

**Contributo della Fondazione GIMBE a integrazione dell'intervento
del dott. Nino Cartabellotta al seminario**

La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Un confronto aperto

12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica

Roma, 29 ottobre 2015

1. LA CAMPAGNA “SALVIAMO IL NOSTRO SSN”

Concepita in una fase di grande incertezza politica ed economica e lanciata dalla Fondazione GIMBE nel marzo 2013¹, la campagna “Salviamo il Nostro SSN” nasce dalla consapevolezza che un servizio sanitario pubblico equo e universalistico, nonostante i tagli, rimane sostenibile perché una quota consistente della spesa sanitaria viene attualmente sprecata in maniera intollerabile a causa degli obiettivi divergenti, conflittuali e opportunistici dei numerosi stakeholders.

Nella fase iniziale della campagna è stato lanciato il manifesto della sostenibilità, sottoscritto da migliaia di persone che hanno ribadito la propria volontà di preservare la sanità pubblica e garantirla alle future generazioni².

Parallelamente è stata avviata la stesura dei principi guida che configurano l’idea di Sanità pubblica della Fondazione GIMBE, definiti tenendo conto della legislazione vigente, del contesto politico, economico e sociale, oltre che di evidenze ed esperienze mutate da sistemi sanitari internazionali. Nel corso del primo anno i principi guida sono stati sottoposti a consultazione pubblica per approvazione, modifiche e integrazioni. La versione 2.0 dei principi guida ha quindi dato vita alla “Carta GIMBE per la Tutela della Salute e del Benessere delle Persone” (appendice).

2. SOSTENIBILITA’ DEL SSN

Anche se è balzata agli onori delle cronache dal 2012, la sostenibilità del SSN da oltre un ventennio viene silenziosamente erosa da vari fattori: le mutate condizioni demografiche, economiche e sociali, la crescente introduzione sul mercato di false innovazioni tecnologiche, le conseguenze della modifica del Titolo V della Costituzione, le continue ingerenze della politica partitica nella programmazione sanitaria, la grande incompiuta dei Livelli Essenziali di Assistenza, il modello di aziende sanitarie come “silos” in continua competizione, l’evoluzione del rapporto paziente-medico, l’involutione del cittadino in consumatore di servizi e prestazioni sanitarie, l’aumento del contenzioso medico-legale.

A fronte del progressivo indebolirsi della sostenibilità del SSN, la politica si è limitata a occasionali rattoppi legislativi dettati dalla contingenza, dall’urgenza e non certo da una programmazione coerente con le problematiche che oggi affliggono tutti i sistemi sanitari e che non possono essere risolte da una maggiore disponibilità di risorse:

- L’estrema variabilità nell’utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie, non giustificata dalla eterogeneità clinica né dalle preferenze dei pazienti
- Gli effetti avversi dell’eccesso di medicalizzazione, in particolare la sovra-diagnosi e il sovra-trattamento
- Le diseguaglianze conseguenti al sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dall’*high value*
- L’incapacità di attuare efficaci strategie di prevenzione, specialmente quelle non medicalizzate
- Gli sprechi, che si annidano a tutti i livelli

¹ Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Al via il progetto della Fondazione GIMBE. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/articoli/pdf/e1000038.pdf

² Salviamo il Nostro SSN- Disponibile a: www.salviamo-SSN.it

Peraltro, se è certo che in Italia la spesa sanitaria continua a scendere, segnando nel 2013 un record negativo del -3.5%³, è bene ricordare che nei paesi industrializzati non esistono evidenze scientifiche che dimostrano una relazione diretta tra entità degli investimenti in sanità e miglioramento degli esiti di salute delle popolazioni⁴.

La sostenibilità dei sistemi sanitari rappresenta oggi una sfida globale, ma al tempo stesso non può essere ricondotta a una questione squisitamente di finanzia pubblica perché, in condizioni di crisi economica, tre sono le strategie che qualunque paese può mettere in atto per garantire la sostenibilità del proprio sistema sanitario (figura 1):

- **Ridurre il finanziamento pubblico**, investendo meno risorse alla sanità. In Italia questa strada continua ad essere ampiamente battuta, visto che dal 2012 la politica ha scelto di disinvestire pesantemente dal SSN sia per esigenze di finanzia pubblica, sia per investire su altri settori. Infatti, dopo i 25 miliardi sottratti da varie manovre finanziarie nel periodo 2012-2015, la sanità pubblica ha recentemente lasciato per strada altri 6,8 miliardi, rispetto a quanto definito nel Patto per la Salute, senza tenere in considerazione le raccomandazioni dell'OCSE che, nel rapporto sul SSN del gennaio 2015, ribadiva la necessità di "garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza". Al contrario, il defianziamento della sanità pubblica in Italia si sta pericolosamente avvicinando a limiti che non solo minano la qualità dell'assistenza, ma compromettono la salute delle persone e riducono l'aspettativa di vita.
- **Identificare altri canali di finanziamento**. Anche se i ticket rappresentano uno strumento impopolare per la politica e, oggi, poco sostenibile da una popolazione fortemente impoverita, le Regioni hanno autonomia di scelta come dimostrano i variegati e ripetuti interventi sulla compartecipazione alla spesa dei cittadini. Peraltro, la Legge di Stabilità 2016 ha confermato che le Regioni in piano di rientro potranno aumentare le aliquote fiscali locali per sanare il disavanzo sanitario. Nel frattempo, l'intermediazione assicurativa - in assenza di una governance istituzionale - si sta insinuando subdolamente tra incertezze delle Istituzioni e minori tutele della sanità pubblica, rischiando di trasformare lentamente, ma inesorabilmente, il modello di un SSN pubblico, equo e universalistico in un sistema misto.
- **Ridurre gli sprechi e aumentare il *value* dell'assistenza**, attraverso un rigoroso processo di disinvestimento e riallocazione delle risorse. Questa strategia è stata lanciata con il Patto per la Salute prevedendo che "I risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole regioni per finalità sanitarie". Tuttavia, a seguito del riaccendersi del conflitto istituzionale tra Stato e Regioni dopo il varo della Legge di Stabilità 2015, la maggior parte delle misure previste sono rimaste inattuare

³ OECD Health Data 2015. Uno sguardo sulla sanità 2015. Come si posiziona l'Italia? Disponibile a: www.oecd.org/italy/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-ITALY-In-Italian.pdf

⁴Hussey PS, Wertheimer S, Mehrotra A. The association between health care quality and cost: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158:27-34.

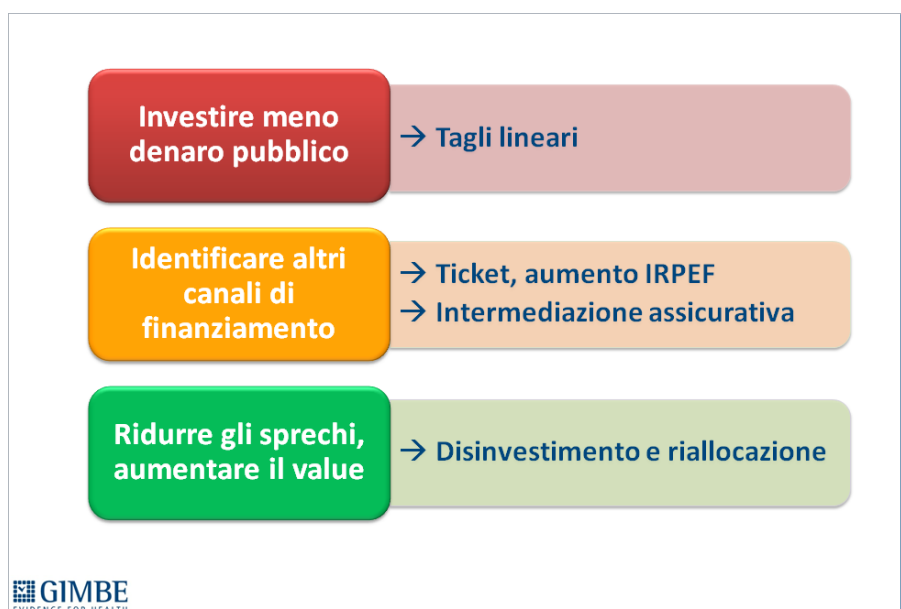


Figura 1

3. LA TASSONOMIA DEGLI SPRECHI E IL FRAMEWORK PER IL DISINVESTIMENTO IN SANITÀ

Per guidare Regioni, Aziende Sanitarie e professionisti nel processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze, quale strategia irrinunciabile per contribuire alla sostenibilità del SSN, nel 2014 la Fondazione GIMBE ha adattato al SSN la tassonomia degli sprechi di Don Berwick⁵ e definito il potenziale impatto delle sei categorie integrando le stime di diverse Istituzioni e organizzazioni nazionali (tabella 1).

Impatto degli sprechi sul SSN

Categoria sprechi	%	Mld €* (± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69 (6,15 – 9,23)
2. Frodi e abusi	20	5,13 (4,10 – 6,15)
3. Acquisti a costi eccessivi	16	4,10 (3,28 – 4,92)
4. Sotto-utilizzo	12	3,08 (2,46 – 3,69)
5. Complessità amministrative	12	3,08 (2,46 – 3,69)
6. Inadeguato coordinamento assistenza	10	2,56 (2,05 – 3,08)

*25,64 miliardi calcolati proiettando la stima di Don Berwick (23% della spesa sanitaria) sui 111,475 miliardi di spesa sanitaria pubblica nel 2014

Tabella 1

⁵ Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

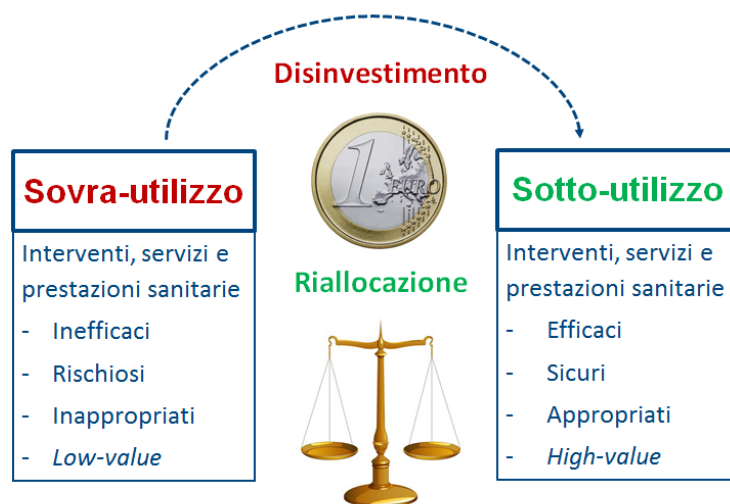
L'analisi dettagliata delle sei categorie di sprechi dimostra che per attuare un disinvestimento efficace è indispensabile un approccio di sistema che, coordinato da una regia nazionale ed attuato a livello di programmazione sanitaria regionale, deve estendersi a cascata all'organizzazione ed erogazione di servizi e prestazioni da parte delle aziende sanitarie, tenute a coinvolgere attivamente professionisti sanitari e cittadini, in particolare per le categorie di sprechi (sovra e sotto-utilizzo) fortemente connessi con l'eccesso di medicalizzazione e l'inadeguato trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazioni dei servizi sanitari.

- 1. Sovra-utilizzo.** Consistenti evidenze scientifiche documentano l'*overuse* di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal *low value* a tutti i livelli dell'assistenza e da parte di tutte le professioni sanitarie e discipline specialistiche: farmaci, test diagnostici, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri. Tuttavia, il sovra-utilizzo di prestazioni inappropriate, in particolare quelle diagnostiche, non può essere giustificato solo dalla medicina difensiva, alla quale si affiancano altre determinanti: l'ipotrofia del ragionamento ipotetico-deduttivo e il prevalere della strategia diagnostica esaustiva, le perverse logiche di finanziamento e incentivazione di aziende e professionisti basate sulla produzione - e non sull'appropriatezza - delle prestazioni, la medicalizzazione della società che genera continui atti di fede per la tecnologia, le crescenti aspettative di cittadini e pazienti per una medicina mitica e una sanità infallibile, il continuo turnover delle tecnologie che spesso immette sul mercato false innovazioni, decisioni e prescrizioni non sempre immuni da conflitti di interesse, le sentenze giudiziarie discutibili e gli avvocati senza scrupoli che contribuiscono a incrementare il contenzioso medico-legale.
- 2. Frodi e abusi.** Negli anni si è radicata in Italia una vasta rete del malaffare che sottrae preziose risorse alla sanità pubblica, particolarmente esposta a fenomeni opportunistici, perché caratterizzata da un inestricabile mix di complessità, incertezze, distorsione delle informazioni scientifiche, qualità poco misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. Tutti questi fattori rendono il sistema poco controllabile: di conseguenza, ingenti quantità di denaro sono esposte a condizionamenti impropri, che determinano varie tipologie di frodi, abusi e illeciti, sottraendo risorse preziose al SSN.
- 3. Acquisti a costi eccessivi.** La limitata implementazione dei prezzi di riferimento e l'assenza di regole ben definite su scala nazionale fanno sì che i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature, etc.), oltre che di beni e servizi non sanitari (lavanderia, mensa, pulizie, riscaldamento, utenze telefoniche, etc.), siano molto più alti del loro valore reale, con differenze regionali e aziendali assolutamente ingiustificate.
- 4. Sotto-utilizzo .** L'inadeguato trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi sanitari determina l'*underuse* di interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'*high value*. Il sotto-utilizzo ritarda o impedisce la guarigione dei pazienti, aumenta le complicanze, determina ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, genera assenze dal lavoro. Il sotto-utilizzo include anche la lotta contro stili di vita e comportamenti individuali che danneggiano la salute e per i quali esistono opportunità di prevenzione.
- 5. Complessità amministrative.** Il sovraccarico di obblighi burocratici sottrae tempo prezioso ai professionisti sanitari in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano una consistente voce di spesa del SSN. Questa categoria di sprechi è generata da

processi che aggiungono costi senza generare *value*, in particolare conseguenti a un mix tra eccessiva burocratizzazione, scarsa informatizzazione, ipertrofia del comparto amministrativo e mancata standardizzazione di tutti i processi non clinici con relative procedure.

- 6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza.** Gli sprechi si verificano sia tra ospedale e cure primarie, con assistenza del paziente in setting a eccessivo consumo di risorse rispetto ai bisogni, sia tra i vari servizi dello stesso setting per mancata standardizzazione dei percorsi assistenziali. Gli sprechi sono particolarmente evidenti per i pazienti con malattie croniche, nei quali l'assistenza a livello di cure primarie richiede un'appropriate integrazione con interventi specialistici e ricoveri ospedalieri.

Nel 2015 è stato sviluppato il framework per il disinvestimento, già oggetto di un protocollo di intesa siglato con l'Agenas⁶ e condiviso recentemente alla 7th EBHC International Conference, organizzata dalla Fondazione GIMBE e interamente dedicata alla riduzione degli sprechi e all'aumento del *value* in sanità⁷. Il framework include il disinvestimento da servizi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate (figura 2) e la riorganizzazione dell'assistenza secondo i principi della intensità di cura per superare la dicotomia ospedale-territorio sia con una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, sia con modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria (figura 3).



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Figura 2

⁶ Protocollo d'intesa tra Agenas e Gimbe contro sprechi e inefficienze. Disponibile a: www.agenas.it/protocollo-d-intesa-tra-agenas-e-gimbe-contro-sprechi-e-inefficienza

⁷ 7th International Conference for EBHC Teachers and Developers. Evidence for sustainability of healthcare: increasing value, reducing waste. Taormina (Italy), 28th - 31st October 2015. Disponibile a: www.ebhc.org

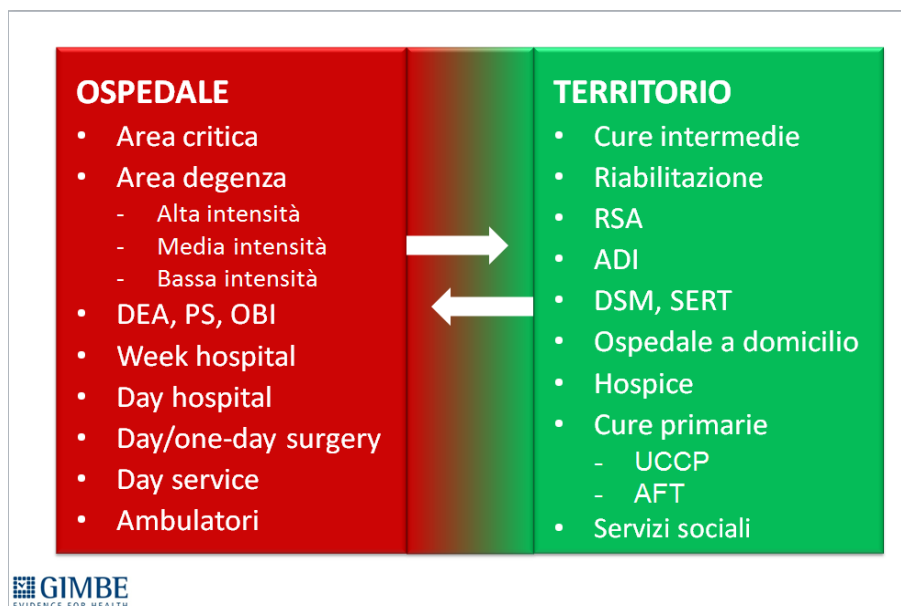


Figura 3

4. APPROPRIATEZZA PER LA SOSTENIBILITA': IL RUOLO DEL MEDICO

Se è vero che i tagli lineari rischiano di erodere il diritto costituzionale alla tutela della salute, la consapevolezza che le risorse non sono infinite rende necessario limitare gli sprechi, riducendo la prescrizione ed erogazione di interventi sanitari inefficaci e inappropriati per migliorare gli esiti di salute e contribuire alla sostenibilità del SSN. Al fine di combattere il sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie, da alcuni anni si è progressivamente diffuso il movimento *less is more* per contrastare un'idea di salute che si allontana sempre più dal concetto di "assenza di malattia" e cambiare la visione della medicina e dell'assistenza sanitaria. Tale approccio oggi appare come l'unica strada per raggiungere il triplice obiettivo che tutti i sistemi sanitari dovrebbero perseguire⁸: migliorare l'esperienza di cura del paziente, migliorare lo stato di salute delle popolazioni e ridurre il costo pro-capite per la spesa sanitaria.

Infatti, se l'etica del razionamento appartiene alla politica, l'etica della riduzione degli sprechi è legata soprattutto alla professionalità dei medici, con le loro prescrizioni diagnostico-terapeutiche⁹. Di conseguenza, tutti i professionisti sanitari e in particolare i medici, dovrebbero collaborare con le Istituzioni per identificare gli interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low value*, che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di risorse. Senza dimenticare che quando le evidenze scientifiche non supportano le richieste del paziente, il medico ha sempre il dovere etico di rifiutarle per contribuire a riformulare l'imperativo socio-culturale *more is better* – che ha trasformato il cittadino/paziente in consumatore – in *less is more*, vessillo di una medicina parsimoniosa. Oggi, infatti, una prescrizione appropriata in "scienza e coscienza" non può tenere conto solo della individualità del singolo paziente (*individualized medicine*), ma anche delle inaccettabili variabilità della prescrizioni (*population medicine*) perché il medico, in quanto gestore di

⁸ Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 2008 May-Jun;27:759-69

⁹ Brody H. From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *N Engl J Med* 2012;366:1949-51.

risorse pubbliche, è responsabile della sostenibilità del SSN. Di conseguenza, il termine “medicina personalizzata” non può essere utilizzato per legittimare la libertà professionale incondizionata del medico, ma definisce la sua capacità di presentare al paziente in maniera equilibrata rischi e benefici di test diagnostici e trattamenti al fine di favorire una decisione condivisa

5. CONCLUSIONI

Il messaggio della campagna “Salviamo il nostro SSN” è molto netto: la crisi di sostenibilità del SSN può essere superata solo attraverso un gioco di squadra, dove tutti gli stakeholders oltre a “rivendicare”, devono impegnarsi anche a “fare” e, soprattutto, a “rinunciare” con il fine ultimo di preservare la sanità pubblica alle future generazioni. A tal fine la Fondazione GIMBE richiama Governo, Regioni, professionisti e cittadini sulle loro responsabilità: per salvare realmente la sanità pubblica bisogna riallineare gli interessi di tutti gli stakeholders sull’obiettivo della legge 833/78, ovvero “promuovere, mantenere, e recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione”.

Il **Governo**, oltre a fornire ragionevoli certezze sulle risorse da destinare alla sanità pubblica, deve avviare un’adeguata governance per regolamentare su scala nazionale l’intermediazione assicurativa, identificando quali prestazioni, idealmente solo quelle non essenziali, possono coprire le risorse private. Inoltre, per garantire equità d’accesso a tutte le persone deve rendere realmente continuo l’aggiornamento dei LEA e potenziare gli strumenti di indirizzo e verifica nei 21 sistemi regionali.

Le **Regioni**, responsabili della “programmazione e organizzazione dei servizi sanitari”, alla luce del concorso alla finanza pubblica previsto dalla Legge di Stabilità 2016 e con la certezza che le risorse recuperate rimangono in sanità, devono impegnarsi ad avviare e mantenere un virtuoso processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze e riallocazione in servizi essenziali e innovazioni, responsabilizzando e coinvolgendo attivamente in questo processo le aziende sanitarie e queste, a cascata, professionisti sanitari e cittadini.

Per i **medici**, accanto alle ragionevoli rivendicazioni, è arrivato il momento di affrontare spinose questioni mai risolte attraverso radicali proposte di cambiamento, per restituire alla professione una leadership indiscussa. Dall’identificazione di servizi e prestazioni inefficaci e inappropriate per guidare il disinvestimento a un aggiornamento professionale che non si limiti all’attuale “creditificio”, dall’autoregolamentazione etica della libera professione alla gestione trasparente dei conflitti di interesse, da una sana collaborazione interprofessionale a una rinnovata relazione con il paziente sotto il segno del processo decisionale condiviso, abbandonando definitivamente il modello paternalistico.

Infine, dal canto loro, 60 milioni di **cittadini** devono ridurre le aspettative nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile, riconoscendo nel SSN il Servizio Sanitario Nazionale creato per tutelare la salute delle persone e non un “supermercato” dove tutti hanno diritto a tutto. Anche perché gli effetti collaterali degli eccessi di medicalizzazione, inclusi la sovra-diagnosi e il sovra-trattamento, peggiorano lo stato di salute, consumano preziose risorse e, paradossalmente, aumentano il contenzioso medico-legale.

Appendice

Carta GIMBE per la Salute e il Benessere delle Persone

Fondazione GIMBE

Via Amendola, 2 - 40121 Bologna

Tel. 051 5883920 - Fax 051 3372195

info@gimbe.org - www.gimbe.org

C.F. e P.IVA 03043421209

Capo I. Diritto costituzionale alla tutela della salute

- Art. 1.** L'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute dei cittadini italiani, ma non garantisce loro un accesso illimitato e indiscriminato a servizi e prestazioni sanitarie.
- Art. 2.** Il diritto costituzionale alla salute e la responsabilità pubblica della sua tutela devono essere frutto di una leale collaborazione tra Stato e Regioni.
- Art. 3.** La Repubblica deve preservare i cittadini da tutte le disuguaglianze, in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza di processi clinico-organizzativi e di esiti di salute.

Capo II. Finanziamento del SSN

- Art. 4.** Tagli e disinvestimenti in sanità compromettono, oltre alla salute, la dignità delle persone e le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi.
- Art. 5.** Nel rispetto dell'uguaglianza dei cittadini, l'acquisizione di risorse integrative dai privati non deve compromettere il modello di un SSN pubblico e universalistico.
- Art. 6.** Le risorse acquisite dall'intermediazione assicurativa dei privati devono finanziare prevalentemente prestazioni non essenziali.
- Art. 7.** Le modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini devono rispettare il principio costituzionale di equità contributiva evitando disuguaglianze nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza.

Capo III. Sostenibilità del SSN

- Art. 8.** Il SSN, nonostante i tagli, rimane sostenibile perché ingenti sprechi che si annidano a tutti i livelli possono essere recuperati attraverso un virtuoso processo di disinvestimento e riallocazione.
- Art. 9.** In un SSN sostenibile le migliori evidenze scientifiche devono guidare le decisioni professionali, manageriali e politiche che riguardano la salute delle persone, oltre che orientare le scelte di cittadini e pazienti (*evidence for health*).
- Art. 10.** Per garantire la sostenibilità del SSN il denaro pubblico deve finanziare solo interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'*high value*.

Capo IV. Politica e sanità

- Art. 11.** Il ruolo della politica partitica (*politics*) deve essere nettamente separato da quello delle politiche sanitarie (*policies*).
- Art. 12.** La salute delle persone deve orientare tutte le politiche sanitarie, industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali (*health in all policies*).
- Art. 13.** Le politiche sanitarie non possono essere ostaggio di interessi industriali solo perché il mercato della salute genera occupazione.
- Art. 14.** Le politiche sanitarie volte a tutelare il SSN devono uscire dall'ottica di un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine.

Capo V. Programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

- Art. 15.** La programmazione sanitaria deve essere guidata dall'epidemiologia di malattie e condizioni, dal *value* degli interventi sanitari e dai servizi esistenti.
- Art. 16.** La riorganizzazione dei servizi sanitari deve prevedere modelli sovra-aziendali per condividere percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane.
- Art. 17.** La dicotomia ospedale-territorio deve essere superata con una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura e con modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria.
- Art. 18.** Le aziende sanitarie devono monitorare sistematicamente e rendere pubblicamente le proprie performance (*accountability*).
- Art. 19.** Il management aziendale deve essere guidato dall'appropriatezza dei processi e dagli esiti di salute e non dalla produttività di servizi e prestazioni.
- Art. 20.** Le aziende sanitarie devono valorizzare il capitale umano con sistemi incentivanti orientati a ridurre gli sprechi e aumentare il *value* dell'assistenza.

Capo VI. Professionisti sanitari

- Art. 21.** La salute delle persone deve essere obiettivo primario di ogni forma di aggregazione e associazione professionale, trasformando le innumerevoli corporazioni competitive nei nodi di un network collaborativo.
- Art. 22.** Competenze e responsabilità dei professionisti devono integrarsi in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e centrati sul paziente.
- Art. 23.** Tutte le categorie professionali devono promuovere una medicina parsimoniosa (*less is more*), identificando gli sprechi conseguenti alla prescrizione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low value*.
- Art. 24.** I professionisti hanno il dovere etico di negare al paziente prestazioni inefficaci e inappropriate, consapevoli che la mancata prescrizione può generare insoddisfazione.
- Art. 25.** La pratica della medicina difensiva deve essere contrastata con informazioni e azioni a tutti i livelli, aumentando la consapevolezza sociale dei rischi e dei costi che genera.

Capo VII. Cittadini e pazienti

- Art. 26.** Il SSN deve informare cittadini e pazienti sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari, oltre che coinvolgerli attivamente nell'organizzazione e valutazione dei servizi sanitari.
- Art. 27.** Paziente e professionista sanitario devono convivere in una mutua relazione clinico-assistenziale, sociale ed economica, senza rivendicare alcuna posizione di centralità.
- Art. 28.** L'assistenza centrata sul paziente deve considerarne aspettative, preferenze e valori promuovendone il coinvolgimento insieme a familiari e caregivers, quali componenti di un unico team clinico-assistenziale.
- Art. 29.** I cittadini italiani, "azionisti" del SSN, devono essere consapevoli che la domanda inappropriata di prestazioni sanitarie contribuisce agli sprechi con ricadute in forma di imposte locali e mancate detrazioni.

Capo VIII. Ricerca

- Art. 30.** Gli investimenti destinati alla ricerca devono tradursi nel massimo beneficio per la salute e il benessere delle persone.
- Art. 31.** Il principale requisito etico della ricerca è rappresentato dalla sua rilevanza clinica o sociale.
- Art. 32.** L'agenda della ricerca deve essere indirizzata dalle aree grigie, previa revisione sistematica della letteratura.
- Art. 33.** La definizione delle priorità di ricerca deve coinvolgere attivamente cittadini e pazienti, per identificare quali interventi sanitari valutare e quali outcome misurare.

Capo IX. Formazione continua

- Art. 34.** Il fine ultimo della formazione continua dei professionisti sanitari non coincide con la mera acquisizione di conoscenze e skills, ma si identifica con la modifica dei comportamenti professionali.
- Art. 35.** La formazione continua e il miglioramento della competenza professionale sono determinanti fondamentali della qualità dell'assistenza.
- Art. 36.** I curricula dei professionisti sanitari e del management devono includere conoscenze e skills per erogare un'assistenza sanitaria centrata sul paziente, basata sulle evidenze, consapevole dei costi e ad *high value*.

Capo X. Integrità e trasparenza

- Art. 37.** La sopravvivenza della sanità pubblica è indissolubilmente legata all'integrità morale e alla professionalità di tutti gli attori coinvolti.
- Art. 38.** Un SSN equo e sostenibile deve mettere in atto azioni concrete per un'adeguata governance dei conflitti di interesse di tutti gli stakeholders.

Aiutaci a difendere un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico



Sottoscrivi
www.salviamo-SSN.it



Dona
www.gimbe.org/dona

