

# Carta GIMBE per la tutela della Salute

## Capo I. Diritto costituzionale alla tutela della salute

**Art. 1.** L'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute delle persone, ma non garantisce 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 le persone da tutte le disuguaglianze, in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza dei processi clinico-organizzativi e di esiti di salute.

## Capo II. Finanziamento del SSN

**Art. 4.** La riduzione del finanziamento pubblico in sanità danneggia la salute delle persone, ne lede la dignità e compromette la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi.

**Art. 5.** Le prestazioni coperte dai fondi integrativi devono essere ampliate al fine di ridurre la spesa out-of-pocket.

**Art. 6.** L'intermediazione assicurativa deve finanziare prevalentemente prestazioni non essenziali per non compromettere il modello di un servizio sanitario pubblico e universalistico.

**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.** Le risorse erose da sprechi e inefficienze possono essere recuperate attraverso un virtuoso processo di disinvestimento e reinvestite in servizi essenziali e innovazioni.

**Art. 9.** 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.** I livelli essenziali di assistenza devono includere solo interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato *value*.

## Capo IV. Politica e sanità

**Art. 11.** Il ruolo della politica partitica (*politics*) deve essere separato da quello delle politiche sanitarie (*policies*).

**Art. 12.** La salute delle persone deve guidare tutte le politiche del Paese: 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 la sanità pubblica non possono essere guidate da esigenze di risparmio a breve termine.

## Capo V. Programmazione e organizzazione 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.** La convivenza tra pubblico e privato deve avvenire sotto il segno di una sana integrazione e non di sterile competizione.

**Art. 19.** Le aziende sanitarie devono monitorare sistematicamente e rendicontare pubblicamente le proprie performance (*accountability*).

**Art. 20.** Il management aziendale deve essere guidato dall'appropriatezza dei processi e dagli esiti di salute, non dalla quantità di prestazioni erogate.

**Art. 21.** Le aziende sanitarie devono valorizzare il capitale umano con sistemi premianti orientati a ridurre gli sprechi e aumentare il *value* dell'assistenza.

## Capo VI. Professionisti sanitari

**Art. 22.** La salute delle persone deve essere obiettivo primario di ogni forma di associazione professionale, trasformando le innumerevoli corporazioni in un network collaborativo.

**Art. 23.** Competenze e responsabilità di tutti i professionisti sanitari devono integrarsi in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e centrati sul paziente.

**Art. 24.** Tutte le categorie professionali devono promuovere un'assistenza sanitaria parsimoniosa (*less is more*), identificando gli sprechi dovuti ad interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low value*.

**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 determina.

**Art. 26.** Medici e altri professionisti sanitari hanno il dovere etico di negare al paziente prestazioni inefficaci e inappropriate, consapevoli che la mancata prescrizione/erogazione può generare insoddisfazione.

**Art. 27.** L'esercizio della libera professione deve soddisfare i reali bisogni di salute del paziente, senza essere condizionato da conflitti di interesse.

## Capo VII. Cittadini e pazienti

**Art. 28.** Cittadini e pazienti devono essere informati sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari e coinvolti attivamente nell'organizzazione e valutazione dei servizi sanitari.

**Art. 29.** Paziente e medico devono convivere in una mutua relazione clinico-assistenziale, sociale ed economica, senza rivendicare alcuna posizione di centralità.

**Art. 30.** L'assistenza centrata sul paziente deve considerarne aspettative, preferenze e valori, promuovendone il coinvolgimento attivo insieme a familiari e caregiver.

**Art. 31.** I cittadini devono essere consapevoli che la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie genera sprechi con ricadute in forma di imposte e mancate detrazioni.

## Capo VIII. Ricerca biomedica

**Art. 32.** Gli investimenti destinati alla ricerca devono tradursi nel massimo beneficio per la salute e il benessere delle persone.

**Art. 33.** Il principale requisito etico della ricerca è rappresentato dalla sua rilevanza clinica o sociale.

**Art. 34.** Le priorità della ricerca devono indirizzarsi verso le aree grigie, identificate attraverso revisioni sistematiche della letteratura.

**Art. 35.** Cittadini e pazienti devono essere coinvolti attivamente nella definizione delle priorità di ricerca, per identificare quali interventi sanitari valutare e quali outcome misurare.

## Capo IX. Formazione continua

**Art. 36.** Il fine ultimo della formazione continua non si identifica con l'acquisizione di conoscenze e skills, ma consiste nella modifica dei comportamenti professionali.

**Art. 37.** Il miglioramento della competenza professionale è una determinante fondamentale della qualità dell'assistenza sanitaria.

**Art. 38.** I curricula dei professionisti sanitari e del management devono includere conoscenze e skills per erogare un'assistenza sanitaria basata sulle evidenze, centrata sul paziente e ad elevato *value*.

## Capo X. Integrità e trasparenza

**Art. 39.** La sopravvivenza della sanità pubblica è indissolubilmente legata all'integrità morale e alla professionalità di tutti gli attori coinvolti.

**Art. 40.** Un servizio sanitario equo e sostenibile deve mettere in atto azioni concrete per un'adeguata governance dei conflitti di interesse di tutti gli stakeholders.

Versione 2.2 del 28 febbraio 2017

**Aiutaci a difendere un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico**



**Sottoscrivi**  
[www.salviamo-SSN.it](http://www.salviamo-SSN.it)

**GIMBE**  
EVIDENCE FOR HEALTH

**Dona**  
[www.sostienigimbe.it](http://www.sostienigimbe.it)

