

IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO ALLA PROVA DELLE CRISI SISTEMICHE E DEL MUTATO CONCETTO DI SALUTE.

La dottrina *Value Based* e le possibili applicazioni nella gestione dell'emergenza Covid-19.

Damiano Fuschi¹

Abstract: Ormai da oltre un decennio si discute sulla riorganizzazione dei sistemi sanitari universali in termini di efficientamento delle risorse finanziarie utilizzate per l'erogazione di cure e, allo stesso tempo, di introdurre un percorso clinico del paziente che conferisca maggior valore all'*outcome* clinico. La sanità italiana si è trovata, infatti, a fronteggiare diversi ostacoli di natura strutturale e organizzativa che sono diventati quanto mai evidenti in seguito al diffondersi del virus Sars CoV-2. La trasformazione dei servizi in base ai principi e ai concetti della *Value Based Health Care* rappresenta una possibile ed efficace soluzione per garantire l'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale verso una maggiore efficienza.

Abstract: For about a decade, the reorganization of universal health systems to increase the efficiency of the financial resources used for the provision of care has been debated. At the same time, the introduction of a clinical pathway for the patient that gives greater value to the clinical outcome has been widely discussed. In fact, Italian Healthcare System is facing various obstacles of a structural and organizational nature that have become very evident following the spread of the Sars CoV-2 virus. The transformation of services based on the principles and concepts of Value Based Health Care represents a possible and effective solution to ensure the evolution of the National Health System towards greater efficiency.

SOMMARIO: **1.** Premessa; **2.** Value Based Health Care e Sistemi Sanitari in crisi; **3.** Il contesto italiano; **4.** Conclusioni.

¹ Assegnista di Ricerca di diritto pubblico comparato, Università degli Studi di Pavia

1. Premessa.

Già in tempi remoti la salute formava oggetto di attenzione da parte dei soggetti che esercitavano i pubblici poteri. In un lemma pubblicato nell'Enciclopedia Treccani si rammenta che la "salute" per gli antichi romani era una divinità venerata in quanto aveva diretto rapporto con la "felicità ed il benessere dello Stato" per cui si faceva ricorso alle espressioni "*salus publica*" e "*salus populi romani*". Il culto di questa divinità rivestiva un significato politico e sociale. Solo di riflesso veniva considerata rilevante anche la "buona salute dei cittadini", ritenendo che lo stato fisico dei sudditi fosse d'interesse anche per la pubblica salute, cioè per il benessere collettivo². L'interesse pubblico per questi profili viene meno nelle epoche di decadenza, fino a ritenere superflua questa funzione, ammettendo pratiche che possono avere effetti assai nocivi sull'igiene pubblica e sulla salute collettiva (tanto in tema di sfruttamento delle risorse e di ambiente quanto riguardo alla prevenzione sanitaria). Solo agli albori del XIX sec. si può parlare di una vera e propria "legislazione sanitaria". Parimenti si manifestarono allora anche le prime forme di organizzazione internazionale per la tutela dell'igiene e della salute, con particolare riferimento all'esigenza di combattere e limitare gli effetti epidemici, iniziative queste da cui ha tratto fondamento l'idea di una cooperazione stabile tra gli Stati, tradotta nello Statuto dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) costituita dalle Nazioni Unite il 22 luglio 1946, con sede a Ginevra. La Costituzione italiana, al pari di altre costituzioni della comune nomenclatura europea, già efficacemente segnalata dal Mirkine-Guetzevitch³, impegna la Repubblica alla tutela della salute come fondamentale diritto di ogni persona ed interesse generale della collettività⁴.

2. Value Based Health Care e Sistemi Sanitari in crisi.

Ormai da circa un decennio si discute sulla rimodulazione dei sistemi sanitari universali in termini di efficientamento delle risorse finanziarie utilizzate per l'erogazione di cure e, allo stesso tempo, di un percorso clinico del paziente che conferisca maggior valore all'*outcome* clinico. Nello specifico, si intende per *outcome* una preliminare valutazione globale del paziente che prenda in considerazione l'intero quadro clinico e cerchi di intervenire in modo sinergico in modo da ridurre in contatti con le strutture (e.g. effettuare accessi ospedalieri diversificati in base alla

2 G. CORDINI, prefazione G. BAJ - D. FUSCHI - F. C. RAMPULLA - A. VENTURI, Modelli sanitari e Value Based Health Care System, Tab Edizioni, Roma 2020 p.2

3 B. MIRKINE-GUETZEVICH - S. COTTA, I metodi di studio del diritto costituzionale comparato, «Il Politico» (1951), pp. 181-195.

4 *Ibid*

patologia per sottoporsi a visite di diversi specialisti che non sono in contatto tra di loro), ridurre al minimo la degenza ospedaliera potenziando la telemedicina laddove possibile e, infine, realizzare un miglioramento nello stato di salute del paziente dopo la fruizione delle cure. Aspetti, questi, che oggi, durante la pandemia che sta vessando l'intero pianeta, appaiono quanto mai attuali. Inoltre, quanto stiamo vivendo ha messo a nudo la fragilità e l'inadeguatezza di alcuni aspetti del nostro SSN in maniera repentina, per queste motivazioni una riflessione su una completa revisione dell'approccio all'erogazione di cure è necessario.

Seguendo il filone della dottrina economica riferita all'organizzazione di una rete di "acquisti strategici," è utile considerare esperienze in materia rispetto agli assetti e alle politiche di gestione della sanità pubblica di Stati membri dell'Unione al fine di trarne degli indicatori utili a giustificare e sottolineare la necessità di un nuovo paradigma di gestione della sanità pubblica, al fine di generare una prassi virtuosa che porti benefici a tutti gli attori (pazienti, strutture che erogano la cura e casse pubbliche e private). Inoltre, con l'entrata in vigore del Reg. 745/2017 che prescrive l'applicazione di controlli stringenti sui c.d. *medical device ex ante* ed *in itinere* per motivi di sicurezza, si ha la possibilità di enucleare e dettagliare tutti quei parametri che, come verrà analizzato, hanno un ruolo centrale per impostare le prestazioni in modo da applicare una logica *pay for performance*⁵.

Un altro aspetto chiave relativo allo studio in oggetto è relativo ai principi enucleati nella c.d. dottrina Porter riguardante i principi della "value-based competition" così riassumibili:

- a) L'obiettivo principale deve strettamente essere connesso al beneficio che il paziente trae dalle cure e non solamente alla riduzione dei costi.
- b) La concorrenza deve essere basata anche sui risultati generati.
- c) La concorrenza dovrebbe essere impostata sulla condizione medica, tenendo conto eventualmente di patologie concorrenti, durante l'intero processo di cura.
- d) Alta qualità = minori costi.
- e) Il valore degli effetti delle cure deve essere calcolato tenendo conto anche delle caratteristiche del fornitore (e.g. l'esperienza dello stesso).
- f) La concorrenza non deve essere solamente circoscritta al livello locale
- g) I risultati a supporto di tale competizione devono essere ampiamente diffusi e disponibili

⁵ Sul punto si veda, *ex multis*, M. MCCLELLAN, *Reforming payments to healthcare providers: The key to slowing healthcare cost growth while improving quality?*, «Journal of Economic Perspectives», 25/2 (2011), pp. 69-92.

h) L'innovazione che incrementa il valore delle cure (benessere dei pazienti e vantaggi economici) deve essere fortemente ricompensata.⁶

Le problematiche emerse rispetto alla possibilità di trasporre nel nostro ordinamento i principi della *Value Based Health Care* (VBHC) necessitano una contestualizzazione normativa.

Questa necessità è dettata dalla portata sistemica e dalle ricadute che si potrebbero ravvisare nel nostro ordinamento in seguito ad una piena applicazione di un modello basato sull'intero ciclo di cure e non impostato, come avviene attualmente, secondo una logica di rimborso di ogni singola prestazione.

3. Il contesto italiano.

La sanità italiana si è trovata negli ultimi decenni a fronteggiare diversi ostacoli di natura strutturale e organizzativa (su tutti, l'esperienza che più ha influito sulle inefficienze della sanità italiana è riferibile alla riforma del titolo V della Costituzione italiana che, in un fallito anelito di federalismo, ha accentrato in capo alle Regioni la gestione della sanità pubblica)⁷. Sintomo del mal funzionamento del sistema è il copioso contenzioso giurisprudenziale in capo alla Corte Costituzionale tra Regioni e Stato in materia sanitaria⁸.

Il dilemma che si pone nel contesto attuale, pertanto, è quello di attuare in maniera efficiente e, soprattutto, funzionale la massimizzazione del risultato sia economico (di contenimento della spesa) sia clinico (soddisfazione del paziente e, in ultima istanza, aumento della qualità e delle prospettive di vita). Il processo di cambiamento, le

6 M. E. PORTER - E. O. TEISBERG, *Redefining health care: creating value-based competition on results*, Harvard business press, 2006.

7 R. BALDUZZI - D. G. G. Curr, *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, 2002.

8 Sul punto si veda, ex multis: L. CUOCOLO, *I rapporti Stato-Regioni in materia farmaceutica, tra diritti costituzionali e contenimento della spesa* (2008); F. PIZZETTI, *Le "nuove" Regioni italiane tra Unione Europea e rapporti esterni nel quadro delle riforme costituzionali della XIII legislatura. Nuovi problemi, compiti e opportunità per il potere statutario delle Regioni e per il ruolo del legislatore statale e regionale*, «Le regioni», 29/5 (2001), pp. 803-840; P. BILANCIA, *Ancora sulle competenze delle regioni in materia di rapporti internazionali* (2002); A. VENTURI, *La "tutela della concorrenza": da "valore materia" a "materia valore"*. La Corte conferma il riparto Stato-Regioni operato dal codice De Lise, «Le Regioni», 36/2 (2008), pp. 407-428; S. Musolino, *I rapporti Stato-regioni nel nuovo titolo V: alla luce dell'interpretazione della Corte costituzionale*, Vol. 5, Giuffrè Editore, 2007. In particolare si faccia riferimento al rapporto Stato-Regione durante la gestione della pandemia da Sars CoV-2 a: F. Bilancia, *Le conseguenze giuridico-istituzionali della pandemia sul rapporto Stato/Regioni*, «Diritto pubblico», 26/2 (2020), pp. 333-360.

mutate necessità contingenti, le crisi economiche e, soprattutto, le nuove caratteristiche epidemiologiche della popolazione mettono in evidenza come sia necessaria una nuova prospettiva di azione nella gestione di queste attuali criticità⁹. Queste valutazioni che mettono in evidenza le mutate specificità della società in relazione alla salute, sono oggi quanto mai urgenti; la crisi sanitaria che sta interessando tutto il pianeta in seguito alla diffusione pandemica del virus Sars CoV-2 ha messo in evidenza i limiti del sistema sanitario italiano, limiti ascrivibili, principalmente ai tagli lineari alla spesa avvenuti negli ultimi anni. È utile ricordare, inoltre, che nell'ambito della gestione delle malattie metaboliche, che interessano in maniera sempre più incisiva la nostra società¹⁰, si viene a creare una problematica standardizzata relativamente a costi e gestione di tali criticità. Questi aspetti mettono in evidenza come sia necessario da parte del policy maker italiano e, in via generale, da parte di tutti gli attori sanitari una inversione di tendenza rispetto ai modelli precedenti per poter gestire al meglio e ottimizzare il processo di erogazione di servizi di tipo medico.

La costante evoluzione scientifica in ambito sanitario porta a problemi di gestione del paziente che non trovano, per ovvie ragioni, immediata risposta nel contesto giuridico vigente¹¹. La norma arriva sempre in "ritardo" quando deve occuparsi di una nuova fattispecie determinata dall'evoluzione scientifica e tecnologica. La costante ricerca scientifica introduce delle specificità non inquadrabili perfettamente negli schemi giuridici in vigore e, di conseguenza, il Legislatore è chiamato a disciplinare il modificato contesto. È ovvio che un processo di revisione della normativa di settore può portare a risultati negativi per la ricerca scientifica stessa. Da un lato, operare in un contesto normativo non aggiornato o, addirittura, in un contesto di vuoto normativo, può produrre effetti di ritardo nell'approdo a nuove evoluzioni tecniche ovvero ad una situazione di stallo della ricerca. Dall'altro lato il rischio risiede in un processo di aggiornamento rapido. La rapidità può essere foriera di una scarsa attenzione agli aspetti peculiari della ricerca scientifica e della erogazione delle cure e, conseguentemente, il mondo della ricerca si troverebbe ad operare in un contesto svantaggioso rispetto a quello precedente. Un esempio tipico di un risultato del genere è quanto sta avvenendo in tema di *cyber security* e AI. Norme risalenti nel tempo riscritte sotto una veste "digitale" che non colgono la portata dell'utilizzo di tecnologie rivoluzionarie (e.g. blockchain, criptovalute) e non

9 D. MORANA, La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi (2018).

10 M. G. SAKLAYEN, *The global epidemic of the metabolic syndrome*, «*Current hypertension reports*», 20/2 (2018), pp. 12.

11 S. RANCHORDÁS, *Innovation-friendly regulation: The sunset of regulation, the sunrise of innovation*, «*jurimetrics*», 55 (2014), pp. 201.

conducono alla piena realizzazione delle potenzialità che l'applicazione delle stesse potrebbe fornire alla società¹².

L'assistenza sanitaria è sempre meno pertinenza di una singola professionalità o specialità medica, è sempre più necessario agire in contesti multi-specialistici e multi-professionali in cui l'elemento centrale diviene il coordinamento e l'integrazione tra servizi e professionalità che intervengono in momenti diacronici di uno stesso percorso o contemporaneamente sullo stesso paziente.

Considerato il sistema pubblico di erogazione delle cure mediche italiano, in cui la spesa sanitaria è finanziata tramite la tassazione e solo una minima parte è coperta dal paziente¹³, è evidente, quanto sia urgente, in un contesto di penuria di risorse finanziarie, per di più condizionato dai vincoli costituzionali posti a bilancio, un intervento di efficientamento dei servizi sanitari. Trasformazione da configurare in modo tale che sia funzionale alla sostenibilità economica e all'integrazione di azioni e competenze nella gestione dell'intero *iter* del paziente. È proprio in funzione dell'integrazione dell'assistenza sanitaria e della trasformazione dei servizi che i principi e i concetti della VBHC rappresentano una possibile ed efficace soluzione per garantire l'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale. Concetti, questi, utili ad avviare un processo di riforma, da seguire come un possibile riferimento per giungere a un risultato già sperimentato altrove. Analizzare le prassi e prendere atto dei risultati positivi che questi modelli hanno consentito di raggiungere è utile ad avere chiari gli obiettivi da perseguire utilizzando gli strumenti messi a disposizione dal nostro ordinamento.

Considerate queste premesse, come già evidenziato, è necessario un cambiamento di paradigma a livello giuridico poiché *rebus sic stantibus* risulta difficile individuare, ovviamente in ambito pubblico, ma anche in tutti quegli attori privati che per tipologia ed erogazione del servizio, sono assoggettati alla disciplina pubblicistica, una via chiara e definita che permetta l'applicazione dei principi di VBHC.

Un modello di piena derivazione Value Based non può essere implementato in un contesto, come quello italiano, basato su gare d'appalto standard in cui, per l'acquisto delle forniture necessarie ad espletare i vari processi clinici, medici e chirurgici delle strutture, ci si deve conformare all'offerta più bassa ovvero l'offerta economicamente più conveniente che potrebbe però essere foriera di un maggior dispendio nel medio periodo¹⁴.

12 K. YEUNG, *Regulation by blockchain: the emerging battle for supremacy between the code of law and code as law*, «The Modern Law Review», 82/2 (2019), pp. 207-239.

13 F. LONGO - A. RICCI, "Il sistema sanitario italiano: un sistema in equilibrio che ha appreso la meccanica dell'innovazione, incerto sul senso di marcia (2018).

14 G. L. ALBANO - F. A. RUSSO, Problemi e prospettive del *Public Procurement* in Italia tra esigenze della pubblica amministrazione e obiettivi di politica economica, «Economia Italiana» /3 (2009), pp. 809.

La nostra Carta Costituzionale proclama il diritto alla salute all'art. 32 Cost. che è sancito come "diritto fondamentale dell'individuo"¹⁵. È immediato e di facile comprensione il valore che i Costituenti hanno conferito a questa materia: non si parla di cittadini, di italiani, o di altre categorizzazioni rispetto allo *status* giuridico della persona, si fa riferimento all'individuo in generale¹⁶. Questa precisazione è necessaria poiché, in ultima analisi, i parametri sono quantificabili, innanzitutto, in relazione al target di individui che possono accedere direttamente al servizio preso in considerazione.

Il termine "individuo" pertanto mette in evidenza come il sistema italiano sia configurato in maniera assistenzialistica poiché valorizza la generale condizione di essere umano e non solamente quella di cittadino italiano o europeo¹⁷. Aspetto, questo, che incrementa il capitolo di spesa sanitaria¹⁸.

Riguardo, invece, il termine "fondamentale" utilizzato nell'art. 32 Cost. la dottrina non è unanime nella sua interpretazione. Si può individuare un indirizzo che rileva in questo termine i requisiti di essenzialità e inviolabilità¹⁹; altri Autori, invece, ravvisano che la fundamentalità del diritto alla salute è da cogliere soprattutto nelle

15 Art. 32 Cost. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

16 G. CORDINI, *Elementi per una teoria giuridica della cittadinanza. Profili di Diritto Pubblico Comparato*, CEDAM, Padova 1998.

17 B. R. DI IORIO, *Articolo 32: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. È proprio così?*.

18 L. ANTONINI, *La sussidiarietà e la cifra democratica del patto costituzionale*, «Che cos' è la sussidiarietà. Un altro nome della libertà» (2007), pp. 213-226.

19 Riguardo al carattere di inviolabilità della persona di fronte ai trattamenti sanitari è utile una breve contestualizzazione. L'On. MORO così spiego le finalità del secondo comma: «[...] si vuole soltanto vietare che la legge, per considerazioni di carattere generale e di male intesa tutela degli interessi collettivi, disponga un trattamento del genere [*il riferimento riguardava la pratica della sterilizzazione*]. I casi invece di carattere generale da applicarsi a tutti i cittadini devono essere disposti per legge entro quei determinati limiti di rispetto della dignità umana». Ciò avveniva per scongiurare pratiche lesive della dignità umana che si erano consumate nei campi di sterminio nazisti. Inoltre, richiamando le parole del Giudice delle leggi - "appronta una tutela che è centrale nel disegno costituzionale, avendo ad oggetto un diritto inviolabile, quello della libertà personale, rientrando tra i valori supremi, quale indefettibile nucleo essenziale dell'individuo, non diversamente dal contiguo e strettamente connesso diritto alla vita ed all'integrità fisica, con il quale concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto, della persona". Nell'ampia bibliografia di riferimento, ci si riferisca a: A. PIZZORUSSO - R. ROMBOLI - U. BRECCIA, *Atti di disposizione del proprio corpo*, Plus, 2007; S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Gius. Laterza & Figli Spa, 2012; S. GAMBINO, *Diritto alla vita, libertà di morire con dignità, tutela della salute. Le garanzie dell'art. 32 della Costituzione*, «Revista de Ciencias Jurídicas» (2009).

ipotesi di contrasto con altri diritti catalogati nella Carta Fondamentale. Il carattere dichiaratamente “fondamentale” o “primario” delle diverse situazioni giuridiche ad essa riconducibili, lungi dal rimandare a un presunto “carattere preminente” o a una “rigida gerarchia”, implicano “il continuo e vicendevole bilanciamento tra principi e diritti fondamentali”²⁰.

Quest’ultima interpretazione è, senza dubbio, quella maggioritaria in giurisprudenza. Inteso in tal modo, il termine “fondamentale” diventa un necessario strumento al servizio dell’interprete e, quando accostato ad uno dei diritti costituzionalmente garantiti, questo può significare che l’operazione di bilanciamento avverrà in modo da conferire la necessaria rilevanza ai fattori in gioco, senza assolutizzarne alcuno²¹. In ogni caso, un diritto fondamentale non sfugge alla comparazione con altri valori e diritti, il bilanciamento deve sempre essere garantito; come già evidenziato, questo può significare una sorta di “ponderazione rafforzata”, ma non può sottrarre la materia definita fondamentale dal dibattito giuridico che mira all’equilibrio dei valori costituzionalmente garantiti²².

20 F. MINNI - A. MORRONE, Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana, «Rivista della Associazione dei Costituzionalisti Italiani» /3 (2013), si rinvia anche alla sent. n. 85/2013, che risolve con una decisione di infondatezza il “caso Ilva”, componendo così un complesso conflitto di valori costituzionali (tutela della salute, tutela dell’ambiente, tutela del lavoro) collegato alla vicenda di un importante stabilimento siderurgico nazionale situato a Taranto in Puglia (chiuso dal giudice per ragioni di inquinamento e di protezione della salute dei lavoratori e, poi, autorizzato a riprendere il ciclo produttivo dal Governo, a garanzia dei livelli occupazionali, mediante un decreto-legge poi portato all’attenzione della Corte costituzionale).

21 Per un approfondimento sul punto si veda, *ex multis*, C. MEZZANOTTE, Processo costituzionale e forma di governo, «Giudizio a quo e promovimento del processo costituzionale», 69 (1990) dove è la particolarmente significativa la notazione finale secondo cui «il processo costituzionale non è la culla delle coerenze processuali poiché in esso si celebra una vicenda che riguarda l’effettività del sistema di governo nel suo complesso, e nel quale si sottopone a una sorta di bilanciamento, espresso, tacito o implicito, tutto quanto ha rilievo ai fini di un esito ragionevole, non importa se processuale o di merito, delle questioni di costituzionalità». Un altro approccio dottrinale, sempre indirizzato a non assolutizzare nessun valore costituzionale e ad agire nei limiti tracciati dalla Carta Fondamentale, è mirabilmente approfondito in E. MALFATTI - S. PANIZZA - R. ROMBOLI, Giustizia costituzionale. Atti normativi (2013) secondo cui - ferma una certa qual flessibilità dei canoni riguardanti il bilanciamento dei valori costituzionali, alla cui messa a punto, peraltro, la stessa Corte fattivamente concorre - indisponibile appare il bisogno di un uso lineare ed uniforme degli stessi, in esso rinvenendosi dunque la radice prima e più salda delle certezze di diritto costituzionale che la Corte è quotidianamente chiamata a dare coi suoi verdetti. Su quest’ultimo aspetto ci si riferisca anche a A. RUGGERI, Il problematico “bilanciamento” tra politica e diritto costituzionale (tornando a riflettere su Corte cost. n. 303 del 2003), «Le regioni», 36/4-5 (2008).

22 Per un approfondimento sul punto si veda, *ex multis*, C. MEZZANOTTE, Processo costituzionale e forma di governo, «Giudizio a quo e promovimento del processo

Il 2 marzo 2012 è stato siglato dagli Stati membri dell'Unione europea il Trattato sulla stabilità, sul Coordinamento e sulla Governance²³ (TSCG)²⁴. Il Trattato, al quale hanno aderito, inizialmente, venticinque Paesi membri (tutti, tranne il Regno Unito e la Repubblica Ceca), ha posto la vera svolta nella governance economica tra i diversi livelli di governo.

Con esso viene ribadito il principio della riduzione di 1/20 del rapporto debito su PIL per la parte eccedente al 60% stabilito a Maastricht. Con il Trattato sulla stabilità, sul coordinamento e sulla governance, gli Stati membri registrano disposizioni in materia di bilancio sia a livello costituzionale che a livello di legge ordinaria.

Nel caso di specie bisogna far riferimento al contrasto derivante tra il vincolo di spesa dettato dal novellato art. 81 Cost. che ha veicolato i dettami del TFUE²⁵ (trattato sul funzionamento dell'Unione europea) nella nostra Costituzione, e il già citato art. 32 Cost. La Corte Costituzionale ha affermato più volte, nel corso degli anni, la necessità di effettuare il bilanciamento tra valori costituzionali, nel caso di specie «il diritto ai trattamenti sanitari necessari alla tutela della salute è garantito ad ogni persona come diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti»²⁶; ha sempre fatto presente, però, che questa operazione vuole la attenta ponderazione della rilevanza costituzionale dei valori in campo e, con riguardo specifico sempre al diritto alla salute, non è ammissibile che l'esito del bilanciamento sia un pregiudizio delle prerogative fondamentali derivanti dal diritto di cui siamo titolari. È possibile individuare un "nucleo essenziale" del diritto alla salute che

costituzionale», 69 (1990) dove è la particolarmente significativa la notazione finale secondo cui «il processo costituzionale non è la culla delle coerenze processuali poi- ché in esso si celebra una vicenda che riguarda l'effettività del sistema di governo nel suo complesso, e nel quale si sottopone a una sorta di bilanciamento, espresso, tacito o implicito, tutto quanto ha rilievo ai fini di un esito ragionevole, non importa se processuale o di merito, delle questioni di costituzionalità». Un altro approccio dottrinale, sempre indirizzato a non assolutizzare nessun valore costituzionale e ad agire nei limiti tracciati dalla Carta Fondamentale, è mirabilmente approfondito in E. MALFATTI - S. PANIZZA - R. ROMBOLI, *Giustizia costituzionale. Atti normativi* (2013) secondo cui - ferma una certa qual flessibilità dei canoni riguardanti il bilanciamento dei valori costituzionali, alla cui messa a punto, peraltro, la stessa Corte fattivamente concorre - indisponibile appare il bisogno di un uso lineare ed uniforme degli stessi, in esso rinvenendosi dunque la radice prima e più salda delle certezze di diritto costituzionale che la Corte è quotidianamente chiamata a dare coi suoi verdetti. Su quest'ultimo aspetto ci si riferisca anche a A. RUGGERI, *Il problematico "bilanciamento" tra politica e diritto costituzionale* (tornando a riflettere su Corte cost. n. 303 del 2003), «Le regioni», 36/4-5 (2008).

23 C. MARCHESE, *Vincoli di bilancio, finanza pubblica e diritti sociali. Prospettive comparate: Germania, Spagna, Portogallo e Grecia* (2016).

24 European Council. 2 March 2012. Retrieved 17 August 2012.

25 Titolo XIV, art. 168 c.2 TFUE.

26 Corte Cost. sent. N. 509 anno 2000.

comprende gli aspetti di cui non si può, in nessun caso, essere privati, pena la violazione del dettato costituzionale, che viene sanzionata con l'illegittimità delle norme che si pongano in contrasto con esso (*ex plurimis*, Corte Cost. sent. n. 309/1999, n. 252/2001, n. 354/2008).

L'indirizzo evolutivo della gestione del paziente è volto, pertanto, verso un modello che non rientra strettamente in ciò che è considerato "nucleo essenziale" del diritto alla salute. Infatti, "la salute non è più considerata semplicemente quale assenza di malattie o infermità, ma è definita come uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale, strettamente dipendente dall'interazione in contesti diversi"²⁷.

Un concetto di benessere più ampio rispetto a quello legato alla stretta sopravvivenza è perseguibile, dunque, tramite l'individuazione di modelli di implementazione dei servizi sanitari differenti da quelli che rispondono alla logica di pagamento per la singola prestazione e non indirizzati a considerare il paziente come un *unicum*²⁸.

La possibilità di perseguire l'eccellenza nella fornitura delle strutture sanitarie e, conseguentemente, nella erogazione delle cure al paziente consentirebbe di massimizzare i risultati e, pertanto, ridurre i costi globali del sistema sanitario nazionale (i.e. minori accessi al PS in urgenza; durata maggiore di *medical device* soggetti a "manutenzione", riducendo così gli interventi chirurgici connessi; etc...).

Riferendosi brevemente ad esperienze estere è utile analizzare il comportamento dei c.d. *Health care providers* che, nella maggior parte del mondo, si trovano a dover fronteggiare enormi pressioni politiche di riduzione dei costi.

Diversi studi dimostrano la tesi per cui l'aumento degli investimenti in ambito sanitario non porti necessariamente ad incrementare la qualità se si resta ancorati ad una visione di trattamento del paziente basata sull'evento acuto e non sul medio periodo. Infatti, su base empirica, viene analizzato come tramite una riduzione di costi indirizzata al taglio degli sprechi, reinvestendo queste risorse in materiale medico di maggior qualità e, infine, applicando un approccio di screening di medio periodo i costi diminuiscano a fronte di risultati migliori in termini di qualità e aspettativa di vita²⁹.

I tagli lineari, quindi, generano gli effetti immediati desiderati dalle amministrazioni (e.g. riduzione della spesa nel breve periodo) ma ciò non riflette la combinazione ottimale tra risorse necessarie ed efficienza di erogazione del servizio

27 V. ANTONELLI, *Livelli essenziali, materie trasversali e altri fattori unificanti* (2012), pp. 385 ss.

28 R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali* (2010), pp.3 ss.

29 Per un approfondimento si rimanda a M. MCCLELLAN, *Reforming payments to healthcare providers: The key to slowing healthcare cost growth while improving quality?*, «*Journal of Economic Perspectives*», 25/2 (2011), pp. 69-92.

sanitario. Ulteriori dimostrazioni di questa tesi si possono scorgere anche nel dato di mortalità media confrontando periodi temporali differenti e rapportando, poi, questi valori agli investimenti destinati al settore sanitario. Studi statistici dimostrano che al calare dell'investimento aumenta il tasso medio di mortalità³⁰. È evidente, quindi, come un ripensamento della spesa sanitaria sia necessario per ottimizzare l'efficienza del sistema. Pertanto, è chiaro che si debba agire sul modello di utilizzo del denaro pubblico e non solamente sulla quantità poiché si è visto che l'aumento della spesa non è necessariamente indice di maggior qualità se non supportato da una politica di investimenti adeguata.

4. Conclusioni.

L'attuale assetto, su cui si basa in Sistema Sanitario Nazionale italiano, risulta essere superato e non più efficiente. I costi per le pubbliche casse sono diventati insostenibili e, soprattutto, il sistema, così configurato, non porta a focalizzarsi pienamente sull'*iter* da seguire per curare nel modo più efficiente il paziente. I vari interventi clinici, diagnostici e chirurgici da erogare, ravvisabili in capo a diverse specialità mediche, il più delle volte viaggiano su binari paralleli a livello amministrativo e gestionale, portando ad un appesantimento del sistema in termini di costi e di tempi di realizzazione.

Problematiche, queste, ancora più urgenti se contestualizzate in un discorso più ampio di mutamento dei diritti fondamentali della persona, in cui i temi di accesso alla salute e di diritto alle cure sanitarie sono sempre più orientati verso un modello non di mera assistenza ma di benessere inteso in senso lato.

Considerate queste criticità, qui delineate in maniera sommaria, è facile comprendere come una nuova modellistica di erogazione in seno all'attore pubblico sia necessaria al fine di ottimizzare le risorse, sempre più ridotte, per erogare le cure mediche.

Ottimizzazione che non è indirizzata al mero risparmio ma all'attuazione e alla realizzazione di un modello di sanità che accolga e realizzi il più alto e inclusivo concetto di salute.

Il modello VBHC offre sicuramente alcuni paradigmi gestionali da prendere in considerazione, tuttavia, bisogna rilevare che una sua eventuale piena applicazione non andrebbe ad implementare in maniera efficace il contesto di erogazione pubblica delle cure, questo emerge nella letteratura scientifica poiché il focus principale è il

30 D. GOLINELLI - F. TOSCANO - A. BUCCI - J. LENZI - M. P. FANTINI - N. Nante - G. Messina, *Health expenditure and all-cause mortality in the 'Galaxy' of Italian regional healthcare systems: a 15-year panel data analysis*, «*Applied health economics and health policy*», 15/6 (2017), pp. 773-783

paziente e non la popolazione intera. Il raggiungimento di *outcome* valoriale su tutta la popolazione consentirebbe di ridurre la pressione sulle strutture ospedaliere, tema cardine che il nostro Paese ha dovuto affrontare durante l'emergenza sanitaria da Covid-19. Un altro aspetto critico messo in luce dall'epidemia iniziata nel 2020 è la penuria di personale medico, altro aspetto valutato dalla teoria di Porter che mette in evidenza come sia vantaggioso investire in personale medico rispetto all'aumento di pazienti affetti di determinate patologie all'interno della popolazione di riferimento, in modo tale da erogare cure in tempi minori³¹ (aspetto che porta alla diminuzione della probabilità di sviluppare patologie avverse rispetto all'evento acuto che ha portato il paziente a richiedere una cura medica)³². Inoltre, alcuni aspetti delineati da Porter e Teisberg, come la mappatura e il monitoraggio del territorio, condotti in maniera sinergica tra le strutture ospedaliere e i presidi di medicina territoriale sono gli elementi strategici per raggiungere l'obiettivo di contenimento di accesso alle strutture ospedaliere. Se il modello VBHC non sembra da una prima analisi rispondere alle esigenze di prevenzione e contenimento, le componenti della Value Agenda declinate rispetto alle necessità dell'emergenza in corso, possono offrire i massimi benefici nella gestione sia dei pazienti Covid-19 che della stessa popolazione³³. In conclusione, anche se il modello VBHC non fornisce tutte le risposte per indirizzare il nostro sistema sanitario ad una piena efficienza per trattare un momento di crisi come quello che stiamo vivendo, tuttavia, molti elementi del modello appaiono determinanti per ridisegnare le reti ospedaliere e territoriali e per migliorare la gestione dei pazienti Covid-19 e, di conseguenza, le pratiche di contenimento della diffusione del virus³⁴.

31 M. CELIK - J. STRÖMBERG, *Changing by asking the patient*, 2017.

32 M. E. PORTER - E. O. TEISBERG, *How physicians can change the future of health care*, «*Jama*», 297/10 (2007), pp. 1103-1111.

33 A. ROSA - G. MAROLLA - M. BENVENUTO, *Il modello Value-Based Health Care: una possibile risposta alla gestione Covid-19*, «*Mecosan*» (2020).

34 *Ibid*