

International Council of Nurses

INFERMIERI: una forza per cambiare

MIGLIORARE LA RESILIENZA DEI SISTEMI SANITARI



12 maggio 2016

GIORNATA INTERNAZIONALE DEGLI INFERMIERI

#IND2016



CNAI - Consociazione Nazionale
Associazioni Infermiere/i
www.cnai.info



Infermieri: una forza per cambiare

Migliorare la resilienza dei sistemi sanitari



GIORNATA INTERNAZIONALE DEGLI INFERMIERI 2016

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 © 2016 by International Council of Nurses
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95099-38-8

ISBN dell'edizione italiana: 9788894075717

Edizione italiana autorizzata

Copyright © 2016 CNAI, Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere/i

www.cnai.info

Via V. Russo, 8

20127 Milano

Traduzione: Enrica Capitoni, Chiara D'Allora, Cecilia Sironi

Curatela: Cecilia Sironi

Layout: Massimo Alberio

Indice

	Presentazione all'edizione italiana	
	Lettera della Presidente e dell'Amministratrice delegata ICN	
Capitolo 1	Introduzione.....	1
Capitolo 2	Sviluppare sistemi sanitari solidi.....	13
Capitolo 3	Cos'è la resilienza dei sistemi sanitari?.....	16
Capitolo 4	Migliorare la resilienza organizzativa	23
Capitolo 5	Sviluppare la resilienza personale	28
Capitolo 6	La strada da percorrere e il ruolo degli infermieri e delle Associazioni...	32
Capitolo 7	Conclusioni	37
Allegato 1	Lo sviluppo delle risorse umane in sanità (<i>Health human resources development, HHRD</i>)	38
Allegato 2	Servizi sanitari accessibili a finanziamento pubblico	42
Allegato 3	La partecipazione degli infermieri alla presa di decisioni e allo sviluppo di politiche nel campo dei servizi sanitari	44
	Citazioni bibliografiche	46



Presentazione all'edizione italiana
Milano, 25 aprile 2016

Cari Colleghi,

L'affronto del tema che ogni anno l'*International Council of Nurses* sceglie e la traduzione del documento che prepara appositamente per la Giornata internazionale degli infermieri è sempre per me una sfida. Questo lavoro costituisce, infatti, un confronto con chi, per la posizione assolutamente unica nel mondo, vede con "occhio internazionale" come si sta evolvendo la professione infermieristica all'interno dei sempre mutevoli sistemi sanitari.

Il primo aspetto, non certo di mera traduzione, che vorrei toccare in questa presentazione dell'edizione italiana del documento, è proprio in due termini chiave riportati già nel titolo: *health systems*. Il titolo è anche quest'anno *Infermieri: una forza per cambiare* con il sottotitolo, per il 2016, *Migliorare la resilienza dei sistemi sanitari*. La scelta è stata di tradurre letteralmente, per il semplice fatto che in numerosi Paesi il sistema sanitario non è pubblico e, quindi, non è un servizio. Il nostro SSN italiano però è nato come "Servizio", dal latino *servitium* (derivato da *servus*) che porta con sé un significato di dedizione, di impegno nei confronti di un ideale perché la salute è stata ritenuta un bene di primaria importanza, un valore da tutelare e mantenere. È il motivo per cui diversi movimenti e organizzazioni stanno cercando di fare presente l'urgenza di tagliare gli sprechi, ma non i servizi essenziali per i cittadini.

Una seconda considerazione è che gli Obiettivi per uno sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite, ai quali si fa qui riferimento, sono ambiziosi e non potranno essere raggiunti senza il contributo di chi decide delle politiche economiche, educative e sanitarie dei paesi. Nel documento ICN di quest'anno sono esposti suggerimenti per migliorare la capacità delle organizzazioni e dei singoli professionisti di resistere alle sollecitazioni e turbolenze dei contesti in cui operiamo. Inoltre, il costante riferimento a "chi decide" mette in evidenza il ruolo ancora troppo marginale degli infermieri nei diversi ambiti politici del nostro e di altri paesi. A ciò si aggiunge la recente diffusione di informazioni negative sull'operato di personale sanitario legate a inchieste giudiziarie che minano la fiducia della popolazione anche nei nostri confronti.

L'invito è quindi a diffondere questo documento, a utilizzarlo nella formazione e nei corsi di aggiornamento e a spiegare, raccontare e informare i cittadini su che cosa facciamo ogni giorno per garantire la loro sicurezza e salute, nonostante le difficoltose situazioni in cui ci troviamo ad operare. Attuiamo già la resilienza, che è la capacità di rispondere, di adattarsi, di rinforzarsi quando ci si trova in una situazione difficile e di crisi.

Concludo ribadendo, come altri anni, che noi possiamo davvero fare la differenza, "noi siamo pronti", facciamo già molto. Eppure serve ancora molto impegno. Cerchiamo di lavorare sempre meglio insieme, anche per "trasformare il modo tradizionale di vedere il personale sanitario come una spesa (...) in una strategia per ottenere la salute per tutti e per far crescere le economie, creando posti di lavoro qualificati".

Buona giornata dell'infermiere a tutti!

Cecilia Sironi
Presidente CNAI



Maggio 2016

Cari Colleghi,

La necessità di contare su sistemi sanitari forti e resilienti, in grado di rispondere in modo efficace alle sfide, è un elemento chiave per raggiungere gli Obiettivi per uno sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDGs) delle Nazioni Unite. Ti potrai domandare come un infermiere, da solo, possa contribuire a rendere più forti i sistemi sanitari del mondo. In quanto membri del gruppo più ampio di professionisti sanitari, che garantiscono la presenza in tutti gli ambiti, gli infermieri possono avere un enorme impatto sul buon funzionamento dei sistemi sanitari. Ogni decisione che prendi nel corso della tua attività può fare una differenza significativa nell'efficienza e nell'efficacia dell'intero sistema.

Questo Kit redatto per la Giornata internazionale dell'infermiere esamina i vari modi in cui gli infermieri possono contribuire a sviluppare sistemi sanitari forti e resilienti a livello locale, nazionale e internazionale, e fornisce una guida per gli infermieri e per chi è responsabile delle politiche. Gli strumenti, le informazioni e le idee d'azione contenute nel Kit, aiuteranno e incoraggeranno gli infermieri e le associazioni infermieristiche nazionali (*National Nurses Associations*, NNAs) a coinvolgersi attivamente nelle politiche.

Le pagine seguenti analizzano le sfide crescenti che i sistemi sanitari si trovano ad affrontare, come è possibile migliorare la resilienza organizzativa e come gli infermieri possono rinforzare e sviluppare la resilienza in se stessi e nei loro colleghi in modo che possano impegnarsi pienamente per il raggiungimento degli ambiziosi obiettivi per uno sviluppo sostenibile (SDG). Questo documento dimostra inoltre cosa diventa possibile quando gli infermieri portano il loro *expertise* e creatività come contributo all'ordine del giorno della trasformazione. Molto spesso nel nostro lavoro in ICN abbiamo visto come la nostra resilienza e consiglio a riguardo delle politiche possa fare la differenza nella presa di decisioni e nella salute delle popolazioni.

È imperativo che identifichiamo nelle nostre organizzazioni e in noi stessi delle opportunità per rinforzare e sviluppare la resilienza. Promuovendo la voce degli infermieri, possiamo aiutare a guidare i miglioramenti nella qualità dell'erogazione dei servizi sanitari e a orientare le strategie per rinforzare i sistemi sanitari. Il contributo degli infermieri alle politiche del settore sanitario aiuteranno ad assicurare che, quando si riformano le regolamentazioni, si prenda in considerazione il livello di sostegno che offrono gli ambienti di lavoro. È un nostro dovere assicurarsi che i governi e coloro che prendono le decisioni comprendano che dei leader infermieri fiduciosi e ben informati, che comprendono il loro ruolo per sviluppare personale in grado di affrontare nuove sfide, sono essenziali per garantire il successo dei SDG e affrontare ciò che ci aspetta in futuro.

Cordialmente,

Judith Shamian
Presidente

Frances Hughes
Amministratore delegato

“Resilienza: la capacità di riprendersi dalle difficoltà” (Oxford English Dictionaries)

Contesto

In qualsiasi parte del mondo voi siate, è molto verosimile che troviate che la salute e la risposta ai bisogni sanitari sia un tema d'interesse rilevante nelle preoccupazioni e nei dibattiti pubblici. Infatti, sembra che la salute sia sempre nelle notizie. Ciò può originare da innumerevoli ragioni, alcune prevedibili e altre no. Per esempio, in molte parti del mondo sono presenti sfide sanitarie crescenti in relazione all'invecchiamento delle popolazioni; all'aumento delle patologie croniche e altre condizioni a lungo termine; all'aumento delle aspettative dei cittadini per avere sempre maggiori e migliori servizi sanitari; e per il progresso tecnologico, che continua a far prevedere una spesa sempre crescente per i servizi sanitari. I sistemi sanitari dei paesi di tutto il mondo sono continuamente sfidati a rispondere prendendo in considerazione nuovi modi di lavorare e nuovi modelli assistenziali per i loro cittadini.

L'impatto imprevisto della crisi finanziaria globale sui sistemi sanitari continua ad avere implicazioni sulle finanze pubbliche. Una sfida altrettanto importante è rappresentata dall'evidenza della vulnerabilità dei sistemi sanitari globali. L'epidemia di Ebola del 2014 nell'Africa occidentale ha mostrato che l'azione globale per proteggere la salute è essenziale; le infezioni possono attraversare le frontiere e viaggiare per raggiungere tutti gli angoli del globo proprio come le persone. Anche i disastri naturali e i conflitti non rispettano i confini dei paesi e richiedono risposte da tutto il mondo.

Questa connessione globale può essere un concetto difficile da considerare senza rimanere rapidamente sopraffatti dalla sua complessità. L'incertezza e il senso di impotenza che esso produce è comprensibile a tutti. Da dove possiamo iniziare? Cosa può fare la differenza? È facile sentirsi molto piccoli. Eppure l'impatto della globalizzazione continua a crescere e a influenzare la nostra vita di tutti i giorni. Noi siamo tutti intimamente connessi e, partendo dal fatto che sono la più numerosa componente di lavoratori nell'ambito della salute del mondo, gli infermieri devono lavorare insieme per comprendere e assicurarsi che la globalizzazione sia una forza positiva per il bene.

Definizione di globalizzazione: un processo che porta ad aumentare le connessioni globali, l'interdipendenza e l'integrazione, specialmente nell'arena economica, ma che influenza anche gli aspetti culturali, sociali politici, ecologici e tecnologici della vita (Tschudin, Davis 2008, p. 4).

Come documentato nel Rapporto sugli obiettivi di sviluppo del millennio (*Millennium Development Goals Report*) (UN 2015), si è assistito a un sostanziale progresso verso il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio (WHO, 2015a), salvando milioni di persone e migliorando le condizioni di vita di molte di più. Tuttavia, il rapporto riconosce anche "risultati irregolari", "carenze in molti settori" e lavoro incompleto. L'approccio per patologie specifiche degli Obiettivi di sviluppo del millennio (MDGs) ha lasciato numerosi paesi con un'assistenza frammentata e dei sistemi di erogazione dei servizi ancora deboli. Come risultato, molti paesi che hanno ricevuto aiuti per lo sviluppo non hanno costruito dei sistemi sanitari capaci di fornire i servizi essenziali necessari per tutte le persone che ne hanno bisogno.

Come citato in precedenza, la diffusione della patologia causata dal virus Ebola nell'Africa occidentale, ha dimostrato che senza un sistema sanitario capace di rispondere in modo rapido e efficace, un'epidemia può rapidamente diffondersi attraverso frontiere e causare enormi problemi (WHO, 2014). Al momento dello scoppio del contagio, la maggior parte dei paesi coinvolti aveva un sistema sanitario fragile con un numero insufficiente di personale dedicato all'assistenza sanitaria (WHO, 2015b); di conseguenza, la risposta non fu tempestiva; i servizi sanitari esistenti furono interrotti e numerosi operatori sanitari che assistettero le persone colpite morirono (WHO, 2015c), minacciando ulteriormente la salute delle popolazioni (David et al., 2015). Infatti, un rapporto preliminare del maggio 2015 a cura del WHO (2015d) sugli operatori sanitari colpiti dal virus Ebola affermò che, degli 815 lavoratori che erano stati infettati dal virus dall'inizio dell'epidemia, più del 50% erano infermieri e personale di supporto. Due terzi degli operatori sanitari infettati morirono.

Quest'epidemia ha fatto sorgere numerose domande:

Come è possibile rispondere in modo rapido alla mancanza di operatori sanitari causata da malattia o addirittura morte? Come si può addestrare rapidamente del personale infermieristico capace di assistere in contesti molto diversificati? Come si può accedere in modo rapido alle attrezzature giuste? Come si comunica con il pubblico in modo efficace? Esiste un evidente bisogno di sistemi sanitari che possano rispondere a situazioni critiche (*shock*) come queste in modo tempestivo ed efficace, mentre proseguono nel fornire i servizi sanitari necessari.

"La resilienza di un sistema sanitario è la sua capacità di rispondere, adattarsi e rinforzarsi quando è esposto a uno shock, quale un'epidemia, un disastro naturale o un conflitto" (Campbell et al., 2014).

La complessità di questo lavoro include la velocità di risposta necessaria, la disponibilità di risorse nel posto giusto, al momento giusto e dove è presente l'infrastruttura danneggiata e il personale sanitario-assistenziale impoverito. Quindi dobbiamo essere preparati prima che arrivi la prossima emergenza, avendo a disposizione le forniture d'emergenza necessarie, le persone che possano essere impiegate con le giuste competenze e piani pronti per stornare le risorse.

Nei frenetici ritmi di vita di gran parte degli infermieri che esercitano la professione, il pensare a come poter sostenere e rinforzare il sistema sanitario in cui si lavora non è un'attività comune. Eppure, la necessità di sviluppare il nostro pensiero, la pianificazione e il profilo in questo importante settore è fin troppo evidente. Siamo una forza vitale per i cambiamenti di cui ha bisogno il sistema.

Rispondere alle nuove sfide

Il personale infermieristico ha una lunga storia di come rispondere ai bisogni che cambiano della società. Abbiamo sviluppato la nostra pratica per affrontare le sfide della salute pubblica e per assicurare un'assistenza di elevata qualità. Per tutto il XX secolo fino al XXI secolo sono stati compiuti dei progressi significativi nell'aumentare l'aspettativa di vita e nel ridurre numerosi dei fattori di rischio associati alla mortalità materno-infantile. Gli infermieri hanno apportato un notevole contributo nel miglioramento della sopravvivenza infantile e il loro impatto è ben documentato (Awoonor-Williams et al 2013). Grandi progressi sono stati fatti per migliorare l'accesso ad acqua pulita; migliorare l'igiene; ridurre la malaria, la tubercolosi e la poliomielite; diminuire la diffusione dell'HIV (Marmot et al 2012). Gli infermieri sono stati in prima linea per ottenere questi risultati (ICN, 2013), ma dovremmo tutti concordare che può essere fatto di più. Oltre ai problemi sanitari noti, affrontiamo delle minacce globali emergenti quali, per esempio, la resistenza antimicrobica, le nuove pandemie, le infezioni emergenti, i disastri naturali, i cambiamenti climatici globali, i conflitti armati e i migranti. Cosa potrebbe significare questo per noi?

Esistono prove di efficacia della capacità di risposta da parte degli infermieri e dell'importante ruolo che giochiamo nel contribuire alla salute delle popolazioni che sono state sempre più riconosciute dai governi e dall'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 2003; 2015e). Infatti, il personale infermieristico è sempre più istruito e capace di connettersi con i cittadini, le comunità, i responsabili delle politiche e tra di loro. Tuttavia, la necessità di adattarsi e di cambiare in modo più rapido è evidente e le sfide che ci aspettano nei prossimi 15 anni chiederanno una nuova generazione di innovazione e leadership. Mentre gli infermieri guadagnano un profilo più elevato nello sviluppo di risposte locali, nazionali e internazionali, servono dei leader fiduciosi e ben informati che comprendano il loro ruolo nello sviluppo di personale in grado di affrontare le nuove sfide.

Investire nel personale sanitario per rafforzare i sistemi sanitari. L'aumento della domanda ai nostri sistemi sanitari è stato associato a un'aumentata aspettativa di finanziamenti ed è ora evidente l'esistenza di un forte nesso tra la situazione economica e la salute generale di una popolazione. Tuttavia, l'aspettarsi e il ricevere effettivamente una quota maggiore di finanze pubbliche in tempi di crisi economica sono due cose differenti; la capacità di trovare in modo costante più finanziamenti è una sfida reale a tutti i livelli, da quello individuale a quello governativo. In alcuni casi, siccome i governi cercano di risparmiare a breve termine, abbiamo assistito a reali riduzioni nella spesa sanitaria con conseguenze sia a breve sia a lungo termine (Karaniklos, 2013). Se non è a carico dei governi, il costo dell'assistenza sanitaria delle persone può portare a un aumento della povertà. Un Rapporto del WHO e

del Gruppo della banca mondiale (2015) mostra che 400 milioni di persone non hanno accesso ai servizi sanitari essenziali e che il 6% delle persone nei paesi a basso e medio reddito tendono o sono spinte ulteriormente verso condizioni di estrema povertà a causa delle spese sanitarie personali. Tuttavia, siccome la salute ha un valore in sé, oltre a costituire una preconditione del progresso economico, i miglioramenti delle condizioni di salute ed economiche si rafforzano a vicenda. Il rapporto della *Lancet Commission* dal titolo *Salute globale 2035: un mondo convergente all'interno di una generazione* (Jamison et al., 2013) sostiene una tesi economica forte a favore di una priorità più grande da dare alla salute da parte dei ministri dell'economia, affermando: "I rendimenti sugli investimenti in salute sono impressionanti. Le riduzioni nella mortalità contano per circa l'11% della recente crescita economica dei paesi a basso e medio reddito come misurato nei loro conti di reddito nazionale" (Jamison et al. 2013, p. 1898). Il rapporto descrive la possibilità di una "grande convergenza" per la salute, realizzabile nel corso della nostra vita. Presenta un'analisi dettagliata, che dimostra che con maggiori investimenti per aumentare progressivamente le tecnologie sanitarie e migliorare i sistemi di erogazione dei servizi, sarà possibile ridurre i tassi di mortalità materno-infantile così come abbassare i tassi di mortalità per malattie infettive in modo universale. Nella maggior parte dei paesi a basso e medio reddito, questi tassi si ridurrebbero a quelli attualmente presenti nei paesi a medio reddito che ottengono i migliori risultati. Come scrivono Jamison et al. (2013), "Il raggiungimento di una convergenza impedirebbe circa 10 milioni di morti nel 2035 tra i paesi a basso reddito e medio-basso reddito " (p. 1898). Inoltre, la relazione rileva che l'occupazione nel settore sanitario può rafforzare le economie locali. Il personale di assistenza sanitaria è rilevante e impiega un elevato numero di donne. Degli infermieri ben istruiti sono, quindi, un bene per la salute economica di un paese

Dei nuovi obiettivi: dai MDGs ai SDGs

Oramai esiste un riconoscimento globale che, qualsiasi sia la natura delle sfide, mantenere l'attenzione sull'assicurare vite sane e promuovere il benessere per tutti, a tutte le età, sia essenziale per uno sviluppo sostenibile. La necessità di avere dei sistemi sanitari solidi e resilienti, capaci di rispondere ai rapidi cambiamenti, è al centro degli Obiettivi¹ di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite (*United Nations Sustainable Development Goals*, SDGs).

I 17 SDGs (vedi Box 1) e i 169 obiettivi specifici furono adottati dagli Stati membri dell'assemblea generale delle Nazioni Unite del settembre 2015 (UNGA Resolution 70/1). Partendo da quanto fatto per i MDGs, i SDGs sono rilevanti per tutti i paesi e comprendono i pilastri economico, ambientale e sociale dello sviluppo sostenibile, con un forte accento sull'equità che affronta le cause profonde della povertà. Essi sono tutti connessi tra loro sottolineando il fatto che lo sviluppo sostenibile in ogni paese richiede che molte parti del sistema lavorino insieme.

¹ Si traduce con "obiettivi" perché da anni si è impiegata questa dizione per gli obiettivi di salute dell'OMS (*goal*, più spesso è stato utilizzato l'acronimo MDGs, ora SDGs) anche se sarebbe più chiaro tradurli con "scopi" o "obiettivi generali" per distinguerli dall'elenco dei *target* (il termine significa sempre obiettivo o bersaglio). Si sceglie qui di specificare con la traduzione "obiettivi specifici" i più numerosi *target*, alcuni dei quali elencati di seguito nel Box 2 (NdC).

Box 1. I diciassette obiettivi per uno sviluppo sostenibile.

- | | |
|----|--|
| 1 | Porre fine alla povertà in tutte le sue forme e ovunque. |
| 2 | Porre fine alla fame, raggiungere la sicurezza alimentare e una migliorata nutrizione e promuovere l'agricoltura sostenibile. |
| 3 | Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età. |
| 4 | Garantire un'istruzione di qualità inclusiva ed equa e promuovere opportunità di apprendimento permanente per tutti. |
| 5 | Raggiungere la parità di genere e l' <i>empowerment</i> di tutte le donne e le ragazze. |
| 6 | Garantire la disponibilità e la gestione sostenibile di acqua e servizi igienici per tutti. |
| 7 | Assicurare che tutti abbiano accesso a energia a un costo accessibile, che sia affidabile, sostenibile e moderna. |
| 8 | Promuovere una crescita economica sostenibile e inclusiva, un impiego pieno e produttivo e un lavoro decente per tutti. |
| 9 | Costruire infrastrutture resilienti, promuovere un'industrializzazione inclusiva e sostenibile e favorire l'innovazione. |
| 10 | Ridurre le disuguaglianze all'interno e fra paesi. |
| 11 | Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, resilienti e sostenibili. |
| 12 | Assicurare dei modelli di produzione e di consumo sostenibili. |
| 13 | Agire in modo urgente per combattere i cambiamenti climatici e le loro conseguenze (riconoscendo che la <i>Framework Convention on Climate Change</i> delle Nazioni Unite è il principale forum internazionale e intergovernativo per negoziare la risposta globale ai cambiamenti climatici). |
| 14 | Impiegare in modo conservativo e sostenibile gli oceani, i mari e le risorse marine per uno sviluppo sostenibile. |
| 15 | Proteggere, restaurare e promuovere l'uso sostenibile degli ecosistemi terrestri, gestire le foreste in modo sostenibile, combattere la desertificazione, fermare e invertire la degradazione della terra e fermare la perdita della biodiversità. |
| 16 | Promuovere società pacifiche e inclusive per uno sviluppo sostenibile, garantire a tutti l'accesso alla giustizia e operare per avere delle istituzioni efficaci, affidabili e inclusive a tutti i livelli. |
| 17 | Rinforzare i mezzi per attuare e rivitalizzare la Partnership globale per lo sviluppo sostenibile (<i>Global Partnership for Sustainable Development</i>). |

Il terzo obiettivo, che è il più specifico per la salute e il benessere, ha tredici *target* (dal 3.1 al 3.9) e azioni per raggiungerli (*enablers*, dal 3.a al 3.d) (vedi Box 2).

Box 2. I tredici obiettivi specifici o target dell'Obiettivo per uno sviluppo sostenibile 3 – Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età.

- 3.1 Entro il 2030 ridurre il tasso di mortalità materna in tutto il mondo a meno di 70 morti ogni 100.000 nati vivi.
- 3.2 Entro il 2030 porre fine alle morti prevedibili dei neonati e dei bambini sotto i cinque anni, con tutti i paesi impegnati a ridurre la mortalità neonatale almeno a meno di 12 ogni 1000 nati vivi e la mortalità dei bambini sotto i cinque anni almeno a 25 ogni 1000 nati vivi.
- 3.3 Entro il 2030 porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria, le patologie tropicali trascurate e combattere l'epatite, le patologie trasmesse tramite l'acqua e altre malattie infettive.
- 3.4 Entro il 2030 ridurre di un terzo la mortalità prematura causata dalle patologie non trasmissibili mediante la prevenzione e il trattamento e promuover la salute mentale e il benessere.
- 3.5 Rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, inclusi i narcotici e l'alcol.
- 3.6 Entro il 2020 dimezzare il numero delle morti e dei traumi causati da incidenti stradali in tutto il mondo.
- 3.7 Entro il 2030 assicurare l'accesso universale ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione, l'informazione e l'educazione familiare e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali.
- 3.8 Raggiungere la copertura sanitaria universale, compresa la protezione da rischi economici, l'accesso a servizi assistenziali e sanitari essenziali di qualità e l'accesso per tutti a farmaci e vaccini sicuri, efficaci, di buona qualità e a un prezzo accessibile.
- 3.9 Entro il 2030 ridurre in modo sostanziale il numero di morti e di malattie causate da prodotti chimici pericolosi e agenti inquinanti e contaminanti l'aria, l'acqua e il suolo.

Azioni (Enablers)

- 3.a Rafforzare l'attuazione della *Framework Convention on Tobacco Control*² dell'OMS in tutti i paesi, così come ritenuto appropriato.
- 3.b Sostenere la ricerca e lo sviluppo di vaccini e farmaci per le patologie infettive e non trasmissibili che affliggono principalmente i paesi in via di sviluppo; garantire l'accesso a farmaci e vaccini essenziali a prezzi accessibili, in accordo con la Dichiarazione di Doha sull'Accordo *TRIPS*, che afferma il diritto dei paesi in via di sviluppo ad applicare appieno le disposizioni (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*) in materia di flessibilità per proteggere la salute pubblica e, in particolare, garantire a tutti l'accesso ai farmaci.
- 3.c Aumentare in modo sostanziale la spesa sanitaria e il reclutamento, lo sviluppo, la formazione e la ritenzione del personale sanitario nei paesi in via di sviluppo, specialmente nei paesi meno sviluppati e nei piccoli stati insulari.
- 3.d Rafforzare la capacità di tutti i paesi, in particolare di quelli in via di sviluppo, di identificare precocemente (*early warning*), ridurre e gestire i rischi sanitari a livello nazionale e globale.

² Si tratta dell'Accordo globale per il controllo del tabacco (NdC).

Ci si aspetta che ciò sarà associato a una gamma di attività e piani d'intervento che interesseranno tutti i sistemi sanitari. Mentre la maggior parte delle attività verteranno sull'Obiettivo 3, in numerose delle altre azioni saranno richiesti anche interventi agli infermieri, e gli infermieri che decidono le politiche hanno un ruolo di guida da giocare a questo proposito.

Uno degli obiettivi specifici o target (3.8) è la copertura sanitaria universale (*Universal Health Coverage*, UHC), che ha ricevuto molta attenzione come un fattore (*enabler*) chiave per lo sviluppo sostenibile.

Copertura sanitaria universale (UHC)

Lo scopo della UHC è garantire che tutte le persone possano usare servizi sanitari di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione di sufficiente qualità mentre, nello stesso tempo, assicurarsi che l'uso di questi servizi non causi ristrettezze finanziarie ai consumatori (WHO 2013).

Il recente rapporto *Tracking universal health coverage: First global monitoring report*³ (WHO, World Bank Group, 2015) mostra che siamo molto lontani dalla sua realizzazione. Il rapporto, che è il primo nel suo genere a misurare la copertura del servizio sanitario e la protezione economica per valutare il progresso dei paesi verso la UHC, prendeva in considerazione l'accesso globale ai servizi sanitari essenziali nel 2013 includendo la pianificazione familiare, l'assistenza antenatale, l'assistenza qualificata al parto, la vaccinazione dei bambini, la terapia antiretrovirale, il trattamento della tubercolosi, e

"Alle popolazioni più svantaggiate del mondo mancano persino i più fondamentali servizi ... Un impegno per l'equità è al centro della copertura sanitaria universale. Le politiche e i programmi sanitari dovrebbero concentrarsi sulla fornitura di servizi sanitari di qualità per i più poveri, le donne e i bambini, le persone che vivono nelle zone rurali e quelli provenienti da gruppi di minoranza".

Dr Marie-Paule Kieny, Assistant Director-General, Health Systems and Innovation, WHO (WHO, World Bank, 2015)

l'accesso all'acqua potabile e ai servizi igienici.

Come accennato in precedenza, la relazione ha rilevato che almeno 400 milioni di persone non avevano accesso ad almeno uno di questi servizi, e che molte persone erano portate o spinte ulteriormente alla povertà estrema perché dovevano pagare di tasca propria per i servizi sanitari.

³ Tracciare la copertura sanitaria universale: prima relazione di monitoraggio globale (NdC).

Il WHO e il World Bank Group (2015) hanno raccomandato che i paesi che perseguono la copertura sanitaria universale (UHC) dovrebbero mirare a raggiungere un minimo di copertura della popolazione dell'80% dei servizi sanitari essenziali, e che tutti in tutto il mondo dovrebbero essere protetti da quelle spese per la salute che possano portare a catastrofe e impoverimento.

Gli infermieri giocano un ruolo centrale per il raggiungimento del UHC e ci sono numerosi esempi di infermieri che aumentano l'accesso ai servizi sanitari essenziali (ICN, 2011; 2015a). Alcune delle iniziative dell'ICN per aumentare l'accesso includono i Centri benessere per il personale che lavora nell'assistenza sanitaria (*ICN's Wellness Centres for Health Care Workers*, vedi www.icn.ch/what-we-do/wellness-centres-for-health-care-workers/) e il Progetto dell'ICN TB/MDR TB ⁴ (www.icn.ch/tb-mdr-tb-project/welcome-to-the-icn-tb-mdr-tb-project.html).

Nuove aspettative del personale che lavora in ambito sanitario

L'Obiettivo 3 per uno sviluppo sostenibile, *Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età*, è fondamentale per il raggiungimento degli altri SDG. UHC non significa solo raggiungere tutti coloro che ne hanno bisogno, ma anche offrire servizi di assistenza sanitaria di qualità centrati sulle persone (*people-centred*). Questo richiede un sistema sanitario che funzioni bene e con un numero sufficiente di operatori sanitari ben preparati e motivati. Si prevede che ci sarà un deficit di 10,1 milioni di operatori sanitari qualificati (infermieri, ostetriche e medici,) entro il 2030 (GHWA, 2015). Molti di quei paesi che lottarono per raggiungere gli MDG affrontano carenze e cattiva distribuzione del personale sanitario (ICN, 2014). La scarsità di personale sanitario qualificato, compresi gli infermieri, è indicata come uno degli ostacoli più grandi per raggiungere l'efficacia dei sistemi sanitari (Buchan, Aiken, 2008). L'investimento nel personale resta basso e accade ancora che le proiezioni future dimostrino che i paesi a basso reddito si troveranno ad affrontare un divario crescente tra l'offerta e la domanda di operatori sanitari (Tangcharoensathien et al., 2015). Vi è una crescente aspettativa che i paesi ricchi allo stesso modo di quelli poveri lavorino per ottenere l'autosufficienza nazionale per gestire sia la loro offerta interna che la domanda di risorse umane per la salute attraverso un'adeguata pianificazione delle risorse umane (ICN, 2014).

A questo proposito, il WHO ha sviluppato la Strategia globale sulle risorse umane per la salute 2030 (*Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030, HRH*) che dovrebbe essere presentata per l'adozione all'Assemblea mondiale della sanità (WHA) nel maggio 2016.

⁴ TB/MDR TB significa tubercolosi e tubercolosi multi farmaco resistente (nel sito ICN indicato e nel seguente link si trovano maggiori informazioni: <http://www.lilly.it/it/responsabilita-sociale/lilly-mbr-tb-partnership.aspx>).

Box 3. Strategia globale delle risorse umane per la salute: il personale per il 2030 (*Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*) - bozza 1.0 presentata al Consiglio di amministrazione (138° sessione) (WHO 2015f).

Vision: Accelerare i progressi verso la copertura sanitaria universale e gli Obiettivi per uno sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite assicurando l'accesso universale al personale sanitario.

Obiettivo generale: Migliorare la salute e i risultati dello sviluppo socioeconomico assicurando che il personale sanitario sia universalmente disponibile, accessibile, accettabile e di qualità, grazie a investimenti adeguati e all'attuazione di adeguate politiche a livello nazionale, regionale e globale.

Principi

- Promuovere il **diritto alla salute**.
- Fornire servizi sanitari integrati e **centrati sulla persona**.
- Favorire l'assunzione di potere (*empower*) e l'impegno delle **comunità**.
- Sostenere i **diritti** personali, professionali e come lavoratori **di tutti gli operatori sanitari**, compresi quelli di un ambiente lavorativo sicuro e decente e la libertà da ogni forma di discriminazione, coercizione e violenza.
- Eliminare la **violenza di genere**, le discriminazioni e le molestie.
- Promuovere la **collaborazione e la solidarietà internazionale**, in linea con le priorità nazionali.
- Assicurare **pratiche etiche di reclutamento** in conformità con le disposizioni del Codice globale di condotta per il reclutamento internazionale del personale sanitario del WHO.
- Mobilizzare e sostenere l'**impegno politico e finanziario** e favorire l'**inclusione** e la collaborazione tra i vari settori e le circoscrizioni.
- Promuovere l'**innovazione e l'impiego di prove di efficacia**.

Obiettivi

1. Ottimizzare la performance, la qualità e l'impatto del personale sanitario attraverso politiche orientate da prove di efficacia sulle risorse umane nella sanità, contribuendo alla salute e al benessere, a un'efficace copertura universale, alla resilienza e sicurezza sanitaria a tutti i livelli.
2. Allineare gli investimenti nelle risorse umane per la salute con le esigenze attuali e future della popolazione, tenendo conto delle dinamiche del mercato del lavoro, per consentire il massimo miglioramento dei risultati di salute, la creazione di occupazione e la crescita economica.
3. Creare le condizioni perché le istituzioni – a livello locale, nazionale e internazionale - esprimano una leadership e una *governance* efficaci per gli interventi sulle risorse umane nella sanità.
4. Rafforzare i dati sulle risorse umane per la salute al fine di monitorare e assicurare la responsabilità (*accountability*) dell'attuazione delle strategie sia nazionali, sia della strategia globale.

L'ICN ha riconosciuto da tempo l'importanza di una migliore pianificazione del personale infermieristico (ICN, 2014) e ha sostenuto lo sviluppo di questa strategia. Una volta adottata dall'Assemblea mondiale della sanità (WHA), ci si aspetteranno delle azioni locali, ed è attribuito un valore alle Associazioni infermieristiche nazionali (NNA) per iniziare a operare per il raggiungimento di questi obiettivi e obiettivi specifici (*objectives and targets*) sin da ora.

Perché gli infermieri dovrebbero impegnarsi per rafforzare i sistemi sanitari?

Tutti noi possiamo riconoscere che il mondo non ha mai posseduto una gamma tanto vasta di interventi e tecnologie per curare le malattie e aumentare l'aspettativa di vita. Eppure, il divario negli esiti di salute continua ad aumentare (Crisp, Chen, 2014). All'impatto positivo degli interventi esistenti non corrisponde un potere dei sistemi sanitari di fornirli a chi ne ha più bisogno, in modo completo e su scala adeguata.

Il ruolo della salute pubblica nel costruire e rafforzare i sistemi sanitari e nell'aumentare la loro resilienza è, chiaramente, una priorità per tutti gli infermieri. Investire nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie può avere un impatto positivo nell'alleviare, potenzialmente, la domanda rivolta ai sistemi sanitari da parte delle persone in cattiva salute così come nel contribuire economicamente alla società, attraverso cittadini sani e produttivi (Jamison et al., 2013). Come Tangcharoensathien et al. (2015) affermano nel loro articolo sulla copertura sanitaria universale (UHC) e gli SDG: "L'assistenza sanitaria di base, alla quale può accedere la maggior parte della popolazione povera, agisce come il principale *hub* per tradurre le intenzioni della UHC nella pratica".

Tutte le raccomandazioni sulle politiche dettagliate negli SDG e nella proposta sulle risorse umane nella sanità (HRH) rendono evidente che gli interventi sui determinanti sociali della salute dovrebbero costituire la parte centrale del lavoro dei professionisti sanitari, poiché migliorano gli esiti clinici e fanno risparmiare denaro e tempo nel lungo termine. Ancora, in modo più convincente, agire per ridurre le disuguaglianze nella salute è una questione di giustizia sociale.

Cos'è la giustizia sociale?

Giustizia sociale significa equa distribuzione delle risorse e delle responsabilità tra i membri della popolazione con un'attenzione particolare alla posizione relativa di un gruppo sociale in relazione agli altri nella società, nonché alle cause all'origine delle disparità e a cosa si può fare per eliminarle (CNA, 2009).

Quando si applica la giustizia sociale alla salute e all'assistenza sanitaria, il termine "risorse" significa più che accesso ai servizi sanitari. Esso include l'accesso ad altri servizi quali l'abitazione, i servizi igienici, i trasporti, il lavoro e l'istruzione. In modo collettivo, ci si riferisce a questi come ai determinanti sociali della salute.

Agire per la giustizia sociale significa intervenire per ridurre le differenze e promuovere la parità di accesso. **Siccome gli infermieri vedono quotidianamente esempi di disuguaglianza (*inequity*), è evidente che gli infermieri hanno un ruolo significativo da giocare nel contribuire a sistemi solidi nella loro pratica quotidiana.** Al centro della promozione della salute e del benessere, un elemento fondamentale per tutti gli infermieri è la nozione di giustizia sociale (CNA, 2009; Sheridan, 2011; PJN, 2013; ICN, 2011).

Ogni professionista sanitario ha il potenziale per agire prendendo decisamente le parti (*advocate*) delle persone, delle comunità, del personale sanitario e della popolazione generale. Dal momento che molti dei fattori che influenzano la salute sono al di fuori del settore sanitario, nei primi anni di vita, nell'istruzione, nella vita lavorativa, nel reddito e nelle condizioni di vita e ambientali, i professionisti sanitari possono aver bisogno di usare le loro posizioni, sia come esperti in materia di salute, sia come professionisti attendibili e rispettati, per incoraggiare o istigare cambiamenti in altre aree.

Institute of Health Equity (2013), p. 5

Il Codice deontologico degli infermieri dell'ICN afferma in modo chiaro la responsabilità degli infermieri nell'iniziare e sostenere azioni per rispondere ai bisogni sanitari e sociali del pubblico, in particolare delle popolazioni vulnerabili (ICN, 2012a). Il ruolo dell'infermiere come sostenitore (*advocate*) dell'equità e della giustizia sociale compare nelle guide di numerose Associazioni infermieristiche nazionali e ci sono anche esempi di professionisti sanitari che lavorano insieme per avere una maggior influenza su coloro che predispongono le politiche per migliorare le opportunità in questo settore (Allen et al. , 2013).

Definizione di assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica comprende l'assistenza a persone di tutte le età, a famiglie, gruppi e comunità, sia malati che in buona salute, in tutti i contesti, sia in autonomia che in collaborazione. L'assistenza infermieristica include la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, l'assistenza ai malati, ai disabili e alle persone morenti. Altri ruoli chiave dell'assistenza infermieristica sono l'*advocacy*, la promozione di un ambiente sicuro, la ricerca, la partecipazione alle scelte di politica sanitaria, la gestione dei pazienti e dei servizi sanitari e la formazione (ICN, 2002).

Come notano Tomblin-Murphy e Rose (2015) nel loro riassunto sulla letteratura più rilevante che riguarda la leadership infermieristica per rafforzare l'assistenza sanitaria primaria per sostenere gli obiettivi per uno sviluppo sostenibile (SDGs) e la copertura sanitaria universale, gli infermieri sono formati con una lente olistica in modo tale da far loro considerare tutte le sfaccettature della salute e del benessere della persona quando pianificano e forniscono l'assistenza. Essi fanno presente che esiste una crescente attenzione ai determinanti della salute, ma sottolineano anche che gli attuali modelli di erogazione dei servizi sanitari tendono ancora a focalizzarsi principalmente sul trattamento delle malattie. Fanno inoltre notare l'importanza dell'assistenza primaria nelle comunità remote e/o nei paesi a basso-medio reddito, dove gran parte dell'assistenza erogata a livello locale dipende dall'*expertise* degli operatori sanitari di comunità o degli aiuto-infermieri (*nursing assistants*). **Il ruolo che gli infermieri e l'assistenza infermieristica giocano nel sostenere i loro colleghi nelle comunità attraverso l'*advocacy*, la *mentorship*, la collaborazione e il riconoscimento dell'importante contributo degli aiuto-infermieri e degli operatori sanitari di comunità nel mantenere i servizi locali, è fondamentale per lo sviluppo futuro** (Dick et al., 2007).

Riflessione

È noto che, in numerosi sistemi sanitari, la salute è definita come un "sistema di malattia" con un interesse prioritario agli individui e alle loro malattie (WHO, 2007), e che questo interesse ha prodotto un sistema sanitario che risponde poco ai bisogni più ampi della società. Sei d'accordo? Che cosa si può fare per cambiare tutto ciò?



La ricerca mostra che più una società è divisa meno sarà probabile che adotti delle politiche di salute pubblica. Cosa possiamo fare per migliorare la coesione delle comunità che cerchiamo di servire?

(McKee, Mackenbach, 2013)

Capitolo 2

Sviluppare sistemi sanitari solidi

Uno sguardo più approfondito nei sistemi sanitari

I sistemi sanitari includono numerosi sotto-sistemi quali le risorse umane, i sistemi informativi, il finanziamento della sanità e la *governance* sanitaria (Box 4.).

Box 4. Cos'è un sistema sanitario?

Un sistema sanitario è costituito da tutte le organizzazioni, istituzioni, risorse e persone il cui scopo principale è migliorare la salute. Ciò include tanto gli sforzi messi in campo per influenzare i determinanti della salute, quanto le attività più dirette al miglioramento della salute. Il sistema sanitario eroga interventi preventivi, di promozione, curativi e riabilitativi attraverso la combinazione di azioni di salute pubblica e la piramide dei servizi di assistenza sanitaria che erogano assistenza sanitaria alle persone da parte di attori sia statali che non statali. Gli interventi del sistema sanitario dovrebbero essere responsivi ed economicamente giusti, trattando le persone con rispetto. Il sistema sanitario per funzionare ha bisogno di personale, finanziamenti, informazioni, materiali di consumo, trasporti, comunicazioni e di una guida e direzione generale.

WHO (2007)

Nel 2007, il WHO identificò il rafforzamento dei sistemi sanitari come una priorità strategica globale. Si sostenne che tale priorità riguardava tutti⁵ (WHO, 2007).

Furono identificati **sei elementi portanti** (*building blocks*) per ottenere un sistema forte; essi sono elencati qui di seguito:

1. Dei **servizi sanitari buoni** sono sistemi che erogano interventi sanitari personali e non-personali efficaci, sicuri e di qualità, a chi ne ha bisogno, quando e dove ne hanno bisogno, con uno spreco minimo di risorse.
2. Il **personale sanitario** che opera al meglio lavora in modo responsivo, giusto ed efficiente per ottenere i migliori risultati di salute possibili, con le risorse a disposizione e nelle circostanze date (per esempio, il personale è in numero sufficiente ed equamente distribuito; esso è competente, responsivo e produttivo).

⁵ Letteralmente era “*Everybody’s Business*” (NdC).

3. Il **sistema informativo** ben funzionante assicura la produzione, l'analisi, la disseminazione e l'impiego di informazioni affidabili e tempestive sui determinanti della salute, la performance del sistema sanitario e lo stato di salute.
4. Il sistema sanitario ben funzionante assicura un accesso equo ai **prodotti medicali**, ai **vaccini** e alla **tecnologia** essenziali, assicurandosi che siano di qualità, sicuri, efficaci e con un buon rapporto costo-beneficio, che siano impiegati in modo scientificamente corretto e in modo efficace rispetto ai costi.
5. Il buon sistema di **finanziamento sanitario** ha a disposizione un fondo adeguato per la salute, in modo da assicurare che le persone possano usare i servizi di cui hanno bisogno, che siano protette dalla catastrofe finanziaria o dalla povertà associate al dover pagare di tasca propria i servizi. Offre inoltre incentivi per stimolare l'efficienza sia a chi eroga servizi che a chi li utilizza.
6. La **leadership** e la **governance** implicano l'assicurare che esistano quadri politici strategici, che siano uniti a supervisione efficace, costruzione di coalizioni, regolamentazioni, attenzione al sistema di progettazione e responsabilità (*accountability*).

(WHO, 2007, p. vi)

Servono sistemi sanitari ben funzionanti per erogare assistenza sanitaria di qualità alle persone quando ne hanno bisogno, dove ne hanno bisogno e al prezzo che possono permettersi. Tuttavia, rafforzare i sistemi sanitari, è una vera e propria sfida, vista la loro complessità. USAID (n.d.⁶) ha catturato questa sfida nella sua descrizione di rafforzamento dei sistemi sanitari:

“Un processo volto ad assicurare che le persone e le istituzioni, sia pubbliche che private, assumano le funzioni principali del sistema sanitario (*governance*, finanziamento, erogazione dei servizi, personale sanitario, informazione, farmaci/vaccini/altre tecnologie) in modo da valorizzarsi reciprocamente, per migliorare i risultati di salute, proteggere i cittadini da perdite finanziarie catastrofiche e dall'impoverimento dovuto a malattia e assicurare la soddisfazione del consumatore, in modo equo, efficiente e sostenibile”.

Tutti i sottosistemi di un sistema sanitario possono essere indeboliti da differenti tipologie di vincoli. Per esempio, l'assistenza sanitaria può costare troppo, causando un ritardo delle persone nel chiedere assistenza o facendo loro decidere di rinunciarvi. Il budget sanitario di un paese può non coprire tutti i bisogni sanitari della sua popolazione. Come risultato, gli esiti di salute di un paese ne possono risentire.

Nella maggior parte dei sistemi sanitari, la spesa per il personale si attesta approssimativamente al 70% della spesa corrente (WHO, 2006). Tuttavia, è importante ricordare che non si può ottenere un sistema sanitario forte senza del personale sanitario che lavori bene (*well-performing*). In altre parole, non si può ottenere la salute delle persone senza investire nel personale sanitario. C'è una crescente quantità di prove di efficacia che, oltre al beneficio economico di mantenere le popolazioni sane, gli investimenti nel

⁶ Sta per *no date*, senza data. Si tratta di una citazione alla quale non è stata trovata attribuita alcuna data (NdC). USAID è la principale agenzia governativa statunitense che opera per combattere l'estrema povertà in tutto il mondo (<https://www.usaid.gov/who-we-are>).

personale sanitario possono avere impatti positivi sullo sviluppo socioeconomico (GHW, 2015). Serve trasformare il modo tradizionale di vedere il personale sanitario come un costo ricorrente o una spesa per vedere, invece, l'investimento nel personale sanitario come una strategia per ottenere la salute per tutti e per far crescere le economie, creando posti di lavoro qualificati nel settore pubblico.

Un sistema sanitario debole non può essere resiliente. Il prossimo capitolo tratterà di come sia possibile migliorare la resilienza dei sistemi sanitari.

Riflessione

Pensa a dove lavori, vedi i sei elementi portanti del WHO (2007) in azione? Dove richiedono un rafforzamento? Cosa potresti fare e chi ti potrebbe aiutare?



Un sistema sanitario sostenibile ha tre attributi principali: accessibilità (*affordability*), per i pazienti e le famiglie, i dipendenti e il governo; accettabilità (*acceptability*) ai componenti chiave, inclusi i pazienti e gli operatori sanitari; adattabilità (*adaptability*), perché i bisogni di salute e di assistenza sanitaria non sono statici.

(Fineberg, 2012, p. 1020)

Capitolo 3

Cos'è la resilienza dei sistemi sanitari?

“La **resilienza di un sistema sanitario** può essere definita come la capacità degli attori sanitari, delle istituzioni e delle popolazioni di prepararsi e rispondere in modo efficace alle crisi; mantenere le funzioni principali quando la crisi colpisce e, a partire dalle lezioni apprese durante la crisi, riorganizzarsi se le condizioni lo richiedono”.

Kruk et al. (2015), p. 1910

Che cos'è la resilienza di un sistema sanitario e come può essere migliorata?

Dei sistemi sanitari resilienti sono essenziali per fornire una copertura sanitaria universale (UHC) e sono in grado di garantire una pronta risposta in caso di epidemie di malattie. Come fa notare Oxfam nel suo resoconto delle lezioni apprese dall'epidemia di Ebola (2015), e come sostenuto da prove di efficacia presenti in altre fonti, dei sistemi sanitari resilienti richiedono investimenti a lungo termine in sei aree strategiche corrispondenti ai sei elementi portanti dei sistemi sanitari così come definiti dal WHO (2007):

1. Un numero adeguato di operatori sanitari preparati.
2. Disponibilità di farmaci.
3. Sistemi informativi sanitari validi, compresa la sorveglianza.
4. Infrastrutture appropriate.
5. Finanziamenti pubblici sufficienti.
6. Un settore pubblico forte per fornire servizi equi e di qualità.

Riflessione

Considera in modo critico i sei punti associati a un sistema sanitario resiliente.

Che “punteggio” daresti alla tua organizzazione/sistema? Ci sono delle azioni che potresti intraprendere individualmente o con i colleghi per migliorarla?

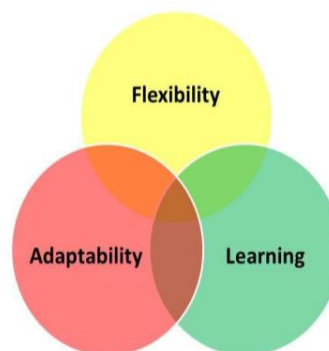


Anche se è stato fatto molto per sviluppare dei sistemi sanitari solidi, sembra che tutto ciò non basti; i sistemi, e gli individui al loro interno, devono anche essere in grado di affrontare i cambiamenti e le sfide emergenti.

L’obiettivo dei sistemi sanitari di successo è di essere in grado di adattarsi, di apprendere e di essere flessibili. Questi tre concetti essenziali (*core*) sono fondamentali per costruire e sviluppare la resilienza.

- La **flessibilità (*flexibility*)** è caratterizzata dall’abilità dell’organizzazione di modificare facilmente i suoi processi. Questi potrebbero essere correlati a fattori quali le condizioni di lavoro del personale o i modelli di erogazione dei servizi.
- L’**adattabilità (*adaptability*)** è l’abilità di un’organizzazione di cambiare o di essere cambiata in modo da adattarsi o di lavorare meglio in qualche situazione o per qualche scopo.
- Un’organizzazione **che apprende (*learning organisation*)** è un’organizzazione che facilita l’apprendimento dei suoi membri e si trasforma in continuazione.

Figura 1. I tre fattori della resilienza



In un articolo che attinge da intuizioni di ricerca sulla resilienza provenienti da altri campi, Kruk et al. (2015) esplorano la resilienza dei sistemi sanitari. Essi descrivono la resilienza come una proprietà emergente del sistema sanitario nel suo complesso, che non può necessariamente essere affrontato tenendo conto solo del contesto nazionale. Essi considerano la resilienza di un sistema sanitario un bene pubblico globale, che ha bisogno di una risposta collettiva da parte della comunità globale.

Kruk et al. (2015) identificano cinque elementi come essenziali per un sistema sanitario resiliente:

1. I sistemi resilienti sono consapevoli: essi usano le informazioni per comprendere e modellare i rischi e le risposte.
2. I sistemi resilienti sono di diversa natura: sono capaci di affrontare un'ampia gamma di sfide per la varietà delle risorse disponibili. Per esempio, cure primarie, capacità del personale (questo è più fattibile dove è presente una UHC).
3. I sistemi resilienti si auto-regolano: possono contenere e isolare le minacce e ancora fornire servizi sanitari essenziali e spostare risorse aggiuntive se richiesto.
4. I sistemi resilienti sono integrati: essi generano forti legami con altri partner principali, comunità e agenzie.
5. I sistemi resilienti sono adattivi: non solo in tempi di crisi, ma anche in tempi normali. Per esempio, cambiano in base alle esigenze demografiche, alle persone sfollate all'interno di un paese e ai metodi di erogazione dei servizi.

Questo fa sorgere la domanda di dove investire le limitate risorse a disposizione per costituire sistemi sanitari resilienti. Come nota Oxfam (2015): “Nonostante il sistema pubblico abbia storicamente sofferto di un cronico ridotto investimento e siano state sollevate preoccupazioni sulla qualità dei servizi, l'evidenza mostra che questo modello è ancora il più efficace ed equo per garantire la salute per tutti” (p. 21). È importante ricordare che le cure primarie (PHC, assistenza sanitaria di base) sono il modo preferito ed efficace per fornire i servizi sanitari essenziali a un costo che i governi e le comunità possono permettersi (WHO, 2008). Un servizio sanitario nazionale è più efficace quando è fondato sulla PHC che garantisce alla popolazione una gamma di servizi sanitari essenziali, universali, accessibili ed equi, finanziati dallo stato. Nei paesi che hanno raggiunto una copertura sanitaria quasi universale, i servizi di assistenza sanitaria sono finanziati mediante sistemi di tassazione (WHO, 2010a). I meccanismi di finanziamento devono consentire l'accesso universale all'assistenza senza pesare in modo eccessivo sui poveri. Ciò comporta la messa in atto di un modello di finanziamento valido che rimuova le barriere per l'accesso – come il dover pagare di tasca propria, la distanza, il tempo necessario per raggiungere il servizio sanitario – e l'elevata qualità dell'assistenza (ICN, 2015a, p. 9).

Come numerosi rapporti hanno fatto notare, quando i costi dell'assistenza sanitaria diventano un onere economico, aumenta la povertà, specialmente delle donne. D'altro canto, dei servizi sanitari pubblici gratuiti non solo migliorano la salute delle popolazioni, ma rimuovono anche gli oneri finanziari contribuendo alla riduzione delle disuguaglianze (WHO, 2010a). Come interventi quali le vaccinazioni di base ai bambini sono un beneficio pubblico globale, così investire nella resilienza sanitaria dovrebbe essere anch'esso visto come un bene pubblico globale (Oxfam, 2015).

I beni pubblici globali sono definiti come quelli da cui nessuno dovrebbe essere escluso e di cui l'uso da parte di una persona non riduce l'uso da parte di altri.

Oxfam (2015)

Allo stesso modo, il controllo delle malattie infettive, come HIV/AIDS o TB, è considerato di beneficio pubblico globale (WHO, 2016), ma abbiamo bisogno di sistemi sanitari resilienti – sistemi che siano

adattivi, consapevoli e integrati – al fine di gestire in modo efficace epidemie di patologie contagiose come il virus Ebola del 2014. L’investimento in sistemi sanitari resilienti dovrebbe essere visto come un bene per tutti, un “aiuto” come contributo al mutuo beneficio per tutti. Invece di focalizzarsi su un particolare programma o regola, come per esempio una particolare malattia o un programma abitativo, l’“aiuto” di un donatore a un Paese dovrebbe diventare un contributo al finanziamento di un sistema sanitario resiliente in quella determinata nazione a beneficio dei suoi cittadini e di quelli fuori i suoi confini.

Riflessione

Credi che l’investimento nella resilienza di un sistema sanitario sia un bene pubblico globale?
Cambierebbe il tuo modo di vedere la distribuzione di “aiuto” se fosse orientato in questo modo?



Gli infermieri come elemento centrale della resilienza

Gli infermieri offrono un importante contributo per lo sviluppo e il mantenimento della resilienza nei sistemi sanitari. Essi contribuiscono allo sviluppo dei servizi; alla supervisione e crescita degli altri membri del team; lavorano prendendo le parti dei pazienti, coloro che li assistono e le comunità; raccolgono dati e orientano lo sviluppo delle prove di efficacia.

L’importanza della professione infermieristica a tutti i livelli del sistema sanitario, compresi quelli governativi e politici, è riconosciuta vitale per il rafforzamento dei sistemi sanitari. Ventura et al. (2015) hanno fatto una revisione delle iniziative del WHO per rafforzare la professione infermieristica e ostetrica, trovando una chiara documentazione della crescente importanza degli infermieri quali membri dei team sanitari multidisciplinari e del loro ruolo nel migliorare i sistemi sanitari. Gli infermieri leader coinvolti per progettare i sistemi sanitari portano la conoscenza dei bisogni delle popolazioni e sono in grado di assicurare che le strategie elaborate siano in linea con queste necessità.

Esiste anche un chiaro nesso tra il ruolo vitale che gli infermieri giocano e la disponibilità di prove di efficacia. Gli infermieri leader dovrebbero essere presenti a tutti i livelli del sistema sanitario al fine di partecipare alla costruzione di politiche sanitarie che siano basate sui bisogni della popolazione (Ventura et al. , 2015).

Shamian et al. (2015) elencano nove aree nelle quali gli infermieri possono fornire un contributo essenziale alla discussione sui sistemi sanitari e al rafforzamento del personale sanitario. Queste aree di influenza sono esposte qui di seguito con maggiori dettagli.

Gli infermieri e la professione infermieristica possono:

1. guidare e sostenere la formazione interprofessionale (*interprofessional education, IPE*) e la pratica collaborativa interprofessionale (*interprofessional collaborative practice, IPCP*). La collaborazione interprofessionale è una soluzione innovativa per rafforzare i sistemi sanitari. La formazione interprofessionale (IPE) prepara gli operatori sanitari per la collaborazione interprofessionale ed è il precursore essenziale della pratica collaborativa. La pratica collaborativa interprofessionale (IPCP) crea del personale sanitario forte e flessibile con professionisti capaci di condividere le migliori pratiche cliniche di fronte alle opportunità e alle sfide. La pratica collaborativa rappresenta l'opportunità per gli infermieri di massimizzare le loro capacità e impiegare le loro competenze al massimo grado (WHO, 2010b).

Gli infermieri sono incoraggiati a chiedere di includere la formazione interprofessionale nei *core curricula* e come parte dei programmi formativi degli operatori sanitari. Gli infermieri leader, in tutti i contesti in cui lavorano, hanno un ruolo importante per far progredire la collaborazione interprofessionale, assicurando che sia sostenuta da *governance* appropriata, da regolamenti, ambienti e modelli di erogazione (Sullivan, 2015).

2. Dare voce a un paradigma e a un cambiamento operativo nell'assistenza sanitaria che bilanci l'assistenza orientata alla malattia con quella orientata alla salute delle popolazioni. Gli ordini del giorno e i piani globali "chiedono il riconoscimento del fatto che dobbiamo occuparci di salute e non di malattia" (Shamian et al., 2015). Siccome l'assistenza infermieristica mette al centro le persone, comprendiamo la necessità di bilanciare tra sistemi sanitari focalizzati sulla malattia e sistemi sanitari focalizzati invece sulla popolazione. Gli infermieri possono prendere le parti per sostenere, nella loro pratica, un approccio orientato alla salute delle popolazioni. Questo approccio include strategie per il benessere basate sulla comunità e riconosce l'importanza dei determinanti della salute (si veda il punto 9. qui di seguito).

3. Identificare e portare ad esempio strategie globali e nazionali che affrontino la cattiva distribuzione del personale sanitario e la migrazione. Queste strategie dovrebbero essere basate su prove di efficacia e adattate al contesto locale. Dovrebbero affrontare la regolamentazione per la formazione infermieristica, la tipologia di abilità (*skill mix*), le condizioni e gli ambienti di lavoro, lo sviluppo professionale continuo e le progressioni di carriera. Le associazioni infermieristiche nazionali possono cooperare con gli enti che prendono le decisioni - governativi e non governativi - per ottenere appropriate pianificazioni delle risorse umane, strategie di reclutamento etiche e politiche nazionali valide sull'immigrazione ed emigrazione degli infermieri (ICN, 2007).

4. Rafforzare e differenziare le cure primarie. Le cure primarie (*Primary health care, PHC*) creano resilienza, efficienza ed equità nei sistemi sanitari. Rafforzare la PHC chiede il sostegno internazionale, nazionale, formativo, istituzionale, regolativo e individuale. Ci sono numerosi modi con cui è possibile intervenire per costruire, potenziare e sostenere il ruolo degli infermieri nella PHC. Alcuni esempi del contributo degli infermieri includono: chiedere delle politiche e una legislazione che consenta agli infermieri di esercitare la professione in tutte le sue potenzialità, partecipando alla ricerca nelle cure

primarie, lavorando per influenzare le politiche formative includendo i concetti e i principi della PHC nei curriculum infermieristici e incoraggiando le comunità a esercitare pressioni per ottenere il sostegno politico a favore della PHC.

5. Assicurare una voce infermieristica forte in tutti i dialoghi che riguardano lo sviluppo e la pianificazione di politiche sociali e sanitarie. L'ICN crede che tutti gli infermieri debbano contribuire allo sviluppo e alla pianificazione delle politiche pubbliche connesse ai sistemi di erogazione dell'assistenza, al finanziamento dell'assistenza sanitaria, agli aspetti etici dell'assistenza sanitaria e ai determinanti della salute (ICN, 2008). Come gruppo, gli infermieri hanno un enorme potenziale per costituire e potenziare il proprio capitale politico. Tuttavia, l'elemento centrale per raggiungere questo potenziale sta nell'abilità di ciascun infermiere di riconoscere e utilizzare la propria voce. Gli infermieri che non sono abituati a coinvolgersi nella definizione di politiche, possono iniziare innanzi tutto a conoscere in che cosa consiste questo processo.

Si possono trovare degli esempi di come gli infermieri, in diverse parti del mondo, abbiano lavorato per coordinare i loro interventi e prendere le parti del pubblico sostenendo determinate politiche di assistenza sanitaria (Benton, 2012). Esistono numerose possibilità di coinvolgimento nella politica a livello locale (*micro level*), specialmente nello sviluppo di politiche correlate alle necessità di personale infermieristico (Patton et al., 2015, p. 17).

L'ICN chiede alle Associazioni infermieristiche nazionali di impiegare delle strategie per contribuire allo sviluppo di politiche efficaci, compreso il controllo sull'utilizzo degli infermieri all'interno del personale socio-assistenziale; l'inclusione di nuovi modelli e strategie di gestione; il mostrare continuamente un'immagine positiva della professione infermieristica ai dirigenti in posizioni strategiche e ai portatori di interesse nazionali e internazionali; il disseminare conoscenze e ricerche rilevanti; e sviluppare e mantenere in modo costante dei network per favorire relazioni di lavoro collaborative con organizzazioni governative e non governative (ICN, 2008).

6. Considerare l'influenza della regolamentazione e della legislazione sul sistema sanitario e sulla pianificazione delle risorse umane in sanità⁷. Poter contare su delle risorse umane per i sistemi sanitari significa avere personale infermieristico qualificato e competente, che sia in grado di rispondere ai bisogni delle popolazioni. L'ICN chiede che la regolamentazione del personale infermieristico sia adeguata allo scopo, trasparente, responsabile, basilare, flessibile, efficiente, rappresentativa e proporzionata; chiede collaborazione con le parti interessate (*stakeholders*) al fine di garantire che gli infermieri abbiano sufficienti competenze ed esercitino la professione in modo tale da utilizzare appieno la loro formazione e le loro capacità.

7. Disegnare e migliorare le infrastrutture per l'informazione e la raccolta dei dati per sostenere la revisione e la pianificazione dei sistemi sanitari. Le infrastrutture per l'informazione possono raccogliere dati sull'entità, lo skill-mix, la tipologia di abilitazione o licenza, i dati demografici, la

⁷ È spesso impiegato il seguente acronimo: HRH, *Human Resources for Health* (NdC).

distribuzione e la formazione del personale infermieristico. Questi dati sulle risorse infermieristiche sono necessarie per prendere decisioni informate per rivedere e pianificare i sistemi sanitari.

8. Partecipare in ricerche sulle risorse umane in sanità e in programmi di ricerca e valutazione dei sistemi sanitari al fine di creare e sintetizzare le migliori prove di efficacia. La ricerca infermieristica giocherà un ruolo importante per la pianificazione e lo sviluppo delle risorse umane in sanità e nel rispondere a domande sulle politiche richieste per rafforzare i sistemi sanitari. La ricerca sui sistemi sanitari genera conoscenze basate su prove di efficacia, da utilizzare per la definizione di politiche, la programmazione, la pianificazione e fino ai livelli operativi. La valutazione verifica le innovazioni in sanità e i risultati ottenuti. Serve una maggior consapevolezza dei benefici della ricerca sanitaria all'interno della comunità infermieristica per porre maggiore attenzione sull'importanza della partecipazione degli infermieri in quest'ambito.

9. Considerare l'influenza di problemi complessi, onnipresenti, sociali e di genere come i determinanti della salute, la disuguaglianza e l'ingiustizia (*inequity*). La ricerca sulle risorse umane in sanità indica che uno sbilanciamento sistemico di genere pone un'importante sfida al personale sanitario (Newman, 2014). Le donne devono partecipare alla presa di decisioni e alla definizione delle politiche e hanno un ruolo guida nel determinare gli interventi in sanità. I formatori e i dirigenti infermieri sono incoraggiati a promuovere l'uguaglianza di genere nei loro contesti di lavoro. Le pari opportunità e la non-discriminazione possono essere assicurate dall'anticipazione di quei bisogni dei lavoratori che operano in ambito assistenziale e sanitario che sono legati al ciclo della vita, e dal riconoscimento che i fattori socioculturali chiedono vigilanza (Newman, 2014).

Capitolo 4

Migliorare la resilienza organizzativa

Ci sono molti modi in cui gli infermieri si trovano nella posizione ottimale per contribuire allo sviluppo dei sistemi sanitari, ma la maggior parte degli infermieri può dare il proprio contributo in modo più incisivo nei livelli individuale, di team assistenziale e a livello organizzativo.

Tuttavia, al mutare dei modelli e dei percorsi di cura, anche il termine “organizzazione” può diventare difficile da descrivere. Talvolta anche la domanda “per chi lavoro?” potrebbe non avere una risposta scontata.

L’abilità di essere preparati a sfide differenti è vista sempre più come un esito fondamentale di un’organizzazione di successo e i gruppi di leadership strategica pongono una grande attenzione a questo. La prontezza o resilienza organizzativa è una competenza essenziale di un consiglio direttivo (*board team*) (CIPD, 2011).

Il British Standard, BS65000 (2014) definisce la "resilienza organizzativa" come "l'abilità di un'organizzazione di anticipare, prepararsi, rispondere e adattarsi a un cambiamento crescente e agli improvvisi disservizi al fine di sopravvivere e avere successo".

Utilizzando un approccio strutturato alla resilienza, considera i seguenti esempi che potrebbero accadere in pratica:

- Un dipartimento di pronto soccorso che prevede un incremento di richieste associato a un grave incidente.
- Una struttura sanitaria per persone anziane che prevede la risposta a un’epidemia influenzale.
- Una struttura sanitaria isolata che prevede uno scenario in cui le condizioni meteorologiche avverse potrebbero ridurre le comunicazioni.
- Un’interruzione nel controllo delle infezioni (*lapse*) in un ospedale di comunità che si ripercuote su centinaia di cittadini.
- Un dipartimento di pediatria che prevede un aumento di malattie respiratorie durante l’inverno.

Osservando queste situazioni è evidente che vi sono diverse componenti del sistema sanitario che devono operare insieme, quando si trovano di fronte a certe sfide, se vogliono prevenire una grave interruzione nella capacità del sistema di offrire cure appropriate.

Le organizzazioni resilienti ambiscono a essere preparate per il meglio, ma anche per il peggio, ripristinando velocemente le capacità operative quando si presentano disservizi. Le persone che si trovano in organizzazioni resilienti sono attente, consapevoli che possono accadere errori e cercano

continuamente meccanismi che possano migliorare l'affidabilità delle operazioni all'interno dell'intera organizzazione.

Riflessione



1. Qual è stato l'effetto dell'ultimo grande e inaspettato cambiamento nella tua organizzazione? Che cosa hai imparato da questo cambiamento? Come questa lezione è stata condivisa?
2. Come si prepara la tua organizzazione per affrontare i cambiamenti nell'ambiente sanitario? Lavora con dei *partner* per farlo?
3. Quali processi utilizza la tua organizzazione per identificare e analizzare i trend emergenti? Come sono utilizzati questi trend e come sono attuati i necessari cambiamenti?
4. Che cosa puoi fare ancora per contribuire alla resilienza della tua organizzazione?

Approcci per sviluppare la resilienza

In una guida prodotta per aiutare le organizzazioni a sviluppare la resilienza, il *Chartered Institute of Personnel and Development* (CIPD, 2011) identifica quattro aree da prendere in considerazione nello sviluppo degli approcci per sviluppare la resilienza.

Queste sono: le caratteristiche del lavoro della persona; la cultura e le procedure operative di un'organizzazione; le caratteristiche e il livello d'influenza dei leader nell'organizzazione; gli eventi esterni e l'ambiente in cui l'organizzazione opera. Il CIPD (2011) descrive ognuna di esse nel modo seguente.

1. Caratteristiche lavorative – La resilienza dipende dalle caratteristiche del ruolo lavorativo della persona, cioè quanto è esigente il suo lavoro, quanto controllo si esercita sul proprio lavoro, e quali tipi di ricompense e fattori motivanti (interni ed esterni) sono associati a uno specifico lavoro.

2. Cultura e struttura dell'organizzazione – La cultura dell'organizzazione e il modo in cui l'organizzazione introduce processi e procedure di lavoro sono ritenute centrali per la resilienza. Per esempio, se un'organizzazione ha una struttura burocratica sommata a una cultura di comando e controllo, ciò

potrebbe essere controproducente al grado in cui le persone all'interno dell'organizzazione sono in grado di rispondere e adattarsi alle sfide.

3. Leadership – La leadership emergente (leadership dei quadri dirigenti intermedi) e stili di leadership coinvolgenti e di sostegno possono influenzare fortemente l'abilità dei lavoratori di essere resilienti agli eventi avversi.

4. Ambienti sistemici/esterni – L'ambiente esterno e le relazioni sociali sono ritenuti di centrale importanza per la resilienza. Se non si creano network di relazioni di successo, sia per i dipendenti e sia per l'organizzazione stessa, l'organizzazione potrebbe non avere le risorse per adattarsi al cambiamento in modo efficace e positivo. Il supporto sociale e istituzionale è vitale a ogni livello. Inoltre, la resilienza organizzativa è vista come dipendente dalla resilienza degli stakeholder, dei concorrenti (*competitor*) e del settore nel quale si opera.

Approccio di squadra

L'approccio di squadra è un concetto importante per la resilienza organizzativa poiché nei complessi sistemi sanitari odierni, un singolo gruppo professionale non può fornire un *continuum* di assistenza e consulenza centrata sulla persona. Al contrario, relazioni e consulenze sono elementi necessari per ottenere coordinamento e continuità delle cure. Le prove di efficacia e i benefici di un approccio di squadra sono in crescita e comprendono migliori esiti di salute, aumentata soddisfazione del personale e dei clienti e riduzione dei costi per le istituzioni sanitarie (Mezzich et al., 2015). Tutto ciò può contribuire a rendere le organizzazioni più resilienti.

Ambiente di lavoro

Le organizzazioni possono sostenere la resilienza garantendo un ambiente lavorativo positivo (PPE, *positive practice environment*) che offre un luogo di lavoro sano e sicuro, opportunità per formazione continua e sviluppo professionale, accesso alle attrezzature e forniture necessarie, carichi di lavoro appropriati e condizioni di lavoro attraenti (WHPA, 2008). Altri elementi di un ambiente lavorativo positivo sono la cultura organizzativa che sostiene il lavoro di gruppo efficace, come la comunicazione aperta, la trasparenza, il supporto, la supervisione e la *mentorship*.

Il reclutamento e il mantenimento (*retention*) di personale possono influire sulla resilienza dei sistemi sanitari. Una definizione flessibile delle attività lavorative è un elemento importante nel tentativo di reclutare e trattenere dipendenti qualificati e di migliorare l'utilizzo delle competenze infermieristiche disponibili (ICN, 2012b). Alcuni dei benefici degli ambienti di lavoro flessibili, dove gli infermieri hanno la possibilità di influenzare e controllare, comprendono delle migliori condizioni di salute e benessere, una maggior soddisfazione lavorativa e dedizione verso l'organizzazione e la riduzione della preoccupazione organizzativa nei confronti di assenteismo e turnover. La possibilità di scelta costituisce il legame critico tra ambienti di lavoro flessibili e migliori risultati, mentre il coinvolgimento degli infermieri nelle decisioni riguardo l'organizzazione dei turni e del personale può fare la differenza tra successo e fallimento (ICN, 2012c).

Approcci alla gestione del rischio

Un aspetto rilevante nello sviluppo di sistemi flessibili, adattabili e che hanno un atteggiamento incline all'apprendimento è collegata alla capacità di identificare e gestire il rischio. Gli eventi avversi che derivano da rischi identificati possono essere evitati o ridotti attraverso l'impiego di una vasta gamma di misure di gestione del rischio da parte del sistema sanitario e di altri settori che lavorano insieme alle stesse persone a rischio. Quest'approccio comprende la collaborazione attiva con i pazienti e le comunità, concependoli come partner nello sviluppo di risposte innovative.

Molto è stato scritto riguardo all'identificazione e alla gestione del rischio e sono disponibili numerose risorse per sostenere l'apprendimento in quest'area ma, nella sua forma più semplice, l'identificazione del rischio ha come scopo rispondere a quattro domande tra loro connesse:

- Cosa può andare storto?
- Quanto spesso?
- Quanto è grave?
- È richiesta un'azione?

Solitamente non è possibile eliminare tutti i rischi, ma il personale sanitario ha il dovere di proteggere i pazienti quanto più è "ragionevolmente possibile". Questo significa che dobbiamo evitare ogni rischio non necessario. E' meglio concentrarsi sui rischi davvero importanti – quelli che possono potenzialmente creare un danno. Se il processo d'identificazione del rischio diventa troppo complicato, può distogliere l'attenzione dal vero proposito, cioè agire per prevenire i rischi.

Il **risk management** è la valutazione, l'analisi e la gestione dei rischi. Si tratta semplicemente di riconoscere quali eventi (pericoli) potrebbero causare in futuro un danno e minimizzarne la probabilità (quanto spesso?) e le conseguenze (quanto gravi?).

La nostra comprensione del rischio e della resilienza devono essere collegate e le nuove ricerche in questo campo indicano come una comprensione unitaria di questi elementi ci aiuterà a sviluppare nuove intuizioni sulle disparità di salute (Panter-Brick, 2014). Nello specifico, i ricercatori hanno raccomandato una conoscenza raffinata del rischio, una comprensione della resilienza più fondata, e misurazioni dei percorsi di rischio e di resilienza complete e rilevanti attraverso le diverse culture.

Come afferma Panter-Brick (2014): "In ambito sanitario, la ricerca sui rischi spesso surclassa la ricerca sulla resilienza. Tuttavia, c'è un crescente impeto a spostare l'attenzione dal rischio alla resilienza, sia nella ricerca sanitaria, sia nella pratica".

Prove di efficacia sostengono sempre più un forte legame tra la resilienza organizzativa e gli esiti. Strategie positive per sostenere lo sviluppo della resilienza organizzativa possono portare a importanti benefici individuali e organizzativi tra cui: aumentata produttività, migliore benessere e riduzione dell'assenteismo e del turnover (McAlister, McKinnon, 2009).

Riflessione



Quali rischi puoi identificare nella tua organizzazione?

Come ti prepareresti per affrontare questi rischi? Un esempio da considerare potrebbe essere quando un membro dell'equipe sanitaria si ammala e deve restare a casa dal lavoro.

Quali aree devono essere rafforzate per migliorare la resilienza della tua organizzazione? Come potresti affrontarle?

Capitolo 5

Sviluppare la resilienza personale

Gli infermieri sono esposti a pressioni crescenti dovute, per esempio, a frequenti cambiamenti e riorganizzazioni in ambito sanitario e cambiamenti nei modelli di cura, scarsità di risorse, ampliamento degli ambiti di esercizio e aumentate aspettative di ciò che il gruppo professionale dovrebbe raggiungere (ICN 2015b, 2015c). Gli infermieri, insieme agli altri operatori sanitari, vivono anche l'esperienza dello stress fisico e psicologico causato da periodi prolungati di lavoro. L'aumento dello stress e gli ambienti di lavoro difficili contribuiscono ad aumentare i tassi di malattia e riducono la ritenzione degli infermieri (McAlister, McKinnon 2009). La conseguente minor disponibilità di personale può avere ripercussioni negative su chi rimane. Fino ad ora sono state considerate le soluzioni da adottate a livello organizzativo come, per esempio, garantire i dispositivi di protezione individuale. In questo capitolo esamineremo le strategie che è possibile adottare a livello individuale.

Molto è stato documentato circa i fattori stressanti presenti nell'ambiente sanitario; questi sono reali e legittimi e molti studi di ricerca hanno cercato di trovare soluzioni per affrontarli. Lo stress cronico può portare a disturbi e a deficit cognitivi, compromettendo la salute mentale, agendo sulle emozioni, la memoria e la capacità di pensare lucidamente (Jackson et al., 2007). Molte tecniche per la gestione dello stress si focalizzano su strategie di *coping*, che non necessariamente hanno successo nell'aiutare un individuo a sviluppare la resilienza per superare le difficoltà mentre accadono o a reagire alle sfide (Sull et al., 2015). Utile è comprendere le ragioni per cui alcuni infermieri adottano strategie di auto-protezione, che possono inficiare però la loro capacità di lavorare proficuamente con i pazienti e con i colleghi, mentre altri sviluppano modalità positive di affronto dello stress⁸. **Tutti noi abbiamo la responsabilità di badare a noi stessi e sviluppare strategie di resilienza. Se gli infermieri e le organizzazioni sanitarie non sono in grado di tutelarsi, come possono garantire l'assistenza e le cure alle popolazioni e alle comunità che servono?**

⁸ L'originale è: “*develop positive ways of coping*” (NdC).

La guida CIPD (2011⁹) individua tre approcci che gli individui possono utilizzare per sviluppare la resilienza. Essi possono essere raggruppati a seconda che riguardino le caratteristiche della persona, l'ambiente sociale, o la combinazione dei due.

1. Personalità/caratteristiche individuali – La resilienza è interna all'individuo ed è vista come una capacità innata che fa parte della personalità. Ciò potrebbe includere: *locus of control* interno (controllo sulla propria vita), perseveranza, gestione emotiva e consapevolezza, ottimismo, sensibilità, senso dell'umorismo, auto-efficacia (fiducia in sé) e capacità di risolvere problemi.

2. Ambiente – La resilienza è totalmente dipendente dalle esperienze che una persona vive nell'ambiente ed è caratterizzata da fattori esterni all'individuo come, per esempio, la quantità di sostegno sociale che riceve determinerà quanto una persona è resiliente. La personalità dell'individuo non è considerata rilevante.

3. Persona-ambiente - La resilienza è il prodotto della personalità di un individuo in combinazione con gli influssi ambientali quali la famiglia, i coetanei e l'ambiente sociale.

Le persone possono reagire in modo diverso alle stesse sfide. La resilienza personale è una combinazione di caratteristiche individuali e di competenze apprese. Sempre più si consolida il pensiero che sostenere gli individui a sviluppare la propria resilienza sia di notevole beneficio per gli individui stessi, i pazienti e le organizzazioni.

Sull et al. (2015) affermano l'importanza che le organizzazioni supportino interventi educativi sulla resilienza nei posti di lavoro, basati sull'importanza del benessere del personale e sull'impatto di quest'ultimo sull'assistenza ai pazienti. Nel Regno Unito, il *NHS Health and Wellbeing Review* (Department of Health, 2009) ha identificato stretti nessi tra la salute del personale e la sicurezza dei pazienti, le esperienze dei pazienti e l'efficacia delle cure. Il Rapporto ha raccomandato che tutte le organizzazioni sanitarie del Regno Unito sviluppino chiare strategie e *vision* per il futuro.

⁹ Vedi fonti bibliografiche: si tratta della già citata guida elaborata dal *Chartered Institute of Personnel and Development* (NdC).

Figura 2. Modello di Robertson e Cooper sulla resilienza personale

Disponibile in: <http://www.robertsoncooper.com/blog/entry/how-non-psychologists-build-personal-resilience-1>



Robertson e Cooper, esperti di benessere (Figura 2), descrivono la resilienza personale come la capacità di mantenere il benessere e la performance lavorativa sotto stress, riuscendo a risollevarsi in modo efficace dopo periodi di difficoltà. Essi hanno sviluppato un modello impiegato per sostenere la formazione e lo sviluppo di approcci finalizzati a rafforzare la resilienza. Quest'ultima, secondo questi autori, può essere sviluppata in modo positivo in un individuo, qualunque sia la sua condizione di partenza.

Questo punto di vista è sostenuto anche da una ricerca effettuata da Jackson et al. (2007) che suggeriscono che, in particolare gli infermieri, possono ridurre la loro vulnerabilità alle avversità sul posto di lavoro attraverso lo sviluppo e il rafforzamento della loro stessa resilienza personale. È sempre più raccomandato che la formazione allo sviluppo della resilienza sia parte della formazione infermieristica e che il sostegno professionale sia favorito da programmi di *mentorship*.

Resilienza, benessere e salute mentale: il ruolo importante degli infermieri

Se sviluppiamo una migliore comprensione della relazione tra la resilienza e la nostra capacità di fornire assistenza, saremo in grado di ampliare le nostre competenze e sostenere una maggiore resilienza nella

popolazione più ampia. È noto che molte delle problematiche sociali sopra menzionate hanno un impatto immediato sulla salute mentale e sul benessere comportando potenzialmente un aumentato rischio di suicidi e di violenza interpersonale. La disoccupazione è un importante fattore di rischio per la salute mentale. A livello globale, i disturbi depressivi gravi rappresentano la seconda causa per anni-vita con disabilità. Mentre i principali costi per la società sono attribuibili alla perdita di produttività rispetto al lavoro e ad altre attività economiche, anche i costi umani sono ben documentati in letteratura (McDavid, 2013).

Un buon ambiente di lavoro favorisce il benessere fisico e mentale, così come limitati livelli di stress e stimoli lavorativi possono risultare positivi per la salute. Al contrario, un ambiente di lavoro noioso può avere un impatto negativo sulla salute (Jackson et al., 2007). Se le organizzazioni riconoscono l'importanza di questi elementi è lecito aspettarsi che assumano un ruolo di leadership nel favorire le migliori condizioni lavorative. I cambi dell'attività lavorativa, le riorganizzazioni e i cambiamenti rapidi dentro e fuori il sistema, possono aumentare la possibilità di stress psicologico, fatica, *burnout* e disturbi depressivi. Se il sistema sanitario lavorasse attivamente per facilitare il cambiamento, si ridurrebbero gli eventuali effetti negativi.

Riflessione



Quali sono i problemi che ostacolano la resilienza sul posto di lavoro?

Come puoi attivare il sostegno sul luogo di lavoro?

Capitolo 6

La strada da percorrere e il ruolo degli infermieri e delle Associazioni

Nei capitoli precedenti abbiamo esaminato i diversi modi in cui gli infermieri possono contribuire al rafforzamento dei sistemi sanitari e a migliorare la resilienza. Ci sono molti esempi in cui gli infermieri sono stati fautori del cambiamento trasformativo; essi hanno guidato significativi miglioramenti in molti servizi a tutti i livelli del sistema, dalla politica alla pratica clinica. Per questo motivo, la nostra risposta può tendere in modo naturale all'insegna della continuità, proseguendo come abbiamo fatto fino ad ora. Tuttavia, ora più che mai, dobbiamo considerare il nostro ruolo nel sistema più ampio. Ci sono tre ambiti prioritari collegati a nuove serie di abilità per scenari futuri e, per molti di noi, dovranno essere un punto di riferimento per lo sviluppo se vogliamo accelerare il cambiamento e il nostro impatto professionale. Dobbiamo essere flessibili, adattabili e aperti a nuove forme di apprendimento. Le tre aree sono: 1) il ruolo degli infermieri in relazione all'adozione di tecnologie digitali, 2) la dimostrazione della qualità e dell'impatto, 3) i sistemi di leadership.

1. L'adozione di tecnologie digitali

Come evidenziato dal WHO (2007, 2010b), all'interno dei sei pilastri per un sistema sanitario efficace vi è la necessità di sistemi informativi efficienti, e gli infermieri devono poter disporre di risorse adeguate in relazione a questo obiettivo. Inoltre, le interconnessioni dei sistemi sanitari e i rapidi cambiamenti delle tecnologie della comunicazione hanno consentito uno sviluppo e una condivisione delle innovazioni nel campo dell'assistenza sanitaria molto più rapide che in passato. Le finalità sono quelle di garantire servizi di assistenza primaria a distanza e far sì che la consulenza di infermieri esperti sia accessibile a più persone. Su base giornaliera, gli infermieri usano le tecnologie per monitorare i parametri vitali, somministrare farmaci e valutare gli esiti. Essere digitali richiede apertura e disponibilità a rivedere completamente il modo di garantire l'assistenza e di comprendere dove sono presenti nuove possibilità.

Sempre più, l'adozione di nuove tecnologie richiederà agli infermieri di essere assertivi nelle loro richieste di un adeguato supporto tecnologico. Troppo spesso la tecnologia è vista come un progetto top-down con un coinvolgimento tardivo degli infermieri nel percorso di cambiamento. Ciò determina

“A livello globale, spendiamo più di 4 milioni di milioni di dollari per l'assistenza sanitaria ogni anno, ma solo una piccola frazione di questo denaro viene investita in tecnologia digitale per trasformare i servizi. Naturalmente, questi investimenti non sono di per sé una soluzione e devono far parte di una più ampia cultura del cambiamento, altrimenti il loro impatto si rivelerà trascurabile”.

Wilson, Langford, 2015

rallentamenti e interventi inefficienti. Al contrario, occorre essere leader nel sistema e promuovere la comprensione che le tecnologie possono trasformare i percorsi di cura e migliorare la sicurezza dei pazienti e la qualità. La tecnologia digitale influisce su ogni aspetto della pratica infermieristica in ogni ambito clinico e diventa essenziale avere dei leader in grado di sostenerne la sfida. Come Cooper (2013) rileva: "Ottenere valore dalle tecnologie e dalle informazioni richiede formazione, pianificazione strategica e una sorta di 'appetito' per i dati sanitari, finalizzato a migliorare il nostro modo di lavorare" (Cooper, 2013, p. 11).

Riflessione

Hai una sorta di 'appetito' per i dati sanitari? Se no, come si può sviluppare? Come i dati sanitari potrebbero migliorare il tuo modo di lavorare?



2. Dimostrare la qualità e l'impatto

Una struttura dell'informazione solida (per esempio, la tecnologia digitale) è una preconditione di questa seconda priorità. Il modo in cui gli infermieri dimostrano la qualità e l'impatto del loro lavoro sono i fattori chiave per garantire che il resto del sistema comprenda e apprezzi il ruolo da loro svolto. Ciò permetterà l'assegnazione di risorse e gli ambienti necessari per ottimizzare il contributo degli infermieri per migliorare la resilienza. Il lavoro degli infermieri è spesso invisibile e l'utilizzo di tecnologie nel punto di erogazione dell'assistenza, può aiutare a favorirne la visibilità. Tuttavia, diventa essenziale che gli infermieri siano attivamente coinvolti nello sviluppo di standard per la qualità e abbiano maggiori opportunità di influenzare i cambiamenti a livello politico e di sistema. Questo consentirebbe un maggiore impatto dell'*expertise* degli infermieri per la qualità dei sistemi che pongono la persona al centro. A tutti i livelli di governo e di definizione di politiche, le competenze degli infermieri¹⁰ devono essere visibili e apprezzate come una componente fondamentale per garantire cure di qualità in tutto il sistema sanitario.

Riflessione



Come dimostri l'impatto dell'assistenza infermieristica che fornisci? Quali sono gli strumenti a tua disposizione? Utilizzi **ogni** possibilità per dimostrare che gli infermieri fanno la differenza?

¹⁰ È ancora impiegata la forma "Nursing expertise" (NdC).

3. La leadership dei sistemi

Molto è stato scritto sulla leadership e sulla sua importanza per l'assistenza infermieristica e sanitaria (Benton, 2012). Tuttavia, come sopra descritto, gli infermieri con ruoli di leader si trovano oggi ad affrontare un numero di sfide e di cambiamenti prevedibili e imprevisi senza precedenti, che richiedono una sempre maggiore flessibilità e agilità (si veda l'esemplificazione nel Box 7).

I modelli tradizionali di leadership che si basano su un unico modello organizzativo a struttura gerarchica non saranno semplicemente più sostenibili. In particolare, nella leadership che opera nel settore pubblico, abbiamo assistito a un cambiamento dei confini organizzativi, professionali e geografici, che sono diventati più sfumati perché oggi i servizi devono essere integrati, i percorsi di cura trasformati, le risorse condivise e il personale impiegato in modo molto diverso che in passato. Ricercatori in questo ambito (Fillingham, Weir, 2014) suggeriscono che "tutti i leader dovrebbero rapidamente spostare il loro centro di interesse dalla fedeltà alla loro organizzazione alla fedeltà al cittadino e, più in generale, alla popolazione" (p. 23). Tutto ciò rappresenta un cambiamento di paradigma che sottende l'importanza di una visione condivisa e di una partecipazione condivisa alla ricerca delle soluzioni.

Fillingham e Weir descrivono un approccio chiamato "leadership dei sistemi" ("*systems leadership*") che può essere caratterizzato da due attributi distinti e interconnessi: i) la collaborazione e ii) il superamento dei confini - organizzativi, professionali e virtuali - estendendo i ruoli dei leader oltre gli ambiti consueti delle loro responsabilità e autorità. Gli autori descrivono gli attributi della "leadership dei grandi sistemi"¹¹ che dovrebbe essere sviluppata in modo mirato da individui, educatori e organizzazioni (Box 8).

Box 7 – La risposta a problemi emergenti: il caso di El Salvador

In El Salvador sono stati fatti passi da gigante nella fornitura di servizi sanitari per la popolazione; nonostante ciò, rimangono ancora molti problemi da affrontare.

Un'infermiera, molto preoccupata per il numero di pazienti affetti da febbre Dengue che seguiva in una clinica situata in un luogo remoto e rurale, decise di attivarsi per progettare un cambiamento. Sapeva che per poterlo fare avrebbe avuto bisogno del sostegno del suo responsabile locale, un medico. Decise così di raccogliere prove di efficacia basate sulle raccomandazioni del WHO.

L'infermiera non possedeva alcuna formazione in sanità pubblica, ma questo non bastò a fermarla. Infatti, consultò libri e Internet e imparò che con la creazione di una mappa geografica dei casi avrebbe potuto localizzare e rilevare l'entità del problema. Analizzando i dati, fu anche in grado di comprendere che il problema stava estendendosi. Dopo aver presentato questi dati e previsto incontri di formazione mirati ai gruppi locali più colpiti, i progressi nella lotta contro la febbre Dengue furono incredibili. Al momento la stessa popolazione locale sta collaborando nella lotta contro questo grave problema di salute e l'infermiera, che è ora parte del team di coordinamento locale, sta contribuendo a sviluppare programmi in altri centri per problemi simili.

(Benton 2012)

¹¹ Si traduce in questo modo l'espressione *Great systems leadership* (NdC).

Box 8 – La leadership dei grandi sistemi.

La capacità di esercitare la leadership nei grandi sistemi (*Great systems leadership*) si coglie spesso nei leader attraverso:

- I loro valori personali fondamentali (*core values*); per esempio, ispirare scopi condivisi assumendone i rischi che ne possono derivare.
- Come essi percepiscono; per esempio, la valutazione delle informazioni tramite la raccolta di dati al di fuori dell'ambito lavorativo o applicando nuovi approcci per modificare le consuetudini.
- Il modo di pensare e di analizzare; per esempio, condividere la *vision* mediante la comunicazione per generare credibilità e fiducia o tener conto del contributo degli altri gestendo e sostenendo la performance.
- Le modalità di relazione; per esempio, creare connessioni tra i servizi adattandosi ai diversi standard e approcci presenti al di fuori dell'organizzazione.
- I loro comportamenti e azioni; per esempio, lo sviluppo di capacità attraverso la creazione di condizioni favorevoli per chi verrà dopo di loro.
- Le loro qualità personali e il loro modo di essere; per esempio, la capacità di influenzare l'ottenimento di risultati sviluppando programmi di collaborazione e di consenso.

NHS Leadership Academy (2015)

Questo approccio di leadership sottolinea l'importanza di costruire alleanze e partnership autentiche. Questi sono leader che hanno chiaro che il cambiamento sostenibile richiede tempo, impegno e determinazione¹². Tale approccio implica la capacità di lavorare oltre i propri confini e attraverso reti di collaborazione in modo da migliorare la resilienza dei sistemi sanitari.

Riflessione

Cosa puoi fare per guidare la tua organizzazione e il sistema sanitario affinché siano più resilienti?



¹² Si è reso in questo modo *Constancy of vision* (NdC).

Un piano d'azione

Dopo aver considerato i differenti aspetti per rafforzare e migliorare i sistemi sanitari e sviluppare la loro resilienza, è possibile riassumere alcuni interventi chiave e considerare la nostra risposta.

Per ogni singolo infermiere

- ✓ Mantenersi in buona salute e curare il proprio benessere.
- ✓ Mettere in primo piano lo sviluppo della resilienza personale e sostenere lo sviluppo della resilienza dei propri colleghi.
- ✓ Considerare le modalità con cui è possibile lavorare in modo attivo con i pazienti, con chi cura e con le comunità per migliorare la comprensione di come valorizzare le loro abilità di self-care e influenzare lo sviluppo dei servizi.
- ✓ Sviluppare le proprie abilità per dimostrarne l'impatto positivo che un'elevata qualità dell'assistenza infermieristica ha sugli *outcome*.
- ✓ Sviluppare un proprio modo di concepire i sistemi sanitari rendendo forti le reti in tutto il sistema.

Per le istituzioni/datori di lavoro

- ✓ Garantire ambienti di lavoro positivi (*positive practice environment*, PPE) per il personale sanitario.
- ✓ Sostenere la salute e il benessere del personale sanitario.
- ✓ Fornire opportunità di apprendimento per i dipendenti.
- ✓ Garantire che sia previsto un sistema di revisione degli incidenti critici.
- ✓ Stabilire piani per la gestione dei disastri.

Per coloro che decidono le politiche

- ✓ Stabilire e applicare la normativa per proteggere gli operatori sanitari e garantire PPE.
- ✓ Pianificare e gestire in modo appropriato le risorse umane in sanità (*human resources in health*, HRH). Definire un piano nazionale per le HRH e attuarlo in modo efficace
- ✓ Favorire il passaggio da un sistema dominante centrato sulla malattia a uno che si focalizza sui servizi di prevenzione e promozione della salute.
- ✓ Garantire che la resilienza sia parte dello sviluppo strategico del sistema sanitario.
- ✓ Favorire la partecipazione degli infermieri a livello politico per ottimizzare l'utilizzo delle competenze infermieristiche in tutto il sistema.

Il ruolo delle Associazioni infermieristiche

- ✓ Garantire lo sviluppo di politiche sanitarie efficaci per sostenere gli infermieri nello svolgimento ottimale del loro lavoro e per massimizzarne il contributo.
- ✓ Promuovere la crescita di infermieri leader per massimizzare il contributo della professione infermieristica a tutti i livelli del sistema.

Capitolo 7

Conclusioni

L'intento di questo documento è stato di fornire strumenti agli infermieri in modo che possano contribuire a migliorare la resilienza dei sistemi sanitari. Occorre lavorare insieme per costruire sistemi sanitari forti e resilienti per fronteggiare le sfide future e raggiungere l'ambizioso obiettivo indicato negli Obiettivi per uno sviluppo sostenibile (SDGs).

La responsabilità etica e professionale degli infermieri è quella di fornire prestazioni assistenziali sanitarie di qualità a tutte le persone in difficoltà. Gli infermieri, in quanto professionisti impegnati e orientati a trovare soluzioni innovative, continuano a fornire assistenza con resilienza e versatilità anche in condizioni di scarsità o assenza di supporto organizzativo. Tuttavia, il miglioramento della resilienza dei sistemi sanitari richiede sforzi intersettoriali da parte di tutti gli attori e a tutti i livelli. Gli infermieri, che forniscono la maggior parte dei servizi di assistenza sanitaria, in collaborazione con i colleghi che lavorano sia in ambito sanitario che non, hanno un ruolo importante in questo processo.

Un altro motivo per cui gli infermieri devono essere coinvolti nella riforma delle politiche del settore sanitario è l'enorme impatto che queste decisioni tendono ad avere sui contesti e negli ambienti in cui essi lavorano. Attraverso il nostro coinvolgimento nelle decisioni da prendere per il rafforzamento dei sistemi sanitari, possiamo promuovere ambienti di lavoro positivi (PPE) che, a loro volta, miglioreranno la resilienza dei sistemi sanitari e gli esiti di salute.

Gli infermieri devono svolgere un ruolo fondamentale nel guidare il cambiamento. Con la riprogettazione dei sistemi sanitari e la piena partecipazione degli infermieri alle politiche, potremo essere meglio attrezzati per fornire assistenza di qualità a tutti, anche nei momenti di crisi.



Lo sviluppo delle risorse umane in sanità (*Health human resources development, HHRD*)

Presa di posizione dell'ICN

Il Consiglio internazionale degli infermieri (ICN) ritiene che lo sviluppo delle risorse umane nel campo della salute (HHRD) - ovvero la loro pianificazione, gestione e sviluppo - richiedano un approccio interdisciplinare, intersettoriale e di più strutture (*multi-service*). Questa posizione riconosce i ruoli complementari degli erogatori dei servizi sanitari e valorizza il contributo delle diverse discipline. Si ritengono necessari i contributi provenienti da tutti gli stakeholder: consumatori, erogatori di servizi, formatori, ricercatori, imprenditori, manager, governi, finanziatori ed organizzazioni delle professioni sanitarie. Allo stesso modo, l'ICN riconosce che sistemi informativi integrati e condivisi delle risorse umane nel campo della salute, modelli di pianificazione e sistemi di gestione delle risorse umane efficaci, rappresentino dei risultati auspicabili di questo processo di consultazione.

I bisogni dei pazienti dovrebbero determinare il fabbisogno di personale sanitario nelle diverse tipologie richieste per garantire l'assistenza. Quando vengono create nuove categorie di operatori sanitari o si introducono cambiamenti di ruolo, devono essere in precedenza valutate tutte le possibili conseguenze sulle risorse umane che già operano nel sistema sanitario a livello nazionale e locale, sui percorsi di carriera e sugli esiti per i pazienti e per le comunità. Tali valutazioni devono includere le forme di finanziamento e gli impatti organizzativi. La pianificazione dovrebbe tener conto di:

- Bisogni di salute e priorità.
- Competenze presenti nel personale dell'ente che eroga assistenza sanitaria, comprese quelle condivise da più di uno dei servizi che offrono assistenza.
- Sviluppo delle abilità professionali iniziali.
- Evoluzione delle competenze, come l'aggiunta di nuovi ruoli o ruoli avanzati per gli infermieri.
- Implicazioni formative rispetto ai cambiamenti di ruolo o di ambiti di esercizio professionale, compresa l'offerta di programmi di formazione continua.
- Programmi adeguati e accessibili di supervisione e di *mentoring*.
- Presenza di indicatori di qualità e di efficacia, quando si decida l'ambito di esercizio degli infermieri e dell'altro personale.
- Equità come valore fondamentale del sistema sanitario.
- Conseguenze per l'organizzazione, la gestione, l'erogazione e il finanziamento dei servizi.
- Ambiente e condizioni di lavoro per gli infermieri e gli altri operatori sanitari.

Presa di posizione

Sviluppo delle risorse umane nel campo della salute (HHRD), pagina 2

- Implicazioni di tipo normativo.
- Impatto sulle responsabilità di chi già lavora nel sistema sanitario.
- Effetti sullo sviluppo di carriera delle figure già esistenti e presenza di percorsi di carriera per le nuove tipologie di operatori sanitari e sulle figure nuove.

I bisogni fondamentali del personale infermieristico devono essere identificati e ben articolati se si desidera un'efficace partecipazione della professione nel HHRD. In questo modo sarà possibile ridurre le duplicazioni e le sovrapposizioni tra il lavoro degli infermieri e quello di altri operatori sanitari. L'ICN ritiene che la professione infermieristica debba essere leader del cambiamento, valutando continuamente le conseguenze dei cambiamenti dei servizi sanitari, sia previsti che imprevisti, sulla professione stessa, sugli infermieri e sugli esiti per i pazienti. La valutazione continua e progetti di ricerca sul contributo degli infermieri all'assistenza sanitaria dovrebbero costituire una parte importante dei processi di HHRD, questo dovrebbe includere dati provenienti dall'*evidence based practice* volti a influenzare chi è responsabile della presa di decisioni.

Le Associazioni nazionali di Infermieri (NNAs) e altre organizzazioni infermieristiche devono:

- Identificare i fattori critici in relazione all'erogazione e alla domanda di personale infermieristico, comprendendo i fattori che influenzano il reclutamento, la ritenzione e la motivazione.
- Assicurare il coinvolgimento degli infermieri nelle politiche, nella presa di decisioni, nella pianificazione, gestione e monitoraggio a tutti i livelli dello HHRD. Gli infermieri dovrebbero partecipare nella revisione multidisciplinare dei ruoli dei diversi operatori sanitari, in studi di ricerca e valutativi, nella presa di decisioni sulle funzioni delle categorie di operatori sanitari esistenti e di quelle nuove.
- Aiutare gli infermieri ad acquisire e migliorare le abilità nel condurre progetti di ricerca e nell'utilizzare i risultati delle ricerche come base per la presa di decisioni nello HHRD.
- Partecipare al dibattito pubblico per dare risposte appropriate alla domanda di servizi sanitari.
- Promuovere lo sviluppo di ambienti lavorativi positivi, con opportunità di crescita professionale al proprio interno e con la presenza di incentivi equi, quale caratteristica dei programmi di reclutamento e ritenzione del personale.
- Prendere atto e riflettere le differenze culturali presenti nella società nello sviluppo delle risorse umane in sanità (HHRD).
- Promuovere lo sviluppo di capacità specifiche di gestione delle risorse umane per la salute, compresi gli infermieri che lavorano in ambiti dirigenziali.
- Favorire lo sviluppo di un approccio umano allo HHRD.
- Analizzare i percorsi inter-professionali e sviluppare interventi efficaci per rispondere ai bisogni di salute.

Gli infermieri devono essere consapevoli e utilizzare sistemi per la gestione delle risorse umane (HR) nei luoghi di lavoro. Le politiche di HHRD devono comprendere aspetti di tipo educativo, normativo e pratico.

Le politiche di HHRD devono basarsi su sistemi sostenibili, garantendo un numero adeguato di operatori sanitari con le competenze richieste, in grado di soddisfare le esigenze di salute della popolazione interessata.

Contesto

Il raggiungimento del livello più elevato possibile di salute in un Paese dipende in modo sostanziale dalla disponibilità di personale, che deve essere in numero sufficiente e adeguatamente formato e distribuito, in grado di fornire servizi di qualità a un buon rapporto fra costo ed efficacia (*cost-effective*). Lo scopo dello HHRD è assicurare la disponibilità di personale sanitario per qualità, quantità, mix e distribuzione, in grado di garantire la risposta ai bisogni di salute in un ambiente che sostenga una pratica efficace e sicura. Alcuni dei fattori che condizionano le decisioni circa il numero, la tipologia e la distribuzione degli operatori sanitari comprendono:

- I progressi nelle scienze della salute e nella tecnologia; alterati modelli di offerta dell'assistenza sanitaria negli ospedali e nelle comunità; i cambiamenti demografici e l'emergere di nuove tipologie di malattie.
- La crescente consapevolezza da parte del pubblico circa la disponibilità di servizi sanitari, con una conseguente maggior richiesta di servizi.
- L'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria, le risorse limitate che richiedono spesso una continua ridefinizione delle priorità e la creazione di nuove figure per l'erogazione di assistenza sanitaria.
- Le leggi sul diritto del lavoro, i requisiti professionali, le norme e i regolamenti di diritto civile, le risorse umane e le politiche sanitarie e di sviluppo nazionali.
- Fattori di genere e culturali.
- Il mutare dei rischi sulla salute.
- Accesso e livello di formazione.
- Cultura e credenze relative alla salute.
- Accesso alla medicina alternativa.
- Fattori intergenerazionali.
- Fattori organizzativi.
- Limitazioni socio-economiche.
- La globalizzazione del mercato del lavoro locale, nazionale e mondiale.

Gli infermieri devono impegnarsi in attività e nell'esercitare pressioni (*activities and lobbying efforts*) all'interno delle associazioni professionali e nei sindacati.

Adottata nel 1999

Rivista e aggiornata nel 2007

Sostituisce le precedenti Prese di posizione ICN: *Support of Nurses*, adottata nel 1989 e *Proliferation of New Categories of Health Workers*, adottata nel 1981 e rivista nel 1993.

Prese di posizione ICN collegate:

- L'ambito di esercizio degli infermieri.
- La regolamentazione della professione infermieristica.
- Proteggere il titolo di "infermiere".
- Il personale di supporto all'assistenza.
- Il benessere socio-economico degli infermieri.
- Lo sviluppo di carriera degli infermieri.
- La ritenzione, il trasferimento e la migrazione degli infermieri.

Pubblicazioni ICN:

Linee guida per pianificare le risorse umane per la professione infermieristica (1993).

È la tua carriera: fattene carico
Pianificazione e sviluppo della carriera (2001)

Il Consiglio internazionale degli infermieri è una federazione di oltre 130 associazioni nazionali infermieristiche che rappresenta milioni di infermieri in tutto il mondo. Gestito da infermieri e leader nel settore a livello internazionale, l'ICN opera per garantire un'assistenza infermieristica di qualità per tutti e politiche sanitarie efficaci a livello globale.



Servizi sanitari accessibili a finanziamento pubblico

Presenza di posizione ICN

Il Consiglio internazionale degli infermieri (ICN) e le associazioni nazionali d'infermieri affiliate (NNAs) promuovono lo sviluppo di sistemi sanitari che forniscano una gamma di servizi essenziali finanziati con fondi pubblici, universalmente accessibili ed equi per la salute della popolazione.

Le persone hanno diritto di accesso a servizi sanitari equi: di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione e palliativi. L'ICN ritiene che questi servizi debbano mettere al centro il paziente e la famiglia, essere basati su prove di efficacia e fondarsi sul miglioramento continuo della qualità misurata con standard e indicatori di riferimento concordati.

Ove tali servizi non siano finanziati pubblicamente, l'ICN ritiene che i governi abbiano la responsabilità di garantire servizi sanitari accessibili alla popolazione, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili, e in particolare a quelli provenienti da gruppi socioeconomici meno agiati¹³.

L'ICN sostiene gli sforzi posti in essere dalle associazioni infermieristiche nazionali per influenzare le politiche pubbliche correlate alla salute, al sociale, all'istruzione in modo tale che siano basate sulle priorità di salute della nazione, sui principi di equità, accessibilità ai servizi essenziali, efficienza (compresa la produttività), un buon rapporto costo-efficacia e qualità dell'assistenza.

L'ICN identifica l'assistenza sanitaria primaria come il mezzo ideale per fornire servizi sanitari essenziali a un costo sostenibile per i governi e le comunità¹⁴.

Servizi accessibili, con un buon rapporto costo-efficacia e di qualità, quadri di riferimento e principi normativi adeguati, standard e meccanismi, ambienti favorevoli all'esercizio professionale devono essere definiti e applicati in egual modo sia nei servizi privati sia in quelli pubblici.

Gli infermieri e le associazioni hanno la responsabilità di chiedere tali servizi sanitari, di monitorare la loro efficacia e di guidare lo sviluppo delle politiche sanitarie, la presa di decisioni e la loro attuazione, al fine di garantire che tutte le persone abbiano accesso all'assistenza infermieristica e a servizi sanitari di qualità.

L'ICN sostiene gli sforzi delle associazioni affiliate per garantire che le politiche dei governi siano sostenute da finanziamenti pubblici e che i servizi sanitari accessibili non abbassino il livello della

¹³ Commission on Social Determinants of Health (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

¹⁴ The World Health Report 2008. Primary Health Care Now More than Ever. Geneva: WHO.

formazione infermieristica richiesta dalla complessa domanda sanitaria di questi servizi, poiché le prove di efficacia mostrano che l'impiego di infermieri debitamente formati migliora gli *outcome* assistenziali¹⁵.

Contesto

Una nazione in buona salute rappresenta una risorsa vitale. Tra gli obiettivi principali di ogni nazione ci deve essere quello di raggiungere il miglior stato di salute possibile per la popolazione nei limiti delle risorse disponibili.

Tutte le persone dovrebbero poter fruire di servizi gestiti da infermieri competenti che forniscono assistenza, supervisione e sostegno in situazioni differenti. I sistemi sanitari devono essere in grado di impiegare nel modo migliore le competenze degli infermieri e prevedere una gamma di strategie per affrontare la pianificazione del personale, la formazione, lo skill-mix, le norme e i percorsi di carriera per garantire efficacia, efficienza e sicurezza.

L'ICN e le associazioni aderenti devono mantenere reti efficaci con le parti interessate per contribuire a garantire che l'assegnazione delle risorse e la disponibilità dei servizi si basino sui bisogni e sulle priorità, promuovano l'assistenza sanitaria di base e considerino la qualità e i costi. Ciò include le azioni finalizzate al reperimento delle risorse necessarie per formare personale infermieristico in grado di sostenere il crescente peso delle malattie croniche e non trasmissibili, qualsiasi tipo di evento indesiderato, disastri e altre sfide per la salute che coinvolgono le nazioni e le popolazioni di tutto il mondo.

Adottata nel 1995; rivista e ribadita nel 2001; rivista e aggiornata nel 2012

Prese di posizione ICN collegate:

- Promuovere il valore e l'efficacia dei costi dell'assistenza infermieristica.
- Gli infermieri e l'assistenza sanitaria di base (*Primary Health Care*).
- Lo sviluppo delle risorse umane in sanità.

Pubblicazioni ICN:

Il Consiglio internazionale degli infermieri è una federazione di oltre 130 associazioni nazionali infermieristiche che rappresenta milioni di infermieri in tutto il mondo. Gestito da infermieri e leader nel settore a livello internazionale, l'ICN opera per garantire un'assistenza infermieristica di qualità per tutti e politiche sanitarie efficaci a livello globale.

¹⁵ Aiken L., Clarke S., Cheung R., Sloane D., Silber J. (2003) Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA, 290, 1617-1623.



La partecipazione degli infermieri alla presa di decisioni e allo sviluppo di politiche nel campo dei servizi sanitari

Presa di posizione ICN

Gli infermieri hanno un importante contributo da fornire nella pianificazione e nei processi decisionali all'interno dei servizi sanitari e nello sviluppo di politiche sanitarie appropriate ed efficaci. Essi possono e devono contribuire alle politiche pubbliche per la formazione degli operatori sanitari, i sistemi per l'erogazione dell'assistenza, il finanziamento dell'assistenza sanitaria, l'etica nell'assistenza sanitaria e i determinanti della salute.

Gli infermieri devono assumersi le proprie responsabilità in materia di politiche dei servizi sanitari e di presa di decisioni, incluse le loro responsabilità in tema di sviluppo professionale.

Le organizzazioni infermieristiche professionali hanno la responsabilità di promuovere e sostenere la partecipazione degli infermieri in organi e comitati che sviluppano le politiche e prendono decisioni a livello locale, nazionale e internazionale. Esse hanno inoltre la responsabilità di contribuire a garantire infermieri leader con una preparazione adeguata per consentire loro di assumere pienamente ruoli decisionali.

Contesto

Per via della stretta interazione con i pazienti/clienti e le loro famiglie in tutti i contesti di vita, gli infermieri contribuiscono a far conoscere le esigenze e le aspettative di salute delle persone. Essi sono coinvolti nel processo decisionale sia nel livello della pratica clinica che nella gestione e organizzazione. Utilizzano i risultati delle ricerche e delle sperimentazioni per contribuire alle decisioni in materia di qualità e nell'erogazione di assistenza sanitaria con un buon rapporto costo-efficacia. Attraverso la ricerca infermieristica e sanitaria gli infermieri forniscono prove di efficacia per lo sviluppo delle politiche. Poiché gli infermieri coordinano spesso l'assistenza fornita da altri professionisti, contribuiscono con la loro conoscenza ed esperienza alla pianificazione strategica e all'utilizzo efficiente delle risorse.

Ai fini di partecipare ed agire efficacemente all'interno della programmazione sanitaria, del processo decisionale e nello sviluppo della salute e delle politiche di sanità pubblica, gli infermieri devono essere in grado di dimostrare il loro valore e convincere gli altri del contributo che possono dare. Questo può voler dire migliorare e ampliare l'ambito di preparazione degli infermieri nella capacità di comprendere i meccanismi politici, di governo, di gestione e di leadership. Può anche portare a incrementare la presenza degli infermieri in ruoli di gestione e di leadership dei servizi infermieristici

La partecipazione degli infermieri alla presa di decisioni e allo sviluppo di politiche, pagina 2

nonché in altri ambiti dell'assistenza sanitaria, incoraggiando gli infermieri a partecipare al governo e allo sviluppo di politiche, migliorando il marketing e l'immagine della professione infermieristica.

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) e le associazioni nazionali affiliate (NNAs) promuovono e sostengono tutti gli sforzi per migliorare la preparazione degli infermieri per la gestione, la leadership e lo sviluppo delle politiche sanitarie. Questa preparazione deve essere ampia e includere lo sviluppo di conoscenze e competenze per influenzare il cambiamento, impegnarsi in politica, nel social marketing, nella costruzione di alleanze lavorando con i media e gli altri mezzi per esercitare influenza. Devono saper riconoscere gli elementi di complessità e i fattori coinvolti nella gestione efficace del processo decisionale.

Le organizzazioni professionali infermieristiche devono porre in essere una serie di strategie per contribuire allo sviluppo di politiche efficaci, compreso il monitoraggio sull'utilizzo degli infermieri all'interno della forza lavoro; incorporando nuovi modelli e strategie di gestione; promuovendo continuamente l'immagine positiva degli infermieri nei confronti dei principali stakeholder a livello politico e manageriale a livello nazionale e internazionale; diffondere le conoscenze e la ricerca; stabilire e mantenere reti appropriate per permettere la definizione di rapporti di lavoro di collaborazione con le organizzazioni governative e non. Da parte sua, l'ICN promuoverà e renderà sempre più disponibili le informazioni relative al contributo dell'assistenza e professione infermieristica nei processi decisionali e nello sviluppo delle politiche sanitarie.

Adottato nel 2000

Rivisto e aggiornato nel 2008

Prese di posizione ICN collegate:

- La gestione dei servizi infermieristici e di assistenza sanitaria
- Promuovere il valore e il rapporto costo-efficacia dell'assistenza infermieristica.
- Servizi sanitari accessibili a finanziamento pubblico.

Pubblicazioni ICN:

- Health Policy Toolkit, 2007

Il Consiglio internazionale degli infermieri è una federazione di oltre 130 associazioni nazionali infermieristiche che rappresenta milioni di infermieri in tutto il mondo. Gestito da infermieri e leader nel settore a livello internazionale, l'ICN opera per garantire un'assistenza infermieristica di qualità per tutti e politiche sanitarie efficaci a livello globale.

Citazioni bibliografiche e altre fonti

Allen M et al. (2013) Working for Health Equity: The Role of Health Professionals, UCL Institute of Health Equity. London.

Awoonor-Williams JK, Bawah AA, Nyongato FK, Asuru R, Oduro A, Ofosu A & Phillips JF(2013) The Ghana essential health interventions program: a plausibility trial of the impact of health systems strengthening on maternal & child survival, *BMC Health Services Research* 2013, 13 (Suppl 2):S3 doi:10.1186/1472-6963-13-S2-S3

Disponibile in: www.biomedcentral.com/1472-6963/13/S2/S3; accesso effettuato il 5 febbraio 2016.

Bates I et al. (2011) *Indicators of sustainable capacity building for health research: analysis of four African case studies*, Health Research Policy and Systems, Vol. 9 No 3 (March): 14,

Disponibile in: www.health-policy-systems.com/content/9/1/14/abstract; accesso effettuato il 5 ottobre 2015.

Benton D. (2012) Advocating Globally to Shape Policy and Strengthen Nursing's Influence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 17 No. 1.

British Standards Institution (2014). Guidance on organizational resilience. BS 65000.

Buchan J & Aiken L (2008) Solving nursing shortages: a common priority, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17 No. 24), 3262-3268.

Campbell J. et al. (2015) Improving the resilience and workforce of health systems for women's, children's, and adolescents' health. *BMJ* 2015; 351:h4148.

Canadian Nurses Association (2009) *Ethics In Practice Social Justice in Practice*, April 2009.

Cooper A (2013) Paperless In the United Kingdom. *American Nurses Today*, Special Issue, vol 8, no 11, p. 11.

Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) (2011). Developing resilience: An evidence-based guide for practitioners, CIPD London.

Crisp N. & Chen L (2014) Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine* Vol. 370, no.10: pp. 950-957.

David K.E. et al. (2015) Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic, *Lancet Global Health* Volume 3, No. 8, e439–e440, August 2015. Disponibile in: www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2815%2900065-0/fulltext.

Department of Health (2009) *NHS Health and Wellbeing Review*, Leeds, UK.

Dick J., Clarke M., Van Zyl H. & Daniels K. (2007) Primary health care nurses implement and evaluate a community outreach approach to health care in the South African agricultural sector. *International Nursing Review*, 54(4), 383-390.

Fillingham D. & Weir B. (2014). Systems leadership, Kings Fund, London, UK.

Fineberg H.V. (2012). A successful and sustainable health system—how to get there from here. *New England Journal of Medicine*, Vol. 366 No.11, pp 1020-1027.

Global Health Workforce Alliance (2015) Synthesis paper of the thematic working groups. Towards a global strategy on human resources for health. Disponibile in: www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/; accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

Institute of Health Equity (2013) Working for Health Equity: The Role of Health Professionals. Disponibile in: www.instituteofhealthequity.org/projects/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals/; accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

International Council of Nurses (2002) Definition of Nursing. Disponibile in: www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/; accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

International Council of Nurses (2007), Position statement: Nurse retention and migration, disponibile in: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/C06_Nurse_Retention_Migration.pdf; accesso effettuato il 13 gennaio 2016.

International Council of Nurses (2008), Position statement: Participation of nurses I health services decision making and policy development. Disponibile in: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participation_Decision_Making_Policy_Development.pdf; accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

International Council of Nurses (2011). Closing the Gap: Increasing Access and Equity. International Nurses Day toolkit. Disponibile in: www.icn.ch/publications/2011-closing-the-gap-increasing-access-and-equity/; accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

International Council of Nurses (2012a) ICN Code of Ethics for Nurses. Disponibile in: www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/; accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

International Council of Nurses (2012b). Flexible Work practices in Nursing. International Centre for Human Resources in Nursing, Fact sheet. Disponibile in: www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Facts_Sheets/Flexible%20Work%20Practices%20in%20Nursing.pdf; accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

International Council of Nurses (2012c). Flexible Work Practices in Nursing. International Centre for Human Resources in Nursing. Disponibile in: [/www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Policy_and_Research_Papers/Flexible_Working_Practices.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Policy_and_Research_Papers/Flexible_Working_Practices.pdf); accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

International Council of Nurses (2013) Closing The Gap: Millennium Development Goals 8,7,6,5,4,3,2,1., International Nurses Day toolkit. Disponibile in: www.icn.ch/publications/2013-closing-the-gap-millennium-development-goals-8-7-6-5-4-3-2-1/; accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

International Council of Nurses (2014) Nurses A Force for Change: A Vital Resource for Health. International Nurses Day toolkit. Disponibile in: www.icn.ch/publications/2014-nurses-a-force-for-change-a-vital-resource-for-health/; accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

International Council of Nurses (2015a). Nurses a Force for Change: Care Effective, Cost Effective. International Nurses Day toolkit. Disponibile in: www.icn.ch/publications/2015-nurses-a-force-for-change-care-effective-cost-effective/; accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

International Council of Nurses (2015b), International Council of Nurses Statement on the joint ICN-WHO consultation on Global Strategy on Human Resources for Health, 23 June 2015.

International Council of Nurses (2015c). Consultation on HRH global strategy. Disponibile in: www.icn.ch/what-we-do/the-global-strategy-on-human-resources-for-health-workforce-2030/; accesso effettuato l'8 novembre 2015.

Jackson D., Firtko A., Edenborough M. (2007) Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60; 1-9.

Jamison, Dean T. et al.(2013) Global health 2035: a world converging within a generation, *The Lancet*, Volume 382 , Issue 9908 , 1898 – 1955. Disponibile in [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4).

Karanikolos M. et al. (2013) Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet* Vol. 381 No. 9874: pp. 1323-1331.

Kruk M.E. et al. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola, *The Lancet*, Vol. 385 No. 9980: pp 1910-1912.

Marmot M., Allen J., Bell R., et al.(2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide, *The Lancet*, Vol. 380 Issue 9846: pp 1011-1029.

McAlister M., McKinnon J. (2009) The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29; 371-379.

McDavid D. (2013) Mental health: A key challenge for Europe in the 21st century, *Eurohealth*, Vol 19 no 3 p. 14-17.

McKee M., Mackenbach J. (2013) How well are European countries performing in advancing public health, *Eurohealth* Vol. 19, no. 3 p7-11.

Mezzich J.E., Appleyard J, Ghebrehwet T. (2015). Interdisciplinary Collaboration and the Construction of Person Centered Medicine. *Int J Pers Centered Med*, 2015, 4(3): 149-155.

Newman, C 2014, "Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce", *Human Resources for Health*, vol. 12, no. 25. Reperibile in: <http://www.human-resources-health.com/content/12/1/25>; accesso effettuato il 13 gennaio 2016.

NHS Direct (2007). Healthcare risk assessment made easy. Disponibile in: www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59825; accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

NHS Leadership Academy (2015) Systems leadership. Disponibile in: www.leadershipacademy.nhs.uk/about/systems-leadership/; accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

Oxfam (2015). Never Again Building resilient health systems and learning from the Ebola Crisis, 203, Briefing paper.

Panter-Brick C. (2014). Health, Risk, and Resilience: Interdisciplinary Concepts and Applications. *Annu. Rev. Anthropol.* 2014. 43:431–48

Patton R., Zalon M., Ludwick R. (eds.) 2015. *Nurses Making Policy: From Bedside to Boardroom*, e-book, American Nurses Association & Springer Publishing Company, New York, viewed 7 January 2016, https://books.google.ch/books?id=3MyRBQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbg_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

Philippine Journal of Nursing (2013). Challenges of Equity and Access to Healthcare, Vol. 83 No. 2 (July-December)

Shamian J. et al., (2015) No global health without human resources for health (HRH): The nursing lens, *Canadian Journal of Nursing Leadership* Vol. 28 No. 1.

Sheridan N. et al., (2011) Health equity in the New Zealand health care system: a national survey. *International journal for equity in health*, Vol. 10.No. 1: pp 1-14.

Sull A., Harland N., Moore A. (2015) Resilience of health-care workers in the UK; a cross-sectional survey *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2015, 10:20.

Sullivan M., Kiovkys R.D., Mason D.J., Hill C.D., Dukes C. (2015) Interprofessional collaboration and education, *American Journal of Nursing*, vol.115, no. 3, pp. 47-54. Disponibile in: http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2015/03000/Interprofessional_Collaboration_and_Educatio n.26.aspx; aceso effettuato il 13 gennaio 2016.

Tangcharoensathien V., Mills A., Palu T. (2015) Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Med.* 2015; 13: 101. Pubblicato online 2015 April 29. doi: 10.1186/s12916-015-0342-3.

Tomblin-Murphy G., Rose A. (2015) *Nursing Leadership in Primary Health Care for the achievement of SDGs and HRH Global Strategies*. Geneva ICN Internal Working Paper.

Tschudin V., Davis A.J. (2008) *The Globalisation of Nursing*. CRC Press.

United Nations (2015) The Millennium Development Goals Report. Disponibile in: [www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf). Accesso effettuato l'8 febbraio 2016.

USAID (n.d.). What is Health Systems Strengthening? Disponibile in: www.hfgproject.org/about-hfg/about-health-systems-strengthening/. Accesso effettuato il 3 febbraio 2016.

Ventura C.A., Mendes I.C., et al. (2015), The Evolution of World Health Organization's Initiatives for the Strengthening of Nursing and Midwifery, *Journal Of Nursing Scholarship*, Vol. 47 No. 5, pp. 435-445.

Wilson S., Langford K, (2015). 10 ideas for 21st century healthcare, Innovation Unit London. Disponibile in: www.innovationunit.org/sites/default/files/DIGITAL%20VERSION10%20Ideas%20Final.pdf.

World Health Organization (2003) Fifty-Sixth World Health Assembly, Strengthening Nursing and Midwifery, Report by the Secretariat: A56/19: Provisional Agenda Item. Disponibile in: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf/>.

World Health Organization (2006). *The World Health Report 2006: Working Together for Health*, Geneva.

World Health Organization (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Disponibile in: www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.

World Health Organization (2008) Primary Health Care. Now More than Ever. Disponibile in: <http://www.who.int/whr/2008/en/>.

World Health Organization (2010a) Monitoring the building blocks of health systems. A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO Geneva Switzerland.

World Health Organization (2010b) Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Disponibile in: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1. Accesso effettuato il 13 gennaio 2016.

World Health Organization (2010a) Health systems financing: the path to universal coverage. Disponibile in: <http://www.who.int/whr/2010/en/>. Accesso effettuato il 10 febbraio 2016.

World Health Organization (2014) Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. A cura di Kieny M.P., Evans D.B., Schmets G., Kadandale S. 2014 - Bulletin of the World Health Organization, 2014; 92:850 – <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/12/14-149278/en/#>).

World Health Organization (2015a) Health in 2015: from MDGs to SDGs. Geneva: WHO. Disponibile in www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/.

World Health Organization (2015b) Health workforce density per 1000 population, Global Health Observatory data repository. Disponibile in: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en>.

World Health Organization (2015c) Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone: a preliminary report. Disponibile in: www.who.int/csr/resources/publications/ebola/health-worker-infections/en/),

World Health Organization (2015d). Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone. A preliminary report, 21 May 2015. Available at: www.who.int/hrh/documents/21may2015_web_final.pdf. Access 8 February 2016.

World Health Organization (2015e). Realising Nurses'Full Potential, Bulletin of the World Health Organisation, Vol 93 No. 9 (September): News. Available at: www.who.int/bulletin/volumes/93/9/en/ Accessed 21 September 2015.

World Health Organization (2015f). Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 draft for consultation WHO Geneva Switzerland.

World Health Organization (2016). Global Public Goods. Available at: <http://www.who.int/trade/glossary/story041/en/> Accessed 10 February 2016.

World Health Organization and World Bank (2015). Tracking universal health coverage: First global monitoring report Joint WHO/World Bank Group report, June 2015.

World Health Professions Alliance (2008). Positive practice environments for health care professionals [Internet]. WHPA; 2008. Available at: www.whpa.org/ppe_fact_health_pro.pdf.