

L'anteprima esclusiva del Rapporto Gimbe che sarà presentato il prossimo 5 maggio

## Ecco il salvagente per il Ssn

Stop a frammentazione delle competenze, iniquità e disuguaglianze



Qualche ora dopo la conclusione della 9ª Conferenza nazionale Gimbe, dal salotto di "Porta a Porta" Matteo Renzi comunicava agli italiani che «i risparmi della spending review in sanità saranno reinvestiti nella sanità». Nei giorni successivi Cottarelli conferma quanto la Fondazione Gimbe sostiene da oltre due anni, ovvero che «il sistema sanitario nazionale è ancora sostenibile» e il ministro Lorenzin afferma che «ci sono ancora margini di recupero molto alti che vanno però fatti insieme alle Regioni». Indubbiamente la strada è ancora lunga, ma dopo l'inquietante, prolungato silenzio del Presidente del Consiglio sul tema Sanità, queste affermazioni rassicurano, seppur a parole, sulla volontà della politica di voler salvare il nostro Ssn.

Sarà vera gloria? Ai posteri l'ardua sentenza. E proprio il 5 maggio la Fondazione Gimbe presenterà la versione integrale del Rapporto Gimbe sul Ssn, di cui questo speciale fornisce un'anteprima esclusiva.

A fronte di un diritto costituzionale che garantisce «universalità ed equità di accesso a tutte le persone» e della legge 833/1978 che conferma la «globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini», oggi i dati smentiscono di continuo l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali su cui si basa il Ssn. Infatti, inaccettabili disuguaglianze regionali e locali fanno apparire come un lontano miraggio l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale, la reciprocità di assistenza tra le Regioni. Per risolvere questa inaccettabile situazione, due le azioni proposte dal Rapporto Gimbe: da un lato, il riordino della ripartizione delle competenze legislative concorrenti tra Stato e Regioni come individuate nel titolo V della Costituzione, articolo 117, per porre fine all'eccessiva frammentazione che rappresenta un fattore di grave complicazione istituzionale; dall'altro lato, il potenziamento delle capacità di

Un evento gratuito e senza sponsor per oltre 500 partecipanti provenienti da tutte le Regioni italiane e rappresentativi di tutte le professioni sanitarie. Questo il Dna della 9ª Conferenza nazionale Gimbe, a Bologna lo scorso 14 marzo, che ha puntato i riflettori sulla più grande conquista sociale dei cittadini italiani: un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

Silvio Garattini, Gavino Maciocco, Fausto Nicolini e Tonino Aceti, ospiti del Forum "Perché vogliamo smantellare il Servizio sanitario nazio-

nale?", hanno risposto alle provocazioni del presidente Nino Cartabellotta e alle domande del giornalista Guglielmo Pepe, concordando all'unisono che la Sanità pubblica è al tempo stesso una conquista sociale, ma anche fonte di sprechi che devono essere identificati ed eliminati con "sane" politiche di spending review.

I progetti di eccellenza del Laboratorio Italia, realizzati nelle Aziende sanitarie utilizzando le migliori evidenze disponibili sotto il segno della collaborazione multiprofessionale, hanno dimo-

strato che salvare il Ssn è una missione possibile. Il Premio Evidence è stato assegnato a Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e il Premio "Salviamo il Nostro Ssn" alla Regione Toscana. I Gimbe Awards individuale e 4Young sono andati rispettivamente ad Alda Cosola e Marika Giacometti dell'Asl To3. L'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna si è aggiudicato il Gimbe Award aziendale. Per il report integrale: [www.gimbe.org/conferenza2014-report](http://www.gimbe.org/conferenza2014-report)

Un anno dal lancio del progetto Salvia-mo il nostro Servizio sanitario nazionale, la Fondazione presenta un'anticipazione del Rapporto Gimbe sul Ssn, la cui versione integrale sarà pubblicata il 5 maggio 2014.

Punto di partenza del progetto è stata la prima stesura dei principi guida che configurano la vision della Fondazione Gimbe sulla sanità pubblica: definiti tenendo conto della legislazione vigente, del contesto politico, economico e sociale, oltre che di evidenze ed esperienze mutate da sistemi sanitari internazionali, tali principi sono stati sottoposti a valutazione pubblica per approvazione, modifiche e integrazioni.

La versione 2.0 dei principi guida ha generato la "Carta Gimbe per la Tutela della Salute e del Benessere dei Cittadini Italiani", una vera e propria declinazione dell'articolo 32 che costituisce la struttura portante del Rapporto Gimbe sul Ssn.

## Le cinque premesse che tutti devono conoscere

● **La Sanità è un mercato** e rappresenta una delle principali fonti di consumi-

simo da parte dei cittadini attorno alla quale ruotano gli interessi di numerose categorie di stakeholder. Per questo il Ssn è caratterizzato da un inestricabile mix di complessità, incertezze, asimmetria informativa, qualità difficilmente misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. La differente combinazione di questi fattori permette ai diversi stakeholder un livello di opportunismo tale da rendere il sistema poco controllabile. L'unica possibilità per mantenere un Ssn equo e universalistico è riallineare gli obiettivi divergenti e spesso conflittuali dei diversi stakeholder, rimettendo al centro l'obiettivo assegnato al Ssn dalla legge 833/1978 che lo ha istituito, ovvero: «Promuovere, mantenere e recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione».

● Nell'ultimo ventennio numerosi fattori hanno silenziosamente contribuito alla **progressiva crisi di sostenibilità del**

## Una «ricetta» in cinque mosse tra mercato e innovazione

**Ssn:** il mutamento delle condizioni demografiche, economiche e sociali, la crescente introduzione sul mercato di false innovazioni, le conseguenze della modifica del Titolo V della Costituzione, il perpetuarsi delle ingerenze della politica partitica nella programmazione sanitaria, la "grande incompiuta" dei Lea, la gestione delle aziende sanitarie come "silos" in continua competizione, l'evoluzione del rapporto paziente-medico e l'involutione del cittadino in consumatore.

● **Alcuni problemi dei sistemi sanitari del XXI secolo prescindono dalla disponibilità di risorse**, anzi spesso conseguono a una eccessiva medicalizzazione della società: le inaccettabili variabilità di processi ed esiti assistenziali, l'aumento dei rischi per i pazienti, gli sprechi e l'incapacità del sistema a massimizzare il value, le disuguaglianze e le iniquità, l'incapacità a prevenire le malattie.

● **Conoscenze.** La sostenibilità di un sistema sanitario, indipendentemente dal-

la sua natura (pubblico, privato, misto) e dalla quota di Pil destinata alla Sanità, non può più prescindere da adeguati investimenti per migliorare la produzione delle conoscenze (knowledge generation), il loro utilizzo da parte dei professionisti (knowledge management) e la governance dell'intero processo per trasferire le conoscenze all'assistenza sanitaria (knowledge translation). Le conoscenze, i cittadini e internet rappresentano di fatto i **driver della Sanità del XXI secolo.**

● **Innovazioni.** In ambito sanitario l'innovazione riguarda solitamente un processo o un prodotto che dovrebbe garantire benefici maggiori per la salute e il benessere delle persone. In realtà, negli ultimi 10 anni il mercato della salute è stato invaso da innumerevoli false innovazioni diagnostiche-terapeutiche, in particolare farmacologiche, secondo logiche di marketing che nulla hanno a che fare con il miglioramento degli esiti di salute. Quello che occorre al Ssn e, più in generale, al nostro Paese, sono vere e proprie **disrupting innovations**, innovazioni di rottura che, secondo Clayton Christensen, segnano una svolta rispetto al passato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

indirizzio e verifica dello Stato sui 21 servizi sanitari regionali, attraverso quattro interventi fondamentali per minimizzare iniquità e disuguaglianze in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza di processi clinici e organizzativi e di esiti di salute:

- (ri)definizione a livello nazionale dei requisiti minimi di accreditamento per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private e conseguente verifica;
- (ri)definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza dettagliando, oltre ai livelli e

sottolivelli, anche i servizi, le prestazioni e le procedure, al fine di identificare standard univoci di appropriatezza;

- definizione di un set multidimensionale di indicatori condiviso con le Regioni, per valutare le performance sanitarie in tutto il territorio nazionale utilizzando le stesse "unità di misura";
- produzione e continuo aggiornamento di standard nazionali (linee guida, Hta reports, strumenti decisionali per i pazienti) che sintetizzano con adeguato rigore metodologico le migliori evidenze disponibili al fine di guidare pianifi-

cazione e organizzazione dei servizi sanitari, pratica clinica e informazione dei cittadini.

Se queste azioni non saranno rapidamente programmate e attuate, è necessario che la politica si interroghi sull'opportunità di riformulare l'articolo 32 sostituendo la frase «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo» con «La Repubblica contribuisce a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo». Rispetto alla pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari il Rapporto Gimbe richiama i principi dell'Health ca-

re needs assessment, secondo i quali a guidare la programmazione sanitaria devono essere sostanzialmente tre elementi (figura 1): l'epidemiologia di malattie e condizioni, il value degli interventi sanitari e i servizi esistenti, una elementare "triangolazione" mai applicata nel Ssn per varie ragioni. Innanzitutto, l'epidemiologia delle malattie/condizioni è influenzata sia dalla estrema medicalizzazione della società che, fomentata da continue campagne di sensibilizzazione, aumenta la domanda di servizi e prestazioni non necessarie, sia dalla scarsa

rilevanza assegnata ad alcune condizioni (prevenzione non medicalizzata, non autosufficienza, malattie terminali). In secondo luogo, il value di servizi e prestazioni sanitarie non viene quasi mai valutato per decidere la loro introduzione/soppressione; infine, i servizi esistenti condizionano la riorganizzazione dell'offerta con meccanismi a volte competitivi, a volte finalizzati a proteggere interessi politici, industriali o di corporazioni professionali. In questo scenario completamente sregolato, figlio legittimo di una programmazione sanitaria inesistente, oggi ri-

## 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 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 il frutto di una leale collaborazione Stato-Regioni.

**Art. 3.** Lo Stato deve preservare i cittadini 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 degli investimenti pubblici in Sanità, oltre alla salute, compromette la dignità dei cittadini e le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che costituiscono il vero ritorno di questi investimenti.

**Art. 5.** Nel rispetto dell'uguaglianza dei cittadini, l'eventuale acquisizione di risorse aggiuntive dai privati non deve compromettere il modello di un Ssn pubblico e universalistico.

**Art. 6.** Le risorse acquisite dall'intermediazione assicurativa dei privati devono essere indirizzate su prestazioni non essenziali.

**Art. 7.** Le modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini devono rispettare il principio costituzionale di equità contributiva ed evitare disuguaglianze nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza.

## Capo III. Sostenibilità del Ssn

**Art. 8.** In un Ssn sostenibile le migliori evidenze scientifiche devono guidare tutte le decisioni professionali, manageriali e politiche che riguardano la salute delle persone (evidence for health).

**Art. 9.** Nonostante i tagli, il Ssn rimane sostenibile perché una percentuale consistente della spesa sanitaria può essere recuperata riducendo sprechi non più tollerabili.

**Art. 10.** Per garantire la sostenibilità del Ssn il denaro pubblico deve finanziare solo servizi, prestazioni e 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 dei cittadini deve orientare tutte le politiche non solo sanitarie, ma anche 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 o perché l'introduzione di specifiche misure di prevenzione può ridurre posti di lavoro.

**Art. 14.** Le politiche sanitarie volte a preservare il Ssn richiedono un'adeguata pianificazione che coinvolga tutte le categorie di stakeholders e 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 (ri)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 organizzativi sovra-aziendali per condividere percorsi assistenziali, tecnologie e competenze professionali.

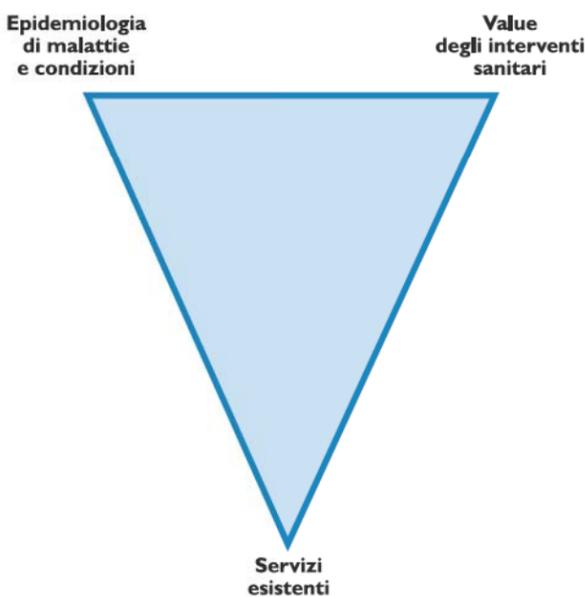
**Art. 17.** La dicotomia ospedale-territorio deve essere superata sia con una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, sia con modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria.

**Art. 18.** Tutte le aziende sanitarie devono monitorare sistematicamente e rendicontare pubblicamente le proprie performance.

**Art. 19.** Il management delle aziende sanitarie deve essere guidato dall'appropriatezza dei processi e dagli esiti di salute e non dalla produzione di servizi e prestazioni.



Fig. 1 - Il triangolo della programmazione sanitaria



## Il Manifesto della sostenibilità

La Fondazione Gimbe invita tutti i cittadini a sottoscrivere il Manifesto della Sostenibilità

- Un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza e la dignità di tutti i cittadini italiani.
- Le scelte politiche e le modalità di pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari hanno messo progressivamente in discussione l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali del Ssn.
- Il protrarsi di questo status ha determinato inaccettabili diseguaglianze, sta danneggiando la salute dei cittadini e rischia di compromettere la dignità delle persone e la loro capacità di realizzare le proprie ambizioni.
- Lamentare un finanziamento inadeguato, senza essere propositivi, fornisce un alibi per smantellare il Ssn, spiana la strada all'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati e aumenta le diseguaglianze sociali.

Il Tuo contributo è indispensabile per salvare il Nostro Servizio sanitario nazionale  
[www.salviamo-SSN.it](http://www.salviamo-SSN.it)

Figura 2

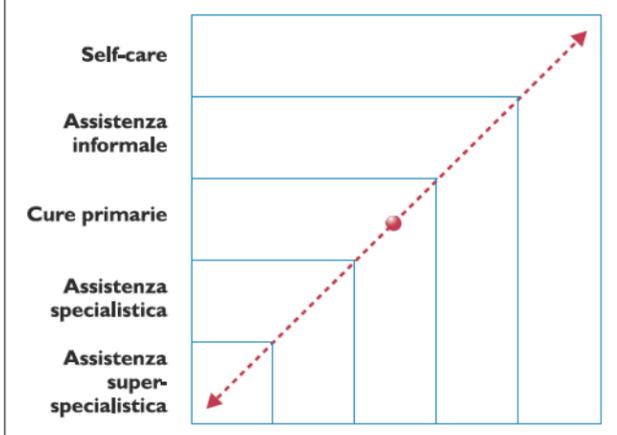
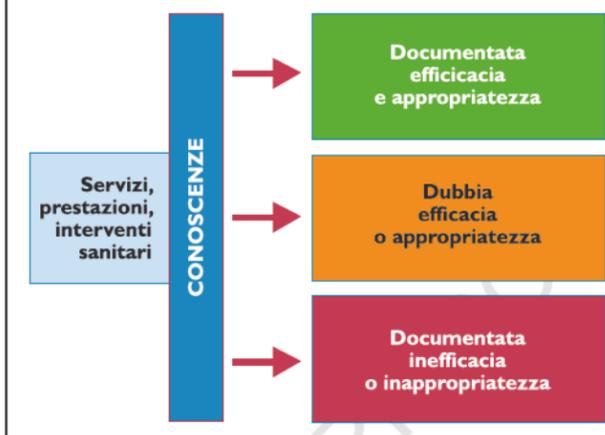


Figura 3



Le principali fonti di spreco in sanità

	Categoria sprechi	Mld di euro
1	Sovra-utilizzo interventi sanitari inefficaci/inappropriati	5,72
2	Frodi e abusi	4,62
3	Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi	4,18
4	Sottoutilizzo interventi sanitari efficaci/appropriati	2,64
5	Complessità amministrative	2,64
6	Inadeguato coordinamento dell'assistenza	2,20

sulta particolarmente complessa qualunque forma di riorganizzazione dei servizi sanitari, come testimoniano la mancata attuazione della riforma delle cure primarie e lo stallo in Conferenza Stato-Regioni della bozza di riordino della rete ospedaliera.

Tra le innovazioni di rottura del Rapporto Gimbe, la proposta di (ri)programmare l'assistenza secondo le necessità assistenziali della persona, abbandonando definitivamente la dicotomia ospedale-territorio (figura 2) e quella di ripensare alla governance dei rapporti tra fornitori e committenti, in particolare attraverso strumenti efficaci a ridurre le prestazioni inappropriate. Uno dei capisaldi del Rapporto Gimbe è che, nonostante i tagli, il Ssn rimane sostenibile, a patto di identificare ed eliminare gli sprechi che si annidano a tutti i livelli con la collaborazione di tutti gli stakeholders. A tal proposito il riferimento è alla tassonomia di Don Berwick (Ja-

ma 2012) che identifica sei categorie di sprechi, il cui impatto sul nostro Ssn potrebbe superare i 20 mld di euro/anno (vedi tabella). Illusorio, invece, affidarsi esclusivamente al lean management: le evidenze disponibili documentano infatti che questa strategia aumenta la produttività, senza alcun impatto sugli esiti assistenziali, perché l'incremento non riguarda esclusivamente servizi e prestazioni sanitarie efficaci o appropriate e rischia di generare esclusivamente un "efficientismo produttivo".

La revisione dei livelli essenziali di assistenza, ormai indifferibile, deve essere in grado di ripartire dai tre fondamentali principi di *evidence-based policymaking* enunciati dal Dm 29 novembre 2001 e mai attuati: ovvero i Lea devono includere quanto è di provata efficacia-appropriatezza, escludere quanto di provata inefficacia-inappropriatezza e prevedere la sperimentazione per interven-

ti, servizi e prestazioni sanitarie di dubbia efficacia e appropriatezza (figura 3). A tal proposito una delle azioni proposte è che almeno l'1% della quota di risorse destinate alle singole Regioni venga investita in ricerca sui servizi sanitari per fornire risposte al Ssn su priorità di salute che mancano di evidenze.

È inaccettabile che un Paese che spende 110 mld/anno per la Sanità investa in ricerca poco più dell'uno per mille (130 mln), fondi peraltro destinati prevalentemente alla ricerca di base e senza alcuna definizione delle priorità del Ssn. Altra proposta, relativa alle modalità di finanziamento, riguarda i fondi integrativi che devono essere utilizzati esclusivamente per prestazioni non essenziali: il "salvadanaio unico" dove confluiscono denaro pubblico, spesa *out-of-pocket* e fondi integrativi di assicurazioni private rischia infatti di aumentare iniquità e diseguaglianze.

Cruciale il ruolo dei professionisti sanitari, chiamati a collaborare con le Istituzioni e con le organizzazioni sanitarie a tutti i livelli per identificare interventi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal *low-value* che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di risorse, impossibile da identificare dalla politica. Questo da un lato presuppone la consapevolezza che in sanità l'imperativo dominante deve essere *less is more*, dall'altro richiede una nuova stagione di collaborazione, mettendo da parte tutte le lotte fratricide che, nella strenua difesa di interessi corporativi, hanno frammentato le professioni sanitarie rendendole incapaci di essere propositive e consentito alla politica di svuotare di contenuti professionali la programmazione sanitaria grazie all'antica strategia del dividi et impera.

Cittadini e pazienti, dal canto

loro, devono ridurre le aspettative nei confronti di una "medicina mitica", ma al tempo stesso meritano di essere adeguatamente informati dalle Istituzioni sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari, sia per ridurre le asimmetrie informative, sia per facilitare il processo decisionale condiviso.

*Last not but least*, è indispensabile riconoscere che una quota degli sprechi è alimentata dai conflitti di interessi che minano l'integrità del sistema a tutti i livelli, favorendo la diffusione di servizi, interventi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate, alimentando comportamenti opportunistici, se non addirittura abusi e comportamenti illeciti di cui emerge solo la punta dell'iceberg. In assenza di un'adeguata integrità e trasparenza della politica, dei manager, dei professionisti sanitari e degli stessi pazienti, tutte le azioni proposte per salvare il Ssn rischiano di essere vanificate.

Se un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico è una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutti i cittadini, metterlo in discussione significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, costituiscono il vero ritorno degli investimenti in Sanità. Ma questo ritorno, indispensabile per la ripresa economica del Paese, può essere avvistato solo da un esecutivo in grado di "volare alto" innanzitutto nel pensiero politico, poi nell'idea di welfare e finalmente nella (ri)programmazione socio-sanitaria coinvolgendo a carte scoperte tutte le categorie di stakeholders, uscendo dall'ottica di un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine.

Nino Cartabellotta  
 presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### e del benessere dei cittadini italiani

**Art. 20.** Le aziende sanitarie devono valorizzare il capitale umano con sistemi incentivanti orientati a ridurre gli sprechi, premiando l'erogazione di un'assistenza sanitaria a high value.

#### Capo VI. Professionisti sanitari

**Art. 21.** Tutte le forme di aggregazione e associazione dei professionisti sanitari devono mantenere al centro la salute dei cittadini italiani, trasformando le innumerevoli corporazioni competitive nei nodi di un network collaborativo.

**Art. 22.** Le competenze e le responsabilità di tutti i professionisti sanitari devono integrarsi in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e centrati sul paziente.

**Art. 23.** Tutte le categorie professionali devono contribuire a riformulare l'imperativo socio-culturale *more is better in less is more*, promuovendo una medicina sobria e parsimoniosa e identificando gli sprechi conseguenti alla prescrizione ed erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriate e dal low value.

**Art. 24.** I professionisti sanitari hanno il dovere etico di negare al paziente prestazioni inefficaci e inappropriate, nella consapevolezza 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 nella consapevolezza sociale dei danni e dei costi che produce.

#### 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 sempre convivere in una mutua relazione clinico-assistenziale, sociale ed economica, senza rivendicare alcuna posizione di centralità.

**Art. 28.** L'assistenza centrata sul paziente deve considerare aspettative, preferenze e valori e promuoverne coinvolgimento ed empowerment insieme a familiari e caregivers, quali componenti di un unico team clinico-assistenziale.

**Art. 29.** I cittadini contribuenti, in qualità di "azionisti" del Ssn, devono essere resi consapevoli che la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie contribuisce agli sprechi, con pesanti 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, evitando ogni forma di spreco.

**Art. 31.** Il principale requisito etico della ricerca è rappresentato dalla sua rilevanza clinica o sociale.

**Art. 32.** La definizione dell'agenda della ricerca deve essere indirizzata dalle aree grigie, previa revisione sistematica della letteratura.

**Art. 33.** La definizione dell'agenda della ricerca deve prevedere il coinvolgimento attivo di 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 rappresentano determinanti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

**Art. 36.** I curriculum formativi dei professionisti sanitari e del management devono includere conoscenze e skills per pianificare ed 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.