

Salute Pubblica: fondamenti per un confronto fra i sistemi sanitari nazionali di Italia e Brasile

Saúde Pública: fundamentos para uma comparação entre os sistemas nacionais de saúde da Itália e do Brasil

Matteo Finco¹
Daniella Bitencourt²

Abstract: L'articolo opera un confronto preliminare dei sistemi sanitari nazionali di Italia e Brasile. Si tratta di una ricerca esplorativa, condotta attraverso l'analisi dei principi costituzionali e delle leggi che istituiscono rispettivamente il *Sistema Único de Saúde* (SUS) e il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e il ricorso a dati nazionali e internazionali riguardanti la salute pubblica. Particolare attenzione – con un approfondimento sull'Italia – viene dedicata al finanziamento di tali sistemi sanitari e alle loro criticità. L'obiettivo è quello di definire le caratteristiche essenziali dei due sistemi sanitari nazionali, evidenziandone le somiglianze e le differenze più marcate.

Parole-chiave: Diritto alla salute. Salute pubblica. Sistema Único de Saúde. Servizio Sanitario Nazionale. Italia. Brasile.

Resumo: O artigo realiza uma comparação preliminar dos sistemas sanitários nacionais da Itália e do Brasil. Trata-se de uma pesquisa exploratória, realizada através da análise de princípios constitucionais e das leis que instituem respectivamente o Sistema Único de Saúde (SUS) e o *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN) e o uso de dados nacionais e internacionais relativos à saúde pública. Uma atenção especial – com um aprofundamento na Itália – é reservada às formas de financiamento dos sistemas sanitário e as suas criticidades. O objetivo é definir as características essenciais dos dois sistemas nacionais de saúde, destacando as semelhanças e diferenças mais marcantes.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. *Servizio Sanitario Nazionale*. Qualidade. Itália. Brasil.

¹ Dottorato in Scienze Sociali - Teoria dei sistemi e sociologia dei processi normativi e culturali - Università Degli Studi Di Macerata (2017). Laurea in Scienze della Comunicazione (2008) e in Sociologia della Multiculturalità - Università degli Studi di Urbino (2013). Giornalista. Attualmente sta conducendo ricerche post-dottorato con finanziamenti Capes presso il Centro Universitário Ritter dos Reis (Brasile, RS). OORCID n. 0000-0002-6675-6594.

² Master in Diritti Umani (UniRitter, RS/Brasile), con il supporto di CAPES. Specialista in Tasse sulle Specie (Università Federale del Rio Grande do Sul, RS/Brasile) e in Diritto Tributario Generale (Università Mackenzie, SP/Brasile). Laureato in Diritto (Centro Universitário Ritter dos Reis, RS/Brasile). Professore di Diritto Tributario presso Anhanguera Educacional (RS, Brasile) e diritto amministrativo presso l'Università di La Salle (RS, Brasile). ORCID n. 0000-0002-5665-4260

1. Introduzione

Il presente lavoro mette a confronto i sistemi sanitari pubblici brasiliano (Sistema Único de Saúde, SUS) e italiano (Servizio Sanitario Nazionale, SSN), per rilevarne somiglianze e differenze e le rispettive criticità³. Nonostante le differenze di tipo culturale, politico, sociale, giuridico, all'interno di entrambi gli ordinamenti la salute viene riconosciuta come un diritto fondamentale, cioè affermato a livello costituzionale. Inoltre, entrambi i paesi si sono dotati di sistemi sanitari pubblici con standard e pretese – tanto dal punto di vista quantitativo, quanto da quello qualitativo – piuttosto elevate. Su questi aspetti comuni si basa il presente tentativo di confronto, che analizza principalmente il livello normativo (giuridico: costituzionali e infracostituzionale), pur con opportuni cenni alle politiche pubbliche.

Il confronto verrà operato analizzando le caratteristiche essenziali dei due sistemi, i principi e i valori che li ispirano, le fonti di finanziamento e le rispettive criticità.

Verranno presi in analisi i seguenti elementi: le disposizioni costituzionali in relazione al diritto alla salute pubblica; le leggi con le quali sono stati istituiti i sistemi sanitari nazionali; le norme che ne regolano il finanziamento e le dimensioni dello stesso; analisi e ricerche che ne illustrano i problemi e le sfide future.

Si tratta di una ricerca esplorativa, condotta attraverso l'analisi della letteratura e delle norme giuridiche e il ricorso a dati nazionali e internazionali riguardanti la salute pubblica.

³ Gli autori hanno iniziato a lavorare sul tema presentandone i primi risultati nel corso del XXVII Encontro nacional do CONPEDI (Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito), tenutosi a Salvador de Bahia nel giugno del 2018. Daniella Bitencourt si è occupata del contesto brasiliano, mentre Matteo Finco di quello italiano, e ha redatto questo testo.

2. Italia: la Costituzione e il Servizio Sanitario Nazionale

La Costituzione italiana, entrata in vigore nel 1948, riguardo il diritto alla salute e la sua tutela, si esprime in forma chiara e alquanto concisa all'articolo 32:

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.

Nonostante la formulazione molto sintetica, il diritto alla salute viene articolato allo stesso tempo come fondamentale diritto soggettivo, dell'individuo – si noti che non ci si limita alla categoria dei “cittadini” – e come diritto della collettività. Il fatto che in questo secondo aspetto esso venga definito “interesse” non lo rende per questo meno un “diritto”: ciò indica piuttosto che è nell'interesse della collettività che la salute venga tutelata, e cioè che la salute è un bene pubblico. Un bene di tutti, di ciascun individuo e della collettività nel suo complesso. Proprio lo stare insieme dei singoli individui rende la collettività non soltanto “qualcosa di più” della loro semplice somma, ma qualcosa di molto diverso: siamo di fronte ad un livello emergente: la realtà sociale, in cui prendono vita dinamiche inedite, irriducibili al piano relazionale, con conseguenti problematiche specifiche e una intrinseca complessità.

Affermare che la salute è un bene pubblico vuol dire dunque intenderla come un diritto della collettività, che la collettività stessa è interessata a proteggere; che la salute non si riduce a una pretesa rivendicabile dagli individui come un qualsiasi altro diritto, e dunque che l'esigibilità è una conseguenza del fatto che si tratta di un valore fondamentale, che spetta allo Stato promuovere e proteggere. Si va così ben oltre la sfera del diritto, inteso come insieme di norme: siamo nell'ambito dei valori, dei principi che vanno sedimentandosi nella storia di una specifica collettività, contribuendo a

formarne l'identità, e a cui ci si richiama quando si rivendica il senso dell'“essere insieme” e quando l'identità stessa viene in qualche modo messa in crisi o minacciata.

La costituzione prevede inoltre che le prestazioni devono essere garantite gratuitamente agli *indigenti*, ovvero coloro che si trovano in condizioni di povertà, di miseria⁴: lo Stato viene dunque chiamato in causa direttamente, ma in maniera specifica e limitata. Ciò è vero anche da un altro punto di vista: lo Stato non deve interferire con l'autonomia individuale fino a imporre un trattamento specifico, a meno che non sia la legge stessa a prevederlo, ma in ogni caso senza violare la dignità della persona.

L'articolo 117 stabilisce che la salute rientra fra le materie la cui competenza legislativa è concorrente fra lo Stato e le Regioni⁵. Queste ultime detengono infatti la potestà legislativa su ogni materia non espressamente riservata allo Stato⁶.

La Carta bilancia, da un lato, i principi di uguaglianza (ricevere cure è un diritto di tutti) e libertà (individuale) (ESPOSITO, 2017, p. 8)⁷ e, dall'altro, tanto la valorizzazione di un diritto fondamentale irrinunciabile (che è compito dello Stato tutelare), quanto la portata di tale intervento pubblico (cioè le prestazioni che è lecito aspettarsi di ricevere).

Il diritto alla salute però, nonostante venga riconosciuto come valore fondamentale, non implica “sotto il profilo della garanzia, l'accesso a risorse illimitate e a qualsiasi tipo di struttura organizzativa”⁸. Tale approccio, che potrebbe essere definito “minimalista” rispetto agli obblighi dello Stato, non

⁴ Ovvero “coloro che, di volta in volta, non hanno i mezzi per pagare o contribuire al pagamento delle cure essenziali per la loro salute”: BIONDI, p. 26.

⁵ Gli enti previsti dalla Costituzione, oltre allo Stato, sono (art. 114) i Comuni, le Province, le Città metropolitane, le Regioni.

⁶ Su questo si veda, ad esempio, BILANCIA, 2012.

⁷ A questo proposito va richiamata, fra le altre, la sentenza n. 252/2001 della Corte Costituzionale, che ha affermato la presenza di “un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto” (<http://www.giurcost.org/decisioni/2001/0252s-01.html>).

⁸ Come ha stabilito la Corte Costituzionale (sentenza n° 992/88) (COCCONI, 1995, p. 175).

ha impedito l'adozione di un sistema sanitario pubblico in grado di fornire una gamma molto ampia – e di livello tendenzialmente elevato⁹ - di servizi e prestazioni, in gran parte gratuiti (o semi-gratuiti).

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è stato creato nel 1978 (con la legge n. 833), a seguito di una riforma che mirava all'istituzione di un sistema pubblico, equo, sostenibile dal punto di vista economico e finanziario, il cui obiettivo fosse quello di fornire una copertura universale dei trattamenti¹⁰. Fino a quel momento esisteva infatti un sistema basato su differenti “casce mutualistiche” corrispondenti a differenti professioni: il modello era quello dell'assicurazione sociale, in cui “le responsabilità pubbliche erano molto limitate” (PIOGGIA, 2014, p. 104). Sulla spinta delle crescenti richieste della collettività, si decise di agire in maniera radicale, puntando non soltanto alle cure e alla riabilitazione dei pazienti, ma anche alla prevenzione (OLIVEIRA; DALLARI, 2016, p. 896).

L'articolo 1 della legge afferma che “tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto alla dignità e alla libertà della persona umana” e che il SSN è costituito “dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione”, indipendentemente dalle condizioni individuali o sociali. Sono inoltre previsti il collegamento ed il coordinamento del SSN con organismi, centri, istituzioni e servizi attivi nel settore sociale e sanitario e la partecipazione di associazioni di volontariato.

L'articolo 2 elenca gli obiettivi del SSN (assistenza, prevenzione, riabilitazione, ecc.), ma anche, tra gli altri, “la promozione e la salvaguardia

⁹ Il sistema sanitario italiano, secondo l'Healthcare Access and Quality Index do Global Burden of Disease (Gbd), è il 12esimo al mondo per qualità (GBD, 2015).

¹⁰ I principi ispiratori della riforma sono “il rispetto della dignità e della libertà della persona umana, che rappresentano al tempo stesso fondamento e fine ultimo del diritto alla salute; poi l'universalità dei destinatari delle prestazioni, che sono, quindi, rivolte a tutti, non solo ai lavoratori e ai loro familiari; poi, ancora, l'equità ed eguaglianza nell'accesso ai servizi indipendentemente dalle condizioni socio economiche e dalla collocazione nel territorio nazionale; infine la completezza delle prestazioni, da intendersi come diritto ad accedere a tutti i servizi necessari alla tutela della propria salute in termini di promozione, mantenimento e recupero della stessa”: PIOGGIA, 2014, p. 104.

della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro” e “il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese”.

Lo Stato in questo modo risulta coinvolto a livello nazionale e locale (Regioni e Comuni): al primo spettano compiti vari (rispetto a prodotti farmaceutici, alimenti, ecc.), “le funzioni di finanziamento, programmazione nazionale e fissazione di livelli uniformi di assistenza” e “il potere di indirizzo e coordinamento nei confronti delle Regioni” – che successivamente ha perso il proprio fondamento costituzionale (PIOGGIA, 2014, p. 105). Nell'ambito locale invece, alle Regioni è stata assegnata la pianificazione sul proprio territorio, mentre ai Comuni l'erogazione dei servizi, attraverso le Unità sanitarie locali (USL) – composte da presidi sanitari, uffici e servizi – con il compito di intraprendere azioni sanitarie di promozione della salute, cure di base, riabilitazione. Ai “medici di base” – scelti liberamente dai cittadini – invece il compito di seguire con continuità i pazienti, indirizzandoli, quando necessario, verso altri livelli di assistenza.

Tale modello era tuttavia caratterizzato da una “stretta interconnessione fra potere politico e gestione delle unità di erogazione dei servizi” (PIOGGIA, 2014, p. 106): un problema che venne affrontato nel corso degli anni '90, con l'introduzione di importanti modifiche, che portarono alla revisione delle competenze regionali e locali e dell'organizzazione delle prestazioni.

Con la legge n. 509 del 1992 sono state ridistribuite le competenze tra Comuni e Regioni e il ruolo di queste ultime ne è risultato accentuato. Inoltre, con la trasformazione delle USL in ASL (Aziende Sanitarie Locali), è stata avviata la cosiddetta “aziendalizzazione”, ovvero una gestione basata su criteri – come efficacia, efficienza, economia, rispetto dei vincoli di bilancio, uso ottimale delle risorse, ecc. – analoghi a quelli utilizzati nel settore privato. Il compito di stabilire l'entità dei finanziamenti alle Regioni è stato poi assegnato alla Conferenza Stato-Regioni.

Con la legge n. 537 del 1993 è stata introdotta la compartecipazione economica degli utenti/pazienti attraverso il pagamento di un apposito “*ticket sanitario*”, ovvero un importo corrisposto per ciascuna prestazione (con l’eccezione totale o parziale di alcune categorie: indigenti, malati cronici, anziani, ecc.), calcolato in base al reddito e alle condizioni di salute (OLIVEIRA; DALLARI, 2016, p. 898).

Nuove misure sono state introdotte nel 1999 con il decreto n. 229, allo scopo di garantire l’universalità del sistema, ridurre le disuguaglianze e ampliare la possibilità di scelta di trattamento per i cittadini (TASCA, 2011, p. 114). Sono state anche rafforzate le responsabilità delle Regioni, chiamate a incrementare le risorse finanziarie, attraverso il ricorso a imposte specifiche.

La riforma del Titolo V della costituzione (2001) ha ulteriormente valorizzato le funzioni delle Regioni: in particolare, ha disposto “l’espansione della capacità regionale di organizzare il proprio sistema sanitario”, determinando il “venire meno del generale potere statale di disciplina dell’organizzazione degli enti regionali” (PIOGGIA, 2014, p. 110-111).

Nello stesso anno sono stati anche introdotti i Livelli essenziali di assistenza (LEA), attraverso cui definire le prestazioni minime da assicurare sul territorio nazionale. Tali *standard* sono stati ridefiniti nel 2017 (ITALIA, 2017). L’assistenza – di cui beneficiano, conformemente al principio costituzionale, non soltanto i cittadini italiani ma anche gli stranieri¹¹ – è ripartita in tre macro-livelli: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro (che comprende ad esempio la profilassi delle malattie infettive e parassitarie e la tutela igienico-sanitaria degli alimenti), assistenza distrettuale (servizi sanitari e sociosanitari, assistenza farmaceutica, ambulatoriale, servizi domiciliari, consultori familiari, servizi per la salute mentale, servizi per la riabilitazione dei disabili, strutture residenziali,

¹¹ Si riferiscono proprio ai cittadini di paesi non appartenenti all’Unione Europea gli articoli n. 62 e n. 63 del Decreto che definisce i LEA.

comunità terapeutiche, ecc.), assistenza ospedaliera (pronto soccorso, ricovero, riabilitazione, ecc.).

Questo veloce e succinto esame permette di identificare la configurazione generale del diritto alla salute in Italia: la salute viene considerata un bene pubblico ma anche un diritto individuale fondamentale, riconosciuto a tutti, non soltanto ai cittadini italiani; tale diritto viene garantito attraverso un sistema sanitario nazionale pubblico, composto da un insieme di enti ed organi¹², con responsabilità distinte dello Stato centrale e delle Regioni; a queste ultime spetta l'organizzazione dei servizi e delle attività di tutela della salute.

Tale sistema prevede la partecipazione di strutture private, il cui ruolo e peso tende progressivamente a crescere¹³. Queste possono farsi accreditare dal SSN attraverso convenzioni che permettono loro di erogare al cittadino prestazioni di vario genere (ambulatoriali, diagnostiche, chirurgiche, ecc.). Le strutture private vengono poi rimborsate – secondo parametri prestabiliti – dal SSN. Allo stesso tempo gli utenti stessi contribuiscono alla spesa, sia nelle strutture pubbliche che in quelle private, attraverso il pagamento del cosiddetto “*ticket*”, cioè di una quota di partecipazione diretta a fronte delle prestazioni ricevute.

3. Brasile: la Costituzione Federale e il *Sistema Único de Saúde*

La Costituzione brasiliana del 1988 ha inaugurato la stagione democratica dopo la fine della dittatura militare. Si tratta di un aspetto di

¹² E cioè: il Ministero della salute, il Consiglio superiore di sanità (CSS), l'Istituto superiore di sanità (ISS), l'Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza del lavoro (ISPESL), l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s.), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), gli istituti zooprofilattici sperimentali, l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), le Regioni, le aziende sanitarie locali (ASL), le aziende ospedaliere (AO).

¹³ “Dal 2010 al 2017 la spesa sanitaria privata come quota della spesa sanitaria totale è sempre cresciuta passando dal 21,5% al 24,8%, laddove quella pubblica si è ridotta dal 78,5% al 75,2%”: CENSIS, 2018, p. 6.

vitale importanza per intendere la maniera in cui il diritto alla salute ha preso forma.

Il movimento denominato “Reforma sanitária”, sviluppatosi nel corso degli anni ’70¹⁴, rappresenta a tal proposito una tappa importante nella storia del Paese: esso ha promosso una politica che ha messo al centro il concetto di “salute collettiva”, preoccupandosi della “mercantilizzazione” della medicina e dell’inefficienza di questa (FLEURY TEXEIRA, 1988, p. 196-197). Come risultato, la salute è stata modellata sulla base di una nuova impostazione delle relazioni tra gli enti federali e di forme concrete di partecipazione e controllo sociali, con meccanismi di articolazione e di accordo tra i tre livelli di governo (FLEURY TEXEIRA, 1999). Il diritto alla salute nella Costituzione, di conseguenza, ha un forte carattere “anti-mercantilistico”, nonostante la possibilità di iniziativa privata (art. 119), che nel tempo ha assunto dimensioni rilevanti e costituisce un servizio essenziale per ottenere una assistenza piena e puntuale.

Naturalmente, la costituzionalizzazione del diritto alla salute non è sufficiente a risolvere il problema dell’effettività di questi diritti. Per questo nel 1990 la legge n. 8.080 (Lei Orgânica do SUS) ha disposto la creazione del sistema sanitario nazionale pubblico (Sistema Único de Saúde), che vedremo a breve. Tuttavia già la Costituzione (articolo 200) ne aveva previsto l’istituzione e definito le competenze.

Le disposizioni relative al diritto alla salute nella Costituzione sono contenute nella Sezione II della parte dedicata alla sicurezza sociale. La salute viene definita “diritto di tutti e dovere dello stato” (art. 196): cioè l’assistenza sanitaria pubblica (statale) va garantita a tutti – tanto ai benestanti quanto ai poveri, tanto ai cittadini brasiliani, quanto agli stranieri¹⁵.

¹⁴ Nello stesso periodo anche la sociologia della salute in Brasile ha conosciuto un interessante sviluppo: cfr. DUARTE NUNES, 2014.

¹⁵ LEIVAS (2011, p. 638), commentando il Recurso Extraordinário n. 27.1286, incentrato sulla cura delle pazienti affetti da HIV, afferma che il Supremo Tribunal Federal, secondo

Il fatto che la salute sia un “dovere” dello Stato finisce per legittimare e incoraggiare il ricorso alle vie giudiziarie. In Brasile tale fenomeno è particolarmente rilevante: la *giudizializzazione della salute* (*judicialização da saúde*), se da un lato è conseguenza della possibilità di una effettiva rivendicazione del diritto alla salute – tanto nella forma di riparazione dei torti subiti quanto in quella dell’accesso a terapie e farmaci –, dall’altro può portare all’aumento delle disuguaglianze sociali, mettere in discussione distinzioni acquisite come quella tra diritto individuale e interesse, accrescere l’ipertrofia del diritto. Tale fenomeno rappresenta insomma una contraddizione tipica del *Welfare State*: la politica è chiamata ad intervenire senza che si sappia come e con quali risorse, mentre le amministrazioni e le istituzioni sanitarie pubbliche devono fare i conti con bilanci insostenibili (CORSI; MARTINI, 2018)¹⁶.

Da una lettura complessiva delle disposizioni costituzionali, è possibile affermare che il diritto alla salute rappresenta un diritto fondamentale di prima generazione, in quanto connesso al diritto alla vita; di seconda generazione, perché è un diritto sociale; di terza generazione, in quanto “diritto diffuso”, indivisibile; è inoltre connesso con i diritti di quarta (che hanno a che fare con la genetica) e di quinta generazione (in quanto la realtà virtuale – Internet in particolare – forniscono strumenti e servizi in grado di contribuire al benessere). Ancora, si tratta di un diritto “di solidarietà”, poiché legato alle condizioni di lavoro e ad una alimentazione adeguata, come anche di “un elemento della cittadinanza”, di “un diritto del consumatore” (che trova

un’interpretazione ormai nota, considera il diritto alla salute un diritto fondamentale, un diritto pubblico soggettivo e un diritto all’accesso universale e paritario, basato sull’articolo 196 della costituzione e sul diritto alla vita.

¹⁶ Fra gli effetti collaterali di tale fenomeno va menzionata la cosiddetta “medicina difensiva”, espressione che indica le pratiche che i medici compiono con lo scopo di minimizzare il rischio di future azioni legali nei loro confronti: ad esempio prescrivendo esami in eccesso rispetto a quanto il buonsenso suggerirebbe (m.d. positiva) o astenendosi da determinate azioni (m.d. negativa). Secondo dati relativamente recenti, la medicina difensiva incide sulla spesa sanitaria in misura pari al 10% del totale (MINISTERO DELLA SALUTE, 2015).

affermazione nel Código de Defesa do Consumidor, art. 6, I) e di un “diritto pubblico soggettivo” (SCHWARTZ, 2001, p. 54-55).

L’articolo 197 definisce “di rilevanza pubblica” le “azioni e i servizi sanitari”, stabilendo che ai poteri pubblici spettano la regolamentazione, la fiscalizzazione e il controllo di questi. Ciò deve avvenire all’interno di quella che l’articolo 198 definisce una “rete regionalizzata e gerarchizzata” che dà forma ad un “sistema unitario”, organizzato secondo i principi di “decentralizzazione”, “servizio integrale” al cittadino (dando priorità alla prevenzione, pur senza trascurare l’assistenza vera e propria) e di “partecipazione della comunità”. Principi che, come si vedrà, troveranno un’espressione nel SUS.

Una importante peculiarità del diritto alla salute in Brasile¹⁷ è che, come altri diritti sociali¹⁸, è costituzionalmente vincolato a un investimento annuale minimo, necessario a garantire le prestazioni sanitarie, conformemente a quanto disposto dall’articolo 198 § 2 e 3 della costituzione, dall’articolo 77 dell’Atto sulle disposizioni costituzionali transitorie (ADCT) e dall’emendamento costituzionale (Emenda Constitucional) n. 29 del settembre 2000. La Costituzione si fa dunque garante del finanziamento dei diritti sociali, istituendo un “budget sociale minimo” stabilito per legge. Per quanto riguarda la salute, la federazione (Unione) è ad esempio obbligata ad investire annualmente almeno il 15% della propria spesa.

Passando alle norme di legge di rango inferiore alla Costituzione, occorre menzionare – fra le molte – il Decreto 109/91, che ha disposto la riorganizzazione del Ministero della Salute (Ministério Único de Saúde); la Portaria 1565/94 (una disposizione di natura amministrativa) che ha

¹⁷ “Queste disposizioni costituzionali, che stabiliscono fonti di finanziamento per i diritti sociali, favorendo l’esecuzione delle politiche pubbliche necessarie per rendere effettivi i diritti sociali, rappresentano una peculiarità del costituzionalismo brasiliano”: BRUNO, 2012, p. 9.

¹⁸ Definiti dall’art. 6 della Costituzione: educazione, alimentazione, lavoro, abitazione, trasporto, piacere, sicurezza, previdenza sociale, protezione della maternità e dell’infanzia, assistenza agli indigenti.

strutturato il Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, integrato, cinque anni più tardi, dalla Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Lei 9782/99); la legge n. 9.656 (06.03.1998) sui “Piani di salute privati” (“Planos OS e Seguros Privados de Assistência à Saúde”), che ha regolamentato l’iniziativa privata nel settore; la legge n. 10.858 e il Decreto n. 5.090 (entrambi del 2004), che hanno disposto il “Programa Farmácia Popular do Brasil”.

Più di un semplice accenno merita la legge n. 8.142/90, incentrata nel trasferimento “intragovernamentale” delle risorse finanziarie e soprattutto nell’attività di partecipazione e controllo della comunità al SUS: ciò attraverso i Consigli e le Conferenze sanitarie (Conselhos e Conferências de saúde)¹⁹. Questi strumenti di democratizzazione della gestione del sistema sanitario²⁰ rendono possibile il collegamento tra vigilanza sanitaria, partecipazione sociale e cittadinanza. In questo senso si può parlare di una “democrazia sanitaria” intesa come “una forma di gestione della salute pubblica in cui il potere politico viene esercitato dal popolo” (AITH, 2013, p. 149)²¹.

Il punto di svolta fondamentale nell’ambito del diritto alla salute in Brasile è però appunto l’istituzione del SUS, attraverso la Lei Organica da Saúde n. 8.080 del 1990.

Con la creazione di tale sistema ci si proponeva di realizzare diversi obiettivi: l’estensione universale del diritto alla salute; la responsabilità dello Stato nella tutela della stessa; l’ampliamento delle prestazioni, oltre alla cura

¹⁹ Cfr. ad esempio OLIVEIRA; DALLARI, 2011.

²⁰ A cui si aggiungono la Conferencia Nacional de Saúde; il Ministério da Secretaria de Saúde Gestão Estratégica e participativa; il Departamento de Ouvidoria Geral do SUS pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS; la già citata Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e la Agência Nacional de Saúde Suplementar. Inoltre sono stati predisposti differenti meccanismi di natura giudiziaria: la Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, l’Habeas Data, la Ação Civil Pública, il Mandado de Segurança, il Mandado de Injunção: cfr. AA.VV., 2012.

²¹ La democrazia sanitaria rende dunque possibile la partecipazione attiva dei cittadini, con la possibilità di esercitare una influenza concreta, nelle forme della consultazione e della deliberazione, nei processi decisionali di competenza dei poteri legislativo, esecutivo e giudiziario (AITH, 2015, p. 211).

medica in senso stretto – a livello ambulatoriale e ospedaliero –; la realizzazione di politiche pubbliche indirizzate alla popolazione nel suo complesso, da realizzare regolarmente e continuativamente (OLIVA-AUGUSTO; COSTA, 1999, p. 201).

La legge n. 8.080 era composta originariamente da 55 articoli, molti dei quali sono stati nel frattempo modificati o abrogati. Essa delinea in maniera piuttosto precisa la gestione della salute in Brasile, individuando principi-guida²², pilastri organizzativi²³, obiettivi (art. 5)²⁴, ambiti di applicazione (art. 6), politiche pubbliche, strutturando quest'ultime, prevedendo anche la possibilità di partecipazione privata (pur con dei limiti)²⁵. Il sistema sanitario brasiliano infatti è un sistema misto: oltre che in principio, soprattutto di fatto, visto che più della metà della spesa in sanità è finanziata privatamente (vedi la sezione 4).

La legge definisce la salute “un diritto fondamentale umano”, le cui condizioni per il pieno esercizio devono essere garantite dallo Stato, attraverso politiche economiche e sociali tese alla riduzione del rischio di malattie e ad assicurare l'accesso universale ed egualitario alle azioni e ai servizi sanitari (art. 2). Una specifica menzione (art. 3) è dedicata ai determinanti della salute. Su questo è bene fare una rapida digressione.

²² Che qui riassumiamo brevemente: *universalizzazione* (la salute è un diritto di tutti, indipendentemente da sesso, etnia, condizione economica e qualunque altra caratteristica sociale o personale); *equità* (tenendo fermo il valore dell'uguaglianza, occorre tenere allo stesso tempo conto delle distinte necessità di ognuno e delle situazioni di carenza); *integralità* (occorre soddisfare tutte le esigenze della persona, considerata nel suo insieme; dar vita a un complesso integrato di politiche sanitarie, nei differenti livelli di assistenza e nelle diverse fasi (promozione della salute, prevenzione, cura, riabilitazione) e articolare le politiche sanitarie con le altre politiche pubbliche. Cfr. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018.

²³ Dal punto di vista dell'organizzazione, i principi ispiratori sono: *regionalizzazione e gerarchizzazione* (organizzazione dei servizi in livelli crescenti di complessità e in base alla competenza territoriale); *decentramento e direzione unica* (redistribuzione del potere e delle responsabilità fra i tre livelli di governo, all'insegna dell'autonomia di ciascuno di essi nelle proprie decisioni e attività); *partecipazione popolare* (attraverso la creazione di consigli e conferenze pubbliche per formulazione delle strategie, il controllo e la valutazione delle politiche sanitarie). Cfr. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018.

²⁴ Fra cui l'individuazione dei determinanti della salute, la formulazione delle politiche sanitarie, l'assistenza ai paziente in forma integrata.

²⁵ Partecipazione che si sviluppa attraverso contratti e accordi di servizio (TOCCI E COSTA, 2014, p. 199).

La salute di un individuo o di una popolazione dipende infatti non soltanto da fattori ereditari: anche da quelli ambientali (aree a rischio, epidemie, ma anche inquinamento, ecc.), culturali e sociali.

I determinanti della salute (*social determinants of health*)²⁶ sono appunto le condizioni sociali (dunque non “naturalì”, cioè non date a priori) e materiali che influenzano la vita degli individui e le possibilità di accedere a trattamenti di cura e prevenzione: si tratta di circostanze – come il reddito, le condizioni igieniche e quelle abitative, il tasso di occupazione, il livello l’istruzione, le differenze di genere – a loro volta determinate dalle dinamiche di potere (in termini di genere, ceto sociale, etnia, politica) e dalla distribuzione delle risorse economiche e culturali, a tutti i livelli (globale, statale e locale). Tali fattori determinano appunto le differenze e disuguaglianze nell’ambito della salute, fra gli stati e all’interno di essi²⁷.

Tornando al SUS, esso è costituito (art. 4) dall’insieme delle azioni e dei servizi sanitari forniti dagli organi e dalle istituzioni pubbliche federali, statali e municipali, dall’amministrazione diretta e indiretta e dalle funzioni mantenute dai poteri pubblici. In precedenza invece il Ministero della salute si occupava delle azioni di prevenzione, mentre il Ministero della previdenza sociale dei servizi relativi alla cura delle malattie. In questo senso la creazione del SUS rappresenta senza dubbio un cambiamento decisivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 6): per Mendes (2013, p. 27) si tratta della politica di inclusione sociale di maggior portata nella storia del paese, prima della quale vigeva una sorta di “Trattato di Tordesillas”²⁸, a vantaggio di coloro che possedevano la tessera INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica

²⁶ Cfr. https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/.

²⁷ La consapevolezza dell’importanza dei determinanti sociali è piuttosto recente: mentre in precedenza le politiche pubbliche in ambito sanitario venivano pensate principalmente a partire dal riferimento alla malattia, negli ultimi anni si vanno diffondendo azioni di lungo e corto respiro specificamente direzionate a colmare le differenze prodotte dai determinanti sociali (TOCCI E COSTA, 2014, p. 199-200). Sui determinanti sociali della salute e le loro conseguenze cfr., a titolo puramente esemplificativo, cfr. DI GIROLAMO, 2012/2013.

²⁸ Il *Tratado de Tordesilhas* (1494), siglato nell’omonima città spagnola, stabiliva una nuova demarcazione delle aree di influenza di Spagna e Portogallo in America Latina.

da Previdência Social²⁹) e che, proprio in virtù del loro contributo alla previdenza sociale, godevano delle prestazioni assistenziali. Il SUS ha posto fine a tale divisione, appunto rendendo la salute un diritto di tutti.

Gli articoli 7 e 8, facendo esplicito riferimento ai principi espressi nella Costituzione, definiscono la struttura del SUS. Limitandoci agli aspetti più essenziali, diciamo che il sistema è caratterizzato da una struttura a rete, “regionalizzata e gerarchizzata” secondo in livelli di complessità crescente. Essa è costituita da agenzie e dipartimenti³⁰, con l’obiettivo di dar vita ad un “processo di decentralizzazione dei servizi di salute” (CURY, 2005, p. 96). Inoltre è prevista l’integrazione, a livello esecutivo, delle azioni riguardanti l’ambito sanitario, l’ambiente e la salubrità del territorio.

In base all’articolo 24 § XII della Costituzione, tanto l’Unione quanto gli Stati e le municipalità possano promulgare norme relative alla salute: la prima di indirizzo generale, i secondi di tipo supplementare, gli ultimi di interesse locale³¹. La legge n. 8.080 stabilisce le competenze degli enti: quelle comuni (art. 15) e quelle specifiche (artt. 16-19), all’insegna dell’autonomia di ogni sfera di governo e della decentralizzazione. Ai Comuni infatti compete la progettazione, l’organizzazione, il controllo, la gestione e la realizzazione dei servizi sanitari sul territorio (art. 18), mentre gli Stati e l’Unione sono chiamati ad intervenire nel caso in cui i Comuni siano carenti.

Agli aspetti finanziari è dedicata una parte specifica della legge (Titolo V). Il SUS svolge così rilevanti funzioni di protezione sociale, sia per le famiglie sia per la popolazione con entrate carenti, dovendo assicurare – attraverso azioni di prevenzione, trattamento e riabilitazione – “l’esercizio della cittadinanza, delle attività produttive e della convivenza sociopolitica” (NOGUEIRA PASSOS, 2011, p. 22-23).

²⁹ Abolito con la legge n. 8.689, 1993.

³⁰ “Constitucionalmente, o sistema de saúde brasileiro não é juridicamente hierarquizado no que concerne à competência das diversas esferas de governo, mas o é enquanto sua organização prevê uma rede hierarquizada no que respeita à complexidade dos serviços postos à disposição da população.”: DALLARI, 2009, p. 21.

³¹ Cfr. PINTO, 2015, p. 82-83 e BARROSO, 2008, p. 14.

In definitiva, è possibile affermare che il SUS è il prodotto di un complesso di norme intese a realizzare ciò che la Costituzione prefigura: un'assistenza sanitaria universale e gratuita – indipendentemente dal reddito del paziente o dal fatto che questi sia o meno un contribuente. Si tratta di un sistema *integrale* almeno sotto due aspetti:

1) le politiche e le prestazioni sanitarie non riguardano soltanto le cure, ma anche la prevenzione; non soltanto l'ambito sanitario in senso stretto, ma anche i determinanti sociali della salute; più in generale, esse vanno integrate alle politiche relative alla tutela dell'ambiente e del territorio; ancora, gli individui vengono concepiti nella loro integrità bio-psico-fisica, cioè come persone e soggetti di diritto;

2) è un sistema regionalizzato e gerarchizzato: lo Stato è chiamato ad agire nel suo insieme, nei differenti livelli in cui è strutturato. Di conseguenza, nel caso di carenze a livello locale (municipale), è previsto l'intervento di Stati e Unione federale.

A chiudere questa breve panoramica sul Brasile, due rapide considerazioni. La prima è relativa alla realizzazione di quanto prospettato a livello costituzionale: al di là della volontà politica di attuarne i contenuti³², va ricordato – come messo in evidenza da Hesse (1991) – che la costituzione non si iscrive soltanto sul piano della realtà, dell'*essere* (*Sein*), della realtà storica, ma anche su quello del *dover essere* (*Sollen*): l'elemento normativo in essa contenuta la rende più del semplice riflesso delle condizioni di fatto della sua esistenza, poiché essa pretende di dare forma alla realtà politica e sociale. Le possibilità e i limiti della forza normativa della costituzione risultano dunque da quella che potremmo definire la dinamica *essere/dover essere*.

Rispetto invece al SUS, nonostante quanto affermato dai principi-guida contenuti nella legge del 1990, una criticità importante è rappresentata, come

³² Ad esempio, PAIM et al. (2011, p. 19) hanno fatto notare lo scarso impegno già del primo presidente eletto, Fernando Collor de Mello. Inoltre, ATALIBA (1970) ha evidenziato che l'idea stessa di norme "programmatiche" è una contraddizione in termini.

evidenziato da Carvalho, Jesus e Senra (2017, p. 1158), dalle storiche disparità di contesti socio-territoriali tanto variegati, all'interno di un paese enorme e fortemente complesso. Gli stessi autori sottolineano inoltre la necessità di implementare il monitoraggio e la valutazione, oltre all'urgenza di una semplificazione delle norme, che talvolta rendono il SUS eccessivamente complesso se non addirittura ambiguo.

4. Um confronto preliminare fra Italia e Brasile: Costituzioni e sistemi sanitari

Questa panoramica sui due sistemi ci permette di fare alcune prime considerazioni, osservando le più rilevanti somiglianze e le decisive differenze tra la configurazione del diritto alla salute in Italia e in Brasile. Fra le prime:

- il diritto alla salute è affermato costituzionalmente come diritto fondamentale;
- ancor più importante, esso è formulato come un diritto universale: di tutti, indipendentemente dal passaporto, e all'insegna dell'uguaglianza;
- è un diritto soggettivo ma anche collettivo (dei gruppi come entità unitarie);
- lo Stato è chiamato alla tutela di tale diritto;
- allo scopo sono stati creati i sistemi sanitari nazionali, pubblici, destinati all'intera popolazione, presenti su tutto il territorio nazionale;
- l'assistenza è organizzata su base territoriale, con ampia – ma non assoluta – autonomia dalle autorità locali (Stati/Regioni e Comuni), e all'insegna della collaborazione tra i diversi livelli di governo;
- i sistemi sanitari sono chiamati ad agire non soltanto dal punto di vista dell'assistenza, ma anche da quello della prevenzione;
- l'individuo (utente/paziente), con la sua dignità e i suoi diritti, è posto al centro dell'attenzione, e considerato come un tutto integrale fisico-psichico-sociale;

– la salute è intesa in senso lato: non solo dal punto di vista del singolo individuo, ma nelle relazioni di questi con la collettività e l'ambiente (ecologia), tenendo inoltre in considerazione l'importanza dei determinanti sociali.

Per ragioni di spazio, ci limitiamo ad un accenno al problema – comune a entrambi i paesi – delle disuguaglianze delle prestazioni sul territorio. In Italia vi è in generale una disparità tra le regioni del Centro-nord (con una gestione economica in molti casi più sana, una diffusa distribuzione dei servizi e la presenza di centri di eccellenza) e quelle del Sud, cosa che incoraggia significativi flussi migratori interni (dal Sud al Nord). In Brasile invece gli Stati del Nord e del Nordest sono generalmente più poveri e meno sviluppati (sotto tutti i punti di vista), mentre quelli del Centro-Sud sono in grado di offrire servizi migliori³³.

Tuttavia, mentre in Italia i cittadini possono scegliere di curarsi in una regione diversa da quella di residenza, in Brasile occorre rispettare la gerarchia della struttura del sistema: prima ci si rivolge al *posto de saúde* locale di residenza, in seguito si viene eventualmente inviati a un ospedale municipale e solo in seguito, eventualmente, altrove.

Rispetto invece alle differenze fra Italia e Brasile, tanto dal punto di vista costituzionale quanto relativamente ai sistemi sanitari, ve ne sono di sostanziali. Indichiamo qui soltanto quelli più vistosi.

Per quanto riguarda il funzionamento dei sistemi sanitari, in quello italiano, a differenza del quello brasiliano, in molti casi ai cittadini è richiesto di contribuire – con l'eccezione di alcune categorie più fragili che vengono esentate – attraverso il "*ticket*".

Alla lettura dei testi costituzionali mostra invece che di fatto, in Italia, oltre all'articolo 117, relativo alla distribuzione dei poteri legislativi tra lo Stato e le Regioni, solo un breve articolo (n. 32) è dedicato alla salute. Invece nella Costituzione brasiliana la materia viene affrontata in vari articoli e in

³³ Si vedano, tra gli altri, VERCESI DE ALBUQUERQUE et al (2017) e RUSSO (2019).

maniera ben più dettagliata, anche vincolando finanziariamente la spesa sanitaria. Due considerazioni sembrano necessarie a questo punto.

La prima: la salute, nella Costituzione italiana, oltre ad essere un diritto, viene definito come un interesse collettivo. Ciò significa che è un bene pubblico da proteggere. Protezione che non spetta esclusivamente agli organi e alle istituzioni dello Stato: anche i cittadini e la società nel suo insieme devono fare la loro parte.

La seconda considerazione è collegata alla prima: mentre nella Costituzione italiana lo Stato è chiamato a garantire un trattamento gratuito solo agli indigenti, in Brasile la salute è definita come *dovere* dello Stato. Qui emerge ancor più pienamente la differenza in relazione all'idea di bene pubblico comune: se la salute è un dovere, è un bene che è possibile esigere³⁴. Ciò legittima l'affermazione di pretese giuridiche, nonché le aspettative più generali degli individui.

Inoltre porta a chiedersi quanto tale configurazione non risulti, oltre che irrealistica (è impossibile, di fatto, garantire la salute) anche, per così dire, controproducente: alimentare aspettative che non potranno essere accolte genererà presumibilmente frustrazioni. Non sarebbe invece appropriato definire in maniera più precisa le condizioni che devono essere garantite e gli obiettivi che si devono raggiungere, sia in relazione ai casi e ai settori di applicazione – per rendere possibile una tutela concreta della salute laddove è più necessario – sia in relazione all'equilibrio con altri diritti fondamentali e con i diritti e i bisogni della collettività, con i quali la salute può inevitabilmente essere in conflitto?

Queste domande rimangono aperte e andrebbero investigate ulteriormente.

³⁴ In Italia la Corte Costituzionale (con la sentenza n. 992/88) ha affermato che il riconoscimento di valore fondamentale non implica la garanzia dell'accesso a risorse illimitate e a qualunque tipo di struttura organizzativa (COCCONI, 1995, p. 175).

5. Finanziamento e criticità dei sistemi sanitari. Focus sull'Italia

Secondo un rapporto della Banca mondiale pubblicato nel 2017, nonostante l'aumento della spesa pubblica registrato negli ultimi anni³⁵, il Brasile dovrebbe aumentare l'efficienza della stessa³⁶, appunto spendendo meglio: riducendo determinati costi, razionalizzando i servizi, pur continuando a garantire lo stesso livello delle prestazioni³⁷.

Nel periodo 2004-2014 il valore medio della spesa totale (pubblica e privata) in ambito sanitario rispetto al Prodotto interno lordo (PIL/PIB) è stato infatti del 9,2%, ai livelli della media dei paesi OCSE (8,7%): con la differenza che per oltre la metà si è trattato appunto di spesa privata (individuale e attraverso i piani assicurativi privati). La quota pubblica si è fermata al 48,2%: percentuale significativamente inferiore alla media OCSE (73,4%) (WORLD BANK 2017, p. 110)³⁸.

A questa situazione “storica” si aggiungono gli effetti della Emenda Constitucional n° 95 del 2016 (EC 95/16), che ha stabilito un tetto per la spesa pubblica a livello federale e il congelamento di quella relativa alla sanità, a partire dal 2016, per i successivi venti anni (FIGUEIREDO et al., 2018, p. 38).

Per fare un confronto con l'Italia, sempre guardando alla percentuale della spesa pubblica in ambito sanitario rispetto al Pil, mentre la quota del Brasile è del 3,8%, quella dell'Italia è del 7%, ossia quasi il doppio³⁹. In

³⁵ “Nos dez anos até 2014, as despesas públicas com saúde cresceram a uma taxa real média de 7%, o que aumentou os gastos públicos com saúde proporcionais ao PIB em 0,5 ponto percentual”: WORLD BANK 2017, p. 109).

³⁶ “O SUS poderia oferecer mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente”: WORLD BANK 2017, p. 118.

³⁷ “No sector da saúde, cerca de 0,3% do PIB poderia ser economizado através de melhorias de eficiência a nível local, mantendo o mesmo nível de serviços de saúde, e mais 0,3% com o fim dos créditos tributários do IRPF para despesas privadas com saúde.”: WORLD BANK 2017, p. 14.

³⁸ Analogamente, secondo FIGUEIREDO et al. (2018, p. 42), “O gasto público com saúde do Brasil é baixo, em comparação com países com sistemas similares – isto é, universais e públicos –, que gastam, em média, o correspondente a 8% do PIB. O SUS destinou, em 2014, apenas 3,9%, o que resulta em um gasto per capita bastante baixo”.

³⁹ Rispetto alla spesa totale in ambito sanitario, mentre in Brasile la quota pubblica è del 46%, in Italia è del 75,6% (WORLD BANK 2017, p. 42).

proposito è utile guardare più da vicino a come il finanziamento della salute pubblica viene garantito in Italia.

Il sistema sanitario nazionale italiano è alimentato da diverse fonti di finanziamento (MINISTERO DELLA SALUTE, 2019): entrate proprie e ricavi delle aziende sanitarie ticket e ricavi derivanti dall'attività *intramoenia*, cioè quelle svolte dai medici al di fuori del loro orario di lavoro ma sempre all'interno delle strutture sanitarie pubbliche); compartecipazione da parte delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano; l'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP), l'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF); il finanziamento da parte dello Stato del fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti attraverso l'imposta sul valore aggiunto (IVA), le accise sui carburanti e il Fondo sanitario nazionale.

Il finanziamento alle Regioni da parte dello Stato viene stabilito in base ad un accordo finanziario e programmatico fra lo Stato e le Regioni stesse (il Patto per la salute), che stabilisce "in merito alla spesa per la salute ed alla programmazione pluriennale delle prestazioni connesse con il Servizio sanitario nazionale" (BILANCIA, 2014, p. 43) e prevede una quota massima dei trasferimenti statali rispetto a cui la spesa eccedente deve essere coperta dalla singola Regione con risorse proprie.

Le Regioni, a loro volta, assegnano le risorse finanziarie alle aziende, in base a differenti criteri, fra cui quello che tiene conto della mobilità dei cittadini (i quali possono farsi curare in strutture esterne dalla propria regione di residenza) e quello delle prestazioni erogate in regime di ricovero e negli ambulatori.

Inoltre le Regioni provvedono con fondi propri sia a soddisfare livelli assistenziali superiori rispetto a quelli del Piano sanitario nazionale, sia a coprire disavanzi eventuali delle aziende. Per avere un'idea delle proporzioni del contributo dello Stato e delle Regioni, nel 2016, secondo l'accordo stabilito

tra le due parti, le fonti del finanziamento sono state per un terzo i contributi delle seconde e per circa il 60% l'intervento statale (BORGA, 2018).

Negli anni più recenti, il finanziamento (in miliardi di euro) è passato dai 71,3 nel 2001 ai 114,474 nel 2019 (MINISTERO DELLA SALUTE)⁴⁰. In altre parole, vi è stato un costante incremento delle risorse investite in salute. Tuttavia occorre fare due importanti considerazioni. Anzitutto, l'aumento della spesa è avvenuto quasi interamente nella prima decade del secolo. Infatti nel "2010 la spesa aveva già raggiunto i 113,1 miliardi con un incremento cumulato rispetto al 2000 pari al 65 per cento, corrispondente ad un tasso di crescita medio annuo del 5 per cento, ben superiore a quello del Pil" (GEROTTO, 2020). Fra il 2010 e il 2013 invece la spesa è calata, per poi risalire, ma in maniera molto contenuta. Se si guarda dunque all'ultimo ventennio nel suo complesso, l'incremento totale della spesa è stato inferiore a quello dell'inflazione⁴¹. Questo naturalmente rappresenta un problema, nella misura in cui al crescere dei costi, per potervi fare fronte, si dovrebbe idealmente accompagnare un aumento proporzionale della spesa.

Per fare un confronto con altri paesi, facendo riferimento ai dati contenuti nel VII Rapporto RBM-Censis⁴² sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata (CENSIS-RBM, 2017, p. 18), si vede che la spesa italiana è

⁴⁰ Per un maggior dettaglio, si veda: MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, 2019.

⁴¹ "Nel decennio 2010-2019 il finanziamento pubblico del SSN è aumentato complessivamente di 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua pari a 1,07%": MAGI, 2020. "Se si valuta la spesa in termini reali, il livello del 2018 è all'incirca uguale al livello del 2005, prima della grande impennata che si verificò fra il 2006 e il 2010 [...] Per comprendere come mai la spesa sanitaria sia rimasta più o meno stabile nell'ultimo decennio – e sia calata in termini reali – vanno considerati almeno due fattori. Il primo è che il rallentamento della crescita del Pil ha costretto il legislatore a ridurre la crescita del finanziamento al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il secondo è che la spesa sanitaria tendeva a crescere anche a causa di disavanzi elevati riscontrati in diversi Servizi Sanitari Regionali (SSR), e che dal 2007 in avanti queste regioni sono state, ed alcune sono tuttora, soggette a dei piani di rientro finanziari": GEROTTO, 2020.

⁴² Censis - Centro Studi Investimenti Sociali.

significativamente inferiore (-37%) rispetto alla media di altri quattordici paesi europei presi in considerazione⁴³.

Non è un caso che un ruolo crescente negli anni recenti è stato assunto dalle assicurazioni sanitarie integrative (dunque private). Qui tuttavia “rimane aperto il problema della loro diffusione a tutti i cittadini e della loro integrazione all’interno del nostro sistema sanitario” (CENSIS-RBM, 2017, p. 18). La quota della spesa sanitaria assicurata mediante tali forme integrative è del 3,3%, mentre è elevata la spesa privata pagata direttamente dalle famiglie (cosiddetta “*out of pocket*”): per rendere l’idea, essa è di dimensioni tre volte maggiore rispetto a quella della Francia e due rispetto al Regno Unito (CENSIS-RBM, 2017, p. 35). Ciò implica che la soddisfazione dei bisogni sanitari dipenda in gran parte dalla capacità reddituale dei cittadini, con una tendenza alla crescita delle disuguaglianze sociali. Secondo lo stesso rapporto, più del 50% “di coloro che ricorrono alla sanità privata lo fanno principalmente per via della scarsa accessibilità”, cioè per la lunghezza delle liste d’attesa e per difficoltà logistiche e organizzative (CENSIS-RBM, 2017, p. 41)⁴⁴.

In un Paese che registra tassi di invecchiamento elevato (dovuto a vari fattori, tra cui spiccano l’aumento della longevità, la diminuzione delle nascite

⁴³ Gli stati sono i seguenti: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Olanda, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito. Vale la pena notare che lo scarto dell’Italia rispetto al contesto europeo emerge anche in termini di efficienza: il rapporto *Meridiano Sanità. Le coordinate della salute* del 2017 documenta un forte ritardo sul piano dei servizi del SSN e della capacità di risposta ai bisogni di salute degli assistiti (THE EUROPEAN HOUSE-AMBROSETTI, 2017).

⁴⁴ Altra grave criticità è rappresentata dalla disuguaglianza fra le prestazioni delle differenti Regioni: incrociando i dati relativi all’entità della spesa *pro capite* in ciascuna regione da un lato con la qualità dei sistemi sanitari e dall’altro con l’accessibilità delle cure, emergono forti discontinuità. Rispetto al primo punto, si va dall’eccellenza della Provincia Autonoma di Bolzano (a cui viene assegnato un punteggio di 8,7/10) alle lacune della Regione Campania (punteggio di 3/10). Rispetto al secondo punto, si va dai 21,20 giorni di tempo medio di attesa in Val d’Aosta, agli 85,54 giorni del Lazio (CENSIS-RBM, 2017, p. 20-21). Ciò si riflette inevitabilmente sul livello di soddisfazione dei cittadini: il 52% degli italiani infatti considera inadeguato il Servizio Sanitario della propria Regione, mentre il 45,1% pensa che esso sia peggiorato negli anni recenti (p. 140). Questo spinge molti, come già accennato, a spostarsi dalla propria Regione di residenza per curarsi altrove: una pratica ormai consolidata: cfr. BOCCI, 2016; ANGELI, 2018.

e il saldo negativo fra migrazioni in entrata e in uscita) con conseguenti fenomeni di cronicizzazione e multicronicità delle patologie, emerge dunque la necessità di far “crescere il fabbisogno di risorse finanziarie aggiuntive per mantenere inalterata la capacità assistenziale” (CENSIS-RBM, 2017, p. 141). Questo per evitare da un lato che la necessità di “spendere di tasca propria” si consolidi quale “nuova normalità” (CORICA, 2016), con la conseguenza che coloro i quali non possono permettersi di pagare, continuino a rinviare le cure o vi rinuncino del tutto (CENSIS-RBM, 2017, p. 154); e dall’altro la crescita delle disuguaglianze fra le diverse aree del Paese, che di fatto nega il principio di uguaglianza sancito dalla Costituzione.

Tornando alla nostra prospettiva comparata, possiamo affermare che tanto in Italia quanto in Brasile nell’ambito sanitario pubblico vi sono seri problemi dal punto di vista finanziario, dovuti a una spesa inferiore al necessario e a una gestione delle risorse non sempre ottimale. Ciò, unitamente al progressivo invecchiamento della popolazione, fa sì che in Italia, nonostante la semi-gratuità delle prestazioni fornite, un numero crescente di persone ricorra a un’assicurazione sanitaria privata integrativa. In Brasile ciò rappresenta invece la norma per un gran numero di cittadini – coloro che se lo possono permettere ovviamente. Proprio la sostanziale parità fra spesa pubblica e spesa privata può essere considerata un’anomalia per uno paese che, nonostante le fortissime diseguaglianze e altri gravissimi problemi ormai storici, è a tutti gli effetti uno stato di diritto, democratico, moderno.

6. Considerazioni finali

Scopo di questo lavoro era di illustrare le principali somiglianze e differenze fra i sistemi sanitari nazionali di Italia e Brasile. Partendo dalla concezione del diritto alla salute nelle costituzioni dei due paesi e analizzando le norme che hanno portato alla creazione dei rispettivi sistemi sanitari, si è visto che, insieme ad importanti presupposti comuni – salute concepita come

bene pubblico e diritto di tutti, accesso universale, assistenza integrale, responsabilità dello Stato, organizzazione per un verso gerarchica ma anche differenziata per Regioni/Stati, radicamento dei servizi sul territorio, ecc. – vi sono decisive differenze, la più vistosa delle quali consiste probabilmente nello squilibrio e nei possibili problemi derivanti dal fatto che in Brasile la salute è concepita giuridicamente come un “dovere” dello Stato. Si è dunque ipotizzato che tale elemento da un lato sposti in secondo piano (o magari ignori del tutto) la dimensione di “bene pubblico” della salute e la responsabilità – non esclusiva dello Stato – di realizzare le condizioni che la garantiscano; dall’altro che esso motivi, o quantomeno legittimi, le pretese giuridiche in ambito sanitario (costituendo dunque un presupposto del noto fenomeno della *judicialização da saúde*).

Si è visto anche che i due contesti hanno in comune anche un ampio spettro di sfide da affrontare, fra le quali: garantire livelli essenziali di assistenza a tutta la popolazione, riducendo le disuguaglianze; far fronte al progressivo invecchiamento della popolazione; risultare sostenibili, riducendo gli sprechi, ottimizzando le risorse e migliorando l’organizzazione.

Tali sfide mostrano lo iato tra l’elevata considerazione riservata al diritto alla salute e la realtà quotidiana: in questo senso si può guardare al contributo sollecitato ai cittadini italiani a fronte delle prestazioni ricevute (il *ticket*), come a un compromesso necessario per poter garantire effettivamente su larga scala quello che è un diritto fondamentale e umano. Un contributo che inoltre sembra incarnare l’idea stessa di salute come bene pubblico e interesse della comunità: e proprio per questo è interesse dei singoli cittadini garantirne i presupposti.

Riferimenti

AA.VV. **Relatório Parcial: Direito à saúde e democracia sanitária: pontes para a cidadania**. Faculdade de Direito Universidade de São Paulo – USP, 2012.

AITH, Fernando. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil. **Revista de Medicina**, vol. 2, n. 92, São Paulo, p. 48-54, 2013.

AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária: soberania popular e participação nas decisões estatais de saúde**. Tese de Livre-Docência, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

ALCÂNTARA, Christian Mendez. Os Princípios Constitucionais da Eficiência e Eficácia da Administração Pública: Estudo Comparativo Brasil e Espanha. **Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional**. Curitiba, n. 1, ago./dez. 2009.

ANGELI, Francesca. I profughi della salute in fuga dal Meridione. Business da 5 miliardi. **il Giornale**, 23 mar. 2018.

ATALIBA, Geraldo. Eficácia jurídica das normas constitucionais e leis complementares. **Revista de Direito Público**, n. 13, p. 35-44, jul./set. 1970.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Jurídica UNIJUS**, v. 15, p. 13-38, 2007.

BILANCIA, Francesco. I diritti sociali ed il diritto alla salute nell'ordinamento dell'Unione europea. Un'introduzione. In: MARTINI, Sandra Regina; BILANCIA, Francesco (Org.). O direito à saúde na União Europeia e no Mercosul. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014. p. 29-44.

BILANCIA, Francesco. L'instabile quadro del riparto delle competenze legislative. **Le istituzioni del federalismo**, 31, 1-2, 2012, p. 63-92.

BIONDI, Francesca. Il diritto alla salute. Intervista alla Prof.ssa Francesca Biondi. In: NUCCI, Paolo. **La migliore sanità del mondo**. Milano: Università degli studi di Milano, 2019, p. 15-27.

BOCCI, Michele. I malati con la valigia mezzo milione va a curarsi al Nord. **La Repubblica**, Roma, 4 abr. 2016.

BORGA, Lorenzo. Sanità: tagli o investimenti? Entrambi. **lavoce.info**, 9 fev. 2018. Disponível em: <http://www.lavoce.info/archives/51051/sanita-tagli-investimenti/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição: República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 6 de abr. 2018.

BRUNO, Anna Silvia. Diritto alla salute e riserva del possibile. Spunti dal contesto brasiliano per osservare il "federalismo fiscale". **Convegno annuale associazione Gruppo di Pisa**, 2012.

CARVALHO, André Luiz Bonifácio; JESUS, Washington Luiz Abreu; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 22, n. 4, Rio de Janeiro, 2017.

CENSIS, VIII Rapporto RBM – La sanità del rancore, il rancore per la sanità. Scene da un Paese diseguale, jun. 2018.

CENSIS-RBM. **VII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. Il futuro del Sistema Sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura e sostenibilità**. Disponível em: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2421529.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

COCCONI, Monica. Il diritto alle prestazioni sanitarie: fra esigenze di concreta attività e fedeltà alla propria garanzia costituzionale. In: "I diritti fondamentali oggi". Atti del V

Convegno dell'Associazione Italiana dei Costituzionalisti. **Anais**. Padova: Cedam, 1995. p. 173-180.

CORICA, Alessandra. Il superticket per saltare la lista d'attesa l'ultima frontiera delle cliniche private. **La Repubblica**, 10 nov. 2016.

CORSI, Giancarlo; MARTINI, Sandra Regina. L'ambiguità dei diritti costituzionali. Il caso della *judicialização da saúde* in Brasile. **Sociologia del diritto**, n. 3, p. 29-44, 2018.

CURY, Ieda Tatyana. **Direito Fundamental à Saúde. Evolução, Normatização e Efetividade**: Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2005.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 9, n. 3, São Paulo, p. 9-35, 2009.

DI GIROLAMO, Chiara. **Disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi sanitari nella popolazione immigrata. Uno studio di coorte nell'area metropolitana di Reggio Emilia**. Tesi di specializzazione – Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna, A.A. 2012/2013.

DUARTE NUNES, Everardo. A sociologia da saúde no Brasil – a construção de uma identidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19 (4), p. 1041-1052, 2014.

ESPOSITO, Roberto. Se il corpo è la persona soffrire è politico. **La Repubblica**, Roma, 21 dez. 2017.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde debate**, v. 42 n. spe. 2, 2018, p. 37-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s203>. Acesso em 29 abr. 2020.

FLEURY Teixeira, Sonia Maria. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: G. Berlinguer, S.M. Fleury Teixeira, G. Wagner de Souza Campos, (org.). **Reforma sanitária. Itália e Brasil**. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde: São Paulo, p. 195-207, 1988.

FLEURY Teixeira, Sonia Maria. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 3, Rio de Janeiro, p. 743-752, 2009.

GBD 2015. Healthcare Access and Quality Collaborators, Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal healthcare in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease 2015 study. **The Lancet**. 18 maio 2017.

GEROTTO, Luca. L'evoluzione della spesa sanitaria, **Osservatorio conti pubblici italiani**, 14 mar. 2020. Disponível em: <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-l-evoluzione-della-spesa-sanitaria>. Acesso em: 30 abr. 2020.

GRAU, Eros Roberto. *A Ordem Econômica na Constituição de 1988 (interpretação e crítica)*. 18ª Ed. Malheiros: São Paulo, 2017.

HESSE, Konrad. **A força Normativa da Constituição**. Tradução de Gilmar Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris editor, 1991.

ITALIA. Costituzione della Repubblica Italiana (1948). Disponível em: <https://www.senato.it/documenti/repository/istituzione/costituzione.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

ITALIA. Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (17A02015).

LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. **Direito Fundamental à saúde segundo o Supremo Tribunal Federal**. In: SARMENTO, Daniel; SARLET, Ingo Wolfgang (Coord.). *Direitos Fundamentais no Supremo Tribunal Federal, balanço e crítica*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

MAGI, Massimo. Sistema Sanitario Nazionale: gli ultimi 20 anni di riforme. **www.medicalfacts.it**, 14 mar. 2020. Disponível em:

<https://www.medicalfacts.it/2020/03/14/sistema-sanitario-nazionale-ultimi-20-anni/>. Acesso em 29 abr. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 Anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, n. 27 (78), 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>. Acesso em 29 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas. Secretaria Executiva, Brasília, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em 29 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Princípios do SUS. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 4 abr. 2018.

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE. **Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 6**, 2019. Disponível em: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2017/IMDSS-RS2017.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

MINISTERO DELLA SALUTE. **Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale**. 2019. Disponível em: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4752&area=programmazioneSanitariaLea&menu=dati. Acesso em: 29 abr. 2020.

MINISTERO DELLA SALUTE. Medicina difensiva e responsabilità professionale, insediata la Commissione consultiva, 27 mar. 2015. Disponível em: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp. Acesso em: 29 abr. 2020.

NOGUEIRA PASSOS, Roberto. **Crítérios de justiça distributiva em saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

OLIVA-AUGUSTO, Maria Helena; COSTA, Olavo Viana. Entre o público e o privado - a saúde hoje no Brasil. **Tempo Social**, 11, 2, USP, São Paulo, p. 199-217, out. 1999.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde e o Servizio Sanitario Nazionale: a reforma da reforma – a adoção do Ticket Sanitario. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, São Paulo, 2016, p. 895-901; DOI: 10.1590/S0104-12902016164264.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Vigilância sanitária, participação social e cidadania; Sanitary surveillance, social participation and citizenship. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 3, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, p. 617-624, 2011.

PAIM, Jairnilson et. al. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries (Saúde no Brasil)**, Bahia, n. 1, p. 11-21, maio 2011.

PINTO, Élidea Graziliane. **Financiamento dos Direitos à Saúde e à Saúde e à Educação, uma perspectiva Constitucional**. Belo Horizonte: Fórum, 2015.

PIOGGIA, Alessandra. Il diritto alla salute nell'ordinamento italiano. In: MARTINI, Sandra Regina; BILANCIA, Francesco (Org.). **O direito à saúde na União Europeia e no Mercosul**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014. p. 95-112.

RUSSO, Paolo. I migranti della salute a caccia di un letto. Un milione di pazienti fuggono dal Sud Italia. **La Stampa**, 5 dez. 2019.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à Saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2001.

SCHWARTZ, Germano e TEIXEIRA, Vitor Rieger. **O direito à saúde no Brasil e a teoria da reserva do possível como falácia à sua efetivação**. Revista Direito e Democracia, Canoas/RS, v. 11, n. 1, jan./jun, 2010.

TASCA, Renato (Org.). **Redes e Regionalização em saúde no Brasil e na Itália. Lições aprendidas e contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana da Saúde, Representação Brasil. Brasília, 2011.

THE EUROPEAN HOUSE-AMBROSETTI. Meridiano Sanità. Le coordinate della salute. Rapporto 2017. Disponível em: <https://www.ambrosetti.eu/wp-content/uploads/Meridiano-Sanit%C3%A0-12-Rapporto-2017.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

TOCCI, Amanda Simone Sebastião; COSTA, Elaine Cristina Nunes Fagundes. A gestão em saúde após a política nacional de humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Uningá**, Maringá/PR, n. 40, p. 197-2016, abr.-jun. 2014.

VASCONCELOS, Marta Chaves; et. al. Análise da Eficiência do Sistema Único de Saúde nos municípios paranaenses. **Georgetown University**. Curitiba, vol. 11, n. 2, p. 42-61, mai./2017.

VERCESI DE ALBUQUERQUE, Mariana et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, 22, 4, p. 1055-1064, 2017.

WORLD BANK. **Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Vol. 1, Grupo Banco Mundial: Brasil, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**, 1946. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/392773/ermh-eng.pdf?ua=1. Acesso em: 29 abr. 2020.

Artigo recebido em: 06/05/2020.

Aceito para publicação em: 22/07/2020.