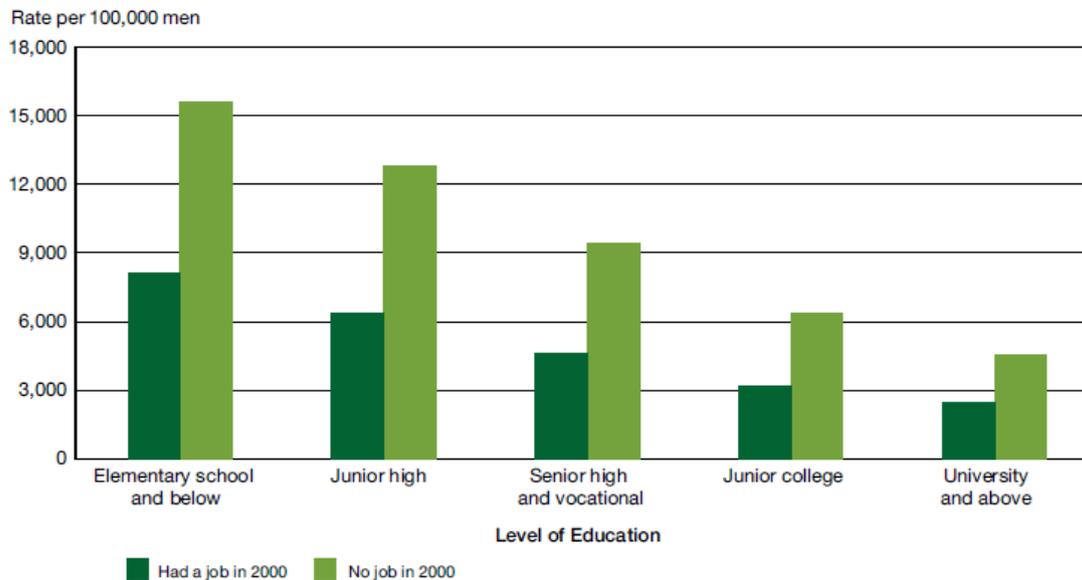


Figura 10 - Tassi di mortalità standardizzati per età a Taiwan, 2001-2010, per livello di istruzione e stato di occupazione negli uomini di età compresa tra 25-64 anni nel 2000 [91].

La violenza sul posto di lavoro

Negli USA, nell'ultimo anno, circa un infermiere su quattro ha subito aggressioni fisiche al lavoro. Ci sono più infortuni causati da violenza nel settore sanitario che in tutti gli altri settori messi insieme.

Si stima che:

- Solo il 29% degli infermieri che subiscono aggressioni lo segnalano.
- Il 18% degli infermieri non segnala la violenza perché teme ritorsioni.
- Il 20% degli infermieri dice di non segnalare la violenza perché pensa che sia parte normale del suo lavoro [92].

“Ogni settimana vedo il peggio, visto che una dozzina di membri della mia famiglia sono infermieri, medici o altri operatori sanitari. Nei reparti, nei pronto soccorso, nelle sale operatorie o nei reparti chirurgici, ogni giorno infermieri e altri fra il personale sanitario vengono aggrediti o devono trattare con pazienti violenti o ricevono molestie sessuali, per non parlare delle lesioni o in generale dei carichi a cui sono sottoposti nel mobilitare una percentuale crescente di pazienti che pesa anche più di 150 kg. Non riesco davvero a pensare a settori con un lavoro pesante come quello in miniera,

negli scavi o nel taglio della legna, ecc., nei quali si corra costantemente il rischio di restare gravemente feriti. Se lavori nel campo dell'assistenza infermieristica, posso quasi certamente garantirti che ti farai male e, dopo qualche tempo, probabilmente subirai un danno grave o finirai con un'invaldità permanente”.

Commento libero a un articolo su *The Atlantic*, citato il 5 dicembre 2016 [92].

“Con trent’anni di esperienza come infermiera di assistenza in reparti per acuti, devo dire che questo è esattamente il motivo per cui ho lasciato il lavoro in corsia la scorsa primavera. Dopo aver subito due gravi aggressioni che hanno avuto come risultato infortuni duraturi, probabilmente non riuscirò più a tornare al lavoro in corsia, la mia passione. Ti butta giù l’essere visti come merce usa e getta in un’industria. Nel mio stato di Rhode Island, anche quando un operatore sanitario viene aggredito, l’aggressore può essere accusato di un reato. I dipartimenti di polizia e le corti di giustizia fanno cadere/ridimensionano l’accusa. Gli ospedali disapprovano assolutamente la segnalazione alla polizia. Gli amministratori si aspettano che i supervisori facciano rapporto agli addetti al risk management prima che alla polizia. Gli ospedali, anche quando manca ciò che si potrebbe considerare il comune senso di sicurezza del personale, non possono essere ritenuti responsabili delle lesioni subite dal personale. Finché non ci sarà una riforma per la sicurezza dei lavoratori, questi eventi continueranno ad accadere”.

Commento di Mary Dvorsky all’articolo su *The Atlantic*, citato il 5 dicembre 2016 [92]

Obiettivo 9: industria, innovazione e infrastrutture

“Non ho mai voluto diventare qualcuno. Volevo occuparmi delle cose che contano – le cose che fondamentalmente ci ossessionano – come le facce dei bambini immigrati o le scarpe sulla spiaggia (in Sri Lanka dopo lo tsunami), cose importanti con un significato sociale”.

Marla Salmon, Former Chief Nursing Officer USA

Jane viveva in una zona rurale dell’Australia quando le fu diagnosticato un cancro alle ovaie al primo stadio. Sua madre e sua sorella erano morte entrambe di cancro e questo fu uno shock per lei. Vivendo in una zona così remota, l’ospedale più vicino dove sottoporsi a chemioterapia era distante quattro ore in automobile. In molte piccole città, gli ospedali locali non sono attrezzati per trattamenti chemioterapici perché il numero ridotto di pazienti malati di cancro comporta che pochi operatori sanitari abbiano le competenze per somministrare la chemioterapia. Se i pazienti devono sottoporsi a queste cure, devono spesso affrontare lunghi viaggi per parecchio tempo. Oltre a stare lontano dalle loro famiglie per il tempo richiesto, spesso i pazienti trovano tutto ciò troppo difficile e troppo costoso (380 dollari americani a visita) e rinunciano quindi ai trattamenti [93].

L’ospedale di Townsville ha istituito un modello innovativo per l’erogazione delle chemioterapie nelle aree rurali. Si tratta di un servizio in *tele-health*¹⁹ dall’ospedale al piccolo presidio ospedaliero rurale. Questo significa che un’infermiera di cure generali²⁰ dell’ospedale rurale viene supervisionata tramite un collegamento video da un’infermiera specializzata dall’ospedale terziario. Utilizzando questo modello, i pazienti possono ricevere trattamenti di pari intensità e con lo stesso profilo di sicurezza a quelli che riceverebbero se trattati sul posto. Questo modello d’assistenza ha migliorato la soddisfazione dei pazienti e l’accesso alle cure, ridotto le spese sostenute dai pazienti e dall’ospedale e, in generale, migliorato il benessere dei pazienti [94].

Per molte persone in tutto il mondo, l’accesso ai servizi sanitari comporta molte ore di viaggio, spesso su terreni accidentati. Le persone che vivono nelle aree rurali hanno poca scelta riguardo ai mezzi di trasporto. Questo può essere un peso considerevole in termini di tempo e denaro. L’invecchiamento della popolazione e l’aumento dell’incidenza di condizioni croniche spesso richiedono frequenti visite alle strutture sanitarie. Idealmente, le persone dovrebbero essere in grado di accedere in modo sicuro e conveniente a servizi come: assistenza primaria (*primary care*), cure odontoiatriche, salute comportamentale, emergenza e servizi di salute pubblica. L’accesso all’assistenza sanitaria è importante per:

- il benessere fisico, sociale e mentale complessivo
- la prevenzione della malattia
- la diagnosi e trattamento della malattia
- la riduzione della morbilità e della mortalità.

¹⁹ Si lascia in originale per non tradurlo nella frequente espressione italiana tele-medicina che ha un significato più riduttivo (NdC).

²⁰ Si tratta della *General rural nurse*, che spesso ha una formazione avanzata (NdC).

Nel 2012 in Niger approssimativamente il 90% delle strade non erano asfaltate. In sei distretti non ci sono strutture sanitarie e si stima che il rapporto tra popolazione e strutture sanitarie sia di 1 a 7.000. Durante la stagione secca, il 39% della popolazione si trova a un'ora di cammino da un centro sanitario. Questa percentuale cala al 24% durante la stagione delle piogge. Uno studio trovò che c'era una forte correlazione tra tassi di vaccinazione e distanza dai servizi. Esso dimostrò che se un bambino si trovava entro un raggio di distanza di un'ora di cammino dall'ospedale, aveva una probabilità due volte maggiore di completare i programmi di vaccinazione rispetto a quelli che vivevano più lontani[95].

Box 29 – Alcuni dati

- 2,6 miliardi di persone hanno accesso limitato o nessun accesso a elettricità affidabile.
- 2,5 miliardi di persone non hanno accesso ai servizi igienico-sanitari di base.
- 1-1,5 miliardi di persone non hanno accesso a servizi telefonici affidabili [96].

Per soddisfare le complesse richieste di salute e di assistenza sanitaria, molti governi e consigli d'amministrazione degli ospedali stanno promuovendo delle politiche di innovazione. Hanno riconosciuto che il vecchio modo di fare le cose non può continuare e stanno perciò cercando altre soluzioni. Quello che era l'Istituto per l'innovazione e il miglioramento del Servizio sanitario nazionale inglese²¹ affermò che "l'innovazione consiste nel fare le cose in maniera differente o nel fare cose diverse per migliorare le prestazioni. È un mito che la maggior parte delle innovazioni provenga dai laboratori, da coloro che elaborano politiche o da leader esperti. La maggior parte delle innovazioni proviene dal personale che lavora all'interno di queste organizzazioni" [97].

In tutto il mondo, gli infermieri sono testimoni oculari dei bisogni dei pazienti e delle sfide che i sistemi sanitari stanno incontrando per soddisfarli. È difficile che non vi sia un intervento, un trattamento o un programma sanitario nel quale gli infermieri non abbiano una parte da giocare. Detto ciò, gli infermieri giocano un ruolo cruciale nel determinare la qualità, l'efficienza e l'accessibilità alle cure.

Gli infermieri a tutti i livelli devono continuare a esplorare e dischiudere il potenziale dell'innovazione migliorando la qualità, l'efficienza e l'accessibilità all'assistenza. Dobbiamo dimostrare che l'impatto e gli *outcome* di questi interventi, così come il futuro della salute e del benessere delle persone, dipendono dalle nostre idee, dalla nostra creatività e volontà di affrontare il cambiamento.

²¹*National Health Service (NHS) Institute for Innovation and Improvement*. Nato nel luglio 2005 per sostenere la trasformazione del NHS con l'innovazione, il miglioramento e l'adozione delle migliori pratiche, è stato sostituito nell'aprile 2013 dal *NHS Improving Quality* (NdC).

Case Study 9.1 – Sostenere le strutture per l’assistenza agli anziani, Australia

Le persone che vivono nelle strutture residenziali per anziani sono utenti frequenti del pronto soccorso. Tuttavia, le infrastrutture e le risorse negli ospedali spesso non sono pensati per venire incontro ai bisogni delle persone anziane fragili. Per superare questo problema, l’ospedale di Brisbane ha istituito un modello innovativo di assistenza per sostenere le strutture residenziali per anziani.

Quando viene identificata la necessità per un paziente residente in una struttura per anziani di ricevere ulteriori cure mediche, un’infermiera specializzata in gerontologia fa visita alla struttura. Se necessario, l’infermiera specializzata è in grado di comunicare in telemedicina con uno specialista presso l’ospedale e predisporre un piano terapeutico appropriato. I pazienti possono quindi spesso restare nelle strutture e ricevere le cure necessarie, incluse terapie antibiotiche endovena. Questo ha migliorato la soddisfazione dei pazienti, ridotto i costi e ridotto gli accessi al pronto soccorso [98].

Case Study 9.2 - Applicazioni per *smartphone* e prevenzione sanitaria, India

In India, per una rupia al giorno, gli utenti possono ricevere messaggi sanitari sul loro telefono cellulare. Questi messaggi sono stati ideati da infermieri o medici su tematiche quali: la gestione del peso, la salute sessuale e l’influenza. In un anno, più di un milione di messaggi sulla salute pubblica sono stati inviati alle persone che hanno sottoscritto l’abbonamento [99].

Case Study 9.3 - L’utilizzo di assistenti personali digitali²² nelle aree remote, Canada

Nel Saskatchewan settentrionale, ci sono postazioni infermieristiche che operano 24ore al giorno sette giorni alla settimana. Spesso gli infermieri sono trasportati in elicottero nelle zone che non sono accessibili via terra. Gli infermieri forniscono diversi servizi che vanno dal trattamento dei traumi in emergenza all’assistenza a persone con patologie croniche e alle vaccinazioni.

Gli infermieri spesso utilizzano i dispositivi mobili (*mobile devices*) per l’educazione sanitaria, per la consulenza e la presa di decisioni cliniche. I dispositivi forniscono agli infermieri l’accesso a materiale informativo relativo alle cure primarie: medicazioni, linee guida cliniche e valutazione dello stato della persona, rapido accesso a informazioni digitali sugli effetti collaterali e le interazioni tra farmaci, fonti utili di farmacologia, il calcolo dei dosaggi dei farmaci e altri strumenti [99].

Box 30 - La distanza conta

Uno studio in Svezia ha dimostrato che i pazienti che vivono a una distanza maggiore di 50-60 chilometri dal loro ospedale di riferimento, hanno il 15% di possibilità in meno di sopravvivere a un attacco di cuore rispetto ai pazienti che vivono entro 10 chilometri dall’ospedale [100].

²² Si è tradotto in questo modo *Personal Digital Assistant* (NdC).

Uno studio nel Regno Unito ha trovato che a ogni 10 chilometri in più di distanza in linea retta dal pronto soccorso è associata una crescita in termini assoluti di circa l'1% della mortalità [101].

Uno studio in Australia ha riscontrato una forte correlazione tra la distanza dai centri di radioterapia e gli *outcome* di sopravvivenza delle persone alle quali era stato diagnosticato un tumore. In media, c'era un incremento del 6% del rischio di morire ogni 100 chilometri in più di distanza dalla più vicina struttura adibita alla radioterapia [102].

Obiettivo 10: ridurre le disuguaglianze

"La prova del nostro progresso non sta nell'aggiungere abbondanza a chi ha già molto; ma nel fornire abbastanza a coloro che hanno troppo poco."

Franklin D. Roosevelt
Ex Presidente degli Stati Uniti d'America

Morley era una giovane ragazza indigena che si prendeva cura di coloro che le stavano attorno, soprattutto di suo fratello minore. Tragicamente, la mamma di Morley aveva subito un abuso quando era bambina e soffriva di attacchi di depressione e numerose dipendenze. Sfortunatamente, questa situazione l'avevano portata a trascurare i suoi figli. Morley cominciò ad auto lesionarsi e tentò il suicidio. Sebbene lei volesse vivere a casa con sua mamma e suo fratello, per la sua sicurezza fu deciso di metterla sotto tutela. Durante questo periodo, i genitori adottivi di Morley iniziarono a segnalare che Morley diceva di sentire delle voci che le dicevano di farsi del male. Uno psichiatra le diagnosticò un disturbo da stress post-traumatico. La sua salute mentale e il suo comportamento peggiorarono ulteriormente e, dopo un altro tentativo di suicidio, fu ricoverata in ospedale. La sua condizione era tale da farla poi ricoverare in una struttura residenziale [103].

Le circostanze in cui nasciamo influenzano in modo drammatico il modo in cui ci sviluppiamo e cresciamo. Non è solo il modo in cui inizi a vivere a fare la differenza, ma anche il modo in cui si accumulano vantaggi e svantaggi a determinare come concluderai l'esistenza. Gli studi dimostrano che chi ha avuto quattro o più differenti tipi di esperienze negative nell'infanzia, è quasi cinque volte più a rischio di trascorrere delle settimane in uno stato di depressione, ed è 12 volte più a rischio di suicidio [104]. In questa storia, un ciclo di svantaggi perpetuati ha causato seri problemi di salute a Morley.

La differenza in termini di salute e benessere tra gruppi avvantaggiati e svantaggiati si può drammaticamente osservare nelle popolazioni indigene. Lo svantaggio sociale è collegato a tassi più elevate di suicidio, abuso di alcool e droghe, problemi di salute mentale, malattie cardiovascolari, polmonari, obesità, diabete e molti altri tipi di malattie e fattori di rischio. In genere, chi ha svantaggi e può beneficiare di una condizione sociale migliore ha anche una salute migliore. Questa disuguaglianza esiste tra paesi e all'interno dello stesso paese: nessuna nazione ne è immune. Come Sir Michael Marmot presenta in modo così eloquente, ciò esiste perché vi è disparità fra i luoghi di nascita delle persone, fra dove crescono e si sviluppano, dove lavorano e vivono, e dove invecchiano. La disuguaglianza non riguarda solo l'aspettativa di vita, ma anche la qualità di vita [104].

Chi è più svantaggiato ha più probabilità di aver bisogno di assistenza sanitaria, ma meno probabilità di riceverla. È stato spesso riscontrato che chi vive in povertà e svantaggio sociale spesso riceve opzioni differenti di trattamento rispetto a chi è meno svantaggiato. Questo può essere il risultato di un sistema sanitario non predisposto o organizzato per fornire servizi sanitari alle persone che si trovano sul gradino più basso della struttura sociale. La professione infermieristica è cruciale per affrontare questa sfida e esercitare l'*advocacy* nei confronti dei diritti dei pazienti. Gli infermieri, collaborando con altri professionisti della salute, possono creare un clima più positivo anche in situazioni ove le

differenze socio economiche sono inaccettabili. Essere in prima linea per i bisogni di salute di tutte le persone è un modo per essere fedeli al ricco mandato professionale.

Box 31 – Alcuni dati sulla disuguaglianza per reddito

- Nei paesi in via di sviluppo, tra il 1990 e il 2010, la disuguaglianza di reddito è aumentata dell'11%.
- I bambini nel 20% delle popolazioni più povere hanno tre volte più probabilità di morire prima del loro quinto compleanno.
- Le persone con disabilità hanno fino a cinque volte più probabilità rispetto alla media di incorrere in una spesa sanitaria catastrofica.
- Le donne che vivono nelle aree rurali hanno tre volte più probabilità di morire durante il parto rispetto alle donne che vivono nelle aree urbane.
- L'1% più ricco della popolazione mondiale controlla fino al 40% del patrimonio globale.
- Il 50% della popolazione più povera detiene solo lo 0,5% del patrimonio globale[105].

Box 32 – Alcuni dati sulla disuguaglianza delle popolazioni indigene

- L'aspettativa di vita delle popolazioni indigene è fino a 20 volte più bassa rispetto a quella delle loro controparti non-indigene.
- Le popolazioni indigene sperimentano tassi più alti di mortalità materna e infantile, di malnutrizione, di malattie cardiovascolari, di HIV/AIDS e altre malattie come la malaria e la tubercolosi.
- I tassi di suicidio dei popoli indigeni, in particolare tra i giovani, sono notevolmente più elevati che in numerosi paesi; per esempio, 11 volte in più della media nazionale per gli Inuit del Canada.
- Globalmente, più del 50% degli adulti delle popolazioni indigene è affetto da diabete di tipo II.
- In alcune parti dell'Ecuador, i popoli indigeni sono 30 volte più a rischio di contrarre il cancro alla gola rispetto alla media nazionale.
- Negli Stati Uniti, un nativo americano ha 600 volte più probabilità di contrarre la tubercolosi e il 62% in più di probabilità di commettere suicidio.
- I tassi di tabagismo, abuso di sostanze e suicidio sono molto più elevati tra le popolazioni indigene.
- In Canada, il tasso di incarcerazione di persone indigene è dieci volte superiore; in Australia è 14 volte superiore [106].

Case Study 10.1 - Assistenza infermieristica di comunità, Canada

“Spesso ho dovuto ricoprire ufficiosamente più ruoli nello stesso tempo, come quello del medico, del terapeuta o dello specialista. Ero l'unica professionista sanitaria disponibile con conoscenze sufficienti per fornire assistenza”.

Florence Woods è un'infermiera canadese di comunità (*community health nurse*) con più di 40 anni di esperienza di lavoro in zone remote per lo più popolate da comunità Inuit. Nel 2002 fu destinata a Pond Inlet, una piccola comunità nella regione Qikiqtaaluk di Nunavut in Canada. Lì è stata determinante nell'attuazione di numerosi programmi, come il *Canadian Prenatal Nutrition Program*, il programma per la colazione a scuola e numerosi progetti di doposcuola per aiutare giovani e adulti a fare scelte di vita salutari.

“La prima volta che sono andata a Pond, nel 2002 ho pensato, ‘wow, questo è un bellissimo posto in cui vivere’. E come tutti coloro che vengono al nord, avevo un progetto da uno a tre anni, che si trasformò in un progetto quinquennale. E poi, ho semplicemente smesso di contare”.

Mentre lavorava nelle regioni artiche, si accorse che i problemi principali erano il diabete di tipo 2, seguiti dall'ipertensione, i problemi di salute mentale e il suicidio.

L'integrazione di Florence nella vita locale l'ha portata a sviluppare un grande rispetto per la cultura Inuit: la sua enfasi sui valori della famiglia, il rispetto per la terra e la sua conoscenza unica dell'ambiente.

Come forte sostenitrice dell'assistenza centrata sulla famiglia nel rispetto dei valori tradizionali, Florence capì che coinvolgere gli individui ad essere partecipanti attivi nella loro assistenza sanitaria e nella comunità, dando loro la conoscenza e l'*empowerment*, avrebbe permesso loro di fare scelte consapevoli e salutari [107].

Obiettivo 11: città e comunità sostenibili

Entro il 2050, si stima che il 70% della popolazione mondiale vivrà in aree urbane. La salute globale sarà quindi determinata in maniera crescente dalle città. Le città forniranno il contesto nel quale le persone cresceranno, vivranno, lavoreranno e giocheranno.

La vita nelle aree urbane è stata associata a un miglioramento dei livelli di reddito e dei risultati di salute. Allo stesso tempo, le pressioni sulla crescita urbana hanno contribuito a far emergere importanti disuguaglianze sociali e sanitarie nelle città di tutto il mondo.

San Paolo, in Brasile, è una metropoli in rapida crescita: 100 anni fa, la popolazione di San Paolo era solo di 100.000 persone; da allora, la popolazione si è rapidamente estesa a oltre 10 milioni di persone (comprese le aree limitrofe, la popolazione è aumentata fino a raggiungere i 18 milioni). La città presenta molti contrasti: in alcune parti, c'è vita culturale e crescita economica; in altre aree c'è un notevole tasso di criminalità e situazioni di grave povertà. Come ha dichiarato Wolfgang Nowak, "le grandi città sono tutto: primo, secondo e terzo mondo riuniti in un'unica città" [108].

La rapida crescita della popolazione nelle città è stata la causa principale di questa disparità. La pianificazione non è stata in grado di rimanere al passo con la rapida espansione, il che significa che i servizi igienici e la gestione delle acque di scarico, la mobilità, gli standard nell'edilizia, la qualità dell'aria *indoor* e i mezzi di comunicazione sono inadeguati. L'accesso alle scuole, ai servizi sanitari e al lavoro sono stati ostacolati. Tutti questi elementi hanno portato a disparità nel modo in cui le persone percepiscono la loro salute e il loro benessere. I poveri, quando si trovano in determinate parti della città, sono spesso i più esclusi dalla giustizia sociale. Le città inclusive hanno necessità di ospitare i meno abbienti all'interno del tessuto urbano centrale e ridurre al minimo grado l'isolamento causato dalla povertà, creando vere infrastrutture pubbliche che siano condivisibili dai gruppi con differenti fasce di reddito. C'è bisogno di limitare la proliferazione delle città e aumentarne la compattezza complessiva dovrebbe essere un elemento fondamentale delle politiche sociali. Ci sono molte caratteristiche che possono essere utilizzate per trasformare una città in una città sana. Tuttavia, l'elemento centrale, per beneficiare dei vantaggi della trasformazione, è l'affronto del tema dell'equità [109].

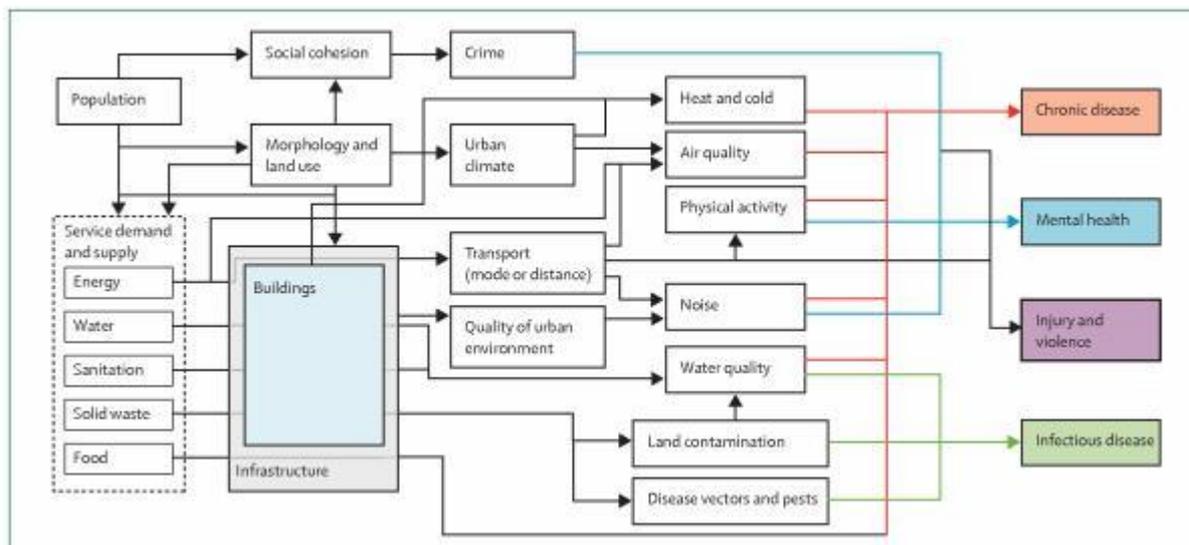


Figura 11 - Il rapporto tra i risultati di salute e l'ambiente urbano [109].

Box 33 – Alcuni dati

- Nel 2015, il 50% delle persone (3,5 miliardi) viveva in città
- Entro il 2030, il 60% vivrà in aree urbane
- Il 95% dell'espansione urbana avrà luogo nei paesi in via di sviluppo
- 828 milioni di persone vivono nei bassifondi (*slums*)
- La più grande crescita urbana sarà in Africa e Asia
- 1,6 miliardi di persone non hanno un alloggio adeguato [110]
- L'ultima volta che le Nazioni unite hanno tentato di eseguire un sondaggio, hanno stimato che 100 milioni di persone erano senzate (homeless).

Case Study 11.1 - Salute inclusiva, i progetti Micah, Australia

“È possibile migliorare i risultati di salute delle persone che vivono per le strade, porre fine alla loro condizione di senzate e risparmiare sul sistema ospedaliero”.

Kim Rayner è manager e *clinical nurse leader* dell'*Inclusive Health, Micah Projects* a Brisbane, in Australia, il quale è stato istituito in risposta diretta agli elevati tassi di plurime morbidità e ai rischi di mortalità individuati tra i soggetti svantaggiati e le famiglie che stanno vivendo senza fissa dimora, in povertà, nell'emarginazione sociale, con malattie mentali, disabilità e violenze domestiche.

Brisbane, con una popolazione di 1,15 milioni di persone, ha più di 4.300 persone che vivono per strada [111]. Il *Micah Projects*, un'organizzazione non governativa, è stata istituita per affrontare attivamente questo problema, e Kim è stata fondamentale nello stabilire la *partnership* tra *Micah Projects* e alcuni tra i più grandi ospedali privati di Brisbane, al fine di fornire servizi per la popolazione senzate o accolta in alloggi temporanei.

Al fine di conoscere i bisogni sanitari e bisogni sociali della comunità, gli infermieri all'interno del team hanno adattato uno strumento, il *Vulnerability Index Survey*, sviluppato negli Stati Uniti. L'indagine ha rivelato che:

- Il 59% presentavano tre patologie – con una malattia cronica, l'abuso di sostanze e una malattia mentale.
- Il 36% aveva un'anamnesi di lesione o trauma cerebrale.
- Il 30% aveva un'anamnesi di malattia epatica, cirrosi o uno stadio finale di una epatopatia.
- 28% aveva un'anamnesi di malattie cardiocircolatorie o aritmie.
- Al 9% è stato diagnosticato un tumore [112].

L'analisi di questi dati ha permesso al team di sviluppare un approccio mirato per prevenire e intervenire precocemente impedendo alle persone di diventare dei senzatetto; rompere il circolo vizioso dei senzatetto e migliorare i sistemi di servizio in risposta al problema di non avere una casa.

Di conseguenza, sono stati sviluppati servizi sanitari su misura per soddisfare i bisogni di questo gruppo di popolazione vulnerabile, attraverso la rapida redistribuzione di alloggi ai senzatetto e la fornitura di servizi sanitari a basso costo in tutte le fasi del processo di alloggiamento (prima, durante e dopo il processo di trasferirsi in una nuova casa) al fine di ridurre i costi personali e sociali e l'impatto del problema della mancanza di fissa dimora sugli individui e la comunità [113].

L'*Homeless to Home Healthcare After-Hours Service* è composto da due team: uno che lavora offrendo solidarietà "dalla strada alla casa" visitando gli spazi pubblici, i parchi e le case abusive con un furgone; l'altro che fa visite a domicilio e visite agli spazi pubblici in tutta l'area metropolitana di Brisbane.

Il servizio include:

- Una programmazione collaborativa e un impegno con lavoratori che operano nella comunità nell'ambito degli alloggi.
- La fornitura di un singolo punto d'accesso a servizi che includono gli alloggi e l'assistenza sanitaria dopo i normali orari d'ufficio.
- La creazione di un rapporto di fiducia con gli individui e le famiglie che sono senzatetto così come con le persone che vivono in alloggi di fortuna.
- La risposta immediata alle persone che si rivolgono al *Brisbane Homelessness Service Centre*, nonché un servizio che si rivolge a chi è nelle strade, parchi e case di gente che ha una dimora grazie a iniziative di *Housing First*.
- La fornitura di valutazioni sanitarie e l'invio ai centri di prima assistenza (*primary healthcare*), inclusi servizi sanitari consociati.
- *Follow-up* delle cure attraverso la consulenza di altri professionisti e la fornitura di assistenza per orientarsi e nel sistema sanitario.
- L'impegno in un intervento precoce proattivo e nell'assistenza sanitaria preventiva.
- Educazione sanitaria e coordinamento assistenziale e sanitario per gli individui attraverso il collegamento e il patrocinio di cliniche di medicina generale locali e servizi specialistici come quello dentistico, per la cura delle dipendenze da droga e alcool, nefrologico, diabetologico e per le vaccinazioni.

- Collegamento con ospedali e personale ospedaliero circa la pianificazione delle dimissioni e il *follow-up* clinico [114].

Questo servizio è gestito da un team di infermieri dedicato e dimostra che è possibile migliorare gli *outcome* di salute delle persone che vivono per la strada, porre fine alla loro condizione di senzatetto e risparmiare sul sistema ospedaliero.

Il servizio è un successo sotto ogni aspetto: ha migliorato la qualità della vita collegata alla salute; ha ridotto in maniera sostanziale l'accesso agli ospedali tra le persone che si rivolgono al servizio; ha ridotto i ricoveri ospedalieri del 37% e gli accessi al pronto soccorso del 24%. C'è stata anche una riduzione significativa della spesa ospedaliera con un risparmio netto di circa 6,45 milioni di dollari australiani ogni anno; un beneficio sociale netto annuale di oltre 12,6 milioni di dollari australiani; un miglioramento a circa 82 anni di vita pesati sulla qualità²³ [114].

Presentato da: Kim Rayner, Manager and clinical nurse leader,
Inclusive Health, Micah Projects, Brisbane, Australia

Case Study 11.2 - Prescrizione sociale, UK

In una delle zone più depresse dell'Inghilterra, un'organizzazione comunitaria innovativa ha trasformato l'area. Il *Bromley by Bow Centre* ha lavorato in collaborazione con i *provider* di assistenza sanitaria primaria e i gruppi della comunità per aiutare le persone ad aumentare le loro competenze, trovare un lavoro e condurre una vita sana e felice.

I medici di medicina generale e gli infermieri mettono in comunicazione i pazienti con i servizi offerti dal centro e l'intera comunità. Il personale utilizza quello che è stato definito come la "prescrizione sociale", cioè il processo attraverso il quale gli individui sono inviati ai servizi non clinici esterni quali: programmi di stile di vita sano, consigli sul welfare e la casa, sostegno all'occupazione, consulenze finanziarie e per gestire i debiti. Si riconosce così che i problemi di salute possono dipendere non solo da cause fisiche.

Alison Bell, infermiera, incoraggia i pazienti con BPCO ad entrare a far parte di un coro per aiutarli a controllare la respirazione. I pazienti con problemi articolari sono inviati a corsi di ceramica in quanto l'atto di modellare l'argilla aiuta a migliorare forza e ampiezza dei movimenti. Ai gruppi comunitari sono riferite persone che hanno bisogno di aiuto per gestire la perdita di peso. La filosofia della prescrizione sociale è quella di responsabilizzare (*empower*) i pazienti e inserirli nella loro comunità e ambiente [115].

²³ Si tratta dei *quality adjusted life years*, abbreviato con QALY, unità di misura impiegata per indicare la qualità della vita combinata con la sua durata. Un QALY pari ad 1 corrisponde all'aspettativa di vita di un anno in condizioni di buona salute; il valore 0 corrisponde alla morte. La scala di misurazione è continua e ad alcuni anni di vita possono essere attribuiti anche valori negativi nel caso, per esempio, si abbiano condizioni gravi di immobilità e di sofferenza acuta. Viene utilizzato come indice di ponderazione nella valutazione degli incrementi nell'aspettativa di vita connessi agli interventi sanitari (NdC).

Obiettivo 12: consumo e produzione responsabili

Gli ospedali e i servizi sanitari sono grandi consumatori di risorse e producono notevoli quantità di rifiuti. Si stima che l'industria del settore sanitario produca 7.000 tonnellate di rifiuti ogni giorno, inclusi rifiuti solidi e rifiuti medici. È stato anche stimato che le strutture sanitarie consumino circa 2,5 volte la quantità di energia utilizzata in un centro commerciale delle stesse dimensioni [116].

Box 34 – Alcuni dati

- 1/3 dell'intera produzione alimentare finisce tra i rifiuti (1,3 miliardi di tonnellate di cibo).
- Solo il 3% dell'acqua del mondo è acqua dolce (il 2,5% è congelata nell'Antartide, nell'Artico e nei ghiacciai).
- Un miliardo di persone non ha accesso all'acqua potabile.
- Per l'uso domestico si consuma il 29% dell'energia globale.
- Se in tutto il mondo le persone passassero all'uso di lampadine efficienti, ci sarebbe un risparmio di 120 miliardi di dollari americani l'anno [117].
- Ogni giorno vengono prodotte tre milioni di tonnellate di rifiuti [118].

Le strutture sanitarie hanno un ruolo importante nella sostenibilità delle risorse. Esse hanno anche un impatto diretto sulla salute degli individui. L'OMS ritiene che solo il 58% dei rifiuti sanitari viene smaltito correttamente. Questo pone le comunità a rischio di infezioni crociate da rifiuti infetti e patologici, lesioni e infezioni da taglianti e avvelenamento da inquinamento chimico, prodotti farmaceutici, rifiuti genotossici e radioattivi.

Case Study 12.1 - Assistenza sanitaria senza danni, USA

*Assistenza sanitaria senza danni*²⁴ è un'organizzazione co-fondata da Charlotte Brody, un'infermiera. L'organizzazione nacque in risposta ad un rapporto dell'agenzia statunitense *Environmental Protection Agency* la quale individuava l'incenerimento dei rifiuti medici come la fonte principale di diossina, un agente fortemente cancerogeno. L'organizzazione ha svolto un ruolo fondamentale nel raggiungimento di una serie di obiettivi come, per esempio, eliminare virtualmente l'utilizzo di apparecchiature medicali a base di mercurio negli Stati Uniti e incoraggiare gli ospedali a comprare da fornitori locali che coltivano in modo sostenibile [119].

Box 35 – Alcuni dati

- L'85% dei rifiuti prodotti nelle strutture sanitarie sono indifferenziati e non pericolosi.
- Il 15% dei rifiuti è considerato materiale a rischio biologico che può essere infettivo, tossico o radioattivo.
- Ogni anno, vengono eseguiti 16 miliardi di iniezioni, ma non tutte le siringhe vengono smaltite correttamente.

²⁴ L'organizzazione si chiama *Healthcare without harm* (NdC).

- Lo smaltimento non corretto delle siringhe è responsabile per ben 33.800 nuovi casi di infezioni da HIV, 1,7 milioni di infezioni da epatite B e 315.000 infezioni da epatite C.
- In alcune circostanze i rifiuti sanitari vengono inceneriti e possono essere prodotte come emissioni diossina, furani e altre sostanze inquinanti.
- Una persona che si punge con un ago infetto ha rispettivamente il 30%, l'1,8%, e lo 0,3% di possibilità di contrarre infezioni da HBV, HCV e HIV.
- Il 58% delle strutture sanitarie hanno sistemi adeguati per lo smaltimento sicuro dei rifiuti sanitari [120].

Obiettivo 13: agire per il clima

“Il cambiamento climatico non è un problema che riguarda solo l’ambiente, come credono molte persone. È una minaccia che riguarda tutto”.

Kofi Annan, Secretary General, United Nations, 2006

Angela è un’infermiera che lavora in una grande città degli Stati Uniti. Angela riferisce un incremento del numero di accessi alla sua clinica nei giorni in cui c’è un elevato livello di inquinamento. Gli interventi di Angela per aiutare i suoi pazienti includono l’adeguamento della terapia e l’educazione a rimanere in ambienti chiusi durante i giorni in cui l’aria è cattiva. Tuttavia, la maggior parte dei suoi pazienti deve lavorare a causa delle loro condizioni sociali e spesso non hanno automobili o aria condizionata. Rimanere all’aperto esposti all’aria inquinata non è un’opzione ragionevole [121].

Gli infermieri e gli altri operatori sanitari vedono personalmente gli effetti del cambiamento delle condizioni climatiche. La Dott.ssa Margaret Chan, Direttore generale dell’OMS ha dichiarato che “il cambiamento climatico è una delle più grandi sfide del nostro tempo” [122]. Anche se ci sono alcuni vantaggi locali riferibili al cambiamento climatico, come la riduzione dei decessi dovuti alla stagione invernale e l’incremento della resa delle colture in alcune zone, tuttavia, ci saranno effetti negativi, in particolare sui nostri determinanti della salute più fondamentali: cibo sufficiente, aria pulita, acqua potabile sicura e un riparo sicuro. Gli impatti del cambiamento climatico non si limitano a pochi. Colpiscono tutti noi. Tuttavia, alcune persone sono più vulnerabili rispetto ad altre.

Gli infermieri e le organizzazioni infermieristiche sono spesso i primi ad adottare strategie che riguardano la salute delle popolazioni e sono quindi in prima linea in questioni come quella del cambiamento climatico.

Per esempio, nel 2008 la *Canadian Nurses Association* (CNA) ha pubblicato un rapporto intitolato *Il ruolo degli infermieri nell’affronto dei cambiamenti climatici* (*The role of Nurses in Addressing Climate Change*). La CNA ha riconosciuto la minaccia che i cambiamenti del clima pongono alla salute delle popolazioni e ha fornito una guida per gli infermieri sul ruolo che possono giocare in entrambe le strategie di adattamento e di mitigazione. Gli infermieri sono stati partecipanti attivi nel sostenere i governi ad agire nei confronti del cambiamento climatico [123].

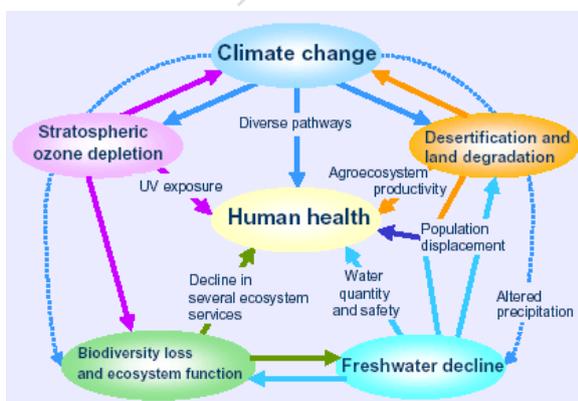


Figura 12 - La relazione tra i cambiamenti climatici e la salute [124].

Case Study 13.1 - L'alleanza degli infermieri a favore di ambienti salutarì, USA

Le condizioni meteorologiche e le malattie trasmesse da vettori, come quelle diffuse dalle zanzare, si verificano dove ci sono climi temperati lungo gli stati costieri del Sud degli Stati Uniti. Per le popolazioni pari o al di sotto del livello federale di povertà, l'educazione e l'informazione su come evitare le malattie trasmesse da vettori e l'assistenza per il controllo delle zanzare e il loro abbattimento sono particolarmente importanti.

Nel 2016, Lisa Campbell, DPN, RN, APHN-BC, membro della commissione dell'*Alliance of Nurse for Healthy Enviroments* (AHNE) e parte del *Texas Team*, dell'*Action Coalition* dello stato, ha avuto un incontro con le alte cariche dell'amministrazione Obama e con le agenzie federali per parlare del contributo dell'assistenza infermieristica nell'attenuare gli effetti dei cambiamenti climatici, delineando gli interventi degli infermieri in materia di educazione, ricerca, pratica e politica.

Lisa ha molti anni di esperienza come direttore nella sanità pubblica. Per lei affrontare il cambiamento climatico ha significato:

- Il mantenimento di programmi di mitigazione efficaci, come il controllo delle zanzare.
- L'emanazione di messaggi di allerta sanitario e l'informazione pubblica durante le ondate di calore intenso.
- Lavorare con le organizzazioni che affrontano le emergenze per valutare la comunità e sviluppare piani dedicati in caso d'inondazioni, uragani e altri disastri.
- Promuovere la ricerca sui cambiamenti climatici e la salute.

Come ex direttore del dipartimento di salute pubblica, la Dott.ssa Campbell ha utilizzato le tre funzioni principali della salute pubblica: la valutazione, la garanzia e lo sviluppo di politiche per guidare il suo lavoro sul cambiamento climatico. La sorveglianza delle condizioni meteorologiche e delle malattie trasmesse da vettori, come quelle trasportate dalle zanzare, è particolarmente importante lungo le coste degli Stati del Sud America dove è presente un clima temperato, dove la Campbell e il suo staff hanno monitorato i casi di virus del Nilo orientale, di dengue e altre malattie infettive emergenti come il virus Zika. La Dott.ssa Campbell ha garantito un competente programma di controllo delle zanzare con del personale che effettua il controllo dei parassiti correlati alla salute per prevenire la possibile e/o probabile trasmissione di malattie trasmesse da vettori o tra gli esseri umani. Attraverso un'attenta distribuzione del budget, ha garantito una formazione regolare, la manutenzione delle attrezzature e l'acquisto di pesticidi appropriati. Lei e il suo staff hanno lavorato con le agenzie locali e statali per sviluppare un piano d'azione contro il virus Zika, che ha incluso il controllo delle zanzare in una proprietà privata di un caso confermato di Zika. Gli allarmi da parte della sanità pubblica durante la stagione calda delle piogge era una strategia chiave per ridurre le malattie trasmesse da vettori. Il pubblico veniva avvisato attraverso i media locali e il sito web del dipartimento della salute sulle misure per evitare le malattie trasmesse da vettori come, per esempio, stare negli ambienti chiusi dopo il crepuscolo, vestirsi con magliette a maniche lunghe e pantaloni lunghi, applicare repellenti per gli insetti e usare sistemi di drenaggio dell'acqua stagnante.

L'impiego di sistemi di allerta insieme alla formazione del pubblico furono usati anche durante le emergenze climatiche come le ondate di calore estremo. Gli avvisi sono importanti

per prevenire le malattie legate al caldo soprattutto per la parte di popolazione vulnerabile, come i bambini, gli anziani e coloro che sono economicamente svantaggiati. Le popolazioni più vulnerabili hanno accesso limitato o non hanno a disposizione l'aria condizionata, aumentando così il rischio di malattie. Il team ha lavorato con i media locali per diffondere le informazioni e con le agenzie locali per fornire ventilatori e ripari rinfrescanti a coloro che non se lo possono permettere. Tutti i programmi per affrontare i problemi di salute pubblica legati alle condizioni climatiche erano ancorati al dipartimento di sanità pubblica e alle organizzazioni partner.

La Dott.ssa Campbell ha lavorato con l'*Office of Emergency Management* per valutare le capacità funzionali, determinare le risorse della comunità e sviluppare piani per affrontare le inondazioni, gli uragani e altri disastri. Sono state individuate le zone a bassa quota per l'evacuazione degli abitanti. La collaborazione con le organizzazioni locali e statali per l'assistenza di massa è stata stabilita attraverso protocolli d'intesa.

Presentato da: Lisa Campbell, DNP, RN, APHN-BC, Board Member of the Alliance of Nurses for Healthy Environments (AHNE) and associate professor at Texas Tech University Health Sciences Center School of Nursing[125].

Box 36 – Alcuni dati sui cambiamenti climatici

- Dal 1880 al 2012, la temperatura media globale è aumentata di 0,85 gradi Celsius.
- Tra il 1901 e il 2010, il livello del mare medio globale è aumentato di 19 centimetri.
- In ogni decennio successivo al 1979 l'estensione del ghiaccio del Mare Artico si è progressivamente ridotta [126].
- Nel 2012, 12,6 milioni di decessi sono stati attribuiti alle condizioni ambientali. Questi rappresentano il 23% di tutti i decessi.
- Per i bambini sotto i cinque anni, il 26% di tutte le morti potrebbero essere evitate se fossero rimossi i rischi ambientali [127].
- Se queste condizioni dovessero continuare, ci si aspetta che tra il 2030 e il 2050 il cambiamento climatico causi ulteriori 250.000 morti ogni anno a causa della malaria, malnutrizione, diarrea e stress da calore.
- Il numero delle catastrofi naturali dovute al clima è triplicato dal 1960. Ogni anno, questi disastri causano 60.000 morti.
- Più della metà della popolazione mondiale vive entro 60 chilometri dal mare. Le persone potrebbero essere costrette a lasciare le loro abitazioni aumentando i rischi di effetti sulla salute, dai disturbi mentali alle malattie non trasmissibili.
- La malaria uccide 600.000 persone ogni anno ed è fortemente influenzata dal clima [128].

Obiettivo 14: la vita sott'acqua

Tolne Sap, in Cambogia, è il lago più grande del sudest asiatico ed è uno dei laghi più produttivi del mondo per quanto riguarda la pesca in acque dolci. Il lago è un sostentamento per le famiglie e le comunità della Cambogia ed è la principale fonte di proteine e altri micronutrienti cruciali per la salute. Lo sfruttamento del valore del lago è di importanza vitale nel prevenire la malnutrizione nei bambini, che è stata una condizione prevalente nel paese. Tuttavia, la salute del lago è stata messa a rischio da pratiche illegali di pesca, dal disboscamento delle foreste, dall'inquinamento e dalla concorrenza di interessi. Tutto ciò ha minacciato il futuro della sicurezza alimentare garantita dal lago per tutta la regione, fino a quando il governo ha messo in atto provvedimenti appropriati per garantire la sua sostenibilità [129].

La cura dei nostri oceani e dei corsi d'acqua è cruciale. Essi forniscono risorse naturali compresi cibo, medicine, biocarburanti e altri prodotti. Essi sostengono l'abbattimento e l'eliminazione dei rifiuti e contribuiscono alla mitigazione del cambiamento climatico e all'adattamento. Essi sono anche una risorsa valida per il turismo e il tempo libero. Come ha dichiarato la *Food and Agriculture Organization*, "La salute del nostro pianeta, così come la nostra salute e la sicurezza alimentare futura, si fondano sul modo in cui trattiamo il mondo blu"²⁵ [130].

Mangiare più pesce, in particolare quello ricco di omega tre, è spesso consigliato in una dieta salutare. Tuttavia, secondo uno studio dell'*International Journal of Epidemiology*, "gli ecologi marini prevedono, nei prossimi 40 anni, un crollo delle riserve ittiche rispetto alle tendenze attuali". Le differenze nella quantità di consumo di pesce all'interno e tra i paesi sono verosimilmente in aumento mentre le riserve diminuiscono e la domanda aumenta. Lo studio conclude: "È necessario un intervento urgente a livello nazionale e internazionale per affrontare le tensioni derivanti dalla crescente domanda umana di pesce e frutti di mare, e il rapido peggioramento della salute dell'ecosistema marino" [131].

Box 37 – Alcuni dati sulle acque

- Tre miliardi di persone dipendono dalla biodiversità marina e costiera per il loro sostentamento.
- Le risorse delle industrie marine e costiere sono stimate a 3 trilioni di dollari americani l'anno (5% del PIL).
- L'oceano rappresenta la più grande fonte di proteine.
- Circa il 40% degli oceani del mondo sono fortemente influenzati dalle attività umane [132].

²⁵ Il significato dell'espressione è chiaro: *the blue world* si riferisce alle acque del pianeta (NdC).

Obiettivo 15: la vita sulla terra

Nel 2015, l'epidemia di Ebola è stata dichiarata conclusa. Tuttavia, ha lasciato una terribile scia di distruzione perché ha ucciso più di 11,000 persone (500 operatori sanitari) e ne ha infettate più di 30,000. Gli strascichi del periodo di crisi continuano per i sopravvissuti, che lottano con uno stato di salute personale indebolito e un sistema sanitario danneggiato. Gli effetti dell'Ebola si faranno sentire per molti anni, mentre le industrie e i produttori agroalimentari cercano di recuperare le risorse necessarie per riprendere l'attività [133].

Un rapporto dell'OMS [127] ritiene che il cambiamento delle caratteristiche del paesaggio e della biodiversità possano aver dato un contributo chiave allo scoppio della malattia. La relazione afferma che i cambiamenti sull'uso della terra indotti dall'uomo sono il principale elemento che favorisce una serie di infezioni. Si ritiene che i cambiamenti dell'uso del suolo, la produzione alimentare e i cambiamenti agricoli siano la causa di quasi la metà di tutte le emergenze causate dalle malattie infettive zoonotiche nel mondo. Con l'aumento del disboscamento, la caccia agli animali selvatici, lo sviluppo dei villaggi e i cambiamenti nell'agricoltura, le persone si sono avvicinate ai portatori di malattie come l'Ebola [134].

Degli ecosistemi stabili sono di vitale importanza per il mantenimento della vita umana. Tutti gli aspetti del benessere umano dipendono dai beni e dai servizi dell'ecosistema, che a loro volta dipendono dalla biodiversità. La perdita della biodiversità e l'evoluzione degli ecosistemi possono portare a risultati devastanti. Ci possono essere epidemie di malattie infettive che minano lo sviluppo e il progresso, mettendo a rischio la sicurezza del cibo e dell'alimentazione, così come la protezione dalle catastrofi naturali [134].

Box 38 – Alcuni dati sulla terra

- 1,6 miliardi di persone dipendono dalle foreste per il loro sostentamento.
- A causa della siccità e della desertificazione, ogni anno vengono persi 12 milioni di ettari in cui potrebbero essere coltivate 20 milioni di tonnellate di grano.
- L'80% della dieta umana è fornita dalle piante.
- Tre colture - riso, mais e frumento - forniscono il 60% di tutto il nostro apporto energetico [135].

La siccità e la desertificazione possono anche compromettere seriamente la qualità dell'aria, incrementando il rischio di infezioni respiratorie come bronchiti e polmoniti [136]. Anche la gestione sostenibile delle foreste gioca un ruolo cruciale nella salute umana attraverso:

- La fornitura di piante ricche di nutrienti e di alimenti di origine animale per le popolazioni che vivono nelle foreste.
- La prevenzione dell'erosione del suolo, che può portare a livelli più elevati di mercurio nel pesce.
- Il sostentamento delle piante medicinali, che sono una fonte comune sia di ingredienti per le medicine tradizionali sia per i prodotti farmaceutici.
- La tutela della vita tradizionale delle popolazioni indigene, inclusa la loro salute [137].

Obiettivo 16: pace, giustizia e istituzioni forti

“Il contrario della povertà è la giustizia”

Bryan Stevenson, Avvocato

Kabra, una ragazza di 14 anni e i suoi due fratelli più piccoli, Merhawi e Filmon, rischiavano di essere giustiziati a causa della loro educazione religiosa. Avendo lasciato le loro case in Sudan furono temporaneamente ridotti in schiavitù da bande che li costrinsero a lavorare per loro. Sebbene fossero fuggiti da questa situazione orribile, avevano ancora un lungo cammino da compiere. Si unirono a 700 profughi su una barca pericolosamente sovraffollata e viaggiarono per due giorni dalla Libia alla Sicilia, un viaggio in cui morirono centinaia di persone. Ora questi bambini hanno trovato rifugio, ma sono ancora troppo traumatizzati per parlare e non sanno se i loro genitori sono vivi o morti. Molti altri non hanno raggiunto un luogo sicuro [138].

Bande di criminali e di trafficanti stanno approfittando della crisi migratoria. Molte persone, in particolare donne e bambini sono costrette a prostituirsi o ad altri tipi di schiavitù [139].

Nel 2015, quasi 96.000 minori non accompagnati hanno chiesto asilo in Europa. Approssimativamente il 10% di questi bambini hanno perso i contatti con le agenzie governative. È chiaro che i gruppi di criminalità organizzata hanno preso di mira i bambini perché “sono facili da reclutare e veloci da sostituire, possono inoltre mantenere il controllo sulle loro piccole vittime in maniera relativamente economica e discreta”. I bambini vittime di tratta sono comprati e venduti per somme che vanno da 4,000 a 8,000 dollari americani. I bambini sono vittime della tratta nel mondo del sesso, del lavoro forzato (lavori agricoli e servitù domestica) e dell'accattonaggio forzato [140].

Tutto questo è brutale per le nostre emozioni; ci turba e dovrebbe spaccarci il cuore. Il mondo sta vivendo una crisi umanitaria di dimensioni orribili. Si tratta del segno più grave della presenza di ingiustizia, disuguaglianza e guerra. Come saremo giudicati come società dalle generazioni future sarà determinato dalla nostra risposta a una crisi come questa.

La nostra umanità dipende dall'umanità di ciascuno di noi: non saremo giudicati dai nostri progressi scientifici e tecnologici, né per come trattiamo i ricchi e i potenti, ma piuttosto per il modo in cui trattiamo i poveri, i condannati, gli sfollati e i carcerati.

Per vincere questa crisi, dobbiamo affrontare la povertà, la disuguaglianza e il caos e sostituirli con la pace e la giustizia. La professione infermieristica è fondamentale nel guidare questo cambiamento. Abbiamo la fiducia del pubblico, abbiamo visto le terribili conseguenze di tutto ciò, abbiamo delle forti convinzioni e valori, siamo in grado di fornire soluzioni per aiutare gli individui, le comunità e le nazioni.

Box 37 – Alcuni dati sulla pace e la giustizia

- La corruzione, le tangenti, i furti e l'evasione fiscale hanno un costo approssimativo di 1,26 mila miliardi di dollari americani l'anno.
- Solo il 50% dei bambini che vivono in zone di guerra hanno concluso la scuola primaria [141].
- 21 milioni di persone sono costrette ai lavori forzati.
- 19 milioni di vittime sono sfruttate da individui o aziende private e oltre due milioni da governi o da gruppi di ribelli.
- 4,5 milioni sono vittime di sfruttamento sessuale.
- Il lavoro forzato genera ogni anno 150 miliardi di dollari americani in profitti illeciti [142].
- Ci sono 65,3 milioni di sfollati in tutto il mondo.
- Ci sono 21,3 milioni di rifugiati in tutto il mondo.
- 10 milioni di persone sono considerate apolidi.
- Ogni giorno 34.000 di persone vengono sfollate con la forza.
- Il 53% dei rifugiati di tutto il mondo proviene da tre paesi: Somalia (1,1m), Afghanistan (2,7m) e Siria (4,9m) [143].

Case Study 16.1 - Farsi carico delle comunità a rischio

Apparentemente non sono visibili molte somiglianze tra chi lavora in un campo profughi in una tenda fangosa con degli stivali di gomma e chi lavora in una struttura terziaria come il *Royal Children's Hospital*. Ma ogni giorno Monica Burns, un'infermiera che lavora per Medici senza frontiere (MSF), usa la sua esperienza nell'assistenza pediatrica in diversi modi, sia che stia progettando, educando e attuando i protocolli o assistendo i pazienti.

Recentemente è tornata dal coordinamento di un progetto di MSF nella regione di Gambella, in Etiopia, la quale ha accolto la maggior parte dei profughi provenienti dalla guerra civile nel sud del Sudan: quasi 190.000 persone hanno attraversato la frontiera. La maggior parte vive in condizioni di base estreme in tre campi profughi. Monica ha lavorato con un piccolo team per coordinare il reclutamento e la formazione di circa 600 rifugiati e membri della comunità locale per fornire una campagna di vaccinazione contro il colera.

Il colera è una malattia diarroica grave che può uccidere in poche ore. Quando Monica arrivò nel giugno 2014, la malattia era già presente sull'altro lato del confine nel sud del Sudan. Gli esperti erano concordi nel ritenere imminente un'epidemia di Colera, che avrebbe devastato la popolazione dei rifugiati. La stagione delle piogge stava per iniziare, il team sapeva che l'acqua avrebbe inondato i campi e le condizioni sarebbero peggiorate. Si doveva agire in fretta.

Nel giro di due mesi, la squadra aveva educato e vaccinato le comunità a rischio. Mentre le piogge aumentavano, il fiume si allargò e i campi furono inondati. Le strade furono bloccate e i vaccini dovevano essere consegnati da elicotteri delle Nazioni Unite. Nonostante queste difficoltà, vaccinarono con successo oltre il 90% della popolazione di rifugiati. La dedizione della squadra fece sì che la stagione delle piogge passasse senza una grave epidemia di colera.

Monica ha lavorato con MSF e altre ONG internazionali in diversi paesi. In Malawi, ha risposto a un'epidemia di morbillo; in Pakistan, ha contribuito a gestire un ospedale per la cura del colera per adulti e bambini colpito dalle inondazioni; in Yemen, ha aiutato le persone colpite dalla guerra civile. Nel 2012 Monica andò nel sud Sudan per lavorare con i rifugiati sudanesi ed è tornata di nuovo nel 2013, come infermiera a capo dei servizi per l'assistenza materno infantile in un ospedale statale di riferimento durante lo scoppio della guerra civile [144].

Box 38 - Proteggere gli operatori sanitari, Siria e altre zone di conflitto

Uno dei target dell'obiettivo di sviluppo sostenibile (SDG) 16 è "ridurre significativamente tutte le forme di violenza e i tassi di mortalità connessi in ogni parte del mondo". L'ICN è molto attiva nella tutela dei diritti degli infermieri e degli altri operatori sanitari per garantire una assistenza in modo sicuro alle popolazioni, senza minaccia per il loro benessere fisico o mentale.

Nel maggio 2016, l'ICN ha sottoscritto una dichiarazione congiunta dei membri dell'*Health Care in Danger Initiative*, invitando il Consiglio di sicurezza delle Nazioni unite ad adottare una risoluzione per proteggere gli operatori sanitari. La dichiarazione ha esortato gli stati membri del Consiglio di sicurezza a riaffermare il diritto internazionale umanitario e ad adottare misure specifiche per la tutela dell'assistenza sanitaria. Esso ha inoltre chiesto ai governi di rivedere e, se necessario, di introdurre una legislazione nazionale per prevenire la violenza contro i pazienti, il personale sanitario, le strutture e veicoli medici.

Nell'agosto 2016, l'ICN si era unita alla *World Medical Association* per condannare le continue violenze contro il personale sanitario in Siria e in altri paesi, affermando che i persistenti e mirati attacchi a medici, infermieri, personale di emergenza e altri operatori sanitari in Siria avevano raggiunto livelli senza precedenti che avrebbero dovuto allarmare il mondo [145].

Nel dicembre 2016, l'ICN rinnovò un invito congiunto per l'accesso alle cure sanitarie di feriti e malati che, nel corso di un conflitto armato, devono essere rispettati e protetti, e per fermare gli attacchi al personale e alle strutture sanitarie [146].

L'iniziativa Assistenza sanitaria in pericolo (*Health Care in Danger*), - con il sostegno di esperti e professionisti con preparazione differente, inclusi coloro che lavorano in prima linea, i governi, le forze armate, le agenzie umanitarie, le associazioni professionali internazionali e i servizi di assistenza sanitaria, così come la Croce rossa internazionale e la Mezzaluna rossa, - ha formulato un corpo sostanziale di raccomandazioni e identificato misure concrete che, se attuate da tutti i soggetti interessati, aumenterebbero la protezione dei servizi di assistenza sanitaria durante un conflitto armato o altre emergenze.

Oltre a sostenere l'iniziativa di *Health Care in Danger*, l'ICN è membro fondatore della *Safeguarding Health in Conflict Coalition*, che promuove il rispetto delle leggi internazionali umanitarie e sui diritti umani che riguardano la sicurezza e la salvaguardia delle strutture sanitarie, degli operatori, delle ambulanze e dei pazienti garantendo la sicurezza e la protezione durante i periodi di conflitti armati o violenza civile.

L'ICN è anche membro del comitato direttivo e del comitato scientifico della Conferenza internazionale sulla violenza nel settore sanitario.

“Il rispetto per i servizi sanitari è uno dei valori fondamentali del diritto internazionale umanitario e del diritto umano alla salute. Gli attacchi a infermieri, medici e strutture sanitarie in Siria e altre nazioni in conflitto devono urgentemente fermarsi, in modo tale che si possa continuare a fornire le cure necessarie per le loro popolazioni”.

Dott.ssa Frances Hughes, amministratore delegato²⁶ dell'ICN

Obiettivo 17: partnership per gli obiettivi

“Quando devi affrontare situazioni difficili, ci sono tre cose di cui ti devi ricordare: la visione, dei buoni collaboratori e il coraggio²⁷. Percorri sempre la strada principale, anche se si tratta spesso della strada più difficile, e ti troverai su un terreno più solido” Marla Salmon [32].

Per consentire alle strategie di prevenzione di essere davvero efficaci, il settore della sanità non può lavorare in modo isolato. Si deve lavorare in tandem con l'industria e altri dipartimenti governativi per generare enormi benefici.

Le cause alla radice delle patologie non trasmissibili, per esempio, risiedono principalmente in settori che non sono sanitari. Spesso sfuggono all'influenza diretta delle politiche sanitarie. Quando le politiche sanitarie si trovano ad incrociare i propri intenti con gli interessi economici di settori come il commercio e la finanza, gli interessi economici generalmente prevalgono.

Prendiamo l'esempio dell'industria del tabacco.

Il tabacco è uno dei principali rischi per la salute e, al contempo, un importante bene economico, risultando in un conflitto d'interessi tra la ricchezza delle aziende e la salute collettiva. Questo ha fatto sì che le politiche riguardanti il tabacco venissero promulgate *ad hoc* tra le pressioni dell'industria del tabacco e quelle della salute pubblica.

L'industria del tabacco è stata formidabile nel resistere a qualsiasi controllo sul suo prodotto: se i paesi tentano di applicare leggi contro il fumo, mettono in atto strategie legali per ritardare o bloccare le normative. Mettono in guardia i paesi ricordando loro che qualsiasi legge relativa al tabacco viola una rete in espansione di trattati commerciali e di investimento, prospettando battaglie legali lunghe e costose.

Le aziende produttrici di tabacco operano, in particolare, nei paesi a basso e medio reddito, impedendo loro di affrontare una delle peggiori minacce per la salute. Prendono inoltre di mira questi paesi come mercati emergenti, in quanto vi è stata una contrazione della domanda nei paesi ad elevato reddito. L'OMS afferma che l'80 del miliardo di fumatori nel mondo vive nei paesi a basso-medio reddito [147].

²⁶La più alta carica operativa di ICN è CEO, *Chief Executive Officer* (Amministratore delegato), precedentemente ricoperta da David Benton (NdC).

²⁷La forma inglese è più incisiva: “*vision, partnering, and courage*” (NdC).

Nel 2012, il Governo ucraino lanciò per mezzo dell'Organizzazione mondiale del commercio (*World Trade Organization*), un procedimento legale contro l'Australia per le sue leggi sul confezionamento generico dei prodotti a base di tabacco. L'Ucraina ha lasciato decadere il caso nel 2015, ma è stata la prima di cinque paesi che hanno sfidato le leggi australiane. Si tratta di un caso inusuale visto che l'Ucraina non esporta tabacco in Australia e fa parte delle *United Nations Framework Convention on Tobacco Control* e ha sostenuto le linee guida per le modalità di sviluppo del trattato, incluso il far rispettare i metodi di imballaggio. È comprensibile che la *British American Tobacco* abbia finanziato le spese legali dell'Ucraina: numerosi paesi stanno cercando di sviluppare un confezionamento generico e stanno aspettando gli esiti delle sfide ancora in corso. Se l'Australia dovesse vincere la battaglia legale, gli effetti potrebbero ripercuotersi oltre che sull'industria del tabacco, anche su quella del "cibo spazzatura" e dell'alcol [148].

Rose fuma da quando aveva 13 anni. Come risultato ha sviluppato un tumore al polmone e ha dovuto sopportare più di due anni di trattamenti intensi. È stata sottoposta a radioterapia, interventi chirurgici, radiazioni e lunghi ricoveri in ospedale. È stato necessario rimuovere chirurgicamente parte del suo polmone e, a causa di complicanze, è dovuta rimanere in ospedale per più di un mese. Rose avrebbe desiderato avere più giorni da trascorrere con i suoi amici, la sua famiglia e in particolare con i suoi tre nipoti. Nel 2015 Rose è morta di cancro provocato dal fumo di sigaretta [149].

Tragicamente questa storia non è l'unica. Ogni anno più di 1,6 milioni di persone muoiono di cancro ai polmoni [150].

Case Study 17.1 - La gestione della dipendenza da tabacco, Hong Kong

La Dott.ssa Sophia Chan, Sottosegretaria per l'alimentazione e la salute ad Hong Kong, ha mostrato vero impegno e passione nella battaglia per sconfiggere le malattie non trasmissibili. Prima di entrare al Governo, la Dott.ssa Chan era Professoressa di scienze infermieristiche e Direttrice della ricerca alla *Hong Kong University School of Nursing* [151]. Si era specializzata nella promozione della salute con particolare attenzione alla gestione della dipendenza da tabacco. La Dott.ssa Chan è stata fondamentale per lo sviluppo di un programma di ricerca volto a testare gli interventi attuati dagli infermieri per cambiare le abitudini dei fumatori e proteggere i bambini dal fumo passivo. Questo portò alla nascita del primo programma di *counselling* per smettere di fumare che aiuta tutti i professionisti sanitari nella gestione del trattamento della dipendenza da tabacco in Cina. È lei ad aver avviato la task-force delle "Donne contro il tabacco" (*Women against tobacco taskforce*) per aiutare le donne cinesi a smettere di fumare. Parte del suo successo è da attribuire alle relazioni che ha stabilito con l'OMS, con le agenzie governative e con varie coalizioni di promozione della salute [152].

Box 39 – Alcuni fatti sul tabacco e il fumo

- Il tabacco uccide più della metà dei suoi utilizzatori.
- Il tabacco uccide circa sei milioni di persone ogni anno. Più di cinque milioni di queste morti sono il risultato del consumo diretto di tabacco mentre più di 600.000 sono rappresentate da non fumatori esposti al fumo passivo.
- Oltre 1,3 miliardi di persone, ovvero il 18% della popolazione mondiale, sono protette da leggi nazionali antifumo complete.

- Una tassa che aumenta i prezzi del tabacco del 10% ne diminuisce il consumo di circa il 4%.
- Solo 33 paesi, con il 10% della popolazione mondiale, hanno introdotto delle imposte sui prodotti a base di tabacco in modo che oltre il 75% del prezzo di vendita al dettaglio siano tasse.
- Ogni anno muoiono più persone per cause correlate al fumo che per AIDS, malaria e tubercolosi messe insieme [147].

L'aumento delle malattie non trasmissibili è costoso per i paesi. Non solo i paesi perdono i propri cittadini prematuramente, ma i costi dei trattamenti sono eccessivamente elevati. Per esempio, i costi per la cura del cancro stanno diventando insostenibili anche per i paesi che vengono considerati ricchi. Nel 2012, la *US Food and Drug Administration* ha approvato 12 nuovi farmaci per il trattamento di varie forme di cancro. Dei 12 farmaci approvati, 11 avevano un prezzo superiore ai 100,000 dollari per paziente l'anno [34].

La prevenzione è di gran lunga l'opzione migliore. Riduce i costi che gravano sul sistema sanitario e migliora la qualità di vita delle persone. Molte malattie infettive si possono prevenire con i vaccini o curare con i farmaci, entrambi forniti dal sistema sanitario. Tuttavia, la prevenzione delle malattie non trasmissibili è più problematica di quella delle malattie infettive, ed è questo il motivo per cui dobbiamo collaborare con gli altri per sconfiggerle.

“La salute è uno dei beni più preziosi della vita. Ma è fortemente influenzata dalla politica e richiede investimenti. Per questo è necessaria una leadership politica; è necessario l'impegno; e c'è bisogno del dialogo con il pubblico”.

Dott.ssa Margaret Chan, Direttore Generale dell'OMS

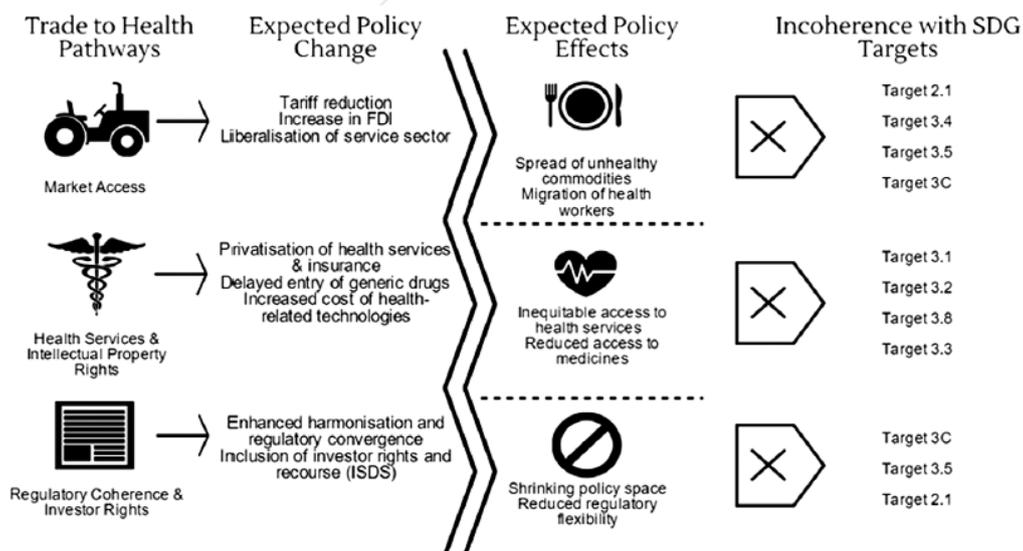


Figura 13 - Potenziale impatto del commercio sugli esiti di salute [153].

Le politiche non correlate alla salute possono avere un'enorme impatto sulla salute e sui determinanti della salute. Per esempio, in seguito alla rimozione in Vietnam delle restrizioni sugli investimenti esteri diretti, il prezzo delle bevande gassate zuccherate è aumentato dal 6.7% al 23% annuo. Le proiezioni indicano che il Vietnam diventerà uno dei più grandi mercati emergenti per Coca Cola e Pepsi [154]. Come tale, mentre l'aumento degli scambi e degli investimenti possono avere effetti positivi sulla salute, stimolando la crescita economica e la riduzione della povertà, devono essere considerati anche i potenziali rischi per la salute.

Partnership inter-professionale

L'ICN ha formato un'unica *partnership* con le altre organizzazioni delle professioni sanitarie chiamata *World Health Professions Alliance* (WHPA). La WHPA comprende le organizzazioni internazionali che rappresentano i dentisti, gli infermieri, i farmacisti, i fisioterapisti e i medici di tutto il mondo e parla per più di 26 milioni di operatori sanitari in più di 130 paesi. La WHPA lavora per migliorare la salute globale e la qualità dell'assistenza dei pazienti e facilita la collaborazione tra le professioni sanitarie e i principali soggetti interessati (*stakeholders*). La WHPA ha effettuato numerosi interventi alla *World Health Assembly*, l'organo decisionale dell'Organizzazione mondiale della sanità; ha emesso dichiarazioni congiunte su problemi cruciali come la protezione del personale sanitario, l'importanza della collaborazione interprofessionale, il cambiamento della salute e del clima, la salute mentale, ecc.; ha lanciato campagne congiunte sulle malattie non trasmissibili, gli ambienti di lavoro positivi e i farmaci contraffatti.

L'ICN sta guidando la professione infermieristica al fine di garantire che la nostra voce sia ascoltata ai più alti livelli di trattativa nel mondo²⁸. Per gli infermieri, è particolarmente importante capire il processo politico e dove risiede il potere. Gli infermieri hanno assistito spesso alle conseguenze delle decisioni di politica sanitaria senza però essere stati parte del processo decisionale originale. Come risultato, le linee di indirizzo politiche sono spesso più scadenti e la salute e il benessere dei pazienti ne pagano le conseguenze.

Come afferma Vernice Ferguson: “Essere lì. Con le buone o con le cattive, stare nel giro più stretto, in modo da poter aiutare la professione infermieristica a guadagnare appieno il suo posto al sole. Bisogna tenere conto della salute in tutti gli ambiti politici e nessuna professione comprende la salute e il benessere nella sua interezza quanto quella infermieristica. Essere appassionati, essere informati, essere pronti a dare una risposta per migliorare la salute e il benessere degli individui, delle comunità, delle nazioni e del mondo. Avere una voce e farla sentire perché nessun altro è meglio e in una posizione migliore” [32].

Case Study 17.2 - La leadership infermieristica per raggiungere gli SDGs, Cina

“I leader infermieristici in tutto il mondo dovrebbero lottare attivamente per far sentire la loro voce a nome di tutti gli infermieri e partecipare alle azioni che possono cambiare la politica sanitaria per far aumentare l'influenza degli infermieri”.

La salute del popolo cinese è una priorità per il governo cinese e per i operatori sanitari e, specialmente gli infermieri, sono visti come la forza principale che guida la promozione della salute.

²⁸ L'espressione è: *our voice is heard at the highest decision-making tables in the world*. I termini sempre utilizzati in inglese sono *policy*, *political process*, con un significato diverso dalla nostra politica (NdC).

Nell'ultimo anno, gli infermieri hanno dato un grande contributo all'aspettativa di vita media in Cina, che nel 2015 è salita a 76,34 anni. Gli infermieri hanno anche giocato un ruolo fondamentale nel ridurre il tasso di mortalità materna e infantile rispettivamente a 20,1 su 100.000 nascite e a 8,1 su 1.000 nascite.

La Dott.ssa Li Xiuhua, Presidente dell'Associazione degli infermieri cinesi (*Chinese Nursing Association*), attribuisce questo successo a quattro livelli di strategie di leadership.

Prima di tutto c'è l'importanza delle posizioni nell'assistenza sanitaria e la rappresentanza a livello nazionale. Il governo cinese è un forte sostenitore dello sviluppo dell'assistenza infermieristica e seleziona membri per la commissione nazionale del *Chinese People's Political Consultative Conference* (CPPCC) e deputati per il Congresso nazionale del popolo, per rappresentare gli infermieri, per offrire consigli e suggerimenti, per partecipare alle attività politiche e alle consultazioni, e per influenzare attivamente le politiche sanitarie (*health policies*). La Dott.ssa Li ha prestato servizio come membro della Commissione nazionale del CPPCC per due mandati, presentando proposte di governo legate all'assistenza infermieristica, comunicando con persone provenienti da tutti i ceti sociali e cercando sostegno governativo e sociale.

In secondo luogo, l'innovazione deve essere considerata come la forza trainante per lo sviluppo.

Terzo, i sistemi sanitari devono avere una forte capacità di attuazione. Si deve andare avanti fino a quando non si è raggiunto l'obiettivo, senza farsi intimorire dalle difficoltà incontrate, senza dimenticare le intenzioni originali assumendosi coraggiosamente le responsabilità.

Quarto, si deve essere inclusivi, promuovendo la cooperazione e la collaborazione multidisciplinare.

Al fine di raggiungere gli Obiettivi per uno sviluppo sostenibile e affrontare una serie di sfide tra cui la carenza globale di infermieri, la Dott.ssa Li crede che i dirigenti infermieristici di tutto il mondo debbano lavorare insieme per formulare una strategia di sviluppo sostenibile a lungo termine, promuovendo il progresso delle scienze infermieristiche, lo sviluppo della carriera per gli infermieri e la loro crescita sindacale per migliorare il livello di salute delle persone. Lei sottolinea che le priorità dovrebbero essere date: all'aggiornamento della conoscenza, all'informazione e alla promozione delle risposte alle emergenze globali e agli interventi di primo soccorso; all'assistenza agli anziani e alla gestione delle malattie croniche; alle malattie infettive emergenti; alla prevenzione e agli stili di vita sani, così come alla salute materna e infantile. Un'ultima priorità è di essere una guida per i gruppi vulnerabili ed emarginati, garantendo a tutti il diritto di accedere all'assistenza sanitaria.

Presentato da: Dr Li Xiuhua, Presidentessa della *Chinese Nursing Association*.



Nella fotografia, la Presidentessa della *Chinese Nursing Association* con Frances Hughes, CEO dell'ICN.

Parte Terza: come puoi essere una voce che guida?

Ci sono numerosi modi con i quali è possibile potenziare e migliorare la salute e il benessere delle persone e delle popolazioni. Si può agire nella pratica clinica, lavorando con i singoli e le loro famiglie, intervenire sostenendo le comunità e tramite programmi di sviluppo, con iniziative o politiche nazionali di assistenza sanitaria, o con impegni e accordi internazionali per migliorare l'accesso e la qualità delle cure. A ogni livello, gli infermieri hanno un ruolo significativo da giocare sia nel fornire assistenza, sia nell'accurata valutazione dei bisogni, nella progettazione delle risposte cliniche o politiche o, infine, nel valutare i risultati e l'efficacia degli interventi. La figura 14 mostra che queste azioni sono collegate e interconnesse ed è per questa ragione che gli infermieri devono essere coinvolti e avere voce in capitolo a ogni livello del processo decisionale.

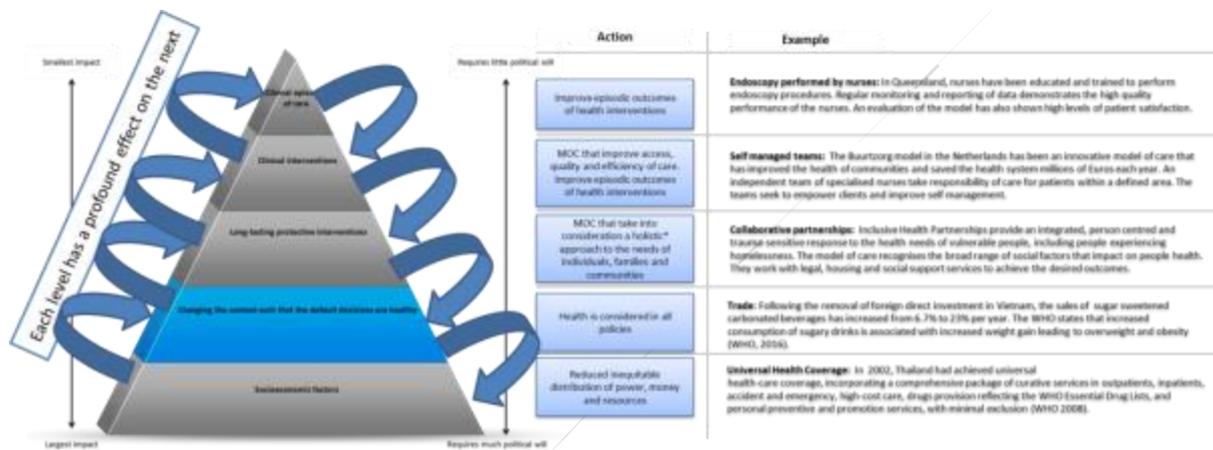


Figura 14 - Schema delle azioni per promuovere la salute. Adattato da Frieden (2010) [155].

Ci sono tre modi per essere una voce che guida:

- esserlo come persona
- esserlo come professionista
- esserlo come parte di un team multidisciplinare

3.1 Una voce per guidare – come persona

Il cambiamento parte da te! Il tema della giornata internazionale degli infermieri (IND) - *Infermieri: una voce che guida* - non fa riferimento solo a pochi privilegiati. Il singolo infermiere e tutti gli infermieri del mondo hanno una voce e la possono usare per fare la differenza, come avete notato nei numerosi casi (*Case Study*) proposti in questo documento. La *leadership* e l'attivismo politico sono le chiavi per far sentire la vostra voce.

Diventa un leader

Gli infermieri potrebbero non essere abituati a vedere sé stessi come leader, ma non è necessario avere una posizione politica tradizionalmente intesa, ottenuta per titoli o elezione per assumere un ruolo di guida e portare avanti un cambiamento che avvantaggi gli altri nelle nostre comunità locali o nel mondo [156].

L'abilità degli infermieri di apportare il cambiamento è tanto importante quanto la loro capacità tecnica di erogare assistenza sicura ed efficace, ed è influente a tutti i livelli.

La *leadership* è un processo non una posizione. La visione contemporanea di *leadership* si è spostata verso processi collaborativi che hanno luogo all'interno dei gruppi e delle comunità. La *leadership* è legata alla responsabilità sociale e all'essere buoni cittadini, che si connette con le responsabilità etiche e professionali degli infermieri per sostenere il diritto dell'uomo alla salute.

Essendo in prima linea, gli infermieri collaborano con i pazienti e usano la loro **influenza**²⁹ (*empower*) per metterli nelle condizioni di poter cambiare in modo positivo.

Gli infermieri non influenzano gli altri solo durante il loro lavoro quotidiano, ma hanno precise conoscenze nell'arte della **persuasione**, un processo che include relazione e negoziazione. Persuadere una persona anziana affetta da demenza a lavarsi, o un bambino a stare tranquillo durante una vaccinazione, o i suoi genitori a permettere di far vaccinare il figlio, sono degli esempi di come il potere persuasivo in azione aiuti a negoziare per arrivare a un risultato positivo.

La sfera di influenza degli infermieri come operatori sanitari va oltre agli individui, alle famiglie, ai gruppi e alle comunità con cui si lavora. Si estende al settore sanitario, tra colleghi come infermieri e ostetriche, ai medici, agli altri operatori nel campo della sanità e a tutti quelli coinvolti nella definizione delle politiche, nel management e nelle responsabilità fiscali.

“Ciò che ognuno di questi infermieri leader aveva in comune era l'attivismo politico che era cresciuto grazie alle conoscenze personali che ognuno aveva acquisito assistendo i poveri, gli immigrati e chiunque fosse vulnerabile, e comprendendo che i loro sforzi per raggiungere la giustizia sociale erano tanto importanti quanto l'assistenza diretta che riuscivano a fornire alle persone” [157].

²⁹ Si riportano in grassetto le parole evidenziate con il corsivo nella lingua originale (NdC).

L'ICN ha tre programmi di *leadership* per aiutare a preparare gli infermieri e altre figure sanitarie per la gestione e la leadership in tempi di cambiamenti e riforme del settore sanitario, migliorando il loro contributo ai servizi sanitari.

Il programma **Leadership for Change (LFC)** mira a preparare gli infermieri e gli altri professionisti sanitari per ruoli di leadership nel settore infermieristico e nell'ampio settore sanitario durante questi momenti di cambiamento e riforme del sistema sanitario. Per assistere gli infermieri senior e gli altri professionisti sanitari di un paese, regione o livelli organizzativi a:

- Impegnarsi nello sviluppo di politiche sociali e sanitarie.
- Essere leader e manager efficaci e dinamici.
- Allineare il contributo della professione agli sviluppi socioeconomici, professionali e normativi.
- Mantenere e far progredire le loro competenze e identificare, sviluppare e sostenere le future generazioni di leader.

Il punto cardine dell'apprendimento attivo del progetto **Leadership in Negotiation** è lo sviluppo personale e professionale di infermieri capaci di farsi sentire con voce efficace negli enti del settore sanitario che prendono le decisioni, migliorando i luoghi di lavoro e rinforzando le organizzazioni professionali. Il progetto, che iniziò nel 1982 in Africa, è stato adattato ai bisogni degli infermieri nei Caraibi, nell'Europa dell'Est, nell'America Latina, nel Sud Est Asiatico, nell'anello del Pacifico e nel Sud del Pacifico; ha facilitato la formazione di infermieri leader in tutto il mondo nella soluzione di problemi, nella capacità di negoziazione e comunicazione, nello sviluppo delle risorse umane, nella salute e sicurezza occupazionale, nella gestione di associazioni e nel marketing. Allo stesso tempo, ha sensibilizzato i partecipanti all'impatto dei problemi occupazionali e dell'ambiente di lavoro sull'erogazione dell'assistenza.

Il terzo progetto nel nostro programma di Leadership è l'**ICN Global Nursing Leadership Institute (GNLI)**, rivolto agli infermieri in posizioni *senior* e a livello esecutivo. Il GNLI impiega un approccio *action-learning* (apprendere facendo) all'interno di una cultura dell'apprendimento collaborativa e stimolante. I partecipanti imparano a capire il loro ruolo per sviluppare del personale in grado di affrontare nuove sfide; contribuire a rafforzare i sistemi sanitari; influenzare lo sviluppo e l'attuazione di politiche nei livelli internazionale, nazionale e locale. Nel 2017, il GNLI diventerà il **Global Nursing Policy Leadership Institute (GNPLI)**.

Box 40

“Non c'è mai stato un momento in cui le voci degli infermieri siano state più urgentemente necessarie agli alti livelli della definizione delle politiche e della presa di decisioni di quanto lo siano ora” (Judith Shamian, Presidente ICN) [158].

Alzare la voce al tavolo dove si prendono le decisioni

Gli Obiettivi di sviluppo sostenibile sono un'opportunità per gli infermieri di influenzare i processi di presa di decisione e le politiche di assistenza sanitaria. Lo sviluppo di una linea di indirizzo (*policy*) è uno strumento pratico per cambiare [159] e quando gli infermieri sono coinvolti, l'assistenza sanitaria è sicura, di elevata qualità, accessibile e conveniente.

Non ci sono dubbi che gli infermieri dovrebbero essere coinvolti nella definizione delle politiche e che questa è un'estensione ed espressione logica dell'assistenza e compassione proprie della professione [157], specialmente dove si affrontano aspetti che riguardano l'allocazione delle risorse e l'accesso all'assistenza sanitaria delle popolazioni più vulnerabili [160].

Gli infermieri sono **necessari** e sono **richiesti** al tavolo dove si prendono le decisioni³⁰ [161] e, come enfatizza l'*Institute of Medicine*, "deve avvenire un cambiamento nel modo in cui gli infermieri vedono la propria responsabilità nei confronti delle persone di cui si prendono cura; devono vedere se stessi come collaboratori a pieno titolo insieme agli altri professionisti della salute" per essere efficacemente coinvolti [162].

L'attivismo è un *continuum* [163]. Al primo livello, la **reazione** al contesto innesca una consapevolezza politica.

Il secondo livello richiede che venga **stilato un piano** per il cambiamento. Questo è fatto tramite la collaborazione con altri che stanno lavorando verso un obiettivo comune. Per esempio: gli infermieri che lavorano con gruppi di consumatori e associazioni infermieristiche nazionali, lavorando a questo livello sviluppano, di norma, una cultura politica raffinata. Formano coalizioni con altri gruppi (infermieristici) della stessa corrente di pensiero, contribuiscono allo sviluppo delle politiche e sono attivi nel promuovere la nomina di infermieri in cariche politiche che riguardano la sanità³¹.

Al terzo livello gli infermieri devono **guidare** quel piano, includendo anche temi che vanno al di là di ciò che influisce direttamente sull'assistenza infermieristica, per andare a quelli che affrontano ampi problemi sanitari e sociali connessi con le condizioni politiche o economiche che producono e sostengono cattive condizioni di salute [164].

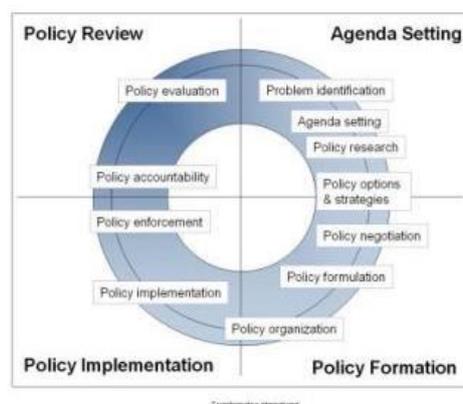


Figura 15 - Il ciclo politico

³⁰ È così tradotto il *policy table* (NdC).

³¹ L'espressione è: *health-related policy positions*, intendendo posti in organismi con potere decisionale (NdC).

Il *continuum* dell'attivismo politico illustra che è un evento raro che un individuo risolva un grave problema sociale agendo da solo.

Il successo arriva quando gli infermieri lavorano insieme a tutti i livelli per essere coinvolti attivamente nel processo politico. I principali stadi nel ciclo politico sono quattro e comprendono: lo stabilire un piano (*agenda setting*), formarsi alla politica, realizzare quanto pianificato e rivedere quanto attuato (vedi la Figura 16) [156]. Gli infermieri possono essere coinvolti in diversi ruoli e in ciascuno di questi stadi.



Figura 16 – Il continuum dell'attivismo politico

I **politici migliori** (*policy champions*³²) svolgono un ruolo centrale nella definizione delle politiche, cercando soluzioni ai problemi e osservando e attendendo il giusto clima politico [166]. Senza un sostenitore politico capace di riconoscere che il problema, la proposta e il momento politico sono pronti a convergere, le buone idee non daranno alcun frutto [167]. Chiunque può essere coinvolto in un ruolo politico e gli infermieri occupano una posizione particolarmente favorevole e sono preparati per svolgere tale ruolo. Ogni infermiere che sta lavorando in prima linea nella politica ha bisogno del sostegno di altri infermieri e, per questo, tutti gli infermieri possono contribuire al processo di definizione delle politiche.

Condividi i tuoi risultati

Ci sono molte piattaforme sulle quali poter condividere il risultato dei traguardi raggiunti oltre ai social media già menzionati. Per esempio pubblicando le proprie ricerche su riviste scientifiche. La rivista scientifica dell'ICN, l'*International Nursing Review* (INR) favorisce la pubblicazione di manoscritti originali nei quali gli infermieri descrivono la rilevanza politica del loro lavoro e documentano la loro esperienza e la loro ricerca. Gli autori sono incoraggiati a sviluppare una "intelligenza internazionale" sulle scienze infermieristiche e a indirizzarsi al pubblico eterogeneo dell'INR, spingendosi al di là degli interessi locali o nazionali verso applicazioni più generali e globali dei principi che stanno alla base del loro lavoro.

Il programma *Connecting Nurses*, finanziato da Sanofi in collaborazione con l'ICN e altre organizzazioni, mira a fornire un forum online per gli infermieri di tutto il mondo per condividere idee, consigli e innovazioni. Il forum di *Connecting Nurses* facilita la condivisione del sapere e delle risorse, pone in prima linea i risultati ottenuti facendo avanzare la pratica infermieristica in tutto il mondo. Il *Care Challenge* è un concorso annuale che mette in evidenza le innovazioni infermieristiche e aiuta a metterle in pratica. Questo strumento

³² Difficile rendere il termine *policy champion*, e lo si è fatto impiegando gli aggettivi (i politici migliori) oppure il termine di sostenitore politico. Il significato è di essere in prima linea nella politica per introdurre cambiamenti e miglioramenti (Ndc).

incoraggia gli infermieri da ogni parte del mondo a caricare le proprie idee sul sito, in modo tale da formare una comunità di pratica³³.

3.2 Una voce per guidare – come professione

L'ICN ha creduto a lungo nelle associazioni infermieristiche come veicolo per influenzare il raggiungimento degli obiettivi infermieristici. Lavorando tramite la vostra associazione infermieristica nazionale e cercando di unire la professione, potete raggiungere i vostri obiettivi in modo solidale e, insieme, potete essere una sola “voce per guidare”.

Come membri dell'ICN, le associazioni infermieristiche nazionali (NNAs³⁴) beneficiano del rispetto globale che l'ICN ha ottenuto per oltre 100 anni come l'attore principale nella presa di decisioni di politiche sanitarie a livello internazionale. Inoltre, l'ICN fornisce ai suoi membri la piattaforma e i mezzi per raggiungere obiettivi comuni attraverso un'azione collaborativa, lavorando insieme a beneficio della società, per il progresso della professione e lo sviluppo dei suoi membri. La forza dei nostri numeri, i nostri contributi strategici ed economici, la nostra collaborazione con il pubblico, con i professionisti sanitari, con altri partner e individui, con le famiglie e le comunità alle quali forniamo assistenza, aggiungono tutti potenza alla nostra visione³⁵.

Attraverso l'ICN, gli infermieri hanno giocato un ruolo chiave nello sviluppo e nell'attuazione di linee di indirizzo essenziali, tra i quali la *Strategia globale per le risorse umane della sanità dell'OMS: Workforce 2030* e le recenti raccomandazioni della Commissione ONU di Alto livello sulle occupazioni in ambito sanitario e la crescita economica (*Health Employment and Economic Growth*)³⁶. Molte NNAs hanno avuto un simile input nelle loro politiche nazionali.

Box 41

Cosa fanno le NNAs? Le Associazioni infermieristiche nazionali rappresentano gli interessi dei loro membri e fanno progredire la professione infermieristica promuovendo elevati standard di pratica, favorendo un ambiente sicuro ed etico al lavoro, rafforzando la salute e il benessere degli infermieri e sostenendo gli aspetti sanitari che riguardano gli infermieri e il pubblico (adattato da ANA).

Cosa fa un CNOs? Il ruolo di un *Chief Nursing Officer* (Direttore infermieristico a livello ministeriale) è di influenzare le politiche sanitarie e i funzionari del governo e del ministero della salute; può creare opportunità per la professione infermieristica di influenzare le politiche sanitarie. Ci si aspetta che un CNO fornisca consulenze esperte di elevato livello, *leadership* e guida per le politiche inerenti la professione infermieristica e il settore sanitario [166].

³³ Queste risorse sono disponibili nel sito dell'ICN (www.icn.ch), all'interno del programma *eHealth* (NdC).

³⁴ NNAs, sta per *National Nurses Associations*, per l'Italia è CNAI (NdC).

³⁵ Letteralmente è *power to our vision* (NdC).

³⁶ La *WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030* era stata presentata dal dott. J. Campbell durante il Convegno internazionale organizzato dal GPAIN a Milano nell'ambito delle iniziative di *NURSES for Expo*, 10 e 11 settembre 2015 (NdC).

Cosa fa l'ICN? Il Consiglio internazionale degli infermieri è una Federazione composta da oltre 130 associazioni infermieristiche nazionali e rappresenta oltre 16 milioni di infermieri in tutto il mondo. Come voce globale della professione infermieristica, valorizza e promuove la professione infermieristica e utilizza la voce degli infermieri per migliorare la salute di tutti gli individui, comunità e paesi del mondo. L'ICN rappresenta gli infermieri all'Assemblea mondiale della sanità (*World Health Assembly*).

3.3 Una voce per guidare – come membro di un team multidisciplinare

È ugualmente importante che le voci degli infermieri siano udite come parte di un team multidisciplinare di professionisti sanitari. Un esempio è la *partnership* dell'ICN con le federazioni internazionali che rappresentano i medici, i farmacisti, i dentisti e i fisioterapisti. L'ICN inoltre lavora a stretto contatto con la Confederazione internazionale delle ostetriche (*International Confederation of Midwives*). Quando ci si prende cura dei pazienti, il lavoro di squadra e la comunicazione tra le professioni è essenziale per fornire un'assistenza che ponga veramente al centro la persona.

Data l'importanza dei determinanti sociali della salute, è chiaro che i professionisti sanitari devono lavorare anche con altre discipline - con educatori, avvocati, politici, servizi sociali, ecc. Dobbiamo comprendere i bisogni familiari e sociali del paziente e la loro situazione economica. Dobbiamo lavorare al fianco di nutrizionisti, fisioterapisti e assistenti sociali per integrare l'assistenza fornita alla vita quotidiana dei pazienti e delle comunità. Soprattutto, dobbiamo lavorare con le persone assistite e costruire una relazione basata sul reciproco rispetto.

Una caratteristica familiare della collaborazione è che spesso riunisce individui ed organizzazioni che hanno conoscenze, capacità e/o risorse differenti ma complementari. Rappresenta inoltre un impegno congiunto da parte di tutti gli attori coinvolti che le loro iniziative comuni abbiano successo. Insieme, professionisti sanitari, pazienti, governi, **lavorando in modo collaborativo**, possono avere un notevole impatto sulle politiche sanitarie nazionali e sulle vite delle persone che serviamo³⁷.

³⁷ Ovvero per le quali lavoriamo. Si è lasciata la traduzione più vicina al termine originale (*we serve*) il verbo servire, perché esprime meglio il concetto originale (dal latino) che esprime la ragion d'essere della nostra professione (NdC).

3.4 Guida e fatti sentire

Ogni azione, non importa quanto piccola, conta.

Un modo in cui puoi far sentire la tua voce per guidare è attraverso i social media come Facebook e Twitter. Se usate in modo responsabile, queste piattaforme possono essere utilizzate dagli infermieri per disseminare informazioni *evidence-based* ai colleghi e al pubblico generale e per elevare il profilo della professione infermieristica [168, 169].

Quando gli infermieri condividono le loro preoccupazioni in questi spazi pubblici non si stanno comportando solo come buoni cittadini, ma come una voce legittimata della professione infermieristica.

Sebbene si tratti di piccoli atti individuali di attivismo politico, collettivamente possono avere il potere di influenzare l'opinione pubblica e, in ultimo, portare a un cambiamento nelle politiche pubbliche.

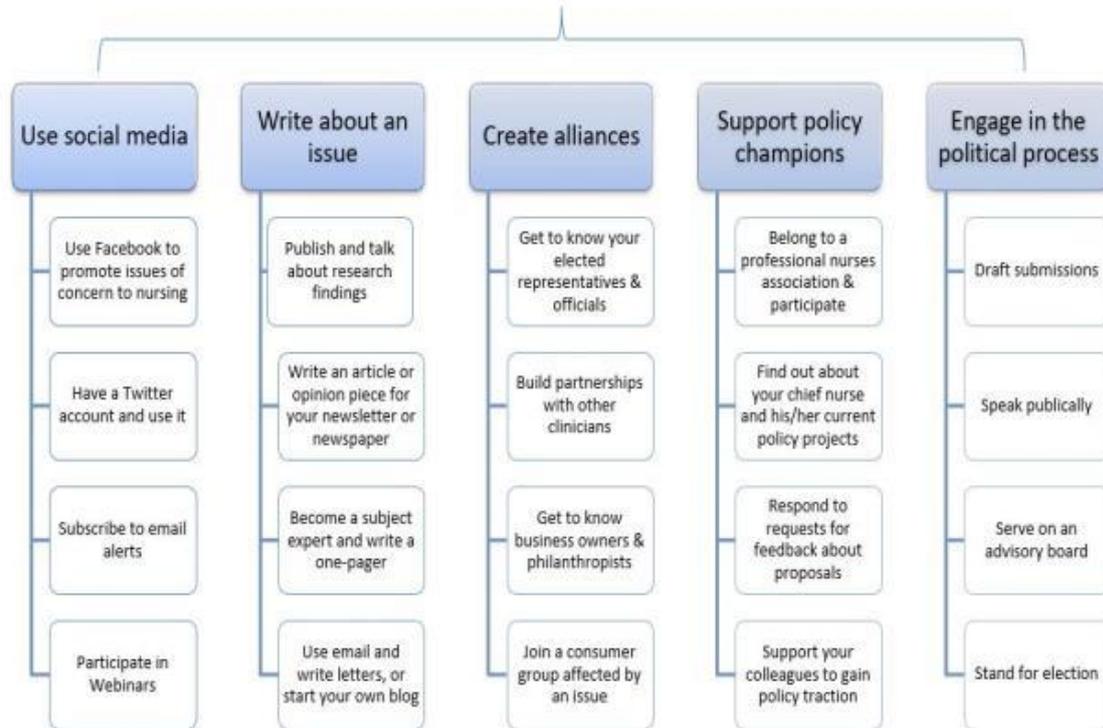
L'ICN e le associazioni infermieristiche nazionali portano avanti campagne regolari sui social media che richiedono un minimo sforzo per essere seguite e condivise sui propri profili individuali; esse hanno anche il beneficio aggiunto di mettere al corrente gli infermieri di questioni ed eventi regionali, nazionali e globali. Puoi iniziare fin da ora seguendoci su Twitter @ICNurses e usando gli hashtags #IND2017 e #VoiceToLead.

Puoi anche unirti a noi su Facebook, <https://www.facebook.com/icn.ch> e condividere le tue conoscenze ed esperienze, promuovendo temi di particolare interesse o preoccupazione per gli infermieri.

Iscriversi alla mailing list e raggiungerci sulla piattaforma online sono altri strumenti validi per aiutarci a sviluppare conoscenza ed *expertise* in una specifica area di interesse. Sostenere campagne infermieristiche fondate e rispettabili aggiunge forza al messaggio divulgato da una voce collettiva e perciò più potente. Immaginate cosa avrebbero potuto fare i precursori della professione infermieristica se avessero avuto accesso a questi strumenti pubblicitari!

E, infine, potete condividere i vostri successi, le vostre innovazioni e le vostre storie con l'ICN e i vostri colleghi di tutto il mondo, mandando i vostri racconti all'ICN.

Ideas for action



Adapted from Kostas-Polston, E., Thanavaro, J., Arvidson, C., & Morrill Taub, L-F. (2015). Advanced practice nursing: Shaping health through policy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27, 11-20.

3.5 Azioni dei governi

Mentre gli infermieri hanno la responsabilità di lavorare per tendere agli SDGs, e in modo particolare ai target correlati alla salute, i governi hanno una reciproca responsabilità nel provvedere i mezzi che consentiranno agli infermieri di contribuire in modo utile a questi obiettivi.

I governi sono ovviamente responsabili sia delle iniziative politiche nazionali sia di quelle internazionali, volte a conseguire e mantenere l'accesso universale ai servizi sanitari, reclutare, sostenere e trattenere il personale sanitario o assicurarne uno sviluppo sostenibile, e facilitando e coordinando la partnership e la collaborazione tra i diversi settori e organizzazioni. Tuttavia, il ruolo forse più importante dei Governi è una *leadership* politica che riconosca che spendere nella salute è un investimento e non una perdita economica. Questo diagramma mostra in modo molto semplice come le popolazioni sane generino una crescita economica, mentre ancora in troppe parti del mondo la spesa sanitaria è tagliata e si investe poco nel settore sanitario. C'è bisogno di un cambiamento nella mentalità dei politici e gli infermieri – qualunque sia il loro lavoro e il loro ruolo – hanno una voce che può guidare questo cambiamento.

Dipende da noi – da ciascuno e da tutti noi – essere una voce per guidare gli altri, i nostri pazienti, i nostri colleghi, le nostre comunità e i nostri governi verso una salute migliore. Fate sentire la vostra voce!

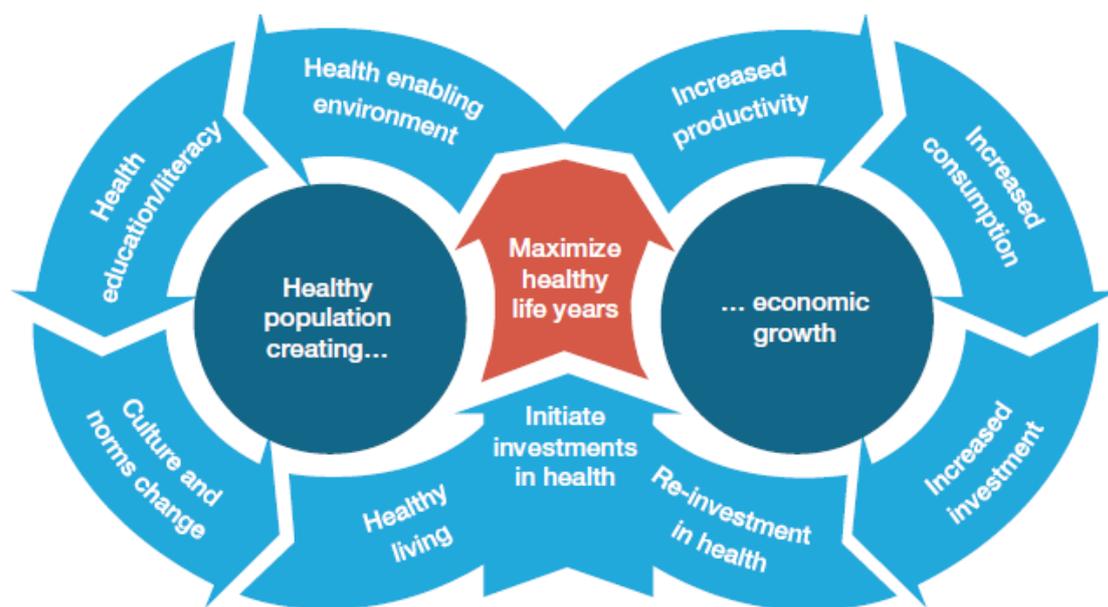


Figura 17 - Investire nella salute crea popolazioni sane e crescita economica [170].

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

1. Kounang, N. *Aleppo's angel: A nurse's devotion to Syria's children*. 2016 [cited 2016 21 Decembre]; Available from: <http://edition.cnn.com/2016/08/13/health/nurse-childrens-hospital-syria/>
2. World Health Organization. *CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. 2006 [cited 2016 22 December]; Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
3. Davidson, P.M. *Not Angels but Shining Examples*. 2016 [cited 2016 7 November 2016]; Available from: http://www.huffingtonpost.com/patricia-m-davidson/not-angels-but-shining-ex_b_11567674.html.
4. World Health Organization. *Global Health Observatory (GHO) Data: Life Expectancy*. 2016 [cited 2016 7 November]; Available from: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/.
5. Parliament, U. *Health inequalities - extent, causes, and policies to tackle them 2009* [cited 2016 22 December]; Available from: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/286/28605.htm>.
6. Cook, L. *U.S. Education: Still Separate and Unequal* 2015 [cited 2016 22 December]; Available from: <http://www.usnews.com/news/blogs/data-mine/2015/01/28/us-education-still-separate-and-unequal>.
7. Breierova, L. and E. Duflo. *The Impact of Education on Fertility and Child Mortality: Do Father's Really Matter Less Than Mothers?* 2004.
8. Organization, W.H. *What are the social determinants of health?* 2016 [cited 2016 22 December 2016]; Available from: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/.
9. Association, C.N. *Social Determinants of health and Nursing: A Summary of the Issues*. CNA Backgrounder 2005 [cited 2016 22 December]; Available from: <https://www.cna-aaic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/social-determinants-of-health-and-nursing-a-summary-of-the-issues.pdf?la=en>.
10. Forouzanfar, M.H., et al., *Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. The Lancet, 2016. **388**(10053): p. 1659-1724.
11. United Nations. *Sustainable Development Goals: 17 Goals to transform our world*. 2016 [cited 2016 7 November]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>.
12. Nightingale, F. *Notes on Nursing: What it is, and What it is not*. 1860; Available from: <http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html>.
13. Bridges, D.C., *A history of the International Council of Nurses, 1899-1964: The first sixty-five years*. 1967: Lippincott.
14. Henderson, V., *Harmer and Henderson's Textbook of the Principles and Practice of Nursing*. 1955, Macmillan: New York.
15. Kagan, P.N., M.C. Smith, and P.L. Chinn, eds. *Philosophies and practices of emancipatory nursing: Social justice as praxis*. Routledge studies in health and social welfare. 2014, Routledge: New York.
16. Marmot, M. and R. Bell, *Fair society, healthy lives*. Public health, 2012. **126**: p. S4-S10.
17. Marmot, M. *Boyer Lectures: Sir Michael Marmot highlights health inequalities and 'causes of the causes'*. 2016 [cited 2016 21 December]; Available from: <http://www.abc.net.au/news/2016-09-03/boyer-lecture-sir-michael-marmot-highlights-health-inequalities/7810382>.
18. Williams, Y. *What is Relative Poverty?* 2015 [cited 2016 9 December]; Available from: <http://study.com/academy/lesson/what-is-relative-poverty-definition-causes-examples.html#transcriptHeader>.
19. Nippon.com. *Japan's Worsening Poverty Rate*. 2014 [cited 2016 19 December]; Available from: <http://www.nippon.com/en/features/h00072/>.
20. United Nations. *Goal 1: End poverty in all its forms everywhere*. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/poverty/>.
21. World Bank Group, *Global Monitoring Report 2015/2016: Development Goals in an Era of Demographic Change. Overview booklet*. 2016, World Bank: Washington DC.

22. UNDP. *Human Development Report: Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience*. 2014 [cited 2016 9 December]; Available from: <http://www.compassion.com/multimedia/human-development-report-2014-undp.pdf>.
23. World Bank Group. *Global Monitoring Report 2014/2015: Ending Poverty and Sharing Prosperity*. 2015 [cited 2016 9 December]; Available from: <http://www.compassion.com/multimedia/ending-poverty-sharing-prosperity-world-bank.pdf>.
24. World Health Organization. *Background Document: The social and economic consequences of malnutrition in ACP Countries*. 2016 [cited 2016 11 November]; Available from: http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/acp/dv/background/_backgro und_en.pdf.
25. Food and Agriculture Organisation of the United Nations. *Understanding the true cost of malnutrition*. 2014 [cited 2016 11 November]; Available from: <http://www.fao.org/zhc/detail-events/en/c/238389/>.
26. International Food Policy Research Institute, *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. 2016: Washington, DC.
27. OECD. *Obesity Update*. 2014 [cited 2016 11 November]; Available from: <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>.
28. The World Bank. *Prevalance of undernourishment 2016* [cited 2016 11 November]; Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SN.ITK.DEFC.ZS?locations=MX>.
29. Jordan, M. *Malnutirtion Blights Mexico's Young*. 2003 [cited 2016 11 November]; Available from: <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/2003/06/09/malnutrition-blights-mexicos-young/c8170157-7ed3-4c03-a003-b9609ad090b9/>.
30. McNeil, S., *Khaled Naanaa and his family fled to Perth after deaths threats in Syria*, in *Perth Now*. 2016, Perth Now: Western Australia.
31. FAO, I. WFP (2015) *The state of food insecurity in the world 2015—Meeting the 2015 international hunger targets: taking stock of uneven progress*. 2015 [cited 2016 9 December]; Available from: <http://www.compassion.com/multimedia/state-of-food-insecurity-in-the-world-2015.pdf>.
32. Houser, B. and K. Player, *Words of Wisdom from Pivotal Nurse Leaders*. 2008, Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
33. World Health Organization. *Universal health coverage (UHC): Fact sheet*. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>.
34. Chan, M. *WHO Director-General addresses ministerial meeting on universal health coverage*. 2015 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.who.int/dg/speeches/2015/singapore-uhc/en/>.
35. World Health Organization. *The Global Push for Universal Health Coverage*. 2015 [cited 2016 9 December]; Available from: http://www.who.int/health_financing/GlobalPushforUHC_final_11Jul14-1.pdf.
36. International Council of Nurses, *ICN Code of Ethics for Nurses*. 2000, Geneva: ICN.
37. Currie, J., M. Chiarella, and T. Buckley, *An investigation of the international literature on nurse practitioner private practice models*. *International nursing review*, 2013. **60**(4): p. 435-447.
38. World Health Organization. *A Universal Truth: No Health Without a Workforce*. ISBN 2013 [cited 2016 30 November]; Available from: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1.
39. Latina, P. *World Health Organisation describes Cuba's health system as exemplary*. 2015 [cited 2016 7 November]; Available from: <http://en.granma.cu/mundo/2015-10-21/world-health-organization-describes-cubas-health-system-as-exemplary>.
40. Lamrani, S. *Cuba's Health Care System: a Model for the World*. 2014 [cited 2016 7 November]; Available from: http://www.huffingtonpost.com/salim-lamrani/cubas-health-care-system-_b_5649968.html.
41. Columbia University School of Nursing. *A Lesson in Cuban Health Care*. 2016 [cited 2016 7 November]; Available from: <http://nursing.columbia.edu/lesson-cuban-health-care>.
42. United Nations. *Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>.
43. World Health Organization, *WHO Media Centre Fact Sheet N94: Malaria*. 2015, WHO: Geneva.
44. World Health Organization, *WHO Media Centre Fact Sheet N104: Tuberculosis*. 2015, WHO: Geneva.

45. World Health Organization, *WHO Media Centre Fact Sheet N378: Immunisation Coverage*. 2015.
46. World Health Organization. *Noncommunicable diseases*. 2015 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
47. World Health Organization. *10 facts on Mental Health*. [cited 2016 23 December]; Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/.
48. International Medical Corps. *Mental Health: The Invisible Burden The Facts*. 2014 [cited 2016 23 December]; Available from: <https://internationalmedicalcorps.org/document.doc?id=312>.
49. World Health Organization. *10 facts on ageing and health*. 2015 [cited 2016 23 December]; Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/#>.
50. Age International. *Facing the facts: The truth about ageing and development*. 2015 [cited 2016 23 December]; Available from: <https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Age%20International%20Facing%20the%20facts%20report.pdf>.
51. Gapminder. *Gap Minder World Poster*. 2016 [cited 2016 23 December]; Available from: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.gapminder.org/GapminderMedia/wp-uploads/20161010170934/countries_health_wealth_2016_v84.pdf.
52. Barnidge, E.K., et al., *The effect of education plus access on perceived fruit and vegetable consumption in a rural African American community intervention*. *Health Educ Res*, 2015. **30**(5): p. 773-85.
53. OECD. *Education Indicators in Focus*. 2013 [cited 2016 11 November]; Available from: [https://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/EDIF%202013--N%C2%B010%20\(eng\)-v9%20FINAL%20bis.pdf](https://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/EDIF%202013--N%C2%B010%20(eng)-v9%20FINAL%20bis.pdf).
54. United Nations. *Education Counts: Towards the Millennium Development Goals*. 2010 [cited 2016 11 November]; Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001902/190214e.pdf>.
55. UNAIDS & The African Union. *Empower Young Women and Adolescent Girls: Fast-Tracking the end of the AIDS Epeidemic in Africa*. 2015 [cited 2016 11 November]; Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2746_en.pdf.
56. European Commission. *Strategic Engagement for Gender Equality: 2106-2019*. 2016 [cited 2016 11 November]; Available from: http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/document/files/strategic_engagement_en.pdf.
57. Oulton, J.A., *Nurses as advocates for women worldwide*. *Int Nurs Rev*, 2007. **54**(1): p. 11.
58. Health, A.-p.P.G.o.G., *Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth*. 2016, APPG: London.
59. Abwao, P. *Kenya's Nurses Can Empower Women through Family Planning*. 2015 [cited 2016 22 December]; Available from: <https://www.intrahealth.org/vital/kenya%E2%80%99s-nurses-can-empower-women-through-family-planning>.
60. UNAIDS, *HIV - Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: Case studies of successful programs*, UNAIDS, Editor. 2005: New York.
61. Uebel, K., et al., *Integrating HIV care into nurse-led primary health care services in South Africa: a synthesis of three linked qualitative studies*. *BMC health services research*, 2013. **13**(1): p. 1.
62. WaterAid, *Her right to education: How water, sanitation and hygiene in schools determines access to education for girls*. 2013, WaterAid: London.
63. World Health Organization, *Media Centre Fact Sheet N. 391: Drinking Water*. 2015, WHO: Geneva.
64. World Health Organization, *Progress on Drinking Water and Sanitation 2014 Update*. 2014, WHO: Geneva.
65. World Health Organization, *Media Centre Fact sheet N°392. Sanitation*,. 2015, WHO: Geneva.
66. UNDP, *Human Development Report 2014. Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience*. 2014, UNDP: Geneva.
67. World Health Organization and UNICEF. *Water, sanitation and hygiene in health-care facilities: Status in low- and middle-income countries and way forward – WASH in Health Care Facilities for better health care services*. 2015 [cited 2016 20 November]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154588/1/9789241508476_eng.pdf?ua=1.
68. Lambie, L. *Lack of safe water, sanitation and soap 'an embarrassment', says WHO* 2015 [cited 2016 20 November]; Available from: <https://www.theguardian.com/global-development/2015/mar/17/lack-safe-water-sanitation-soap-embarrassment-who-priority>.

69. WaterAid. *Breaking down barriers: why quality health care is reliant on water, sanitation and hygiene (WASH) and how to make integration happen*. 2015 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://www.wateraid.org/~media/Publications/Breaking-down-barriers-event-report.pdf?la=en>.
70. The Water Project. *Poverty and Water*. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <https://thewaterproject.org/why-water/poverty>.
71. Chamney, M. and R. James, *Dialysis water quality for renal nurses*. Renal Society of Australasia Journal, 2008. **4**(1).
72. Gill, C.J. and G.C. Gill, *Nightingale in Scutari: her legacy reexamined*. Clin Infect Dis, 2005. **40**(12): p. 1799-805.
73. United Nations. *Goal 7—Ensure Access to Affordable, Reliable, Sustainable and Modern Energy for All* 2015 [cited 2016 20 November]; Available from: <https://unchronicle.un.org/article/goal-7-ensure-access-affordable-reliable-sustainable-and-modern-energy-all>.
74. Fraser, B. *Killer cookstoves: Indoor smoke deadly in poor countries; cleaner stoves elusive* 2012 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://www.environmentalhealthnews.org/ehs/news/2012/not-so-improved-cookstoves>.
75. World Health Organization. *Burden of disease from Household Air Pollution for 2012*. 2014 [cited 2016 20 November]; Available from: http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/FINAL_HAP_AAP_BoD_24March2014.pdf.
76. United Nations. *Leaving no one behind: Energy for humanitarian response and sustainable development*. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/?page=view&nr=2016&type=13&menu=1634>.
77. World Health Organization. *Household air pollution and health*. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/en/>.
78. European Commission, *The role of energy services in the health, education and water sectors and cross-sectoral linkages* 2006: London.
79. Gao, J. and N. Prasad, *Chronic obstructive pulmonary disease in China: the potential role of indacaterol*. Journal of thoracic disease, 2013. **5**(4): p. 549.
80. Li, P., et al., *A new mode of community continuing care service for COPD patients in China: participation of respiratory nurse specialists*. International journal of clinical and experimental medicine, 2015. **8**(9): p. 15878.
81. International Atomic and Energy Agency. *The Advisory Group on increasing access to Radiotherapy Technology in low and middle income countries*. 2013 [cited 2016 7 November]; Available from: <https://cancer.iaea.org/documents/AGaRTBrochure.pdf>.
82. World Health Organization. *Breast Cancer Awareness Month: increased awareness, equitable access to early diagnosis and timely, effective, and affordable treatment needed globally*. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: http://www.who.int/cancer/breast_cancer_awareness/en/.
83. International Atomic and Energy Agency. *Poverty's Cancer*. 2011 [cited 2016 20 November]; Available from: cancer.iaea.org/newsstory.asp?id=87.
84. World Health Organization. *WHO statement on end of Ebola flare-up in Sierra Leone*. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/end-flare-ebola-sierra-leone/en/>.
85. Shyrock, R. *Some Sierra Leone nurses have not been paid in months*. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://www.voanews.com/a/3609710.html>.
86. United Nations. *Goal 8: Promote inclusive and sustainable economic growth, employment and decent work for all*. 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/economic-growth/>.
87. The Lancet Commission on Investing in Health. *Graduation of Ghana and Kenya to lower-middle income status: fiscal implications for health financing* 2016 [cited 2016 20 November]; Available from: <http://globalhealth2035.org/sites/default/files/afhea-fiscal-analysis-ghana-and-kenya.pdf>.
88. High-level Commission on Health Employment and Economic Growth, *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*. 2016, WHO: Geneva.
89. Royal College of Nursing. *RCN responds to 1% pay award for NHS nursing staff*. 0216 [cited 2016 20 November]; Available from: <https://www.rcn.org.uk/news-and-events/news/rcn-responds-to-1-per-cent-pay-award-for-nhs-nursing-staff>.

90. Oosthuizen, M.J. *The portrayal of nursing in south african newspapers: A qualitative content analysis*. 2011 [cited 2016 29 November]; Available from: http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/8897/ajnm_v14_n1_a6.pdf?sequence=.
91. UCL Institute of Health Equity, *Health inequalities in Taiwan*. 2016, Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare: Taiwan.
92. Campbell, A.F. *Why Violence Against Nurses Has Spiked in the Last Decade*. The Atlantic 2016 [cited 2016 2 December]; Available from: <http://www.theatlantic.com/business/archive/2016/12/violence-against-nurses/509309/>.
93. Fernbach, N. *Townsville Hospital's tele-health delivers cancer treatments to outback patients*. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.abc.net.au/news/2016-04-20/tele-health-chemotherapy-saving-lives-and-money/7341724>.
94. Males, T. *Remote Chemotherapy Supervision via Telehealth*. 2014 [cited 2016 3 December]; Available from: <https://www.healthroundtable.org/Portals/0/PublicLibrary/2014/HRT1420/1c/1.1c-10-TimMales-TownsvilleQld.pdf>.
95. Blanford, J.I., et al., *It's a long, long walk: accessibility to hospitals, maternity and integrated health centers in Niger*. International journal of health geographics, 2012. **11**(1): p. 1.
96. United Nations. *Goal 9: Build resilient infrastructure, promote sustainable industrialization and foster innovation*. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/infrastructure-industrialization/>.
97. National Health Service. *Institute for Innovation and Improvement; Innovation Making it Happen*. 2011 [cited 2016 9 December]; Available from: <http://www.institute.nhs.uk/innovation/innovation/introduction.html>.
98. Burkett, E. and I. Scott, *CARE-PACT: a new paradigm of care for acutely unwell residents in aged care facilities*. Australian family physician, 2015. **44**(4): p. 204.
99. World Health Organization. *mHealth New horizons for health through mobile technologies*. 2011 [cited 2016 3 December]; Available from: http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf.
100. Avdic, D., *A matter of life and death? Hospital distance and quality of care: Evidence from emergency room closures and myocardial infarctions*. University of York HEDG Working Paper, 2014. **14**: p. 18.
101. Nicholl, J., et al., *The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study*. Emergency Medicine Journal, 2007. **24**(9): p. 665-668.
102. Baade, P.D., et al., *Distance to the closest radiotherapy facility and survival after a diagnosis of rectal cancer in Queensland*. Med J Aust, 2011. **195**(6): p. 350-354.
103. Rusnell, C. and J. Russell. *Alberta report details 'heartbreaking' life stories of 7 Indigenous youths who committed suicide* 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-report-details-heartbreaking-life-stories-of-7-indigenous-youths-who-committed-suicide-1.3551181>.
104. Marmot, M., *The Health Gap*. 2015, London: Bloomsbury.
105. United Nations. *Goal 10: Reduce inequality within and among countries*. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/inequality/>.
106. United Nations. *State of the World's Indigneous Peoples*. 2010 [cited 2016 6 December]; Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP/press%20package/sowip-press-package-en.pdf>.
107. Canada, H. *Awards of Excellence in Nursing*. 2016 [cited 2016 22 December]; Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/nurs-infirm/profil/index-eng.php>.
108. The London School of Economics. *Cities and Social Equity: Detailed Report*. 2009 [cited 2016 3 December]; Available from: <https://lsecities.net/publications/reports/cities-and-social-equity/>.
109. The London School of Economics. *Cities and Social Equity: Implications for policy and practice*. 2009 [cited 2016 3 December]; Available from: <https://lsecities.net/media/objects/articles/cities-and-social-equity-implications-for-policy-and-practice/en-gb/>.
110. United Nations. *Goal 11: Make cities inclusive, safe, resilient and sustainable*. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/cities/>.
111. Brisbane City Council. *Brisbane City Council: Housing and homelessness*. 2016 [cited 2016 1 November]; Available from: <https://www.brisbane.qld.gov.au/community-safety/community-support/housing-homelessness>.

112. Walsh, K., B. Stevens, and K. Rayner. *Homeless to Home Healthcare - More Healthcare Please* 2013 [cited 2016 7 November]; Available from: <http://chp.org.au/wp-content/uploads/2013/05/Karyn.pdf>.
113. Connelly, L., K. Walsh, and K. Rayner. *Micah Projects*. 2015 [cited 2016 4 November]; Available from: http://www.wapha.org.au/wp-content/uploads/2016/02/160218_Presentation_PerthMicahHealthEvaluation_KarynWalsh.pdf.
114. Connelly, L. *An economic evaluation of the homeless to home healthcare after-hours service*. 2013 [cited 2016 4 November]; Available from: http://micahprojects.org.au/assets/docs/Publications/IR_130_An-Economic-Evaluation-of-the-Homeless-to-Home-Healthcare-After-Hours-Service.pdf.
115. Bhardwa, S. *Social prescribing pioneers*. 2015 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.independentnurse.co.uk/professional-article/social-prescribing-pioneers/89126/>.
116. iSustainableEarth. *Sustainability and Healthcare: The Green Connection*. 2012 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.isustainableearth.com/sustainable-living/sustainability-and-healthcare-the-green-connection>.
117. United Nations. *Goal 12: Ensure sustainable consumption and production patterns*. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-consumption-production/>.
118. ONE. *Ensure sustainable consumption and production patterns*. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <https://www.one.org/international/globalgoals/responsible-consumption/>.
119. iSustainableEarth. *Nurses Taking the Lead in Green Initiatives*. 2012 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.isustainableearth.com/green-jobs/nurses-taking-the-lead-in-green-initiatives>.
120. World Health Organization. *Health-care waste*. 2015 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/en/>.
121. Domrose, C. *The climate connection: Nurses examine effects of climate change on public health*. 2015 [cited 2016 3 December]; Available from: <https://www.nurse.com/blog/2015/10/12/44479/>.
122. World Health Organization. *Message from WHO Director-General*. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: http://www.who.int/world-health-day/dg_message/en/.
123. Canadian Nurses Association. *The Role of Nurses in Addressing Climate Change*. 2008 [cited 2016 6 December]; Available from: https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/climate_change_2008_e.pdf?la=en.
124. World Health Organization. *Global environmental change*. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.who.int/globalchange/climate/en/>.
125. Crimmins, A., et al., *The impacts of climate change on human health in the United States: a scientific assessment*. Global Change Research Program: Washington, DC, USA, 2016.
126. United Nations. *Goal 13: Take urgent action to combat climate change and its impacts*. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/climate-change-2/>.
127. World Health Organization. *Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks*. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1.
128. World Health Organization. *Climate change and health: Fact Sheet*. 2016 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/>.
129. WorldFish. *Building resilient community fisheries in Cambodia*. 2013 [cited 2016 6 December]; Available from: https://www.ard-europe.org/fileadmin/SITE_MASTER/content/eiard/Documents/Impact_case_studies_2013/WorldFish_Building_resilient_community_fisheries_in_Cambodia.pdf.
130. Food and Agriculture Organisation of the United Nations. *The State of World Fisheries and Aquaculture*. 2014 [cited 2016 3 December]; Available from: <http://www.fao.org/3/a-i3720e.pdf>.
131. Brunner, E.J., et al., *Fish, human health and marine ecosystem health: policies in collision*. International journal of epidemiology, 2009. **38**(1): p. 93-100.
132. United Nations. *Goal 14: Conserve and sustainably use the oceans, seas and marine resources*. 2016 [cited 2016 6 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/oceans/>.

133. Morrison, S. *After the Ebola Catastrophe*. 2015 [cited 2016 6 December]; Available from: <https://www.csis.org/analysis/after-ebola-catastrophe>.
134. Romanelli, C., et al. *Connecting global priorities: biodiversity and human health: a state of knowledge review*. 2015. World Health Organisation/Secretariat of the UN Convention on Biological Diversity.
135. United Nations. *Goal 15: Sustainably manage forests, combat desertification, halt and reverse land degradation, halt biodiversity loss*. 2016 [cited 2016 6 December]; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/biodiversity/>.
136. Prevention, C.f.D.C.a., *Drought and Health*. 2012.
137. Colfer, C., et al. *Forests and human health in the tropics: some important connections*. [cited 2016 22 December]; Available from: <http://www.fao.org/docrep/009/a0789e/a0789e02.html>.
138. Hill, P. *Freedom for the child refugees sold into slavery during 2,000-mile journey through hell*. 2016 [cited 2016 7 December]; Available from: <http://www.mirror.co.uk/news/world-news/freedom-child-refugees-sold-slavery-8334676>.
139. European Commission. *Report on the progress made in the fight against trafficking in human beings (2016)*. 2016 [cited 2016 7 December]; Available from: http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/trafficking-in-human-beings/docs/commission_report_on_the_progress_made_in_the_fight_against_trafficking_in_human_beings_2016_en.pdf.
140. Rankin, J. *Human traffickers 'using migration crisis' to force more people into slavery* 2016 [cited 2016 7 December]; Available from: <https://www.theguardian.com/world/2016/may/19/human-traffickers-using-migration-crisis-to-force-more-people-into-slavery>.
141. United Nations. *Goal 16: Promote just, peaceful and inclusive societies*. 2016; Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/peace-justice/>.
142. International Labour Organisation. *Forced labour, human trafficking and slavery*. 2016 [cited 2016 6 December]; Available from: <http://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/lang-en/index.htm>.
143. UNHCR. *Figures at a Glance*. 2015 [cited 2016 7 December]; Available from: <http://www.unhcr.org/en-au/figures-at-a-glance.html>.
144. Hawtin, J. *Monica Burns, Médecins Sans Frontières and The Royal Children's Hospital*. 2016 [cited 2016 22 December]; Available from: <http://blogs.rch.org.au/global/2016/10/01/profile-monica-burns/>.
145. Association, I.C.o.N.a.W.M., *Physician and Nursing Leaders condemn Syrian Attacks on Health Personnel*. 2016: Geneva.
146. Nurses, I.C.o. and H.C.i. *Danger, Everyone, wounded or sick during an armed conflict, has the right to health care*. 2016.
147. World Health Organization. *Tobacco: Fact Sheet*. 2016 [cited 2016 13 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.
148. Reuters. *Ukraine drops lawsuit against Australia over plain-packaging tobacco laws, WTO says*. 2015 [cited 2016 9 December]; Available from: <http://www.abc.net.au/news/2015-06-04/plain-packaging-tobacco-ukraine-drops-lawsuit-against-australia/6520160>.
149. Centre for Disease Control. *Rose's Story*. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/stories/rose.html>.
150. World Health Organization. *Cancer: Fact Sheet N297*. 2015 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
151. Chan, S.S.-C. *Sophia Chan, PhD, MPH, MEd, RN, RSCN, FFPH, FAAN*. 2016 [cited 2016 10 December]; Available from: <https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AANNET/c8a8da9e-918c-4dae-b0c6-6d630c46007f/UploadedImages/docs/Featured%20Nurse%20Leader/2016/2016-01-11%20Sophia%20Chan.pdf>.
152. Chan, S.S.-C. *Professor in Nursing and Director of Research School of Nursing, The University of Hong Kong*. [cited 2016 13 December]; Available from: http://www.nurse.cmu.ac.th/inter2012/Document/SophiaChan_bio.pdf.
153. Ruckert, A., et al., *Policy coherence, health and the sustainable development goals: a health impact assessment of the Trans-Pacific Partnership*. *Critical Public Health*, 2016: p. 1-11.
154. Schram, A., et al., *The role of trade and investment liberalization in the sugar-sweetened carbonated beverages market: a natural experiment contrasting Vietnam and the Philippines*. *Globalization and health*, 2015. **11**(1): p. 1.

155. Frieden, T.R., *A framework for public health action: the health impact pyramid*. American journal of public health, 2010. **100**(4): p. 590-595.
156. Wagner, W., D.T. Ostick, and S.R. Komives, *Leadership for a better world: Understanding the social change model of leadership development*. 2010, National Clearinghouse for Leadership Programs. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
157. Falk-Rafael, A., *Speaking Truth to Power: Nursing's Legacy and Moral Imperative*. Advances in Nursing Science, 2005. **28**(3): p. 212-223.
158. Shamian, J., *Global perspectives on nursing and its contribution to healthcare and health policy: Thoughts on an emerging policy model*. Nursing Leadership, 2014. **27**(4): p. 44-51.
159. Hughes, F., *Policy - a practical tool for nurses and nursing [Editorial]*. Journal of Advanced Nursing, 2005. **49**(4): p. 331-331.
160. International Council of Nurses. *The ICN code of ethics for nurses*. 2012; Available from: <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>.
161. Khoury, C.M., et al., *Nursing leadership from bedside to boardroom: a Gallup national survey of opinion leaders*. Journal of Nursing Administration, 2011. **41**(7-8): p. 299-305.
162. Institute of Medicine. *The future of nursing: Focus on scope of practice*. 2010; Available from: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Nursing%20Scope%20of%20Practice%202010%20Brief.pdf>.
163. Cohen, S.S., et al., *Stages of nursing's political development: where we've been and where we ought to go*. Nursing Outlook, 1996. **44**(6): p. 259-266.
164. Tomm-Bonde, L., *The Naïve nurse: revisiting vulnerability for nursing*. BMC Nursing, 2012. **11**: p. 5-5.
165. World Health Organization, *Health in all policies: Training manual*. 2015, Geneva: WHO.
166. Hughes, F.A., et al., *Enhancing nursing leadership: Through policy, politics, and strategic alliances*. Nurse Leader, 2006. **4**(2): p. 24-27.
167. Kingdon, J.W., *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 1995, New York: Longman.
168. Risling, T., *Social media and nursing leadership: Unifying professional voice and presence*. Nursing Leadership (1910-622X), 2016. **28**(4): p. 48-57.
169. Jackson, J. and R. Mitchell, *Day in the Life: Live tweets as a professional tool*. American Nurse Today, 2015. **10**(6): p. 14-22.
170. World Economic Forum, *Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay Off*. 2015, WEF.

Elenco delle figure

- Figura 1 - Anni di aspettativa di vita in buone condizioni di salute e in cattiva salute e deprivazione in Inghilterra
- Figura 2 - Conseguimento dei titoli di studio negli USA per razza (2013)
- Figura 3 - Tassi di povertà relativa nei Paesi OSCE (metà degli anni 2000)
- Figura 4 - Aspettativa di vita per paese e livelli di reddito annuo
- Figura 5 - Differenze nell'aspettativa di vita a 30 anni d'età in base al livello d'istruzione
- Figura 6 - L'impatto dell'acqua pulita sulla salute
- Figura 7 - Morti attribuibili all'inquinamento dell'aria domestica nel 2012 suddivise per patologia
- Figura 8 - Impatto dell'insufficiente accesso a fonti d'energia pulita sulla salute
- Figura 9 - Personale sanitario in rapporto alla popolazione in 196 paesi
- Figura 10 - Tassi di mortalità standardizzati per età a Taiwan, 2001-2010, per livello di istruzione e stato di occupazione negli uomini di età compresa tra 25-64 anni nel 2000
- Figura 11 - Rapporto tra i risultati di salute e l'ambiente urbano
- Figura 12 - La relazione tra i cambiamenti climatici e la salute
- Figura 13 - Potenziale impatto del commercio sugli esiti di salute
- Figura 14 - Schema delle azioni per promuovere la salute
- Figura 15 - Il ciclo politico
- Figura 16 - Il continuum dell'attivismo politico
- Figura 17 - Investire nella salute crea popolazioni sane e crescita economica

Elenco dei Case Study

- Case Study 1.1 – La partnership infermieri-famiglie nei quartieri urbani, USA
- Case Study 2.1 - Dare da mangiare agli affamati e ai malnutriti, Messico
- Case Study 2.2 - La pratica bariatrica, Australia
- Case Study 2.3 - L'accesso agli aiuti alimentari, Siria
- Case Study 3.1 - Sostenere il lavoro degli infermieri, Cuba
- Case Study 3.2 - Infrangere le barriere legislative per i *Nurse Practitioner*, Canada
- Case Study 3.3 - L'assistenza centrata sul paziente, Nuova Zelanda
- Case Study 3.4 - Il virus Ebola in Sierra Leone
- Case Study 4.1- L'organizzazione *Education Plus Health*, USA
- Case Study 5.1 - Ridurre lo stigma dell'HIV, Zambia
- Case Study 5.2 - Sostenere l'istruzione delle ragazze, Bangladesh
- Case Study 5.3 - La disuguaglianza di genere nella professione infermieristica, USA
- Case Study 6.1 - Migliorare l'igiene, Uganda
- Case Study 7.1 - Affrontare la BPCO, Cina
- Case Study 8.1 - Le condizioni di lavoro, Sud Africa
- Case study 9.1 - Sostenere le strutture per l'assistenza agli anziani, Australia
- Case Study 9.2 - Applicazioni per *smartphone* e prevenzione sanitaria, India
- Case Study 9.3 - L'utilizzo di assistenti digitali personali nelle aree remote, Canada
- Case Study 10.1- Assistenza infermieristica di comunità, Canada
- Case Study 11.1 - Salute inclusiva, i progetti Micah, Australia
- Case Study 11.2 - La prescrizione sociale, UK
- Case Study 12.1 - Assistenza sanitaria senza danni, USA
- Case study 13.1 - L'alleanza degli infermieri a favore di ambienti salutarì, USA
- Case study 16.1 - Farsi carico delle comunità a rischio
- Case study 17.1 - La gestione della dipendenza da tabacco, Hong Kong
- Case Study 17.2 - La leadership infermieristica per raggiungere gli SDGs, Cina

12 maggio 2017



Cari Colleghi,

a nome del Consiglio internazionale degli infermieri vogliamo augurare a tutti gli infermieri del mondo una felice giornata internazionale dell'infermiere!

Quest'anno, l'ICN ha scelto il tema ***Infermieri: una voce che guida per raggiungere gli Obiettivi per uno sviluppo sostenibile*** (*Sustainable Development Goals, SDGs*). Il nostro scopo, mediante questa pubblicazione e gli altri strumenti predisposti - il sito, il video e la campagna sui media -, è far prendere coscienza, innanzitutto agli infermieri, di quali sono gli SDG e del perché sono importanti. Il secondo intento è far conoscere alla popolazione, ai governi e a tutti coloro che prendono le decisioni, il contributo che gli infermieri già stanno dando per il raggiungimento di questi Obiettivi.

Questa pubblicazione fornisce una panoramica degli SDG e dei loro nessi con la professione infermieristica. In modo più specifico, fornisce un gran numero di *Case Study* che mostrano l'incredibile lavoro che gli infermieri in tutto il mondo stanno svolgendo per migliorare l'accesso all'assistenza, educare le popolazioni, affrontare i problemi della povertà, della nutrizione, dell'energia pulita, della disuguaglianza, della sostenibilità, dell'innovazione, della giustizia e di tutti gli altri SDG.

Gli infermieri, proprio perché sono i principali professionisti a garantire l'assistenza sanitaria alle comunità in tutti gli ambiti, sono fondamentali nel raggiungimento degli SDG. Se i governi e i leader del mondo non attueranno i dovuti investimenti nella professione infermieristica, questi obiettivi non si potranno raggiungere.

Gli SDG sono rilevanti per tutti noi, nella nostra vita professionale e in quella personale. Ciascuno di voi può e sta influenzando su questo.

Festeggiate i risultati che avete ottenuto, condividete le vostre storie e usate la vostra voce per guidare.

Judith Shamian
Presidente ICN

Frances Hughes
Chief Executive Officer