



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN MANAGEMENT AND LAW

CURRICULUM DIRITTO DELL'ECONOMIA – 18° CICLO

**Dicotomia tra efficienza dei servizi sanitari ospedalieri e
accesso: uno studio comparativo**

Relatore: Chiar.ma

Prof. Monica de Angelis

Tesi di Dottorato di Ricerca di:

Luciana Reis Carpanez Corrêa

Anno Accademico 2017 – 2018

PREFAZIONE E RINGRAZIAMENTI

“Nel frattempo, disse Abrenuncio, suonatele musica, riempite la casa di fiori, fate cantare gli uccelli, portatela a vedere i tramonti sul mare, datele tutto quanto può farla felice. Si congedò con uno svolazzo del cappello per aria e la sentenza latina di rigore. Ma questa volta la tradusse in onore del marchese: Non c'è medicina che guarisca quello che non guarisce la felicità.” Gabriel Garcia Marques, *Dell'amore e di altri demoni*.

Rubem Alves, un educatore brasiliano, ha detto che "nella professione, oltre ad amare, devi sapere. E la conoscenza richiede tempo per crescere". Questo è successo nel mio percorso di ricerca sui sistemi sanitari italiano e brasiliano. C'è stata la scoperta di cose che solo il vivere lontano dal conosciuto ti fa comprendere: nuovi mondi per nuove prospettive. La conoscenza richiede tempo per crescere, ma una volta cresciuta, cambia la vita.

Ringrazio la professoressa Monica De Angelis per il supporto prestato e per avermi capito e accolto in momenti difficili.

Ringrazio l'Associazione Latina per l'Analisi dei Sistemi Sanitari che ha dato inizio a questo percorso.

Ringrazio i miei nuovi amici, Andrea e Dino, per tutto il loro sostegno, per avermi insegnato così tanto sull'Italia, sull'essere italiano, sui nuovi modi di vedere la vita.

Non avrei mai fatto tutto questo senza di voi.

Ringrazio la professoressa Ana Maria Malik, per aver creduto in me più di me stessa.

Dedico questo lavoro alla mia famiglia che mi ha sempre sostenuto e mi è sempre stata vicino; a mia madre, che ogni giorno mi ricorda l'importanza di scoprire il mondo; ai miei figli, Gabriel e Tomás: ho fatto tutto questo per voi.

INDICE

UNA INTRODUZIONE: LA TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA E I MODELLI OSPEDALIERI.....	VIII
CAPITOLO 1	16
L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA OSPEDALIERO PER LA TUTELA DELLA SALUTE.....	16
1.1 EVOLUZIONE STORICA DEL SISTEMA OSPEDALIERO SOTTO LO SGUARDO DELLA SOCIOLOGIA MEDICA	16
1.1.1 Età Antica: proto-igiene e guarigione come espulsione dal male o riequilibrio degli umori.....	17
1.1.2 Medioevo: assistenza sociale e sanitaria permeate dalla carità.....	19
1.1.3 Età moderna: la separazione dell'assistenza sociale e sanitaria e il consolidamento del potere medico.....	21
1.1.4 Rivoluzione Industriale: la valutazione dell'individuo in base alla capacità produttiva.....	24
1.1.5 Età contemporanea: la segmentazione e specializzazione degli ospedali e la democratizzazione del loro uso.....	25
1.2 LAZIONE DEL STATO E I MODELLI DI GARANZIA DI TUTELA DELLA SALUTE.....	27
1.2.1 Sistemi Beveridge e Bismarck: dal mutualismo all'universalità.....	27
1.2.2 Garanzia costituzionale del diritto alla salute: la garanzia definitiva dell'universalità delle azioni sanitarie	33
CAPITOLO 2	40
IL SISTEMA SANITARIO E OSPEDALIERO ITALIANO.....	40
2.1 IL SISTEMA PRIMA DELLA COSTITUZIONE DEL 1948: L'ASSENZA DELLA GARANZIA STATALE DI PROTEZIONE DELLA SALUTE.....	40
2.2 LA COSTITUZIONE ITALIANA E LA TUTELA DELLA SALUTE COME UN DIRITTO FONDAMENTALE DELL'INDIVIDUO	43
2.3 IL SISTEMA TRA 1948 E 1978: IL PASSAGGIO DEFINITIVO TRA IL SISTEMA MUTUALISTICO AL SISTEMA UNIVERSALISTA.....	45
2.4 IL SERVIZIO SANITARIO ITALIANO E I SUOI PRINCIPI FONDAMENTALI E ORGANIZZATIVI.....	47

2.5 LE RIFORME DEGLI ANNI 1990 I 2000: ALLA RICERCA DI UNA MIGLIORE EFFICIENZA DEL SISTEMA.....	51
2.6 LA RIFORMA DEL SISTEMA OSPEDALIERO NELL'ANNO 2015: COME GARANTIRE LA TUTELA DELLA SALUTE POST-TRANSIZIONE DEMOGRAFICA.....	58
CAPITOLO 3. IL SISTEMA SANITARIO E OSPEDALIERO BRASILIANO.....	65
3.1 IL SISTEMA PRIMA DELLA COSTITUZIONE DEL 1988: LASSENZA DELLA GARANZIA STATALE DI PROTEZIONE DELLA SALUTE.....	65
3.2 LA COSTITUZIONE BRASILIANA E LA TUTELA DELLA SALUTE	69
3.3 IL SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	73
3.3.1 I principali atti normativi	73
3.3.2 Sviluppo organizzativo del sistema ospedaliero brasiliano	84
CAPITOLO 4. LA RILEVANZA DELL'EFFICIENZA OSPEDALIERA E DEL LIVELLO DI DECENTRAMENTO NELLA TUTELA DELLA SALUTE.....	94
4.1 LE VARIABILI CHE INCIDONO SULLEFFICIENZA OSPEDALIERA NEI SISTEMI SANITARI ITALIANI E BRASILIANI.....	94
4.2 IL PARADOSSO TRA L'EFFICIENZA OSPEDALIERA E L'ACCESSO AI SERVIZI OSPEDALIERI.....	98
4.3 IL LIVELLO DI DECENTRAMENTO DELLE POLITICHE SANITARIE	102
CONCLUSIONI	108
INDICE CONTENUTISTICO	113
BIBLIOGRAFIA	119
BIBLIOGRAFIA TEMATICA	138
A. Storia della medicina e degli ospedali	138
B. Diritto alla salute e tutela della salute	140
C. Servizio Sanitario Nazionale italiano.....	144
D. Sistema Único de Saúde brasiliano	147
E. Accesso ai servizi sanitari ed efficienza	151
RIFERIMENTI NORMATIVE	157
ITALIA	157
BRASILE.....	158
SITOGRAFIA.....	160

UNA INTRODUZIONE: LA TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA E I MODELLI OSPEDALIERI

La spesa sanitaria è aumentata al punto che i Paesi con accesso universale alle cure per la tutela del diritto alla salute hanno riformato i loro sistemi, con l'obiettivo, tra l'altro, di operarne una riduzione. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità¹ (OMS), la percentuale media mondiale della spesa per il prodotto interno lordo (PIL) per la salute è stata del 10% circa nel 2014, in crescita del 10% tra il 2003 e il 2013. Alcuni Paesi del continente africano hanno la media più bassa (3-5 % circa) e sono gli unici a mostrare una tendenza al ribasso. Gli Stati Uniti sono il Paese con la spesa sanitaria media più alta, con il 15% del PIL nel 2003 e il 17% nel 2013. Il Brasile ha utilizzato il 7% del suo PIL per tale settore nel 2003 e il 10% nel 2013, con spese per la salute R \$ 147 miliardi nel 2004 (6,9% del PIL). La percentuale delle spese sanitarie individuali raggiunge nel mondo l'111% del reddito medio e fino al 5% dei pazienti può essere condotta alla povertà proprio utilizzando i servizi sanitari.

Tra le spese sanitarie, l'assistenza ospedaliera è responsabile del maggiore aumento dei costi. Gli studi mostrano che dell'aumento totale della spesa, circa il 18% è dovuto all'aumento dei costi ospedalieri. Si stima che circa 126 miliardi di dollari potrebbero essere risparmiati se l'efficienza del servizio sanitario fosse migliorata. Nel 2010, l'OMS ha descritto le dieci principali cause di inefficienza nei servizi sanitari, due delle quali fanno riferimento direttamente al sistema ospedaliero: i ricoveri ospedalieri non necessari e la durata del soggiorno più lunga del previsto; un basso utilizzo delle infrastrutture ospedaliere correlato a dimensioni ospedaliere inadeguate².

Invero, negli ultimi due decenni (2000-2018), non meno della metà e fino ai due terzi di tutte le spese sanitarie nazionali sono state effettuate per i servizi ospedalieri. Studi

¹ Organizzazione Mondiale della Sanità. *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*. Svizzera: OMS; 2018.

² Organizzazione Mondiale della Sanità. *Health systems financing: the path to universal coverage*. World health report. Suíça: OMS; 2010.

canadesi³, svizzeri⁴ e tedeschi⁵ evidenziano e dimostrano che i servizi ospedalieri sono costosi a causa dell'inefficienza, del numero eccessivo di ricoveri e giorni di permanenza senza indicazioni precise, della sottoutilizzazione delle infrastrutture. Si noti che, nei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), l'aspettativa di vita potrebbe essere aumentata fino a due anni se i servizi sanitari fossero più efficienti⁶, proprio riducendo il ritardo nell'accesso dei cittadini ai servizi sanitari e la durata dell'uso dei servizi da parte dei cittadini.

Diversi studi dimostrano dunque che il miglioramento dell'efficienza del settore ospedaliero ha ricadute positive sull'intero sistema-Paese; di conseguenza questo dovrebbe essere un obiettivo dei governi.

In tutti i sistemi sanitari gli ospedali sono presentati come strutture fondamentali, svolgendo la maggior parte delle attività di prevenzione secondaria (diagnosi precoce e trattamento immediato) e terziaria (prevenzione della disabilità e riabilitazione): studiare i sistemi ospedalieri in tutte le varie componenti può fornire, sicuramente, spunti per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle azioni sanitarie, oltre ad agevolare la pianificazione delle attività di tutela della salute dei sistemi sanitari.

Guardando al Brasile, nel dicembre 2017 vi erano 6.787 ospedali, il 62,3% dei quali aveva meno di 50 posti letto⁷. Dal 2004 esiste un settore della politica sanitaria nazionale focalizzata esclusivamente su di essi⁸. La dottrina dimostra che gli ospedali con meno di 200 letti non raggiungono economie di scala e hanno difficoltà a mantenere la loro sostenibilità economica e finanziaria⁹. Mentre negli anni 2000, in seguito alla pubblicazione dei suddetti studi, Paesi sviluppati come gli USA, la Gran Bretagna e alcuni

³ DECOSTER C., ROOS N.P., CARRIERE K.C. e PETERSON S., *Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review*. In: *Can Med Assoc J*, 157(7): 889-896, 1997.

⁴ STEINMANN L., ZWEIFEL P., *On the (in)efficiency of Swiss hospitals*. In: *Appl. Econ.*, 35(3): 361-370, 2003.

⁵ HERR A. *Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter?* In: *Health Econ*, 17(9): 1057-1071, 2008.

⁶ Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN). *Efficiency estimates of health care system*. Belgium: European Commission; 2015.

⁷ CNES [Internet]. Datasus: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [accesso al 12 marzo 2017]. Disponibile all'indirizzo: <<http://cnes.datasus.gov.br>>.

⁸ Il Decreto Ministeriale del Ministro della sanità n° 1.044 del 1° giugno 2004 stabilisce la politica nazionale per i piccoli ospedali, utilizzando un modello di organizzazione e finanziamento che incoraggi l'inserimento di questi piccoli ospedali nella rete gerarchica di assistenza sanitaria, aggiungendo risolutezza e qualità alle azioni definite per il loro livello di complessità.

⁹ Si veda: ALETRAS V., JONES A. e SHELDON T.A., *Economies of scale and scope*. In: *Concentration and choice in health care*. London: FT Financial Times Healthcare, 1997. / POSNETT J. *Are Bigger Hospitals Better?* In: MCKEE M. and HEALY J. (a cura di), *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press 2002.

altri Stati europei andavano concentrando le cure ospedaliere, con la chiusura e la fusione di ospedali più piccoli in ospedali più grandi e azioni di assistenza primaria polverizzate¹⁰, il Brasile risulta andare dalla parte opposta, diffondendo e offrendo direttamente le cure ospedaliere fino alle periferie del sistema. Il risultato è che il sistema ospedaliero brasiliano nel 2018 risulta inefficiente, scarsamente efficace e a bassa densità tecnologica. Inoltre, gli ospedali brasiliani sono ancora focalizzati sul modello di assistenza ospedaliera tipica degli anni 70, su una popolazione scarsamente urbanizzata e su cure destinate al trattamento quasi esclusivo di casi acuti. Non sono affatto adatti per le esigenze attuali e per il c.d. triplo onere della malattia: malattia acuta, cronica e trauma¹¹. Secondo IOMS¹², l'Italia è forse il Paese europeo che sta vivendo in maniera più forte la transizione epidemiologica delle cure ospedaliere, con la conseguente pressione sul sistema sanitario operata dalle malattie acute e croniche derivanti da traumi e da violenza urbana. La transizione epidemiologica è intesa come fase che incide sui cambiamenti negli schemi di morte, morbilità e disabilità che caratterizzano una popolazione specifica e che generalmente si verificano in combinazione con altre trasformazioni demografiche, sociali ed economiche¹³. È un fenomeno di carattere sociale che crea interferenze nel modello di cura. Il cambiamento nel profilo sanitario della popolazione in cui le malattie croniche e le loro complicanze sono prevalenti, provoca cambiamenti nel modello di utilizzo dei servizi sanitari e un aumento delle spese, soprattutto per la necessità di incorporare tecnologia per le cure. Questi aspetti pongono grandi sfide e promuovono la necessità di un'agenda di politica sanitaria - e specificamente ospedaliera - in grado di affrontare le varie transizioni in corso.

In Italia, nonostante gli indicatori di sviluppo economico positivo nel periodo tra il 2002 e il 2006 e una successiva riduzione dell'attività economica, si è mantenuta più o meno costante la tendenza dell'invecchiamento della popolazione, incidendo sulla popolazione economicamente attiva¹⁴. La popolazione di età superiore ai 65 anni era il 20,3% della

¹⁰ CHISHOLM D. e EVANS D.B., Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World global report. Geneva: World Health Organization, 2010.

¹¹ MENDES E.V., As redes de atenção à saúde. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, 2010.

¹² GIACOMELLI G.S., *Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos*. In: *Revista de Estudos Sociais*, v. 18, n. 37, p. 164-181, 2016.

¹³ SCHRAMM J.M.A., *Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 897-908, 2004.

¹⁴ SARTI S., *Salute e crisi: convergenze e divergenze nei sistemi regionali italiani tra il 2005 e il 2013*. In: *Autonomie locali e servizi sociali*, v. 40, n. 2, 2017.

popolazione totale nel 2011, e si prevede che sarà più del 32% dal 2043¹⁵. Linvecchiamento della popolazione è poi accompagnato da un basso tasso di natalità, con un tasso di fertilità di 1,42 nel 2012. Questa popolazione anziana presenta richieste di cura di elevata complessità dovute all'incidenza di gravi malattie croniche o malattie multiple e aumenta la pressione sul sistema sanitario, con un impatto significativo sui servizi di alta tecnologia, specializzati e ospedalieri. Per questa popolazione, garantire la protezione della salute diventa una grande sfida alla luce della molteplicità delle azioni e dei servizi sanitari richiesti, che vanno dalla prevenzione alla riabilitazione, dai servizi per i pazienti con malattie acute a quelli per il trattamento delle patologie croniche. Questi fattori rendono più complessa la protezione della salute nei Paesi che hanno già subito una transizione demografica. L'Italia ha sicuramente attraversato la transizione demografica e il Brasile ha intrapreso questa strada dall'inizio del 21° secolo. Il Brasile, invece di seguire il percorso italiano, basa ancora il suo intero sistema sanitario su servizi rivolti alla popolazione con malattie acute, mantenendo la popolazione con malattie croniche e bisognose di riabilitazione oltre che a garantire la tutela della salute.

Entrambi i Paesi, Italia e Brasile, hanno sancito nei loro testi costituzionali la garanzia di protezione pubblica della salute. Pertanto, se la salute è un diritto fondamentale¹⁶, spetta agli Stati nazionali fornire alla popolazione servizi e prodotti che garantiscano un'assistenza adeguata. Per essere responsabili della salute della popolazione, nella dimensione fondamentale del dato normativo, è necessario attuare misure che tengano conto del profilo epidemiologico, dei dati socio-ambientali e del contesto territoriale delle popolazioni. Nel 2005, a seguito della pubblicazione del rapporto dell'OMS sulle malattie croniche¹⁷, il Ministro della Salute italiano si è impegnato a creare un piano per la prevenzione delle malattie croniche, che comprenda tutte le dimensioni dell'assistenza sanitaria. Tra le più svariate azioni intraprese, la riforma delle cure ospedaliere realizzata nel 2015, con il citato decreto ministeriale¹⁸, sottolinea con coerenza e concretezza l'importanza delle cure ospedaliere nel garantire la protezione della salute.

¹⁵ Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Il futuro demografico del paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065. Roma, 28 dicembre 2011. Disponibile in: <<https://www.istat.it/it/files//2011/12/futuro-demografico.pdf>>.

¹⁶ BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004.

¹⁷ Organizzazione Mondiale della Sanità. Preventing chronic diseases: a vital investment. Who Global Report. Geneva: WHO, 2005.

¹⁸ Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, tecnologici, strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Il presente lavoro ripercorre il cammino che sia in Italia che in Brasile ha portato alla costruzione di un sistema sanitario nazionale, individuando le convergenze e le divergenze che si incontrano sul percorso della definizione dell'assistenza ospedaliera. Muovendosi all'interno dei rispettivi ordinamenti giuridici, si andranno ad enucleare le principali caratteristiche del modello ospedaliero italiano e brasiliano.

L'approccio utilizzato nell'analisi è "multidisciplinare". Infatti, accanto all'approccio giuridico si utilizzeranno le conoscenze del proprio percorso di provenienza, vale a dire quello di un operatore del sistema sanitario che, da medico ospedaliero, si è avvicinato a studi aziendalistici per tentare di capire come migliorare l'efficienza ospedaliera di sistema. Ciò potrebbe rappresentare un elemento innovativo in grado di unire gli aspetti propri della regolamentazione a quelli prettamente medico-assistenziali che complessivamente incidono anche sulle dinamiche organizzative ed economiche dei sistemi sanitari nazionali. Pertanto, presentare il percorso che ha portato all'attuale configurazione dei due sistemi – italiano e brasiliano - costituisce un tassello fondamentale per comprendere quali siano le variabili utili per incidere positivamente sull'efficienza ospedaliera di un modello o dell'altro.

Struttura della Tesi

Al fine di affrontare tale argomento, si adotterà una prospettiva metodologica che tenga conto sia del dato giuridico, che degli aspetti e delle riflessioni proprie dell'organizzazione aziendale in ambito sanitario. Come affermato previamente, questa tesi è sviluppata da un medico che si è avvicinato ai settori giuridico, aziendalistico e delle politiche pubbliche, al fine di mettere a frutto la propria esperienza professionale trasferendo logiche e approcci seguiti al trasferimento nell'area dell'amministrazione sanitaria. Questo punto di vista può essere un punto di forza innovativo e pratico, più vicino alle difficoltà operative quotidiane delle organizzazioni sanitarie e che, combinato con la conoscenza del sistema giuridico ed economico della sanità, cerca di offrire una lettura innovativa al fine di fornire nuove risposte ai bisogni di cura e prevenzione della popolazione. Lo studio presente in queste pagine, piuttosto che mettere a confronto teorie e/o posizioni giurisprudenziali sui temi sopra descritti, contribuisce da un punto di vista operativo a evidenziare quali siano le variabili normative e organizzative dei sistemi sanitari italiano e brasiliano che hanno portato alla formazione di due sistemi ospedalieri così diversi in termini di qualità delle azioni previste, di efficacia delle politiche pubbliche e di garanzia della tutela della salute. Per rispondere a questa domanda di ricerca, il

percorso seguito è stato quello di comprendere come si è storicamente formata l'assistenza ospedaliera e la garanzia della tutela della salute. Dopo la trattazione di tali argomenti, si descrivono le principali evoluzioni e caratteristiche dei sistemi sanitari italiano e brasiliano. Infine, si è tentato di comprendere meglio le principali variabili emerse dalla ricerca, vale a dire (1) il paradosso tra la garanzia dell'accesso universale ai servizi sanitari e la ricerca di una migliore efficienza di tali servizi e (2) il livello di decentralizzazione del potere decisionale e organizzativo del sistema sanitario. La Tesi esplora questi aspetti, soffermandosi sia su questioni di rilevanza strettamente gestionale sia normativa.

Il primo capitolo ha lo scopo di mostrare l'evoluzione storica sia del sistema ospedaliero, come dell'assistenza sanitaria e della garanzia di tutela della salute. Vengono evidenziati sia i paradigmi di ogni età che i modelli di sistema sanitario esistente, con la premessa che le credenze e le caratteristiche culturali di una data società influenzano le fasi del ciclo di vita della sua popolazione e si riflettono nell'organizzazione del sistema sanitario. Tale approccio permette di comprendere la separazione dell'assistenza sociale da quella sanitaria, che si ritiene avvenuta alla fine del Medioevo, nonché i modelli di sistemi sanitari che hanno iniziato a esistere dalla fine del XIX secolo e soprattutto, consente di comprendere come è stato costruito il concetto di tutela della salute.

Il secondo capitolo riguarda il contesto della formazione del Servizio Sanitario Nazionale italiano, dall'unificazione degli Stati italiani alla riforma ospedaliera avvenuta nel 1978, attraverso la Costituzione e la legge 833/1978. L'obiettivo del capitolo è quello di evidenziare la formazione storica, sociale e normativa del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare per quanto riguarda il livello di decentralizzazione del processo decisionale e le riforme che si sono susseguite nel corso del tempo per garantire la protezione della salute da parte dello Stato italiano.

Il terzo capitolo analizza il sistema sanitario brasiliano (Sistema Único de Saúde – SUS). In particolare, ci si focalizza sulla costruzione storica, sociale e normativa del sistema sanitario brasiliano e le riforme che si sono susseguite durante i trentanni del SUS, soprattutto per quanto riguarda il decentramento, la garanzia di accesso e l'integrità delle azioni sanitarie. Particolare attenzione è rivolta ai piccoli ospedali, che rappresentano la maggior parte dei servizi ospedalieri brasiliani, che forniscono accesso ai servizi sanitari, che risultano inefficaci e inefficienti.

Il quarto capitolo focalizza l'attenzione sulla rilevanza dell'integralità delle azioni sanitarie e del livello di decentramento per garantire la tutela della salute. In questo capitolo viene descritto il paradosso tra la garanzia dell'accesso alle cure e lo scopo di

assicurare l'efficienza dei servizi sanitari, come scelta di politica pubblica, in particolare nelle aree isolate geograficamente e di difficile accesso. Si traggono infine delle considerazioni di insieme e conclusive, che tengono conto del complesso delle argomentazioni svolte, evidenziando i possibili spunti per migliorare l'efficienza dei rispettivi sistemi sanitari, in particolare quello brasiliano.

CAPITOLO 1

L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA OSPEDALIERO PER LA TUTELA DELLA SALUTE

Il capitolo definisce il campo di ricerca, vale a dire la garanzia della tutela della salute, dal punto di vista della necessità di cure ospedaliere, cercando di introdurre e chiarire gli aspetti e i soggetti al centro dell'analisi. Il sistema ospedaliero va osservato sia rispetto alle sue caratteristiche, come la forte concentrazione tecnologica e l'insieme delle conoscenze mediche, configurando un'assistenza sanitaria caratterizzata da specializzazione e segmentazione, sia rispetto alla necessità di garantire la tutela della salute ai suoi cittadini attraverso norme e forme organizzative, con l'obiettivo di costruire un sistema ospedaliero efficiente, efficace e di qualità. Tra comunità medico-scientifica e dirigenza politica statale va presa in debita considerazione la comunità dei cittadini, caratterizzata da variabili socioculturali che influenzano le concezioni di salute e malattia e, quindi, la percezione della qualità delle azioni intraprese nella ricerca della garanzia di protezione della salute.

Nella prima parte di questo capitolo si definisce come si è formato il sistema ospedaliero nel corso dei secoli, dall'età antica ai giorni nostri. La seconda parte tratta degli attuali modelli di sistemi sanitari, i sistemi basati sul modello Bismarck o sul modello Beveridge. Infine, la terza parte riguarda la garanzia di protezione della salute da parte dello Stato.

1.1 EVOLUZIONE STORICA DEL SISTEMA OSPEDALIERO SOTTO LO SGUARDO DELLA SOCIOLOGIA MEDICA

George Rosen¹⁹ scrisse il suo libro "Dalla polizia medica alla medicina sociale" negli anni 50. Questo studio è considerato il pioniere nell'area della storia della sanità pubblica. Nel libro, l'autore afferma che *“le fasi data da una data società a un particolare stadio di sviluppo biologico in termini di salute dipende da fattori sociali e culturali che agiscono in un determinato momento. In altre parole, le fasi del ciclo di vita dipendono non solo dalla maturazione fisiologica, ma ancora di più da come la società riconosce, definisce*

¹⁹ ROSEN G., *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução: Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

e struttura tali fasi in termini di atteggiamenti e ruoli sociali. Queste diverse concezioni si riflettono in varie istituzioni sociali e hanno un impatto su di esse, come l'organizzazione e la consegna delle cure mediche .”

Oltre al modo in cui la società riconosce e legittima le varie fasi della vita e le relative malattie, si può dire lo stesso dei paradigmi e delle concezioni che la società presenta in relazione alla causalità delle malattie e al modo in cui vengono trattate. Per Nietzsche²⁰, *“dietro tutta la logica e l'apparente autonomia dei loro movimenti, ci sono valutazioni o, per dirla più chiaramente, richieste fisiologiche per il mantenimento di un certo tipo di vita. Affermare, ad esempio, che il determinato ha più valore del non determinato, l'apparenza di un valore inferiore alla "verità": tali valutazioni, nonostante la loro importanza normativa per noi, non possono andare oltre le valutazioni di primo piano, una sorta di stupidità, forse utile per la conservazione di esseri come noi.”*

Le costruzioni filosofiche e paradigmatiche legate alla salute e malattia sono il risultato delle valutazioni della società in cui sono inserite. Per Foucault, sono ancora il risultato dei giochi di potere esistenti in quella società. Secondo questo gioco di forze, vengono create conoscenze (competenze) di proprietà di un gruppo di individui di una tale società, che minimizzano o amplificano i giochi di forza²¹.

Al fine di comprendere il modello di assistenza sanitaria, è necessario comprendere le concezioni e i paradigmi di salute e malattia della società oggetto di studio. Di seguito verranno descritti in prospettiva storica le concezioni e i paradigmi in vigore in ogni epoca e il modello di cura che li ha seguiti.

1.1.1 Età Antica: proto-igiene e guarigione come espulsione dal male o riequilibrio degli umori

Canguilhem²² descrive che nella Età Antica vi erano due paradigmi, a volte opposti e in seguito confluenti: egiziano e il greco. Per gli egiziani la malattia era una rappresentazione ontologica del male. La malattia era intesa come stregoneria, incantesimo, possesso demoniaco. Al contrario, la magia offriva anche metodi di guarigione. Secondo l'autore, questa concezione sarebbe una generalizzazione delle concezioni degli affetti parassiti degli orientali. Cioè, la malattia non sarebbe

²⁰ NIETZSCHE F., *Além do bem e do mal*. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

²¹ FOUCAULT M., *Microfísica do Poder*. Tradução: Roberto Machado. 27ª. ed. São Paulo: Graal, 2013.

²² CANGUILHEM G. *O normal e o patológico*. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

nell'individuo, non ne farebbe parte. La malattia deriverebbe da causa esterna (parassitaria o demoniaca). Curare è espellere i vermi o il male. Ancora di più, per gli egiziani, anche a causa delle concezioni parassitarie, sarebbe necessaria la corretta localizzazione del male, con l'obiettivo della corretta rimozione dello stesso²³.

D'altra parte, per i greci post-ippocratici, le malattie non erano ontologiche e localizzanti, ma dinamiche e totalizzanti. Tali concezioni possono essere viste nella teoria umorale di Ippocrate, in cui tutti gli uomini sono costituiti da quattro umori (sangue, flemma, bile gialla e bile nera) che, in salute, sono in perfetta armonia. E la malattia non sarebbe altro che la disarmonia degli umori. Un punto importante di tale teoria è che la malattia non è solo disarmonia in sé, ma in molti casi la reazione stessa con un'intenzione di guarigione (*vis medicatrix naturalis*). Pertanto, l'azione medica dovrebbe cercare solo di imitare un tale modo di guarigione²⁴.

Sulla base di questi paradigmi, è stata osservata la corrispondente concezione e conseguente organizzazione dei servizi relativi alla salute. Per gli egiziani, il sistema era costituito da una casta medica ben organizzata con titoli sacerdotali e la medicina veniva praticata nei templi²⁵. Tale caratteristica del sistema sanitario dell'epoca era coerente con i paradigmi delle malattie e della salute. Se la malattia aveva una causa esterna e rappresentava il male, spettava ai sacerdoti rimuoverla. Nel caso dei Greci post-ippocratici, la cura del paziente veniva eseguita anche nei templi dedicati ad Asclepio, il dio della medicina greca. Tali templi sono stati costruiti sulla base di rigide regole di igiene e armonia degli ambienti. Poiché per i Greci la malattia era uno squilibrio o un tentativo da parte dell'organismo di tornare in equilibrio, il sistema sanitario è stato costruito in vista di un riequilibrio. Essa mirava al cibo e un riposo adeguato, oltre a bagni di pulizia anche prima di entrare nei templi. Se nell'antico Egitto il sistema era molto più sacerdotale, nell'antica Grecia stava già iniziando un incrocio tra pratica medica e religiosa²⁶. Con Ippocrate, la medicina divenne più basata su concezioni scientifiche ed

²³ COSMACINI G., *Larte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*. Roma: Laterza, 2014.

²⁴ Foucault afferma che "nei periodi ellenistici e imperiale, il concetto socratico del prendersi cura di sé divenne un tema filosofico comune, universale. La cura di sé fu accettata da Epicuro e dai suoi seguaci. dai cinici, dagli stoici come Seneca, Gaio Musonio Rufo, Galeno. i pitagorici si interessarono molto al concetto di una vita ordinata e comunitaria. La cura di sé non costituiva una raccomandazione astratta, ma una attività ampiamente diffusa, una rete di obblighi e servizi resi alla propria anima."

²⁵ ALMEIDA T., *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro, 1965.

²⁶ COSMACINI G., *Larte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*. Roma: Laterza, 2014.

etiche e gradualmente le pratiche miracolose e sacerdotali furono abbandonate e il metodo induttivo si basò sull'ispezione e l'osservazione di segni e sintomi ²⁷.

La medicina romana era fortemente basata sulla medicina greca, tuttavia, in epoca romana iniziò una certa specializzazione e la comparsa di varie categorie di professionisti, come ostetrici, chirurghi, chirurghi dell'esercito, chirurghi oculisti e farmacisti ²⁸. I templi di Asclepio istituiti a Roma costituirono i primi "ospedali" della penisola italiana.

Con la diffusione del cristianesimo, dopo la caduta del periodo dell'impero romano e l'ingresso nel Medioevo, un fattore ebbe grande importanza nel plasmare il sistema sanitario: la carità ²⁹. Se nell'antichità, nelle culture egiziana, babilonese, greca e romana, nei templi vi erano già posti per ospitare pellegrini, sconosciuti, malati, malati di mente e poveri, era nella cultura giudaico-cristiana che queste premesse raggiungevano il loro apice ³⁰.

1.1.2 Medioevo: assistenza sociale e sanitaria permeata dalla carità

Nel Medioevo, il concetto di malattia della salute era la risultante di una congiunzione, una mescolanza di concezioni egiziane e greche. La malattia veniva ancora intesa come qualcosa di esterno, una rappresentazione del male, che fosse acquisita senza motivo o come espiazione per i peccati. Dall'altra parte, si cercava anche di ripristinare l'equilibrio del corpo, applicando unguenti o facendo fuoriuscire il sangue (si riteneva che un elemento fosse in eccesso rispetto a un altro) ³¹.

Ma più di questa concezione, *“l'idea che fosse necessaria l'assistenza sociale in caso di malattia o altre sventure era molto sviluppata durante il Medioevo. Era presente sia tra musulmani ed ebrei che cristiani, ed era evidente soprattutto attraverso l'istituzione di ospedali. Considerazioni religiose e sociali predominano nello sviluppo di questi servizi.”* ³²

²⁷ FOUCAULT M., *O nascimento da Clínica*. Tradução: Roberto Machado. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

²⁸ GOLDIN G. and THOMPSON J.D., *The hospital: A social and architectural history*. Yale: University Press, 1975.

²⁹ RIBEIRO H.P., *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.

³⁰ PICCINI G. e TRAVAINI L., *Il Libro del pellegrino (Siena, 1382-1446): affari, uomini, monete nell'Ospedale di Santa Maria della Scala*. Napoli: Liguori, 2003.

³¹ FOUCAULT M., *O nascimento da Clínica*. Tradução: Roberto Machado. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

³² ROSEN G., *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução: Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

I Concili cattolici imponevano ai monasteri e alle diocesi l'obbligo di accogliere malati, stranieri, pellegrini e poveri. Oltre alla carità, come base della cura, si manifestava la convinzione che la salvezza dell'anima sarebbe stata raggiunta attraverso il dare (che si tratti di elemosina o lavoro): questa impostazione ha guidato tali cambiamenti. La cura dei malati è un dovere cristiano a causa della carità, ma porta anche alla salvezza dell'anima. In questo modo gli ospedali furono creati come istituzioni filantropiche e di assistenza religiosa e spirituale. Il finanziamento da parte di tali organizzazioni era generalmente fornito da donazioni, eredità e alcune attività commerciali, come la vendita di vino, grano, cereali e animali prodotti e allevati sul terreno dell'ospedale³³.

Nel corso del tempo, tali istituti ospedalieri, fondate sullo stesso terreno di chiese, diocesi e monasteri, hanno acquisito una maggiore complessità sia nelle loro strutture che nella loro organizzazione. I più grandi esempi sono l'Ospedale di San Basilio a Cesarea (Cappadocia), fondato nel 369 d.C., l'Ospedale dell'Abbazia di San Gallo in Svizzera (614 d.C.) e l'Ospedale del Monastero Salvatore Pantocratore di Costantinopoli, fondato nel 1.112 d.C. Questi ospedali avevano varie sezioni per i viaggiatori, i malati, i bisognosi, i debilitati. Vi erano reparti separati per malattie infettive come lebbra e diarrea, reparti per donne e anziani. Di solito tali organizzazioni erano gestite da monaci ed ecclesiastici e le visite mediche venivano svolte solo nelle strutture più grandi e organizzate³⁴.

Nel tempo, tali organizzazioni hanno iniziato ad avere destinazioni più specifiche. Così, dalla metà alla fine del Medioevo, sono comparse *xenodochie* (pensioni per pellegrini), *nosocomie* (ospedali)³⁵, *gerocomie* (strutture per anziani), *orphanotrophias* (orfanotrofi) e *lobotrophias* (strutture per disabili e lebbrosi)³⁶.

Alla fine del Medioevo, re, regine, nobili, corporazioni e Comuni iniziarono a creare ospedali per curare i loro sudditi o membri. Ne è un esempio il *Merchant Adventurer Hall Hospital*, fondato nel 1371. Secondo Portocarrero³⁷, le corporazioni (*guild*) hanno iniziato una tendenza verso la creazione di servizi ospedalieri per i loro membri malati, così come assistenza sociale per loro.

³³ ALMEIDA T., *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro, 1965.

³⁴ COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste nera ai giorni nostri*. Roma: Laterza, 2016.

³⁵ GOLDIN G. and THOMPSON J.D., *The hospital: A social and architectural history*. Yale: University Press, 1975..

³⁶ ALMEIDA T., *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro, 1965.

³⁷ PORTOCARRERO V., *As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault*. Brasília: Editora FIOCRUZ, 2009.

In seguito, ha preso avvio un certo controllo da parte dell'autorità civile, esercitato dai Comuni e dalle organizzazioni del lavoro, al fine di ottenere l'autonomia dalle istituzioni clericali. Secondo ROSEN³⁸ (p. 349), *“dal punto di vista medievale, i poveri, i malati e i debilitati potevano praticamente essere considerati necessari per la salvezza di coloro che praticavano la carità. Se non esistessero, dovrebbero essere inventati.”* Tuttavia, alla fine del Medioevo, con la crescita della popolazione nonostante le epidemie, molti disoccupati e senza terra hanno iniziato a fingere di essere ammalati per essere ricoverati negli ospedali per motivi di sussistenza. Questo fatto conferma la funzione di assistenza medica e di assistenza sociale degli ospedali dell'epoca³⁹. Inoltre, vi è un'evoluzione delle scienze e l'assistenza medica e sanitaria diventa sempre più sviluppata. La chirurgia ha acquisito slancio con le guerre del periodo e la clinica ha acquisito sempre più conoscenza delle malattie.

La gestione delle istituzioni ospedaliere ha decisamente mutato volto con la riforma e l'ascesa degli Stati Assoluti. Da quel momento in poi si è capito che aiutare i poveri, comprese le cure mediche, era una responsabilità della comunità, non della Chiesa. Questo fatto può essere osservato nel passaggio dal periodo feudale al mercantilismo e si ritiene che durante questo periodo si cominci ad affermare il concetto di tutela della salute⁴⁰.

1.1.3 Età moderna: la separazione dell'assistenza sociale e sanitaria e il consolidamento del potere medico

Il controllo e la regolamentazione delle organizzazioni sanitarie divennero definitivamente di spettanza dello Stato dal periodo del mercantilismo. A questo punto, il medico, in precedenza non sempre necessario per il funzionamento dell'ospedale, divenne fondamentale e si trovò in una posizione di elevato potere.

Da Francis Bacon (1561-1626), che ha avuto una forte influenza sul positivismo, e con l'emergere della scienza moderna, l'alterazione qualitativa di ciò che separa il normale dal

³⁸ Rosen afferma che *“è un luogo comune affermare che la Riforma ha portato a una laicizzazione delle opere nei paesi protestanti. Ma incaricandosi per conto proprio di tutta questa popolazione di poveri e d'incapaci, lo stato o l'amministrazione pubblica preparano una nuova forma di sensibilità alla miseria; sta per nascere un'esperienza del patetico che non parla più di una glorificazione del dolore, né di una salvezza comune alla Povertà e alla Carità, ma che intrattiene l'uomo unicamente nei suoi doveri verso la società e indica nel miserabile, a un tempo, un effetto del disordine e un ostacolo all'ordine. Non si tratta dunque più di esaltare la miseria nel gesto che le porta sollievo, ma, semplicemente, di sopprimerla. Se si rivolge alla Povertà come tale, anche la Carità è disordine.”*

³⁹ COSMACINI G., *L'arte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*. Roma: Laterza, 2014.

⁴⁰ THANE P., *The foundations of the welfare state*. In: *Longman Social Policy in Britain Series*. New York: Routledge, 2016.

patologico cominciò a non essere più sostenuta. Questo è stato un momento di grande sviluppo delle cosiddette scienze naturali. Ciò ha portato alla necessità di descrivere, classificare, catalogare ed eseguire un'analisi approfondita di qualsiasi argomento. Il sistema di classificazione botanica di Linneo è diventato il primo esempio per tutte le aree di conoscenza. Presto lo stesso è successo con la medicina. In questo periodo inizia la comprensione scientifica della malattia, con le sue misurazioni, descrizioni, categorizzazioni e analisi approfondite. In questi anni compaiono la fisiologia (studio del normale) e la patologia (studio dello stato normale dell'organismo). I fenomeni patologici sono ora intesi come variazioni quantitative, più (semanticamente *iper*) o meno (semanticamente *ipo*), in relazione al "normale"⁴¹. La malattia cessa di essere angoscia per l'uomo sano e diventa oggetto di studio per il teorico della salute.

Insieme alla nascita di questa "conoscenza medica", nasce il "potere medico"⁴². È possibile affermare che fu stata una svolta importante. La figura del dottore si stabilì definitivamente in ospedale, rendendolo il suo campo d'azione⁴³. E sebbene le attività di insegnamento esistano nelle organizzazioni ospedaliere fin dall'antichità, è durante questo periodo che tali attività sono organizzate, stabilite e consolidate, seguendo il motto del positivismo (ordine e progresso)⁴⁴.

Rosen⁴⁵ esemplifica questo fatto nel seguente estratto: *“Wylie ha sottolineato l'importanza degli ospedali per l'educazione medica, un'opinione ancora più forte di John Green, un altro medico interessato alla costruzione e alla gestione dell'ospedale. Gli ospedali, ha affermato, sono essenzialmente istituti di beneficenza e il benessere dei pazienti deve essere il primo fine dei loro fondatori. Ma non dobbiamo perdere di vista il fatto che sono le nostre più grandi scuole di osservazione e istruzione clinica; e come tali hanno forse reso il loro servizio più importante per l'umanità .”*

⁴¹ CANGUILHEM G. *O normal e o patológico*. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

⁴² FOUCAULT M., *O nascimento da Clínica*. Tradução: Roberto Machado. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

⁴³ Cosmacini afferma che “le procedure di questo sapere-potere fanno capo da un lato a forme di conoscenza intellettuale elaborata, dall'altro a pratiche con un consistente contenuto di abilità manuale. Non ultima fra le tecniche, anzi prima per l'importanza del suo oggetto, la medicina è un'attività della ragione umana che si svolge tra l'intellettualità del conoscere e la manualità del fare.”

⁴⁴ Secondo Foucault “il potere, lungi dall'impedire il sapere, lo produce. Se si è potuto costituire un sapere sul corpo, è stato attraverso un insieme di discipline militari e scolastiche. È solo a partire da un potere sul corpo che un sapere fisiologico, organico era possibile”.

⁴⁵ ROSEN G., *Da policia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução: Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

Foucault⁴⁶ afferma che la storia degli ospedali e la storia della medicina erano separate fino al tardo Medioevo. Secondo lui, fino all'inizio dell'era mercantile, l'ospedale non era un'istituzione medica e la medicina non era una pratica ospedaliera. Tali storie si incontrano e si uniscono solo a metà del XVIII secolo e per ragioni economiche, derivanti da costi militari. Secondo l'autore, fino alla comparsa del fucile alla fine del XVII secolo, i costi di mantenimento degli eserciti erano relativamente bassi⁴⁷. Esistevano in tutte le regioni disoccupati e infelici che avrebbero accettato di essere assunti per una piccola quantità di denaro per combattere in guerre (mercenari). Dopo l'invenzione del fucile, c'era la necessità di addestrare questa forza nella gestione di dispositivi di guerra e pratiche strategiche. In questo modo, i soldati ricevettero addestramento e divennero costosi. Perdere questa forza lavoro e tale formazione era molto inefficiente per gli Stati. Ancora peggio se un tale soldato non fosse morto in battaglia, ma a causa di una malattia. In questo momento, le conoscenze mediche e ospedaliere si incontrano definitivamente e iniziano a camminare insieme fino al momento presente, legittimando il potere medico. Da quel momento in poi, il medico determina la condotta degli altri partecipanti nella cura del paziente, nella configurazione dello spazio, nell'architettura dell'ospedale⁴⁸. Spazio e mezzi cominciano ad adattarsi a lui. Forse il più grande esempio riguarda la posizione del parto. Fisiologicamente la migliore posizione per dare alla luce è accovacciata o seduta. Ma dal diciottesimo secolo le donne iniziarono a partorire in posizione orizzontale, perché divenne più facile per il medico seguire il parto. Foucault⁴⁹ afferma che *“questa inversione di relazioni gerarchiche in ospedale, la presa del potere da parte del medico, si manifesta nel rituale della visita, una parata quasi*

⁴⁶ FOUCAULT, Michel. *Microfisica do Poder*. Tradução: Roberto Machado. 27ª. ed. São Paulo: Graal, 2013. 431 p.

⁴⁷ PICCINNI G. e TRAVAINI L., *Il Libro del pellegrino (Siena, 1382-1446): affari, uomini, monete nell'Ospedale di Santa Maria della Scala*. Napoli: Liguori, 2003.

⁴⁸ Foucault coniò l'espressione "sguardo medico" per denotare la disumanizzante separazione medica tra corpo del paziente e persona (identità) del paziente (si veda il concetto di dualismo mente-corpo). Usa l'espressione in una genealogia che descrive la creazione di un campo di conoscenza del corpo. Le strutture materiali ed intellettuali che rendevano possibile l'analisi del corpo erano mescolate con interessi di potere: nel momento in cui entrava nel campo della conoscenza, il corpo umano entrava pure nel campo del potere, divenendo un bersaglio possibile per la manipolazione. In origine, lo "sguardo medico" era confinato nell'uso accademico postmoderno e post-strutturalista, ma ora è spesso impiegato nei corsi di specializzazione dei medici e degli assistenti sociali.

⁴⁹ Foucault, afferma, nel libro "Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo clinico" (p. 148), che *“la rivoluzione francese e quella americana che disseminarono la modernità crearono altresì una metanarrazione del discorso scientifico che trasformava gli scienziati, e specialmente i medici, in saggi che nel tempo avrebbero abolito la malattia e risolto tutti i problemi dell'umanità. Per gli uomini del diciannovesimo secolo, i medici rimpiazzavano lo screditato clero medievale; i sanitari salvavano i corpi, non le anime. Questo mito faceva parte del più ampio discorso, alimentato dalle scuole di pensiero umanistiche ed illuministiche, secondo cui il corpo umano è la somma di una persona: riduzionismo biologico che divenne un potente strumento dei nuovi saggi. Per mezzo*

religiosa, in cui il medico, di fronte, si reca nel letto di ciascun paziente, seguito da tutta la gerarchia dallospedale: assistenti, studenti, infermieri, ecc. Questo codice rituale della visita, che segna lavvento del potere medico .”

Vi sono stati anche grandi progressi nellarchitettura ospedaliera nel corso del 18° secolo, evidenziando il notevole guadagno di conoscenza e la costituzione della saggezza medica. Ciò è confermato dalla ricostruzione dellHotel Dieu a Parigi nel 1772 dopo un grande incendio⁵⁰. I partecipanti all elaborazione della nuova configurazione dellospedale furono grandi esponenti delle scienze dell epoca, tra cui Lavoisier, Laplace e Tenon, attraverso lAccademia delle Scienze di Parigi. Tali piani architettonici sono serviti da esempio per la costruzione di nuovi ospedali per oltre un secolo. Linfluenza può essere osservata anche in Portogallo, nella costruzione dellospedale didattico della Facoltà di Medicina dellUniversità di Coimbra. Conseguentemente, tale influenza passò anche alle colonie portoghesi, incluso il Brasile⁵¹.

Durante questo periodo, è iniziata lorganizzazione di un corpus di conoscenze e poteri relativi allinfermieristica⁵². Florence Nightingale, considerata la fondatrice dellassistenza infermieristica moderna, creò la prima scuola per infermieri presso il Saint Thomas Hospital di Londra nel 1860⁵³.

1.1.4 Rivoluzione Industriale: la valutazione dellindividuo in base alla capacità produttiva

Non si può dire che durante la Rivoluzione industriale ci siano stati cambiamenti nel modo in cui era organizzato lospedale o nei paradigmi di salute-malattia. Ma un punto importante è lelevazione della depersonificazione del paziente al massimo⁵⁴. Se nel mercantilismo lindividuo serviva lesercito, nella rivoluzione industriale serviva i mezzi di produzione.

dellaccurata osservazione (sguardo) di un corpo, il dottore deduce sintomi, malattia e causa, in tal modo ottenendo unicomparabile comprensione del paziente — da quel momento, si ritenne che lo sguardo medico del dottore penetrasse la superficie delle illusioni, in un processo semi-mistico di scoperta della verità nascosta”.

⁵⁰ GOLDIN G. and THOMPSON J.D., *The hospital: A social and architectural history*. Yale: University Press, 1975.

⁵¹ ALMEIDA T., *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro, 1965.

⁵² PADILHA M.I.C.S., MANCIA, J.R., *Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história*. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 6, n. 58, p. 723-726, 2005.

⁵³ GOODRICK E. and REAY T., *Florence Nightingale endures: Legitimizing a new professional role identity*, In: *Journal of Management Studies*, v. 47, n. 1, p. 55-84, 2010.

⁵⁴ CANGUILHEM G. *O normal e o patológico*. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

Da quel momento in poi, l'individuo viene valutato solo se è in forma e in grado di produrre. Ammalarsi significa perdere queste caratteristiche. E l'individuo può persino diventare un peso per la famiglia. Pertanto, una delle funzioni dell'ospedale è quella di reintegrare l'individuo nella società come forza lavoro⁵⁵.

1.1.5 Età contemporanea: la segmentazione e specializzazione degli ospedali e la democratizzazione del loro uso

Lungo l'età contemporanea si osserva la costruzione della struttura ospedaliera nella sua forma attuale. Ciò è accaduto per due motivi principali da una parte la popolazione più ricca ha iniziato ad usufruire degli ospedali e dall'altra la segmentazione e la specializzazione ospedaliera intensa percepite dopo il Rapporto Flexner⁵⁶.

Un grande impulso per la popolazione con un maggiore potere d'acquisto nell'uso dei servizi ospedalieri è arrivato dopo i miglioramenti nel controllo delle infezioni e nell'uso di anestetici per atti chirurgici⁵⁷. Fino al 1920 circa, la maggior parte degli interventi chirurgici veniva eseguita in casa, poiché la mortalità era maggiore quando si eseguivano negli ospedali rispetto a quando venivano svolti in ambiente domestico. In seguito alla scoperta da parte di Pasteur (1822-1895) di agenti microbici, associati a migliori condizioni igieniche e di asepsi, guidati da Semmelweis (1818-1865), i tassi di mortalità ospedaliera, in particolare per le infezioni nosocomiali, diminuirono. La popolazione ha compreso che i servizi erano più sicuri. Associata all'aumento delle conoscenze nell'area e alla progressione della costituzione del potere delle squadre sanitarie, la popolazione più ricca ha trasferito la propria assistenza sanitaria dall'ambiente di residenza all'ospedale⁵⁸.

Abraham Flexner, un professore degli inizi del Ventesimo secolo negli Stati Uniti, valutò in sei mesi 155 scuole mediche statunitensi e canadesi su invito della Carnegie Foundation. Il suo rapporto, pubblicato nel 1910, ebbe un grande impatto su queste scuole. In primo luogo, ha affermato che delle 155 scuole visitate, solo 31 sono state in grado di rimanere aperte. In secondo luogo, Flexner è stato fortemente criticato per il tempo di valutazione scarso in ogni scuola di medicina e la mancanza di uno strumento

⁵⁵ PITTA A., *Hospital: dor e morte como officio*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

⁵⁶ PAGLIOSA, F.L. e DA ROS M.A., *O relatório Flexner: para o bem e para o mal*. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

⁵⁷ ROSEN G., *Da policia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução: Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

⁵⁸ GOLDIN G. and THOMPSON J.D., *The hospital: A social and architectural history*. Yale: University Press, 1975.

di valutazione standardizzato. A quel tempo, le scuole mediche potevano essere aperte senza alcun intervento o regolamentazione da parte delle agenzie governative. Né vi era alcuna standardizzazione nel modello di insegnamento o la necessità di strutture specifiche come i laboratori. Il numero di scuole che hanno insegnato i metodi oggi definiti alternativi (omeopatia e fitoterapia) era piuttosto elevato. Dopo la pubblicazione del suo rapporto, la maggior parte di queste scuole sono state chiuse e l'educazione medica divenne elitaria⁵⁹.

Pagliosa sostiene che *“Flexner ha difeso lo studio della medicina centrata sulla malattia individualmente e concretamente. La malattia è considerata un processo naturale e biologico. Il sociale, il collettivo, il pubblico e la comunità non contano per l'educazione medica e non sono considerati coinvolti nel processo di malattia. Gli ospedali diventano l'istituzione principale per la trasmissione di conoscenze mediche nel corso del ventesimo secolo. Alle facoltà rimangono l'insegnamento di laboratorio nelle aree di base (anatomia, fisiologia, patologia) e nella parte teorica delle specialità.”*

Da quel momento in poi la specializzazione stava diventando sempre più grande e il medico sempre più uno specialista. Quindi sono emersi conoscenze più specifiche, conservando ulteriormente i poteri acquisiti. E la popolazione, indipendentemente dalla sua capacità economica o culturale, diventa più ignorante e meno in grado di discutere. Di conseguenza, aumenta la necessità di adattarsi a un ambiente specifico per il trattamento delle malattie e il recupero della salute. Inoltre, l'ospedale si sta segmentando, i reparti sono destinati all'ospedalizzazione di pazienti con patologie specifiche, i laboratori stanno diventando sempre più specializzati, infine, l'ospedale si adatta a queste nuove conoscenze e modalità di lavoro e di potere⁶⁰.

Questo è un altro importante punto di svolta, che porta all'attuale configurazione del sistema sanitario e delle organizzazioni ospedaliere. Inoltre, con l'emergere di nuove conoscenze e nuovi campi di conoscenza, sorge la necessità di nuove attrezzature che soddisfino laavidità di diagnosi e trattamenti migliori. Viene creato un mercato sempre più sofisticato e specifico per le tecnologie sanitarie.

⁵⁹ PAGLIOSA, F.L. e DA ROS M.A., *O relatório Flexner: para o bem e para o mal*. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

⁶⁰ COSMACINI G., *L'arte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*. Roma: Laterza, 2014.

1.2 LAZIONE DEL STATO E I MODELLI DI GARANZIA DI TUTELA DELLA SALUTE

1.2.1 Sistemi Beveridge e Bismarck: dal mutualismo all'universalità

Con l'evoluzione dei campi della conoscenza della medicina e delle altre aree della salute e l'evoluzione del ruolo dello Stato, è emersa la nozione di sicurezza sociale, in cui lo Stato intraprende azioni che cercano di proteggere l'individuo (in questo caso i suoi cittadini) contro i rischi sociali⁶¹. La sicurezza sociale è tra i diritti umani di seconda generazione basati sul principio di uguaglianza⁶². Secondo Novellino⁶³, i diritti fondamentali non sono sorti contemporaneamente, ma in periodi distinti in base alla domanda di ogni epoca, e questa consacrazione progressiva e sequenziale nei testi costituzionali ha dato origine alla classificazione per generazioni. Poiché l'emergere di nuove generazioni non ha causato l'estinzione di quelle precedenti, alcuni utilizzano il termine dimensione perché non vi è stata una successione di questi diritti: oggi coesistono tutti. I diritti fondamentali della prima dimensione sono quelli legati al valore della libertà, ai diritti civili e politici. Si tratta di diritti individuali con un carattere negativo perché richiedono direttamente un'astensione dallo Stato, il suo principale destinatario. Legati al valore dell'uguaglianza, i diritti fondamentali della seconda dimensione sono i diritti sociali, economici e culturali. Questi sono diritti di proprietà collettiva e con carattere positivo, poiché richiedono azioni dello Stato. I diritti fondamentali di terza generazione, legati al valore della fratellanza o della solidarietà, sono quelli legati allo sviluppo o al progresso, all'ambiente, all'autodeterminazione dei popoli, nonché al diritto alla proprietà sul patrimonio comune dell'umanità e al diritto alla comunicazione. Questi sono diritti trans-individuali, in forma esemplare, intesi a proteggere la razza umana. Infine, introdotto nel quadro giuridico dalla globalizzazione politica, i diritti di quarta generazione includono i diritti alla democrazia, all'informazione e al pluralismo. Per quanto riguarda i diritti di seconda generazione, Pierdoná⁶⁴ definisce che ci sono state quattro fasi cumulative della loro costruzione: assistenza privata, assistenza pubblica, sicurezza sociale e previdenza sociale. La prima fase, di assistenza privata, in cui l'aiuto

⁶¹ COAM G., *Universalidade da cobertura em saúde: limites jurídico-constitucionais*. Dissertação apresentada para a obtenção do Título de Mestre em Direito Político e Econômico, 2015.

⁶² ALEXY R., *Teoria dos direitos fundamentais*. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros Editores, 2015.

⁶³ NOVELINO M., *Direito Constitucional*. São Paulo: Editora Método, 2009.

⁶⁴ PIERDONÁ Z.L., *O Sistema de Seguridade Social Brasileiro*. In: *Conpedi Law Review*, v. 1, n. 6, p. 87-104, 2016.

ai bisognosi era completamente legato al concetto di carità, si sviluppò dal Medioevo, con l'assistenza svolta dalle congregazioni cristiane, in particolare fino al 1601, con la promulgazione della *Poor Law* in Inghilterra. La seconda fase, di assistenza pubblica, inizia con la promulgazione di questa Legge da parte della Regina Elisabetta ed è caratterizzata dallo scioglimento della protezione della persona bisognosa di carità esercitata dalle organizzazioni religiose, conferendo allo Stato questo ruolo di protezione. Secondo Sampaio⁶⁵, per due secoli la *Poor Law* era l'unico statuto al mondo a prendersi cura di un qualche tipo di protezione sociale. La terza fase inizia nel 1883 con la creazione dell'assicurazione sanitaria di Bismarck in Germania, basata su un sistema a triplo costo (datori di lavoro, dipendenti e stato). Infine, la quarta fase deriva dalla elaborazione del piano Beveridge in Inghilterra nel 1942.

Quando si tratta di definire modelli di *welfare state*⁶⁶, sono disponibili molte tipologie. Un'analisi dell'esperienza internazionale consente di identificare alcuni modelli istituzionali di sistemi sanitari, fondamentalmente definiti dai modi in cui le tre macrofunzioni sono combinate e da chi le svolge: finanziamento, regolamentazione e erogazione dei servizi⁶⁷. Dal punto di vista socioeconomico, il più semplice e accurato è quello che classifica i sistemi come di tipo Bismarck, Beveridge o misto⁶⁸. La differenza principale sta nel ruolo svolto dall'amministrazione e dallo Stato. Nel sistema Beveridge, lo Stato è l'attore principale che finanzia, regola, organizza e governa. Nel modello bismarckiano, lo Stato agisce principalmente come arbitro e gli attori principali sono i sindacati (impiegati o datori di lavoro).

Come precedentemente affermato, la terza fase, chiamata previdenza sociale, è iniziata con il primo sistema di sicurezza sociale, creato da von Bismarck in Germania nel 1883. È interessante notare che le riforme sociali sono principalmente il risultato delle dinamiche condizioni economiche e politiche che le rendono indispensabili. Nella Germania di Bismarck furono il risultato, tra l'altro, della guerra del 1870 e dell'unificazione tedesca⁶⁹. Dalla seconda metà del Diciannovesimo secolo vi fu la

⁶⁵ SAMPAIO M., *O Conteúdo Essencial dos Direitos Sociais*. São Paulo: Editora Saraiva, 2017.

⁶⁶ Lo *welfare state* è caratterizzato dall'abbandono del liberalismo e dall'intervento dello stato nell'ordine economico, come mezzo per garantire protezione sociale ai cittadini, in generale per garantire i diritti del lavoro e della sicurezza sociale, con obiettivo di ridurre la miseria.

⁶⁷ KUTZIN J., *Bismarck versus Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?* In: *Paris: 1st annual meeting of SBO network on health expenditure*, OECD, 2011.

⁶⁸ MOSSÉ P., *Steering from Bismarck to Beveridge: the french experience*, In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.

⁶⁹ MOSSÉ P., *Bismarck et Beveridge: des prototypes aux archétypes*. In: *Après-demain*, n. 2, p. 12-14, 2017.

crescita dei movimenti socialisti operai, il più noto guidato da Ferdinand Lassale⁷⁰. Al fine di impedire che il movimento diventasse rivoluzionario, Bismarck ha avviato una serie di misure volte a migliorare le relazioni tra lo Stato e i movimenti sociali. In questo modo sono state implementate l'assicurazione malattia (1883), l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (1884) e l'assicurazione invalidità (1889), la cui funzione principale era quella di fornire un'assicurazione sotto forma di reddito corrisposto in base alle contingenze specificate⁷¹. Il sistema introdotto da Bismarck fu quello della distribuzione con pensioni contributive, vale a dire un sistema in cui vi era un rapporto diretto tra i contributi dei lavoratori e delle loro pensioni. L'introduzione di questo sistema pensionistico contributivo fu un modo per combattere il dissenso e consolidare l'alleanza di questi gruppi sociali con il *Reich*, in opposizione ai movimenti socialisti. Di conseguenza, il governo del *Reich* ha svolto un ruolo molto importante nell'organizzazione e attuazione di tutti i regimi assicurativi della classe media (pensione, malattia, infortuni e invalidità)⁷².

Il modello Bismarck ha tre caratteristiche principali. La prima è che la maggior parte, se non tutte le risorse, provengono dai salari piuttosto che dalle tasse generali. Il modello pubblico bismarckiano è espresso in un sistema sanitario finanziato da quote obbligatorie, pagate dai datori di lavoro e dei dipendenti che contribuiscono con risorse a un fondo di pubblica sicurezza che gestisce il sistema. A quel tempo, il settore più potente era quello industriale e la *governance* veniva affidata ai sindacati. La seconda caratteristica è che lo Stato e l'amministrazione non dovrebbero svolgere alcun ruolo se non quello di delineare le linee principali del sistema e controllarne il corretto funzionamento. Lo Stato agisce essenzialmente come riferimento e gli attori chiave sarebbero sindacati e società. Infine, la terza caratteristica del sistema bismarckiano è la filosofia della cogestione come una necessità assoluta, con il mantenimento della parità tra dipendenti e datori di lavoro⁷³.

Il sistema Beveridge fu ideato da William Henry Beveridge, un economista britannico. Nel 1941 il governo inglese, costituito da una coalizione di partito guidata dal primo ministro conservatore Winston Churchill, commissionò la formazione di un Comitato per

⁷⁰ COAM G., *Universalidade da cobertura em saúde: limites jurídico-constitucionais*. Dissertação apresentada para a obtenção do Título de Mestre em Direito Político e Econômico, 2015.

⁷¹ RUIZ J.I.C. e MARTÍNEZ C.I.G., *European pension system: Bismarck or Beveridge?*. In: *Documentos de trabajo (FEDEA)*, n. 1, p. 1-16, 2018.

⁷² THANE P., *The foundations of the welfare state*. In: *Longman Social Policy in Britain Series*. New York: Routledge, 2016.

⁷³ MOSSÉ P., *Steering from Bismarck to Beveridge: the french experience*, In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.

le Assicurazioni Sociali e i Servizi Alleati, che mirava a pianificare e proporre riforme al servizio di sicurezza sociale allora in vigore, la legge nazionale sulle assicurazioni del 1911⁷⁴. Con questa iniziativa, il governo intendeva fornire un incentivo allo sforzo bellico nazionale, nonché garantire un livello accettabile di tenore di vita per la popolazione e promuovere la solidarietà tra le classi. Anticipando le richieste politiche ed economiche alla fine del conflitto mondiale, le politiche sociali sono state intese come un meccanismo di stabilità macroeconomica necessario per mantenere l'ordine in periodi così critici⁷⁵. In questo senso, lo stato sociale derivato dal rapporto Beveridge era costituito in modo diverso rispetto al passato, poiché non si trattava semplicemente di una questione di sicurezza sociale destinata ai bisognosi, ma coinvolgeva la società nel suo insieme. Era una nuova forma di assistenza sociale che usciva dalla sfera privata e divenne oggetto di politica pubblica⁷⁶.

Il rapporto ha introdotto un modello alternativo di distribuzione della sicurezza sociale in Gran Bretagna che garantirebbe una pensione minima ed equa per tutti i lavoratori. Il piano Beveridge è stato creato con la duplice intenzione di ridistribuire il reddito ai poveri e di lasciare la massima libertà alle classi medio-alte di investire il proprio reddito in privato. Il suo obiettivo principale era aumentare le entrate dei più poveri per garantire un livello di sussistenza, come "arma contro la povertà di massa". Tuttavia, nonostante la fissazione della pensione minima, la relazione ha anche sottolineato che lazione statale dovrebbe essere limitata alla ridistribuzione a favore dei poveri, mentre gli individui dovrebbero essere in grado di rispondere privatamente ai propri bisogni aggiuntivi⁷⁷. Mentre il sistema contributivo bismarckiano cercava di soddisfare la classe media fornendo risparmi sufficienti per la vecchiaia, il sistema di assistenza sociale di Beveridge, al contrario, cercava di difendere allo stesso tempo gli interessi dei lavoratori più ricchi e poveri⁷⁸. Tra i più poveri, essendo pensione dello stesso importo per tutti,

⁷⁴ PRZEWORSKI A., *Capitalismo e Social-Democracia*. São Paulo: Companhia Das Letras, 1991.

⁷⁵ SKED A. and COOK C., *Post-war Britain. A political history*. London: Penguin Books, 1993.

⁷⁶ CRUZ SOUZA G., BISAGGIO SOARES C.L. e MEDEIROS R.L., *Uma discussão acerca do estado de Bem-Estar social e a teoria do estado Keynesiano*. In: *Caribeña de Ciencias Sociales*, n. junio, 2019.

⁷⁷ La prima metà del ventesimo secolo fu un periodo caratterizzato da profonde trasformazioni, derivanti da importanti fatti storici come la crisi del liberalismo, la crisi del colonialismo, la rivoluzione russa, la prima guerra mondiale, la crisi del mercato azionario nel 1929, l'ascesa del fascismo e, infine, la seconda guerra mondiale. Tali eventi hanno causato grandi cambiamenti nella cultura, nella visione del mondo e nell'equilibrio della società a partire dal diciannovesimo secolo. La società che ha preceduto questi cambiamenti è completamente crollata e la stabilità tra le grandi nazioni europee, garantendo pace e prosperità economica, era finita. Nell'ambiente politico, il liberalismo classico è stato messo sotto controllo in quanto i suoi orientamenti si sono rivelati insufficienti per affrontare i problemi emergenti.

⁷⁸ MOSSÉ P., *Steering from Bismarck to Beveridge: the french experience*, In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.

anche quelli che non contribuivano molto al sistema hanno guadagnato il diritto a ricevere una pensione. E dei più ricchi, poiché fornendo pensioni basse e praticamente di sussistenza, i contributi richiesti per il loro finanziamento sono di conseguenza inferiori a quelli dei sistemi contributivi o bismarckiani, e quindi i lavoratori più ricchi hanno un margine sufficiente per poter dedicare parte del proprio reddito a risparmi privati⁷⁹.

Il modello pubblico di Beveridge è caratterizzato da finanziamenti pubblici attraverso tasse generali, controllo parlamentare, universalità di accesso, gestione pubblica e fornitura di servizi di mix pubblico/privato⁸⁰. In questo progetto, lo Stato è un attore chiave nel finanziamento, nell'elaborazione delle politiche, nella regolamentazione, nell'organizzazione e nella *governance*⁸¹.

Dopo la seconda guerra mondiale, seguendo il modello Beveridge, diversi Paesi occidentali ad alto reddito hanno creato una ampia rete di sicurezza sociale. Questo movimento è legato a una serie di fattori: forte pressione da parte dei lavoratori, necessità di legittimare il capitalismo contro l'URSS nel contesto della guerra fredda, il processo di ricostruzione postbellica nei paesi europei, specificità della produzione fordista basata sulla produzione e il consumo di massa⁸². Da questo specifico momento storico, gli Stati sociali sono stati concretamente costituiti e i sistemi sanitari sono stati una parte importante di questa rete di protezione. I sistemi creati sono stati in grado di generare, tra gli anni 50 e 70, un accesso ampio e universale ai servizi sanitari⁸³. Insieme ai miglioramenti delle condizioni sanitarie dei grandi centri urbani, hanno fornito un forte aumento dell'aspettativa di vita e delle condizioni di salute generali⁸⁴.

Dagli anni 50 agli anni 80, dal punto di vista economico e della salute pubblica, i modelli di protezione sociale più protettivi sono stati considerati di grande successo. L'accesso all'assicurazione sanitaria e all'assistenza sanitaria è aumentato e i sistemi sanitari inglesi

⁷⁹ COAM G., *Universalidade da cobertura em saúde: limites jurídico-constitucionais*. Dissertação apresentada para a obtenção do Título de Mestre em Direito Político e Econômico, 2015.

⁸⁰ DE PAULA J.B., IBIAPINA F.L.P. e MOSSÉ P. *Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais*. In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.

⁸¹ Le rare politiche sociali, presenti dall'antichità alla metà del ventesimo secolo, non avevano livello di cura, completezza e coesione in grado di essere caratterizzati come un regime di *welfare state* pieno. In generale, il concetto di *welfare state* significa una politica nazionale efficace e coerente di servizi sociali che comprendono le varie necessità umane e, dal punto di vista dei diritti, cerca di soddisfare l'intera popolazione al fine di promuoverne la loro emancipazione. È molto più complesso del termine "politica sociale" in quanto copre una gamma molto più ampia di strumenti per la parità.

⁸² DE PAULA J.B., IBIAPINA F.L.P. e MOSSÉ P. *Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais*. In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.

⁸³ FERREIRA M.R.J. e MENDES Á.N., *Reformas nos sistemas de saúde alemão, francês e britânico*. In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.

⁸⁴ ROSEN G., *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução: Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

e canadesi sono diventati una rappresentazione delle identità sociali dei loro Paesi⁸⁵. Daltra parte, in America Latina non è stato osservato lo sviluppo di un sistema universalista, ad eccezione del Brasile, che dal 1988 ha approvato un modello costituzionale universale e partecipativo⁸⁶.

L'importanza dei modelli post-bellici dei sistemi sanitari risiede nell'evoluzione del concetto di tutela della salute piuttosto che esclusivamente nella costituzione dei sistemi sanitari nazionali⁸⁷. Dalle trasformazioni sociali avvenute soprattutto nella Germania di Bismarck e nell'Inghilterra di Beveridge e con le risposte elaborate dai livelli federali di entrambi i Paesi, il concetto di protezione della salute da parte dello Stato si consolidò. Il culmine di un simile concetto arrivò con la creazione dell'Organizzazione Mondiale della Salute il 7 aprile 1948⁸⁸. Daltra parte, l'assunzione costituzionale della protezione della salute da parte di una determinata nazione definisce il percorso che, istituzionalmente, viene preso nella pratica sociale: se optare per sistemi universali o segmentare i loro sistemi in diversi modelli istituzionali tagliati in base a diversi tipi di richiedenti. Queste alternative alla definizione dei sistemi sanitari sono definite dai valori in vigore in una società, dai testi costituzionali, dalle posizioni politiche e ideologiche in relazione ai servizi sanitari e dal ruolo dello Stato in relazione a tali servizi⁸⁹. Sono questi fattori che rendono operativi attualmente i sistemi universali in paesi come Germania, Canada, Danimarca, Spagna, Francia, Italia, Giappone, Regno Unito, Svezia e altri che si organizzano come sistemi universali, da Paesi come gli Stati Uniti che istituiscono sottosistemi per cura di una clientela distinta (poveri, anziani, veterani di guerra e sottopopolazioni che possono permettersi piani privati autofinanziati o finanziati dai datori di lavoro). I sistemi segmentati sono quelli che separano i diversi clienti in nicchie istituzionali singole. Ciò si traduce in un'integrazione verticale in ciascun segmento e in una separazione orizzontale tra loro in cui ciascun segmento, pubblico o privato, svolge le funzioni di finanziamento, regolamentazione e fornitura di servizi alla sua particolare clientela. Questi sistemi sono generalmente caratterizzati dalla presenza concomitante di

⁸⁵ FALCITELLI N. *Politica sanitaria: dalle mutue alle aziende unità sanitarie locali*. In: TODOROV T. *Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro. Centenario della costituzione degli ordini dei medici*. Roma: Health Communication, 2010.

⁸⁶ MENDES E.V., *O futuro dos sistemas universais de saúde: o caso do sistema único de saúde*. In: *O futuro dos sistemas universais de saúde*. Revista CONASS Debate, agosto de 2018.

⁸⁷ YAMEY G., *Why does the world still needs WHO?*, in *British Medical Journal*, vol.325, n.7375, November 2002, pp. 1294- 1298.

⁸⁸ MENDES E.V., *O futuro dos sistemas universais de saúde: o caso do sistema único de saúde*. In: *O futuro dos sistemas universais de saúde*. Revista CONASS Debate, agosto de 2018.

⁸⁹ ROSSI S., *Il diritto alla salute tra equità e sostenibilità. Colloquio sulle forme dell'eguaglianza in sanità*. In: *Biolaw journal*, n. 2, 2019.

diverse matrici istituzionali per singole sottopopolazioni e dalla concomitanza di sottosistemi pubblici e privati che agiscono con poca sinergia tra di loro. I sistemi sanitari segmentati sono spesso giustificati da un presupposto apparentemente magnanimo: vale a dire istituendo sistemi specifici per coloro che possono permetterselo, sarebbero lasciate più risorse pubbliche per prestare maggiore attenzione ai poveri. Le evidenze empiriche indicano che questa ipotesi è falsa perché, creando un sistema unico per i poveri, data la disorganizzazione sociale di questi gruppi esclusi e la loro bassa vocalizzazione politica, questo sistema tende a essere sottofinanziato e quindi offre servizi di più bassa qualità⁹⁰.

1.2.2 Garanzia costituzionale del diritto alla salute: la garanzia definitiva dell'universalità delle azioni sanitarie

L'Italia e il Brasile hanno sistemi sanitari universali, definiti nei testi costituzionali. Nel caso italiano, la Costituzione riconosce il diritto alla salute come un diritto fondamentale dell'individuo. È definito nel I° comma dell'art. 32 che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti⁹¹." Il contenuto del diritto che la Costituzione riconosce a tutti gli individui è complesso, visto che la situazione di benessere psico-fisico intesa in senso ampio con cui viene identificato il bene "salute" si traduce nella tutela costituzionale dell'integrità psico-fisica, del diritto ad un ambiente salubre, del diritto alle prestazioni sanitarie e della cosiddetta libertà di cura (in altri termini, diritto di essere curato e di non essere curato)⁹².

Il diritto alla salute, come diritto sociale fondamentale, viene tutelato anche dall'art. 2 della Costituzione, il quale definisce che "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale". D'altra parte, essendo intimamente connesso al valore della dignità umana (diritto ad un'esistenza degna) rientra nella previsione dell'art 3 Cost., il quale definisce che "*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge,*

⁹⁰ LONDOÑO J.L. e FRENK, J. *Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America*. In: *Health Policy*, vol. 41, p. 1-36, 1997.

⁹¹ Nell'art. 32 della Costituzione, possono dirsi racchiusi una molteplicità di significati e contenuti: non solo infatti il diritto all'integrità psico-fisica ed a vivere in un ambiente salubre, ma anche un diritto alle prestazioni sanitarie, alle cure gratuite per gli indigenti e finanche a non ricevere trattamenti sanitari se non quelli di carattere obbligatorio volti a tutelare non già solo il destinatario, ma soprattutto la collettività, come avviene nel caso delle vaccinazioni o degli interventi effettuati per la salute mentale.

⁹² ROSSI S., *Il diritto alla salute tra equità e sostenibilità. Colloquio sulle forme dell'eguaglianza in sanità*. In: *Biolaw journal*, n. 2, 2019.

*senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese*⁹³.”

In seguito alla promulgazione della Costituzione, nei decenni successivi si è svolto un intenso dibattito sulla definizione, la portata e le caratteristiche della protezione della salute⁹⁴. Di conseguenza, c'è stato un graduale passaggio dalla comprensione tradizionale della protezione della salute su base patrimoniale all'identificazione del contenuto del diritto non più con l'interesse dell'individuo a preservare la buona salute, ma a promuovere la salute, intesa in termini fisici e mentali, come condizione essenziale per lo sviluppo della personalità umana nelle diverse aree della vita personale e collettiva⁹⁵. Questo orientamento ottiene il suo primo riconoscimento a livello costituzionale nella sentenza n. 88 del 26 luglio 1979, in cui la Corte afferma definitivamente che la salute *"non è solo l'interesse della comunità ma anche e, soprattutto, il diritto fondamentale dell'individuo, affinché sia un diritto primario e assoluto, pienamente operativo anche nelle relazioni tra privati. Deve certamente essere incluso tra le posizioni soggettive direttamente protette dalla Costituzione"*⁹⁶.

Il ruolo dello Stato varia a seconda della complessità dell'oggetto da proteggere: per ottenere la protezione dell'integrità psicofisica o della salubrità dell'ambiente, lo Stato si impegna "negativamente" o si astiene da azioni che comportano la violazione dei diritti di questi collegati. D'altro canto, per garantire il diritto alla assistenza sanitaria, l'impegno dello Stato è attivo, perché, affinché i cittadini possano usarla efficacemente, è necessaria l'implementazione di servizi che offrono assistenza sanitaria. Dato che la Carta costituzionale sostiene inequivocabilmente il diritto dei cittadini di proteggere la propria salute, lo Stato deve assumersi il compito di soddisfare tutte le condizioni affinché ciò accada. Questo per dire che il servizio sanitario nazionale è l'attuazione dei doveri costituzionali assunti dallo Stato e in favore della comunità⁹⁷.

⁹³ LORELLO L., *La Costituzione della Repubblica italiana. Commento articolo per articolo*. Bologna: Il Mulino, 2018.

⁹⁴ COCCONI M., *Il diritto alla tutela della salute*. Padova: CEDAM, 1998.

⁹⁵ CORDIANO A., *Identità della persona e disposizioni del corpo: la tutela della salute nelle nuove scienze*. Roma: Aracne Editrice, 2015.

⁹⁶ FERRARA R., *Salute (diritto alla)*, in *Dig. disc. pubbl.*, 1997.

⁹⁷ CAVASINO E., *La flessibilità del diritto alla salute*. Napoli: Editoriale Scientifica, 2012.

Lo stesso vale per la Costituzione brasiliana. La consacrazione costituzionale di un diritto fondamentale alla salute, insieme alla positivizzazione di una serie di altri diritti sociali fondamentali, può certamente essere indicata come uno dei principali progressi della Costituzione della Repubblica Federativa del Brasile del 1988, che lo collega, a questo punto, al costituzionalismo di natura socialdemocratica sviluppato, principalmente, dopo la Seconda Guerra Mondiale. Prima del 1988, la protezione del diritto alla salute era limitata ad alcune regole sparse, come la garanzia di "aiuti pubblici"⁹⁸ (Costituzione del 1824, art. 179, XXXI⁹⁹) o la garanzia di inviolabilità del diritto alla sussistenza (Costituzione del 1934, articolo 113, caput¹⁰⁰). Tuttavia, la protezione costituzionale della salute è stata data indirettamente, sia nell'ambito della definizione delle competenze tra le entità della Federazione, sia nelle norme sulla protezione della salute dei lavoratori e nelle disposizioni sulla garanzia di assistenza sociale. L'attribuzione dell'esatto contenuto del diritto fondamentale alla salute è stata esattamente una delle pietre miliari introdotte dalla Costituzione del 1988¹⁰¹.

Alcune delle principali caratteristiche del regime giuridico-costituzionale del diritto alla salute proprio del nuovo sistema legale sono: la introduzione di concetti innovativi, come l'adattamento, della nozione costituzionale di salute, alla concezione internazionale stabilita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, essendo la salute intesa come lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale; l'ampliamento della portata della protezione costituzionale concessa al diritto alla salute, andando oltre la nozione puramente curativa, per coprire gli aspetti protettivi e promozionali della dovuta protezione; l'istituzionalizzazione di un unico sistema, caratterizzata contemporaneamente dal decentramento e dalla regionalizzazione delle azioni e dei servizi sanitari; la garanzia dell'universalità delle azioni e dei servizi sanitari, estendendo l'accesso finora assicurato solo ai lavoratori formalmente impiegati e ai loro beneficiari; la determinazione dell'importanza pubblica delle azioni e dei servizi sanitari¹⁰².

⁹⁸ DE CASTRO M. F. e MEZZAROBBA O., *História do direito constitucional brasileiro: a Constituição do Império do Brasil de 1824 e o sistema econômico escravocrata*. In: *Estudos Jurídicos e Políticos*, v. 39, n. 78, 2018.

⁹⁹ SAMPAIO M., *O Conteúdo Essencial dos Direitos Sociais*. São Paulo: Editora Saraiva, 2017.

¹⁰⁰ NOVELINO M., *Direito Constitucional*. São Paulo: Editora Método, 2009.

¹⁰¹ SARLET I.W. e FIGUEIREDO M.F., *O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas*. São Paulo: Editora Jus Podium, 2019.

¹⁰² VIEIRA F.S., *O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado*. In: *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v. 10, n. 3, 2016.

Il diritto alla salute, come previsto dalla Costituzione federale brasiliana, può essere garantito solo attraverso politiche pubbliche. Asbahr¹⁰³ sostiene che è un diritto umano sociale che, poiché ha un carattere collettivo, richiede un'azione efficace dello Stato per la sua realizzazione a tutti i cittadini. L'autore sostiene inoltre che i limiti alla realizzazione giudiziaria di questo diritto sono: "riserva del possibile" (diritto talora finanziariamente condizionato), perché la salute dipende dall'allocatione di risorse limitate; principio di proporzionalità, che limita la portata di uno dei diritti fondamentali, in caso di collisione tra di loro, secondo i criteri di adeguatezza, necessità o divieto di eccedenza e anche proporzionalità; riserva di coerenza, che implica, nel caso di azioni legali, la necessità di spiegare tutti i motivi che hanno portato il giudice a prendere la sua decisione.

Questo ampio concetto di diritto ha ispirato la Costituzione del 1988, stabilendo la necessità di formulare e attuare politiche pubbliche affinché lo Stato possa soddisfare le garanzie sociali fornite, incluso il diritto universale alla salute, permettendo il superamento del modello contributivo di sicurezza sociale. Universalità, uguaglianza e completezza sono state istituite come principi di accesso a beni e servizi sanitari in Brasile dal testo costituzionale, in un momento di acceso dibattito sul fallimento del modello di assistenza sanitaria precedentemente esistente nel Paese¹⁰⁴.

In questo contesto, una delle politiche adottate dallo Stato per affrontare parte dei problemi che compromettono i livelli di salute della popolazione brasiliana è stata la creazione del Sistema Sanitario Unificato (SUS), costituito come un insieme di azioni e servizi sanitari forniti da istituzioni (federali, statali e comunali, amministrazioni e fondazioni dirette e indirette) gestite dal governo e da istituzioni private accreditate¹⁰⁵. Nel periodo post-Costituzione, sono continuate le controversie, sia per garantire finanziamenti sufficienti da parte delle tre sfere di governo per il SUS sia per l'organizzazione di servizi in una rete gerarchica e regionalizzata, e per regolare le relazioni pubblico-privato nel Paese, a causa della segmentazione del mercato sanitario, in cui il sistema pubblico coesiste con un sistema privato. Nonostante il successo iniziale

¹⁰³ ASBAHR P., *Considerações sobre o direito humano à saúde*. In: *Revista de Direito Sanitário*, v. 5, n. 3, p. 9-28, 2004.

¹⁰⁴ NOVELINO M., *Direito Constitucional*. São Paulo: Editora Método, 2009.

¹⁰⁵ SARLET I.W. e FIGUEIREDO M.F., *O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas*. São Paulo: Editora Jus Podium, 2019.

dell'integrazione del diritto alla salute nel testo costituzionale, gli anni seguenti sono stati contrassegnati da conflitti sul modello di *welfare state* da impiantare¹⁰⁶.

Il SUS ha come principi, espressi nella Costituzione, l'universalità dell'accesso, l'uguaglianza e l'integrità dell'assistenza, e le sue linee guida sono il decentramento, con un'unica direzione in ogni sfera del governo, assistenza completa e partecipazione della comunità. L'universalità ha portato al SUS la nozione di cittadinanza come elemento guida della politica sanitaria; rompendo la logica dell'assicurazione sanitaria che esisteva fino ad allora, in cui il diritto di accesso ai servizi medico-ospedalieri aveva come requisito il contributo previdenziale e la logica della sicurezza sociale è stata adottata, garantendo l'accesso alla salute come i diritti di cittadinanza, così che molti cittadini che erano ai margini del sistema sanitario hanno iniziato ad avere diritto alle cure, facendo del SUS una delle più grandi politiche di inclusione sociale nella storia del Paese¹⁰⁷.

Dal punto di vista dell'organizzazione del sistema, il SUS è costituito da una rete di servizi sanitari regionali e gerarchici, finanziata dai tre livelli di governo dal 2000, nella forma del collegamento costituzionale definito dalla Costituzione del 1988, con azioni e servizi forniti da secondo le responsabilità tripartite definite dai gestori sanitari. Le competenze definite nella Costituzione sono:

- la prestazione di servizi sanitari deve essere svolta dai comuni in collaborazione con lo Stato e l'Unione;
- la prestazione di servizi in aree strategiche e in situazioni di mancanza di servizi o omissione del comune è di competenza degli Stati;
- Infine, l'Unione ha un ruolo strategico e normativo nel regolare, coordinare e sostenere l'articolazione interstatale, fornendo servizi eccezionali e aree strategiche¹⁰⁸.

Da quanto precede, si osserva che l'evoluzione del diritto alla salute in Italia e in Brasile ha raggiunto risultati simili, soprattutto per quanto riguarda i testi costituzionali e la conformazione del sistema sanitario locale, sebbene fossero il risultato di contesti socioculturali diversi. Entrambi i Paesi hanno adottato strategie molto simili nelle loro politiche di protezione sociale per quanto riguarda la realizzazione del volto sanitario del

¹⁰⁶ NUNES A.J.A. e SCAFF F.F., *Os tribunais e o direito à saúde*. São Paulo: Editora Livraria do Advogado, 2018.

¹⁰⁷ VIANA A.L.A., FONSECA A.M.M. e DA SILVA H.P., *Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 2017.

¹⁰⁸ VIANA A.L.A. e DA SILVA H.P., *Saúde e desenvolvimento no Brasil: argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis*. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 49, 2017.

diritto alla salute. Pur considerando le differenze punteggiate e i numerosi problemi esistenti, l'Italia e il Brasile sono riusciti a mettere in pratica molti dei punti della riforma sanitaria, in particolare la necessità di mettere la salute come centro di riflessione e azione per costruire sistemi basati sull'universalità. Entrambi i Paesi ottengono l'affermazione della salute come diritto universale.

CAPITOLO 2

IL SISTEMA SANITARIO E OSPEDALIERO ITALIANO

Il ruolo dei livelli centrali di governo nella formazione degli attuali Servizi Sanitari Nazionali è stato fondamentale, sia attraverso azioni regolatorie, nel caso dei sistemi sanitari di tipo Bismarck, sia attraverso processi normativi che supportano l'organizzazione del sistema, nel caso di sistemi di tipo Beveridge. Dato che il sistema sanitario italiano è di tipo Beveridge, l'analisi delle regole e delle leggi emanate nel corso degli anni è essenziale per comprendere come è stato costituito il sistema. Il presente capitolo intende mettere in evidenza, da un punto di vista storico, come è stato creato il Servizio Sanitario Nazionale in Italia, e come le mutevoli esigenze politiche, economiche e sociali abbiano inciso nei cambiamenti verificatisi nel corso del tempo.

2.1 IL SISTEMA PRIMA DELLA COSTITUZIONE DEL 1948: L'ASSENZA DELLA GARANZIA STATALE DI PROTEZIONE DELLA SALUTE

L'unificazione degli Stati italiani, con la conseguente formazione dell'Italia come singola Nazione, avvenne solo nel 1861. All'epoca la situazione sanitaria del Paese era critica, con un'aspettativa di vita media da 16 a 17 anni inferiore a quella svedese e un tasso di mortalità infantile di 232 decessi per 1.000 nati vivi¹⁰⁹. Lo Stato italiano tutelava prevalentemente servizi di sanità pubblica e di sorveglianza sanitaria. La garanzia di salute per il cittadino non era riconosciuta come un bene pubblico. Inoltre, tali azioni di sanità pubblica e di sorveglianza sanitaria erano sotto il coordinamento e l'ordinamento del Ministero dell'Interno (dal 1865) e non del Ministero della Salute¹¹⁰. Solo nel 1945 nacque l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri.

Di questo periodo due Leggi sono di particolare importanza: la Legge 5849 del 12 dicembre 1888, relativa ai settori della polizia sanitaria e dell'igiene, e la Legge 6972 del 17 luglio 1890, meglio nota come "Legge Pagliano-Crispi". La Legge 5849/1888 ha determinato la tutela dell'igiene nella sanità, ha creato la Direzione Generale della Salute

¹⁰⁹ COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste nera ai giorni nostri*. Roma: Laterza, 2016.

¹¹⁰ DE ANGELIS M., *Materiali per lo studio del sistema sanitario nazionale*, Bologna, 2015.

e la posizione di Ufficiale Sanitario e può essere considerata una delle prime norme di organizzazione di un sistema sanitario in via di costituzione. Tale legge suddivide l'organizzazione sanitaria del Paese su tre livelli: centrale, in cui la responsabilità spettava al Ministero degli Interni; provinciale, dove il Prefetto era responsabile dell'organizzazione delle attività del Dottore provinciale; comunale, dove il Sindaco era responsabile delle attività dell'ufficiale sanitario, che aveva il compito di prevenire le malattie infettive e di proteggere l'ambiente, e il Conducente medico, che aveva compiti di assistenza sanitaria gratuiti per coloro che erano nella lista dei poveri e, attraverso pagamento, per i ricchi abitanti del villaggio¹¹¹. La Legge 6972 del 1890 trasforma l'approccio della polizia sanitaria in sanità pubblica, creando una prima struttura organizzativa. Questa Legge rappresentava una disposizione di rilevanza storica perché gli ospedali, le case di cura e le associazioni di beneficenza furono trasformati in "enti di beneficenza pubblici" sotto la supervisione del Ministero degli Interni. Tali istituzioni erano destinate all'assistenza sanitaria dei poveri e dei bisognosi¹¹².

In assenza della garanzia statale di protezione della salute, il sistema sanitario italiano della fine del 1800 e della prima metà del 1900 fu organizzato in una forma di assicurazione e protezione sociale, in cui il diritto alla protezione della salute era strettamente legato alla condizione lavorativa e non era quindi considerato un diritto di cittadinanza nel pieno senso del termine. In una fase storica caratterizzata da una generale mancanza di protezione sociale, coloro che potevano pagavano per un'assistenza adeguata. Per i più poveri, non restavano altro che le Opere Pie e gli Enti di beneficenza pubblici. I lavoratori dipendenti hanno iniziato ad associare e raccogliere risorse per proteggersi dai rischi della vita (disoccupazione, malattia, infortunio, vecchiaia, ecc.), creando una vasta e ampia rete di mutue: un vero Stato sociale dal basso verso l'alto¹¹³. Nell'anno 1943 vi erano poco meno di 100 istituti di mutua assistenza più grandi (o quelli con la più alta copertura) e circa 1000 istituti più piccoli. Tuttavia, questo sistema aveva dei limiti. L'attenzione predominante alle condizioni di salute dei membri delle mutue era concentrata al momento della diagnosi e del trattamento, quindi gli organi di mutua assistenza si occupavano solo delle condizioni di malattia riportate dai lavoratori e

¹¹¹ DE SIMONE M. *Politiche sanitarie in Italia da Crispi a Giolitti: percorsi di ricerca nelle carte dell'Archivio centrale dello Stato*. In: *Popolazione e storia*, v. 3, n. 1, p. 143-156, 2002.

¹¹² ROMANELLI R., *Francesco Crispi e la riforma dello stato nella svolta del 1887*. In: *Quaderni storici*, p. 763-834, 1971.

¹¹³ COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste nera ai giorni nostri*. Roma: Laterza, 2016.

nessuna attenzione veniva prestata alla prevenzione. Inoltre, la mancanza di omogeneità nella fornitura di servizi è stata di notevole importanza: ogni organizzazione di mutua assistenza ha permesso l'accesso a specifiche categorie di lavoratori in base alle caratteristiche del contributo, alle condizioni di lavoro e alla residenza. Tutti questi limiti hanno reso il sistema un centro incontrollabile di spesa, con attività non coordinate e conseguenti difficoltà nella gestione efficace del sistema sanitario¹¹⁴.

Uno dei grandi paradossi creati da questo sistema era che i soggetti più vulnerabili e quelli più esposti a malattie e rischi sociali, come i disoccupati e i lavoratori a basso reddito (e le loro famiglie), avevano ridotto le possibilità di accesso a cure e assistenza adeguate, essendo assistiti dagli enti di beneficenza, regolati dalla Legge 5849/1888, che si concentravano anche sull'assistenza alle malattie e non sulle azioni preventive¹¹⁵. Le agenzie mutue sono diventate la spina dorsale di un *welfare* burocratico e dell'assicurazione aziendale che, invece di promuovere l'estensione dei diritti sociali, ha cristallizzato le disparità, fornendo protezione a tutti in proporzione ai contributi versati e alla posizione detenuta nel mercato del lavoro. L'aspettativa di cure e assistenza così costituita comprendeva quindi non solo una copertura parziale della popolazione (lavoratori dipendenti e familiari) ma anche forti disparità tra beneficiari, poiché i contributi assicurativi variavano in base al tipo di lavoro svolto e quindi consentiva l'accesso a diversi livelli di qualità dell'assistenza.

Infine, è importante notare che fino al 1946 furono creati diversi organismi di mutua assicurazione con funzioni di sicurezza sociale e sanitaria, alcuni dei quali sono ancora in funzione: l'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) è nato dalla fusione, come stabilito con regio decreto del 23 marzo 1933, n. 264, tra il Fondo nazionale per gli infortuni e i fondi assicurativi privati, l'INPS (Istituto Nazionale di Previdenza Sociale) che è stato fondato nel 1898 dal "Fondo Nazionale per l'Assistenza Sociale alla Disabilità e "Vecchiaia dei Lavoratori" e l'ENPAS (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per i dipendenti statali), istituito il 19 gennaio 1942 con la Legge n. 22 e il suo mandato si è concluso il 30 giugno 1981, dopo la sua abolizione e dalla Legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

¹¹⁴ COSMACINI G., *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo: dalla "spagnola" alla II Guerra Mondiale*. Roma: Laterza, 1989.

¹¹⁵ DE SIMONE M. *Politiche sanitarie in Italia da Crispi a Giolitti: percorsi di ricerca nelle carte dell'Archivio centrale dello Stato*. In: *Popolazione e storia*, v. 3, n. 1, p. 143-156, 2002.

2.2 LA COSTITUZIONE ITALIANA E LA TUTELA DELLA SALUTE COME UN DIRITTO FONDAMENTALE DELL'INDIVIDUO

Nel 1948, dopo la II Guerra Mondiale, entra in vigore l'attuale Costituzione, che riconosce la protezione della salute da parte dello Stato italiano come un diritto fondamentale dell'individuo, ponendo fine al sistema assicurativo e mutualistico della salute del modello precedente. La Costituzione della Repubblica italiana afferma, nel suo articolo 32, che *“la Repubblica protegge la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della comunità e garantisce un trattamento gratuito agli indigenti”*¹¹⁶. L'articolo 117 definisce inoltre che la protezione della salute rientra nella competenza congiunta (legislazione concorrente) dello Stato e delle Regioni italiane. Con la modifica del modello del sistema sanitario, è stata necessaria l'unificazione dei servizi sanitari pubblici e dei singoli servizi sanitari. Pertanto, nella nuova configurazione, spettava al livello centrale attuare la macropolitica e le direttive della sanità pubblica e dell'organizzazione generale del sistema e delle cure sanitarie e ospedaliere delle Regioni (l'equivalente del livello statale brasiliano, come si vedrà nel capitolo 3). In generale, la giurisprudenza italiana in materia di salute considera che ci sono due tipologie di funzioni che il governo deve svolgere per garantire il diritto costituzionale fondamentale della salute ai suoi cittadini: le funzioni di organizzazione e funzionamento del sistema sanitario. Spetta al livello nazionale la prima, mentre la seconda è attribuita alle Regioni¹¹⁷.

Tre fattori conferiscono alla Carta costituzionale italiana importanza centrale, per i profili qui di interesse. Il primo di questi elementi è che l'Italia è stata la prima Nazione europea a riconoscere il diritto alla salute nella sua Costituzione, rappresentando un modello di ispirazione per altri ordini nazionali, incluso il Brasile¹¹⁸. In secondo luogo, la nuova Carta Fondamentale ha rappresentato una pietra miliare nell'area del diritto alla salute, poiché la malattia è stata trattata come un processo biologico e sociale e la salute non è stata più concepita come un fattore di produttività ma come un diritto sociale del cittadino. Pertanto *“storicamente, il diritto alla salute nasce come diritto sociale. I diritti sociali hanno la loro giustificazione teorica nel concetto di deprivazione e quindi hanno come*

¹¹⁶ LORELLO L. *La Costituzione della Repubblica italiana. Commento articolo per articolo*. Bologna: Il Mulino, 2018.

¹¹⁷ DE ANGELIS M., *Introduzione*, in *La complessità dei sistemi sanitari. Problematiche giuridiche del caso italiano*, Bologna, 2012.

¹¹⁸ PEZZINI B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*. Bologna: Il Mulino, 1983.

scopo la realizzazione dell'eguaglianza"¹¹⁹. Infine, la norma era per l'epoca rivoluzionaria nel comprendere e abbracciare il doppio valore della salute: è un diritto individuale inviolabile e assoluto e un bene di rilevanza collettiva¹²⁰.

La salute come diritto fondamentale è quindi caratterizzata da una forza particolare all'interno del sistema giuridico italiano, con la consapevolezza che nella relazione gerarchica tra diritti si trova in una posizione di supremazia rispetto agli altri¹²¹. Inoltre, è anche affermata come assoluta e la protezione di questo diritto prevale su altri diritti ed è garantita, soprattutto, nei confronti della pubblica amministrazione¹²². Poiché il diritto alla salute protegge i valori essenziali per la vita di ciascuno nella sua unicità e, allo stesso tempo, per l'intera comunità, questo diritto ha anche caratteristiche essenziali, come i diritti della personalità, dell'indisponibilità e della non patrimonialità; inoltre non può essere oggetto di dimissioni o incarico¹²³. In questo senso, il diritto alla salute è chiaramente riconosciuto dalla Costituzione del 1948. Sulla base di queste premesse, si può affermare che l'articolo 32 riconosce il valore del diritto fondamentale dell'individuo e dell'intera comunità. Ciò dimostra che la protezione del diritto alla salute si estende non solo all'interesse individuale di ciascuna persona, ma anche agli interessi dell'intera comunità, compreso in primo luogo il diritto all'assistenza sanitaria a vari livelli¹²⁴.

L'analisi delle funzioni attribuite al potere pubblico in campo sanitario, consente di evidenziare una transizione in tale settore da un ordinamento caratterizzato principalmente dallo scopo protettivo/repressivo e in cui l'assistenza sanitaria, di natura episodica, ha soddisfatto gli interessi pubblici come una priorità, ad un sistema normativo in cui il governo ha assunto il dovere di proteggere la salute non solo come un diritto sociale, ma anche come condizione fondamentale per il pieno sviluppo della persona umana¹²⁵.

¹¹⁹ VITO M.C., *Diritti della persona e Stato sociale – Il diritto dei servizi socio-sanitari*. Bologna: Zanichelli, 2010, p. 53.

¹²⁰ BOBBIO N., *A era dos direitos*. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992.

¹²¹ MORANA D., *La salute nella costituzione italiana: profili sistematici*. Milano, 2002.

¹²² FIORIO C., *Libertà personale e diritto alla salute*. Padova: CEDAM, 2012.

¹²³ COCCONI M., *Il diritto alla tutela della salute*. Padova: CEDAM, 1998.

¹²⁴ MORANA D., *La salute nella costituzione italiana: profili sistematici*. Milano, 2002.

¹²⁵ FERRARA R., *Salute (diritto alla)*, in *Dig. disc. pubbl.*, 1997.

2.3 IL SISTEMA TRA 1948 E 1978: IL PASSAGGIO DEFINITIVO DAL SISTEMA MUTUALISTICO AL SISTEMA UNIVERSALISTA

Il passaggio dal modello di sistema mutualistico al modello di sistema universalista è avvenuto nell'arco di 30 anni, e può ritenersi preannunciato dal testo Costituzionale. Si può dire che l'Italia abbia adottato il modello di sistema sanitario Beveridge, che fu costruito e implementato dal 1948 al 1978, soprattutto attraverso emanazione della Legge 833/78, che istituì il Sistema Sanitario Nazionale (SSN)¹²⁶.

Quando si tratta di cambiamenti nei modelli dei sistemi sanitari, gli autori affermano che esistono quelli del tipo *big bang* e quelli di tipo incrementali. Le cosiddette riforme del tipo *big bang* sono quelle che introducono cambiamenti significativi nell'operatività dei sistemi; quelli incrementali, invece, si basano su piccoli aggiustamenti successivi¹²⁷. L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale in Italia con la Legge n. 833 del 1978 è considerata una riforma del tipo *big bang*. Questa Legge ha introdotto un nuovo sistema operativo per eseguire non solo azioni curative e riabilitative, ma anche azioni preventive, con l'obiettivo di aumentare lo stato di benessere individuale e collettivo. Nel suo primo articolo, la Legge, in un chiaro riferimento all'articolo 32 della Costituzione italiana, individua lo Stato italiano come responsabile della protezione della salute, quale diritto fondamentale dell'individuo e dell'interesse della comunità¹²⁸. La Legge afferma inoltre che la protezione della salute fisica e mentale deve rispettare la dignità e la libertà della persona umana. Berlinguer, Teixeira e Campos¹²⁹ osservano che questa Legge esprimeva le esigenze della crescente mobilitazione popolare e dei lavoratori. Secondo gli autori, con questa Legge il vero processo di riforma non sarebbe stato concluso, ma solo avviato. In questo periodo di 30 anni tra la promulgazione della Costituzione italiana e la creazione del Servizio Sanitario Nazionale, ci sono stati tre eventi principali che hanno portato a cambiamenti che è possibile definire incrementali nel sistema sanitario italiano ogni dieci anni circa¹³⁰. Si tratta dell'istituzione del Ministero della Sanità nel 1958, la riforma

¹²⁶ COSMACINI G., *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo: dalla "spagnola" alla II Guerra Mondiale*. Roma: Laterza, 1989.

¹²⁷ VIANA A.L.A. e DAL POZ M.R., *A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, p. 225-264, 2005.

¹²⁸ BRANCA M., *L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R. e DI GASPARE G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Milano, 2001.

¹²⁹ BERLINGUER G., TEIXEIRA S.F. e CAMPOS G.W.S., *Reforma sanitária: Brasil e Itália*. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988.

¹³⁰ MACIOCCO G., *Evoluzione storica del diritto alla salute*. In: TODOROV T., *Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro. Centenario della costituzione degli ordini dei medici*. Roma: Health Communication SRL, 2010.

ospedaliera del 1968 con la Legge Mariotti e, infine, la creazione del Servizio Sanitario italiano nel 1978.

Il 14 agosto 1958 nasce il Ministero della Sanità, con il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica. Entra infatti in vigore la Legge costitutiva del 13 marzo 1958, n. 296, incorporando IACIS (Alto Commissariato per Igiene e la Salute pubblica) dal Ministero dell'interno, incaricato della sanità pubblica. È assistito nelle sue funzioni dal Consiglio superiore della sanità, un organo consultivo e dall'Istituto superiore di sanità, un organo tecnico e scientifico. Nonostante la sua creazione, nei primi anni il Ministero appena nato ha incarichi non ben definiti e budget limitato, impiegando alcuni anni per rispondere più adeguatamente alle aspettative¹³¹ e partecipare più attivamente a garantire la protezione della salute.

Il secondo passaggio incrementale si riferisce alla Legge n. 132 del 1968¹³², nota anche come Legge Mariotti, che ha guidato un'importante riforma delle cure ospedaliere, in cui gli ospedali divennero istituzioni autonome, classificate in base alle dimensioni e alla presenza di specialità e riorganizzate su tutto il territorio nazionale¹³³. Come nel caso del Brasile (si veda cap. 3), gli ospedali italiani erano per lo più nelle mani dell'amministrazione di fondazioni religiose (opere pie) o di organizzazioni mutualistiche/previdenziali prima della creazione del Servizio sanitario nazionale italiano. La Legge Mariotti del 1968 istituisce e organizza le autorità ospedaliere, costituisce il Fondo ospedaliero nazionale e introduce la pianificazione ospedaliera, assegnando competenza alle Regioni. È la premessa per la nascita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito dalla Legge 833 del 1978 e costituito dal "*complesso di funzioni, strutture, servizi e attività volte a promuovere, mantenere e ripristinare la salute fisica e mentale di tutta la popolazione*"¹³⁴. È importante sottolineare che questa riforma era mirata esclusivamente alle cure ospedaliere, senza prendere in considerazione il sistema sanitario nel suo insieme, avendo un carattere di assistenza piuttosto che di prevenzione. Questa Legge si riferiva anche ai crescenti costi del ricovero, all'aumento della complessità delle cure e al grande indebitamento degli ospedali mutualistici.

¹³¹ COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste nera ai giorni nostri*. Roma: Laterza, 2016.

¹³² BRANCA M., *L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R. e DI GASPARE G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Milano, 2001.

¹³³ DEL VECCHIO M., PRENESTINI A. e RAPPINI V., *La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi. Rapporto OASI*. Milano, 2014.

¹³⁴ MACIOCCO G., *Evoluzione storica del diritto alla salute*. In: TODOROV T., *Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro. Centenario della costituzione degli ordini dei medici*. Roma: Health Communication SRL, 2010, p.196.

Nonostante ciò, la crisi finanziaria divenne presto evidente e colpì ospedali e clienti e, a causa di questa instabilità economica e finanziaria, lo Stato ha promulgato la Legge n. 386 del 17 agosto 1974¹³⁵, recante "Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria". In altre parole, lo Stato ha assunto tutti i debiti, ha sciolto le amministrazioni delle mutue non approvate e si è preparato ad amministrare la salute del territorio italiano al fine di garantire il servizio a tutti i cittadini.

Infine, il terzo passaggio incrementale è stato l'approvazione della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978¹³⁶, che abolì il sistema mutualistico e istituì il Servizio Sanitario Nazionale, con decorrenza 1 luglio 1980. Poco prima dell'approvazione della Legge 833, è stata emanata la Legge n. 180, del 13 maggio 1978¹³⁷ (Legge Basaglia), nata per essere di efficacia limitata nel tempo (fino all'entrata in funzione del Servizio Sanitario Nazionale). La Legge Basaglia ha iniziato la riforma dell'assistenza psichiatrica italiana. Inoltre, ha contribuito a stabilire le basi del nuovo sistema sanitario modificando l'atteggiamento verso il tema della salute mentale, definendo l'importanza assoluta della prevenzione a livello preventivo e non curativo e mettendo in evidenza la centralità della persona¹³⁸. A seguito della Legge Basaglia, la Legge 833/78 stabilisce che il Servizio Sanitario Nazionale deve basarsi sulla visione della solidarietà e sulla fornitura di benefici a qualsiasi cittadino italiano, indipendentemente.

2.4 IL SERVIZIO SANITARIO ITALIANO E I SUOI PRINCIPI FONDAMENTALI E ORGANIZZATIVI

Secondo le definizioni fornite dallo stesso Ministero della Salute italiano¹³⁹, *“il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art.32 della*

¹³⁵ PITINO A., *Autonomie e salute*, in MORELLI A. e TRUCCO L. (a cura di), *Diritti e territorio. Il valore delle autonomie nell'ordinamento repubblicano*, Torino, 2015.

¹³⁶ BRANCA M., *L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R. e DI GASPARE G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Milano, 2001.

¹³⁷ ROSSI S., *Il diritto alla salute tra equità e sostenibilità. Colloquio sulle forme dell'eguaglianza in sanità*. In: *Biola* journal, n. 2, 2019.

¹³⁸ ROSSI S. *Sussurri e grida: riflessioni su follia e libertà nell'ennesimo testo di riforma della legge Basaglia*. In: *Politica del diritto*, v. 43, n. 2-3, 2012.

¹³⁹ Ministero della Salute. I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN). <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>.

Costituzione”. I principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione, avvenuta con la Legge n.833 del 1978, sono l’universalità, l’uguaglianza e l’equità.

Universalità “*significa l’estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione. In osservanza del nuovo concetto di salute introdotto dalla Legge di istituzione del SSN. La salute, a partire dal 1978, è stata intesa infatti non soltanto come bene individuale ma soprattutto come risorsa della comunità*”¹⁴⁰. Il SSN nella pratica applica questo principio attraverso la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione con una organizzazione capillare sul territorio nazionale i cui servizi sono erogati dalle Aziende Sanitarie Locali, dalle Aziende Ospedaliere e da strutture private convenzionate con il SSN. Tutti garantiscono, in modo uniforme, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) alla popolazione.

Per uguaglianza è inteso che “*i cittadini devono accedere alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche. Ai cittadini, che non appartengono a categorie esenti, è richiesto il pagamento di un ticket che varia per ogni singola prestazione prevista dai LEA*”.

Infine, per equità è inteso che “*a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute*”. Questo è il principio fondamentale che ha il fine di superare le disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie. Per la sua applicazione è necessario garantire a tutti qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza del servizio e in particolare delle prestazioni; fornire, da parte del medico, infermiere e operatore sanitario, una comunicazione corretta sulla prestazione sanitaria necessaria per il cittadino e adeguata al suo grado di istruzione e comprensione (consenso informato, presa in carico).

I principi fondamentali del SSN vengono affiancati dai *principi organizzativi* che sono basilari per la programmazione sanitaria e sono:

- la centralità della persona, che si estrinseca in una serie di diritti esercitabili da parte dei singoli cittadini e che rappresentano dei doveri per tutti gli operatori sanitari, dal medico a chi programma l’assistenza territoriale. I diritti principali sono la libertà di scelta del luogo di cura; il diritto a essere informato sulla malattia; il diritto a essere informato sulla terapia e opporsi o dare il consenso (consenso informato); il diritto

¹⁴⁰ Ministero della Salute. I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN). <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>.

del paziente di “essere preso in carico” dal medico o dall’*équipe* sanitaria durante tutto il percorso terapeutico; il diritto alla riservatezza; il dovere della programmazione sanitaria di anteporre la tutela della salute dei cittadini (che rappresenta il motivo principale dell’istituzione del SSN) a tutte le scelte, compatibilmente alle risorse economiche disponibili.

- la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute: la Costituzione prevede per la tutela della salute competenze legislative dello Stato e delle Regioni. Lo Stato determina i LEA che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Mentre le Regioni programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell’ambito territoriale di loro competenza.
- la collaborazione tra i livelli di governo del SSN: Stato, Regioni, Aziende e Comuni, nei rispettivi ambiti di competenze, devono collaborare tra di loro, con l’obiettivo di assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi su tutto il territorio nazionale e livelli delle prestazioni sanitarie accettabili e appropriate per tutti i cittadini.
- la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari: la professionalità dei medici e infermieri, non solo in senso tecnico, ma anche come capacità di interagire con i pazienti e rapportarsi con i colleghi nel lavoro di *équipe*, è determinante ai fini della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni.
- L’integrazione socio-sanitaria: è un dovere integrare l’assistenza sanitaria e quella sociale quando il cittadino richiede prestazioni sanitarie e, insieme, protezione sociale che deve garantire, anche per lunghi periodi, continuità tra cura e riabilitazione.

La fornitura dovrebbe essere garantita da un’organizzazione multilivello che coinvolga il governo centrale, i governi regionali e varie strutture sanitarie locali. Il governo centrale è responsabile solo della definizione, insieme ai governi regionali, degli obiettivi perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale e dei livelli di servizi sanitari da garantire in tutto il Paese. I personaggi principali dell’organizzazione progettata nel 1978 sono sicuramente le Unità Sanitarie Locali (USL), agenzie pubbliche di nuova creazione per perseguire obiettivi SSN, che sono articolati in Distretti sanitari di base. Sono organizzazioni complesse che combinano servizi amministrativi e assistenziali, inclusi ospedali pubblici,

e coinvolgono uno o più Comuni, che possono anche contrattare liberamente con fornitori di servizi sanitari privati¹⁴¹.

L'idea di coinvolgere i Comuni nella gestione dell'assistenza sanitaria era sostanzialmente quella di garantire la partecipazione dei cittadini al processo di pianificazione. Sebbene probabilmente corretto in linea di principio, questo coinvolgimento ha comportato un forte controllo politico a livello locale, contribuendo a creare inefficienze importanti e una crescita significativa delle spese, con enormi disavanzi generati ogni anno¹⁴².

La pianificazione a livello centrale dovrebbe basarsi sul Piano Sanitario Nazionale (PSN), idealmente un programma triennale, che definisce l'importo del finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), i criteri per l'allocazione di questo fondo tra le Regioni e gli obiettivi da perseguire da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Dal PSN, i governi regionali dovrebbero definire i propri Piani Sanitari Regionali, condividendo obiettivi comuni ma con libertà di scelta nell'organizzazione dei servizi (ad es. Rete ospedaliera, ruolo dei fornitori privati, ecc.)¹⁴³.

Per quanto riguarda gli ospedali, la Legge 833/1978 ha abolito la classificazione degli ospedali stabilita dalla Legge 132/1968 e ha stabilito che gli istituti ospedalieri sono strutture di Unità Sanitarie Locali, articolate in dipartimenti, basate sul principio dell'integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi correlati e complementari, al fine di garantire un'assistenza completa e favorire la connessione tra i servizi ospedalieri ed extraospedalieri in relazione alle esigenze delle aree territoriali definite. È stato inoltre definito che gli ospedali multizonali sono quelli che svolgono attività orientate prevalentemente ai territori la cui estensione comprende più di una Unità Sanitaria Locale. La sua gestione è affidata alle Unità Sanitarie nel cui territorio si trovano¹⁴⁴.

¹⁴¹ TURATI G. *The Italian Servizio Sanitario Nazionale: a renewing tale of lost promises*. In: *Federalism and decentralization in European health and social care*. London: Palgrave Macmillan, 2013.

¹⁴² BALDUZZI R. *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*. Bologna: Il Mulino, 2009.

¹⁴³ CANTU E., *Rapporto OASI 2011. Laziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano, Editore EGEEA, 2011.

¹⁴⁴ MACIOCCO G., *Evoluzione storica del diritto alla salute*. In: TODOROV T., *Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro. Centenario della costituzione degli ordini dei medici*. Roma: Health Communication SRL, 2010.

2.5 LE RIFORME DEGLI ANNI 1990 I 2000: ALLA RICERCA DI UNA MIGLIORE EFFICIENZA DEL SISTEMA

Diverse riforme furono attuate dalle riforme legislative (e di conseguenza nell'organizzazione e nel funzionamento) del Servizio Sanitario Nazionale italiano negli anni 90 e 2000, il cui obiettivo principale era quello di costruire il livello essenziale (minimo) di assistenza, nonché di decentralizzare gradualmente le funzioni di assistenza sanitaria a livello regionale. Queste riforme sono simili a quelle approvate in Brasile, sempre negli anni 90 e nei primi anni 2000, introducendo gli Standard Operativi di Base (*Normas Operacionais Básicas/NOB*) e gli Standard Operativi per l'Assistenza Sanitaria (*Normas Operacionais de Assistência à Saúde/NOAS*)¹⁴⁵. In entrambi i Paesi il governo centrale fu un potente induttore del decentramento. La principale differenza tra i sistemi sanitari brasiliani e italiani era il livello di decentralizzazione, i Comuni nel caso del Brasile¹⁴⁶ e le Regioni nel caso dell'Italia¹⁴⁷. E questa differenza nel livello di decentralizzazione è stata la principale svolta nell'organizzazione delle cure ospedaliere in entrambi i Paesi.

Dopo il primo decennio dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, i risultati non sempre sono stati del tutto positivi. Il diritto alla salute è stato effettivamente esteso a tutti i cittadini, con l'ingresso di circa tre milioni di nuove persone nel sistema. D'altro canto, il riequilibrio territoriale rimaneva ancora una mera utopia, con il crescente divario interregionale rispetto alla media nazionale registrata all'inizio della riforma in alcune regioni¹⁴⁸. In assenza di orientamenti ministeriali e senza riferimento ai primi anni del Piano Sanitario Nazionale, le Regioni hanno legiferato per una varietà eterogenea di modelli organizzativi che ha prodotto risultati talvolta contraddittori con gli obiettivi della riforma. Le cure ospedaliere sono rimaste l'obiettivo principale e crescente del servizio sanitario; le iniziative di educazione e prevenzione sanitaria, sebbene finanziate con risorse aggiuntive a scopi limitati, sono rimaste nel limbo di intenti e le risorse sono state dirottate per far fronte alle normali spese correnti. Infine, il personale amministrativo è

¹⁴⁵ MATTA G.C., *Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde*. In: MATTA G.C. e PONTES A.L.M. (a cura di) *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

¹⁴⁶ LIMA R.C.G., *A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana*. In: *Saúde e Sociedade*, v. 18, 2009.

¹⁴⁷ DE ANGELIS M., *Materiali per lo studio del sistema sanitario nazionale*, Bologna, 2015.

¹⁴⁸ DE ANGELIS M., *L'Effettività della tutela della salute ai tempi della crisi. Percorsi*. Napoli, 2016.

rimasto in gran parte inadatto alle dimensioni della gestione e alle esigenze gestionali delle autorità sanitarie locali¹⁴⁹.

Un punto che ha fortemente influenzato le riforme precedentemente citate è rappresentato dai comitati di gestione delle Autorità Sanitarie Locali. Questi divennero un esempio di occupazione del potere per scopi clientelistici. L'obiettivo riformista di trasformarli in autentici interpreti dei bisogni locali, come emanazione diretta di organi istituzionali democraticamente eletti, è rimasto nel mezzo perché, in effetti, il finanziamento e il controllo sono stati rimossi dalla loro competenza¹⁵⁰. L'obiettivo di far prevalere l'interesse pubblico di fronte alle pressioni aziendali e alla resistenza burocratica della direzione non è stato raggiunto¹⁵¹.

Oltre ai fattori elencati, il sistema informativo necessario per valutare le esigenze epidemiologiche, conoscere la realtà operativa, pianificare la risoluzione dei problemi e controllarne l'implementazione, è stato reso operativo molto tardi e solo per la parte di controllo centrale. In effetti, nei primi anni 90, il Servizio Sanitario Nazionale ha continuato ad essere molto simile al sistema precedente in termini di tipi e metodi di prestazione, con livelli di efficienza spesso inferiori. L'unico aspetto decisamente positivo è stata la diffusa protezione della salute per l'intera popolazione¹⁵².

Infine, la Legge 833/78 ha stabilito il nuovo modello di erogazione delle cure, ma non ha indicato i servizi da fornire, delegando la definizione delle elenchi dei servizi agli strumenti di pianificazione nazionali e regionali. Inoltre, il processo di attuazione della riforma sanitaria avrebbe dovuto essere caratterizzato da una forte integrazione tra le attività di regolamentazione degli organi centrali (governativi e parlamentari) e l'attività regionale. Questa integrazione inizialmente non è stata all'altezza, ma negli anni 80 il processo di definizione del ruolo di ciascuna istituzione e livello coinvolti nelle fasi di pianificazione e gestione è diventato più chiaro¹⁵³. L'approvazione della Legge n. 595 del 23 ottobre 1985, che determinò la pianificazione sanitaria e il Piano Sanitario Nazionale 1986-88,

¹⁴⁹ TURATI G. *The Italian Servizio Sanitario Nazionale: a renewing tale of lost promises*. In: *Federalism and decentralization in European health and social care*. London: Palgrave Macmillan, 2013.

¹⁵⁰ MURARO G. e REBBA V., *Nuove istituzioni per l'assistenza socio-sanitaria: principali esperienze nazionali ed estere*. Milano: Franco Angeli, 2009.

¹⁵¹ BALDUZZI R., *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*. Bologna: Il Mulino, 2009.

¹⁵² MACIOCCO G., *Evoluzione storica del diritto alla salute*. In: TODOROV T., *Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro. Centenario della costituzione degli ordini dei medici*. Roma: Health Communication SRL, 2010.

¹⁵³ MAPELLI V. *Il sistema sanitario italiano*. Bologna: Il Mulino, 2012.

fu un evento di notevole valore politico e operativo, poiché il processo di programmazione divenne finalmente organizzato¹⁵⁴.

Per quanto riguarda l'accordo istituzionale, la cosiddetta mini-riforma delle Unità Sanitarie Locali, approvata dalla Legge n. 4, 15 gennaio 1986¹⁵⁵, iniziò a dare un nuovo volto alle USL in attesa di una riforma più generale attraverso le proposte di legge presentate al Parlamento. Con questa Legge, l'Assemblea generale delle Autorità Sanitarie Locali è stata abolita e il tasso di politicizzazione degli amministratori all'interno delle USL è stato ridotto, prevedendo la scelta di membri esterni al Consiglio comunale, nonché criteri di qualità, competenza e professionalità richieste per mantenere la posizione.

Dopo la mini-riforma è intervenuta infine la promulgazione della Legge n. 421, del 23 ottobre 1992¹⁵⁶, e i decreti legislativi 502 del 1992¹⁵⁷ e 517 del 1993¹⁵⁸. Le modifiche definite da questi strumenti sono denominate "riforma bis". La revisione del Servizio Sanitario Nazionale promossa da questa riforma aveva come obiettivo generale quello di garantire l'accesso dei cittadini su tutto il territorio nazionale a una gamma di servizi sanitari predefiniti, garantendo al contempo il rispetto dei vincoli di spesa pubblica determinato in modo prospettico in conformità con l'andamento dell'economia nazionale. La legislazione prevista dai suddetti decreti ha ripristinato, in primo luogo, a tutti i livelli istituzionali (governo centrale, regioni, unità sanitarie locali) l'etica della responsabilità, evidenziando in tal modo sensibilità verso gli interessi generali e solidarietà con i deboli, così come l'attenzione ai diritti, ma come consapevolezza reciproca dei doveri¹⁵⁹. Secondo De Angelis, *“la riforma bis stabilisce il principio in base al quale i livelli uniformi di assistenza saranno fissati in coerenza con le risorse stabilite dalla Legge finanziaria e rapportati al volume delle risorse disponibili”*¹⁶⁰.

Di grande importanza fu lo spostamento del centro di potere dai Comuni verso le Regioni, supponendo che il livello regionale fosse abbastanza vicino al livello locale per

¹⁵⁴ TURATI G. *The Italian Servizio Sanitario Nazionale: a renewing tale of lost promises. In: Federalism and decentralization in European health and social care.* London: Palgrave Macmillan, 2013.

¹⁵⁵ RICCIARELLI G., *Le trasformazioni istituzionali del servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, nn. 7, 8, 9, 1992.

¹⁵⁶ Legge n. 421, 23 ottobre 1992. Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale.

¹⁵⁷ Decreto Legislativo n. 502, 30 dicembre 1992. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

¹⁵⁸ RICCIARELLI G., *Le trasformazioni istituzionali del servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, nn. 7, 8, 9, 1992.

¹⁵⁹ MAPELLI V. *Il sistema sanitario italiano.* Bologna: Il Mulino, 2012.

¹⁶⁰ DE ANGELIS M., *L'Effettività della tutela della salute ai tempi della crisi. Percorsi.* Napoli, 2016.

comprendere i bisogni di salute, ma abbastanza lontano da non essere contaminato dalla politica locale. Pertanto, le Regioni sono state riconosciute come aree di maggiore autonomia nelle questioni sanitarie e sono state anche ritenute responsabili dei risultati raggiunti, sia in termini di qualità dei servizi che di effetti finanziari delle decisioni di gestione¹⁶¹. In effetti, il decentramento garantisce la diversità delle soluzioni, favorisce la *governance* dei servizi e serve a rendere le autorità pubbliche regionali più responsabili, non tanto nei confronti dell'amministrazione centrale, ma nei confronti dei cittadini a cui le Regioni rispondono¹⁶². D'altro canto, il requisito di uniformità dei livelli di assistenza, lungi dal contraddire il principio di diversità delle soluzioni locali sopra menzionato, è servito a garantire alle Regioni pari risorse in relazione alla popolazione da assistere, mantenendo tale livello di governo totalmente libero rispetto alle modalità di utilizzo delle risorse per garantire livelli più elevati rispetto alle uniformità obbligatorie

Sempre con questa riforma, la gestione delle attività sanitarie è stata affidata all'Autorità Sanitaria Locale, che, per assicurare ai propri clienti la prestazione di servizi, ai sensi del decreto legislativo n. 502, "utilizza le proprie istituzioni, ospedali e istituzioni di sanità pubblica, individua e professionisti, con i quali intrattengono relazioni appropriate basate sul pagamento di una tariffa predeterminata per il servizio reso"¹⁶⁴. Questa è stata un'innovazione che ha avuto effetti significativi sull'efficienza complessiva del sistema sanitario. Da un lato, è stata introdotta la distinzione tra ruolo di fornitore e ruolo di acquirente-pagatore, facendo della USL agente di acquisto sanitario per i suoi clienti nel mercato dei servizi, composto da tutti i produttori/fornitori esistenti, pubblico e privato, tra i quali è stato riconosciuto al paziente la piena libertà di scelta. Ciò ha portato alla tendenza dell'Unità Sanitaria Locale a fare scelte allocative basate più su criteri di efficienza ed efficacia che sulla situazione preesistente, soprattutto se si considera il processo parallelo avviato in relazione al modello organizzativo-istituzionale dell'Autorità Sanitaria Locale. Il modello organizzativo assunto come base era quello della società regionale, con l'obiettivo di ottenere una minore dispersione territoriale,

¹⁶¹ PIOGGIA A., DUGATO M., RACCA G.M. e CIVITARESE S., *Oltre aziendalizzazione del servizio sanitario: un primo bilancio*. Roma, 2008.

¹⁶² BRANCA M., *L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R. e DI GASPARE G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Milano, 2001.

¹⁶³ CANTU E., *Rapporto OASI 2011. Aziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano, Editore EGEEA, 2011.

¹⁶⁴ GIANNONI M. (a cura di), *Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, 2010.

conferire personalità giuridica e piena autonomia gestionale alle ASL e introdurre tecniche di gestione e controllo tipiche delle aziende¹⁶⁵.

In effetti, la riforma bis ha creato un nuovo equilibrio nelle relazioni tra i livelli centrale e regionale. Vi è stata una riduzione degli incarichi a livello centrale, con attività più macropolitiche, come la pianificazione, la determinazione delle risorse ex ante, la definizione degli obiettivi, la verifica dei risultati, associati al rafforzamento dei poteri delle regioni (pianificazione, finanziamento, organizzazione, operazione). Per quanto riguarda la riorganizzazione territoriale, il numero delle autorità sanitarie locali è immediatamente diminuito da 659 unità a 228 (e continua a diminuire), oltre a 83 compagnie ospedaliere. Inoltre, tra i risultati ottenuti, il sistema tariffario di servizi è stato regolamentato e avviato in modo specifico e sono state definite misure per consentire l'esercizio dei poteri regionali in materia di autorizzazione, accreditamento e creazione di nuovi rapporti di servizio. Il ruolo integrativo della Regione rispetto alle funzioni di acquisto e produzione dei servizi è stato specificato e regolamentato¹⁶⁶.

Nel 1999, c'è stata una nuova riforma, chiamata "riforma ter" o "riforma Bindi"¹⁶⁷, con l'obiettivo di correggere alcuni dei punti toccati in misura minore nei provvedimenti precedenti, in particolare per quanto riguarda la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire a tutti cittadini. Il modello di pianificazione sanitaria è confermato dalla elaborazione del Piano Sanitario Nazionale da parte dell'esecutivo, con la possibilità che le Regioni possano presentare proposte per la elaborazione di tale piano attraverso i Piani Sanitari Regionali. Individua, tra l'altro, i livelli essenziali e uniformi di assistenza fornita dal Servizio Sanitario Nazionale, unitamente alla definizione delle risorse finanziarie da allocare, che sono pianificate in conformità con la compatibilità finanziaria per l'intero sistema finanziario pubblico nel Paese "Documento di pianificazione economica e finanziaria"¹⁶⁸. Inoltre, viene confermato il carattere imprenditoriale delle Unità Sanitarie Locali, affermando che esse hanno autonomia imprenditoriale piuttosto che la precedente autonomia "*organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica*".

¹⁶⁵ PIOGGIA A., DUGATO M., RACCA G.M. e CIVITARESE S., *Oltre aziendalizzazione del servizio sanitario: un primo bilancio*. Roma, 2008.

¹⁶⁶ FALCITELLI N. *Politica sanitaria: dalle mutue alle aziende unità sanitarie locali*. In: TODOROV T. *Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro. Centenario della costituzione degli ordini dei medici*. Roma: Health Communication, 2010.

¹⁶⁷ PITRUZZELLA G., *Problemi e pericoli del "federalismo fiscale" in Italia*, in *Le Regioni*, n. 5, 2002.

¹⁶⁸ PIOGGIA A., DUGATO M., RACCA G.M. e CIVITARESE S., *Oltre aziendalizzazione del servizio sanitario: un primo bilancio*. Roma, 2008.

E ancora può rilevarsi che vengono stabiliti criteri precisi per l'articolazione e l'attività dei distretti sanitari. La popolazione minima assegnata ai distretti Usl deve essere di sessantamila abitanti, ad eccezione delle Regioni con caratteristiche geomorfologiche specifiche del territorio o bassa densità di popolazione. Le funzioni distrettuali devono includere l'assistenza primaria, il coordinamento dei medici generici, il coordinamento delle loro attività con quelle di altri servizi sanitari USL e la fornitura di servizi sanitari socialmente rilevanti. Infine, vengono definiti i servizi sanitari sociali, distinguendo i servizi sanitari con rilevanza sociale e i servizi sociali con rilevanza sanitaria. I primi sono identificati in attività volte a promuovere la salute, prevenire, identificare, rimuovere e contenere risultati degenerativi o invalidanti di malattie congenite o acquisite. Questi ultimi comprendono attività del sistema sociale che mirano a sostenere le persone bisognose con disabilità o emarginazione che incidono sullo stato di salute¹⁶⁹.

La Legge citata stabilisce inoltre che le compagnie ospedaliere possono essere solo quelle di importanza nazionale, che devono soddisfare i requisiti dell'organizzazione dipartimentale; disponibilità di un sistema economico di contabilità e centri di costo; presenza di almeno tre unità operative ad alta specialità; pronto soccorso di secondo livello; essere un ospedale di riferimento; avere gli ingressi medi negli ultimi tre anni almeno del 10% superiori alla media regionale; avere l'indice di complessità, negli ultimi tre anni, almeno del 20% superiore al valore medio regionale e, infine, dispone di beni immobiliari propri¹⁷⁰.

La Legge n. 317, del 3 agosto 2001, poi, cambia il nome del Ministero della Sanità in Ministero della Salute¹⁷¹. L'aggiornamento della definizione riflette la nuova missione svolta dal Ministero, in conformità con il concetto espresso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che definisce la salute come "*una condizione non più di assenza di malattia, ma di completo benessere fisico, mentale e sociale*"¹⁷². Pertanto, viene sottolineato il ruolo del ministero di promozione della sanità della persona nella sua interezza e complessità.

¹⁶⁹ FALCITELLI N. *Politica sanitaria: dalle mutue alle aziende unità sanitarie locali*. In: TODOROV T. *Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro. Centenario della costituzione degli ordini dei medici*. Roma: Health Communication, 2010.

¹⁷⁰ DEL GESSO C., *La visione sistemica dell'Azienda sanitaria pubblica. Tendenze evolutive della gestione e della rilevazione nel sistema di tutela della salute*, Milano, 2014.

¹⁷¹ FAVRETTO G., *Organizzare la soddisfazione in sanità*, Milano, 2007.

¹⁷² WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of World Health Organization. In: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Nel 2001 c'è un cambiamento costituzionale. La Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001¹⁷³, che ha riformato il Titolo V della Costituzione, ridisegna i poteri dello Stato e delle Regioni in materia di sanità. Lo Stato ha ora competenza esclusiva nella profilassi internazionale, determina i "livelli essenziali di servizi relativi ai diritti civili e sociali da garantire all'interno del territorio nazionale" e i principi fondamentali della competenza concorrente. Ogni Regione offre servizi di assistenza medica e ospedaliera. Dal 2001, gli accordi tra lo Stato e le Regioni sono stati i mezzi con cui è stata elaborata l'assistenza pubblica in Italia. Il nuovo articolo 117 afferma che "il potere legislativo è esercitato dallo Stato e dalle Regioni" e quindi elenca numerose riassunti su cui lo Stato Legge esclusivamente. Nell'elenco, per quanto riguarda la salute, è inclusa solo la "determinazione dei livelli essenziali dei servizi per i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale". Lo stesso articolo comprende anche i temi della legislazione concorrente e tra questi vi sono "protezione della salute", "professioni", "ricerca scientifica" e "nutrizione". Il potere legislativo delle Regioni deve tuttavia essere esercitato nel rispetto dei principi fondamentali determinati dalla legge statale. Ciò conferma il precetto già contenuto nell'articolo 117 originale. Il nuovo articolo 118 riguarda le funzioni amministrative generalmente assegnate ai comuni. Infine, è interessante notare che il nuovo articolo 120 regola anche il potere sostitutivo del governo in caso di inosservanza da parte delle Regioni e delle autorità locali. Per potere sostitutivo si può intendere istituto di diritto pubblico che consiste, come si legge nella sentenza della Corte Costituzionale n. 177/1988, in un "potere eccezionale in virtù del quale un soggetto o un organo gerarchicamente superiore oppure investito della funzione di indirizzo e di vigilanza nei confronti di altri soggetti provvede, in caso di persistente inattività di questi ultimi, a compiere in loro vece atti rientranti nella competenza degli stessi". Con la riforma del titolo V della Costituzione del 2011, con cui viene riconosciuta una posizione di parità agli Enti costitutivi della Repubblica, si attenua la supremazia statale nei confronti degli enti regionali e locali che incide e circoscrive fortemente l'ambito di ammissibilità di un potere sostitutivo statale.

¹⁷³ BIZZARRI G., JSEPPI R. e ROBERTI G., *Lo sviluppo del sistema di controllo interno nelle aziende sanitarie. Come ridurre i rischi amministrativo-contabili e migliorare le performance*, Milano, 2013.

2.6 LA RIFORMA DEL SISTEMA OSPEDALIERO NELL'ANNO 2015: COME GARANTIRE LA TUTELA DELLA SALUTE POST-TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

Come nel caso del Brasile, gli ospedali italiani erano per lo più nelle mani dell'amministrazione di fondazioni religiose (opere pie) o di organizzazioni mutualistiche/previdenziali prima della creazione del Servizio Sanitario Nazionale italiano. Nel 1968 la Legge n. 132¹⁷⁴ introdusse un'importante riforma delle cure ospedaliere, in conseguenza della quale gli ospedali divennero istituzioni autonome, classificate in base alle dimensioni e alla presenza di specialità e riorganizzate su tutto il territorio nazionale. Le Regioni avevano il compito di pianificare le cure ospedaliere in base alle esigenze della loro popolazione. Dal 1974 in poi, le Regioni hanno iniziato a svolgere il ruolo di programmazione sanitaria, un ruolo che è aumentato solo con la istituzione del Servizio sanitario nazionale nel 1978.

Il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, ha trasformato le Unità Sanitarie Locali (USL), agenzie sanitarie regionali che sono soggette al livello statale, in Aziende Sanitarie Locali (Aziende Sanitarie Locali - ASL), dotate di autonomia economica e amministrativa, staccate dall'organizzazione federale e collegate a livello regionale. Ogni ASL è organizzata nelle seguenti strutture tecniche e funzionali: distretto sanitario, distretto ospedaliero, dipartimenti specializzati e unità ospedaliere, costituite come compagnie ospedaliere (aziende ospedaliere). Nonostante rispondesse a livello regionale, una rete nazionale di ospedali altamente specializzati è stata formata in una organizzazione a matrice del sistema ospedaliero. Tali ospedali, generalmente collegati alle Università presenti nella Regione, hanno portato ad un nuovo modello di relazione tra ASL e università. Infine, questo Decreto Legislativo ha anche stabilito una serie di indicatori di efficienza e qualità, compresi quelli relativi alle cure ospedaliere, come uno strumento ordinario e sistematico per la gestione e la valutazione dei risultati¹⁷⁵.

Con questa costruzione legislativa, il sistema ospedaliero italiano è stato organizzato e gestito a livello regionale. Contrariamente a quanto accaduto in Brasile, dove, in mancanza di livello regionale, le cure ospedaliere erano organizzate e gestite a livello

¹⁷⁴ FALCITELLI N. *Politica sanitaria: dalle mutue alle aziende unità sanitarie locali*. In: TODOROV T. *Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro. Centenario della costituzione degli ordini dei medici*. Roma: Health Communication, 2010.

¹⁷⁵ DEL VECCHIO M., PRENESTINI A. e RAPPINI V., *La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi. Rapporto OASI*. Milano, 2014.

comunale. Pestana e Mendes¹⁷⁶ sono due autori brasiliani che hanno dichiarato l'importanza del livello di gestione. Entrambi dimostrano che i principali punti deboli della municipalizzazione del sistema sanitario brasiliano sono stati indebolimento delle strutture centrali, la difficoltà di coordinamento, laumento dei costi di transazione, la frammentazione dei servizi, l'inefficienza dovuta alla perdita di economie di scala e portata, la scarsità di risorse manageriali, il patrocinio locale e l'interruzione dei programmi verticali di sanità pubblica. Tali fattori non sono stati osservati nel decentramento del sistema sanitario italiano.

Oltre alle leggi già descritte, l'istituzione del Piano Sanitario Nazionale e dei Piani Sanitari Regionali, entrambi biennali, basati sulla programmazione e sulla valutazione degli indicatori, ha portato l'assistenza ospedaliera italiana a una riorganizzazione e revisione dei suoi ruoli, fortemente basata su efficienza e migliore gestione di risorse. Il momento clou è stata la pubblicazione in data 2 aprile 2015 del decreto ministeriale n. 70¹⁷⁷, che ha definito gli aspetti qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alle cure ospedaliere. Si è in tal modo realizzata una politica comune dei Ministeri della Salute, dell'Economia e delle Finanze, che ha promosso un'ampia riforma dell'assistenza ospedaliera italiana, mirando alla riconfigurazione del sistema ospedaliero e, in particolare, alla chiusura o alla conversione delle strutture ospedaliere con un numero ridotto di posti letto (piccoli ospedali).

Questa innovazione normativa ha portato alla riconfigurazione degli ospedali in termini di specialità presenti, livelli di assistenza e cure fornite, servizi offerti e scala operativa. Il *senior management* del Servizio Sanitario Nazionale italiano ha capito che tali cambiamenti erano necessari per rispondere alle diverse pressioni che colpiscono il settore ospedaliero, sia dal punto di vista della domanda (demografico, epidemiologico, aspettative dei pazienti, ecc.), sia dell'offerta (tendenze economiche e finanziarie e ricerca di una maggiore razionalizzazione dell'uso delle risorse, maggiore consapevolezza dei rischi e degli svantaggi della mancanza di concentrazione di media e alta complessità e servizi ad alta tecnologia, ecc.). Pertanto, se negli anni 70 e 90 le cure ospedaliere italiane

¹⁷⁶ PESTANA M. e MENDES E.V., *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. In: *Revista CEP*, v. 30, 2004.

¹⁷⁷ SARTI S., *Salute e crisi: convergenze e divergenze nei sistemi regionali italiani tra il 2005 e il 2013*. In: *Autonomie locali e servizi sociali*, v. 40, n. 2, 2017.

tendevano già a ridurre le disuguaglianze e a migliorare l'utilizzo delle risorse, dopo questa riforma i guadagni sono stati ancora maggiori¹⁷⁸.

Del Vecchio, Prenestini e Rappini¹⁷⁹ dimostrano che ogni processo di trasformazione che coinvolge gli ospedali è irto di enorme complessità, non solo rispetto alla specifica funzione sanitaria, ma anche rispetto alle funzioni economiche e simboliche degli ospedali nella comunità in cui operano. Ma nonostante questa importanza, l'Italia ha riorganizzato il suo sistema ospedaliero. Il decreto ministeriale 70 del 2015 ha determinato una classificazione degli ospedali in base al tipo di popolazione/patologie frequentate e alle specialità presenti. Pertanto, vi sono ora due grandi gruppi di ospedali, gli ospedali "acuti" (ospedali che trattano, per la maggior parte, pazienti affetti da patologie acute, con conseguente durata media di degenza ridotta) e quelli "cronici" (ospedali che servono popolazioni con patologie che richiedono un ricovero prolungato). Gli ospedali acuti sono suddivisi in tre livelli di complessità secondo un'organizzazione di rete gerarchica. Questi sono gli ospedali di base, livello 1 e livello 2. I fattori che determinano tale categorizzazione sono la dimensione della popolazione servita e la complessità delle specialità frequentate. A partire dal 2017, gli ospedali con meno di 80 letti acuti non sono più registrati presso il Servizio sanitario nazionale. Gli ospedali "cronici" sono suddivisi in ospedali di riabilitazione e ospedali a lungo termine. L'intera organizzazione e il coordinamento di questi servizi ospedalieri è svolto dalle Regioni, nonché la raccolta e la produzione di indicatori di qualità della gestione e dell'assistenza. La valutazione e la classificazione degli indicatori sono di portata Nazionale¹⁸⁰. Differenze fondamentali che, come spiegato in precedenza, riducono le disparità regionali e migliorano l'efficienza dell'uso delle risorse pubbliche.

Le analisi svolte nei paragrafi precedenti sull'evoluzione storica del Servizio Sanitario Nazionale italiano permettono dunque di mettere in luce alcune importanti punti:

- 1) In poco meno di un secolo, lo Stato italiano è stato in grado di trasformare completamente il suo sistema sanitario, garantendo attualmente la tutela della salute ai suoi cittadini.

¹⁷⁸ TURATI G. *The Italian Servizio Sanitario Nazionale: a renewing tale of lost promises*. In: *Federalism and decentralization in European health and social care*. London: Palgrave Macmillan, 2013.

¹⁷⁹ DEL VECCHIO M., PRENESTINI A. e RAPPINI V., *La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi*. Rapporto OASI. Milano, 2014.

¹⁸⁰ SARTI S., *Salute e crisi: convergenze e divergenze nei sistemi regionali italiani tra il 2005 e il 2013*. In: *Autonomie locali e servizi sociali*, v. 40, n. 2, 2017.

- 2) Si può dire che vi erano, nella costruzione storica del sistema sanitario italiano, tre sistemi distinti. Il primo è stato il sistema esistente prima della Costituzione del 1948, di tipo Bismarck, in cui lo stato non garantiva la protezione della salute e solo coloro che potevano pagavano per un'assistenza adeguata, restando per i più poveri l'assistenza fornita dalle Opere Pie e degli Enti di beneficenza pubblici.
- 3) Il secondo modello di sistema sanitario era quello esistente tra la Costituzione del 1948 e la creazione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 ed è caratterizzato dal passaggio dal sistema sanitario di tipo Bismarck al sistema sanitario di tipo Beveridge. Ci sono stati tre eventi principali che hanno portato a questo cambiamento: istituzione del Ministero della Sanità nel 1958, con il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica; la riforma ospedaliera del 1968 con la Legge Mariotti, in cui gli ospedali sono diventati istituzioni autonome, classificate in base alle dimensioni e alla presenza di specialità e riorganizzate su tutto il territorio nazionale e, infine, la creazione del Servizio Sanitario italiano nel 1978, che ha abolito il sistema mutualistico e ha messo in evidenza la centralità della persona.
- 4) Infine, il terzo modello di sistema sanitario, che prevale ancora oggi, è di tipo Beveridge, e ha come principi fondamentali l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie.
- 5) Negli anni '90 e 2000 diverse riforme furono attuate nelle legislazioni (e di conseguenza nell'organizzazione e nel funzionamento) del Servizio Sanitario Nazionale italiano, il cui obiettivo principale era quello di costruire il livello essenziale (minimo) di assistenza, nonché di decentralizzare gradualmente le funzioni di assistenza sanitaria a livello regionale.
- 6) I fattori che hanno motivato tali riforme negli anni 90 e 2000 sono stati: l'aumento delle differenze regionali osservato a causa della mancanza di orientamenti ministeriale (le Regioni hanno legiferato per una varietà eterogenea di modelli organizzativi che ha prodotto risultati talvolta contraddittori con gli obiettivi della riforma); le cure ospedaliere sono rimaste l'obiettivo principale e crescente del servizio sanitario; le iniziative di educazione e prevenzione sanitaria sono rimaste nel limbo di intenti e, infine, il personale amministrativo è rimasto in gran parte

inadatto alle dimensioni della gestione e alle esigenze gestionali delle Autorità Sanitarie Locali.

- 7) Due sono stati i principali vantaggi raggiunti con queste riforme. Il primo è stato lo spostamento del centro di potere dei Comuni verso le Regioni, riconoscendo quest'ultime come aree di maggiore autonomia nelle questioni sanitarie e responsabili dei risultati raggiunti, sia in termini di qualità dei servizi che di effetti finanziari delle decisioni di gestione. Il secondo vantaggio è stato la istituzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che, lungi dal contraddire il principio di diversità delle soluzioni locali, è servito a garantire alle Regioni pari risorse in relazione alla popolazione da assistere, mantenendo le Regioni totalmente libere su come utilizzare queste risorse.
- 8) Le riforme incrementalmente che hanno avuto luogo nel Servizio Sanitario Nazionale durante i quarant'anni di esistenza hanno gradualmente portato il sistema sanitario italiano a una maggiore professionalizzazione, organizzazione e pianificazione. Lo stesso si può osservare con il sistema ospedaliero italiano. Prima della Costituzione del 1948, il sistema ospedaliero italiano era frammentato tra le varie organizzazioni mutualistiche/previdenziali o enti di beneficenza. Con la riforma nel 1968 gli ospedali sono diventati istituzioni autonome e le Regioni hanno avuto il compito di pianificare le cure ospedaliere in base alle esigenze della loro popolazione. Nel 1992 sono stati creati le Aziende Sanitarie Locali, collegati a livello regionale e organizzate in varie strutture tecniche e funzionali, tra cui l'unità ospedaliera, portando l'assistenza ospedaliera italiana a una riorganizzazione e revisione dei suoi ruoli, fortemente basata su efficienza e migliore gestione. Infine, il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n 70 ha promosso un'ampia riforma dell'assistenza ospedaliera italiana, mirando alla riconfigurazione del sistema ospedaliero e, in particolare, alla chiusura o alla conversione delle strutture ospedaliere con un numero ridotto di posti letto (piccoli ospedali).
- 9) L'evoluzione storica del sistema sanitario italiano mostra tutto lo sforzo di una nazione, attraverso lo stato e i suoi cittadini, nella ricerca della garanzia di tutela della salute per tutti, con servizi organizzati e integrati che garantiscano la migliore assistenza sanitaria, sia dal punto di vista dell'accesso che della qualità delle azioni sanitarie.

10) Per quanto riguarda l'obiettivo della tesi, di comprendere quali siano le variabili utili per incidere positivamente sull'efficienza ospedaliera, si può osservare che l'efficienza del sistema sanitario italiano è migliorata nel corso della sua costruzione storica, soprattutto a causa della costante valutazione del sistema mediante indicatori. Questa valutazione ha permesso di correggere rapidamente i fattori che hanno portato alla riduzione dell'efficienza del sistema, attraverso nuove leggi. E uno dei fattori che ha ridotto l'efficienza, in particolare degli ospedali, è stato il livello di decentralizzazione per i comuni.

CAPITOLO 3. IL SISTEMA SANITARIO E OSPEDALIERO BRASILIANO

Al pari del sistema sanitario italiano, anche quello brasiliano è di tipo Beveridge, perciò l'analisi delle regole e delle leggi emanate nel corso degli anni si ritiene essenziale per comprendere come lo stesso sia stato costituito. Lo scopo del presente capitolo, è quello di ripercorrere, da un punto di vista storico, i principali eventi e provvedimenti che hanno consentito di implementare il Sistema Único de Saúde (SUS) e di mettere in evidenza come le esigenze politiche, economiche e sociali abbiano inciso nella sua trasformazione nel corso del tempo.

3.1 IL SISTEMA PRIMA DELLA COSTITUZIONE DEL 1988: L'ASSENZA DELLA GARANZIA STATALE DI PROTEZIONE DELLA SALUTE

La storia del Brasile, dopo la colonizzazione da parte dei Portoghesi, non è separabile da quello della Chiesa cattolica, che era presente nei più diversi campi della società. Pertanto, la colonia importò un modello, praticato in Portogallo, in cui la Chiesa agiva da organo pubblico, strutturazione della società civile¹⁸¹. Le istituzioni religiose organizzarono gli spazi in cui si svolgeva la vita sociale, al punto che erano tali istituzioni ad effettuare le registrazioni dello stato civile (come ad esempio le nascite e i matrimoni).

I valori fondanti ed ispiratori della Chiesa cattolica erano la carità e la salvezza dell'anima attraverso l'espiazione del peccato nell'aiutare gli altri in condizione di necessità e bisogno. In Portogallo, al momento della scoperta del Brasile, esisteva già un sistema organizzato di carità, esportato interamente nella colonia¹⁸². La prima Santa Casa della Misericordia di Lisbona fu fondata nel 1498 dalla regina-Reggente, Dona Leonor. Questo ospedale ha dato vita a una delle istituzioni portoghesi più solide. Lo studioso Franco¹⁸³ afferma che *“le Case Sacre della Misericordia furono installate non solo nelle principali città del Regno, ma in tutti i loro possedimenti oltremare, diventando organizzazioni benefiche direttamente legate all'élite e guadagnando presto un grande prestigio sociale, politico ed economico”*. Le “sorellanze di misericordia” furono stabilite in tutte le colonie

¹⁸¹ MOUSSALEM M., *Associação privada sem fins econômicos: da filantropia à cidadania*. São Paulo: Plêiade, 2008.

¹⁸² BRAVO M.I.S., *Saúde e serviço-social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2013.

¹⁸³ FRANCO R.J., *O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa*. In: *Estudos Históricos*, vol. 27, n. 53, p. 5-25, 2014.

portoghesi nelle Americhe, in Africa e in Asia e il modello fu esportato anche in luoghi in cui il Portogallo non esercitava alcun potere, come Manila, le Filippine e il Giappone. Pertanto, la storia degli ospedali brasiliani coincide con la storia della filantropia, della carità e della benevolenza della Chiesa cattolica. Tra le principali pratiche sociali della Chiesa, si affermano la Confraternita della Misericordia, la prima associazione filantropica privata brasiliana, per l'assistenza alla povertà in Brasile. Due sedi nei punti strategici della colonizzazione, la capitaneria di Pernambuco e la capitaneria di São Vicente, si contendono, ancora oggi, il titolo della prima Misericordia del Brasile. Olinda (1539-1545) e Santos (1543) simboleggiavano l'importanza dei principali capitanerie dell'epoca. Poco dopo furono istituite confraternite in altre sedi amministrative, come Espírito Santo (1545), Bahia (1549), San Paolo (1560) e Ilhéus (1564)¹⁸⁴. La Santa Casa della Misericordia di Santos è stata fondata da Brás Cubas, uno dei primi governatori del Brasile. Nel 1549 fu fondata a Salvador, il primo Capoluogo della colonia, la Santa Casa de Misericórdia di Salvador, dal governatore Tomé de Sousa e dal primo laureato in medicina ad andare in Brasile, il fisico e chirurgo, Jorge de Valadares.

Durante tutto il periodo coloniale, che è durato dal 1500 al 1815, l'unico modello di cure ospedaliere è stato fornito dalla Santa Casas de Misericórdia fino al trasferimento della corte portoghese in Brasile nel 1808. In tale anno ci fu l'inaugurazione della prima facoltà di medicina brasiliana, a Salvador e la fondazione di un ospedale universitario¹⁸⁵. Inoltre, con il trasferimento delle forze armate in Brasile, sono stati istituiti i primi ospedali militari del Paese, allo stesso modo descritto da Foucault¹⁸⁶ nei Paesi europei. Tali organizzazioni erano rivolte solo a membri delle forze armate e non avevano funzioni di assistenza sociale. Solo nel Diciannovesimo secolo lo Stato iniziò l'inaugurazione dei suoi primi letti d'ospedale, a seguito dei numerosi focolai epidemici che si riscontrarono nell'Impero, tra cui colera e febbre gialla. Questi primi ospedali furono aperti dal 1850, inizialmente come ospedali improvvisati, ma continuarono ad esistere anche dopo una riduzione delle epidemie.

Nel primo ventennio del XX secolo, con le crescenti tensioni politiche e del lavoro, le richieste sociali alla popolazione aumentarono, culminando con la riforma di Carlos

¹⁸⁴ FRANCO R.J., *O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa*. In: *Estudos Históricos*, vol. 27, n. 53, p. 5-25, 2014.

¹⁸⁵ NAVA P., *Capítulos da história da medicina no Brasil*. Cotia: Ateliê Editorial, 2004.

¹⁸⁶ FOUCAULT M., *Microfísica do Poder*. Tradução: Roberto Machado. 27ª. ed. São Paulo: Graal, 2013.

Chagas¹⁸⁷ e la Legge Elói Chaves¹⁸⁸, entrambe del 1923. La prima cercò di espandere l'assistenza sanitaria da parte del governo centrale, con la creazione del Dipartimento nazionale della sanità pubblica, all'epoca, già con importanza pari al futuro Ministero. Il secondo ha creato i "Caixas de Aposentadoria e Pensão" (CAPs), fondi pensionistici finanziati dall'Unione, i lavoratori e le aziende. I primi fondi creati furono quelli dei ferrovieri (1923), dei lavoratori portuali e dei marittimi (1926). Tali fondi erano rivolti solo ai beneficiari. La popolazione che non poteva ricorrere ai CAPs cercava servizi filantropici e alcuni rari ospedali pubblici, generalmente collegati alle università¹⁸⁹. La forte presenza della Chiesa nelle questioni sociali, specialmente nelle cure ospedaliere, rimase fino agli anni 30. Con l'Estado Novo¹⁹⁰, iniziò un periodo di intervento statale nell'economia e nella società e tale presenza è diventata maggiormente regolata dallo Stato. Moussallem¹⁹¹ definisce questo periodo come "filantropia disciplinare". Il numero di ospedali affiliati alla Chiesa è in crescita, anche se non così ampiamente. Durante questo periodo compaiono i primi ospedali propri costruiti dalle CAPs, già trasformati in Istituti pensionistici (IAP). In questo decennio, il settore sanitario è stato diviso in due sottosettori: sanità pubblica e medicina di sicurezza sociale¹⁹². Negli anni 70, gli IAP sono stati consolidati presso l'Istituto Nazionale di Assistenza Medica di Sicurezza Sociale (*Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/INAMPS*). Questo decennio ha visto la crescita del numero di ospedali propri collegati a questo istituto. All'inizio degli anni 80 esistevano 42 di questi ospedali¹⁹³.

¹⁸⁷ ROSSI M.J.S., *Espaço: poder e saúde. A reforma de Carlos Chagas*. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 44, n. 1, p. 83-83, 1991.

¹⁸⁸ JÚNIOR A.P. e JÚNIOR L.C. *Políticas públicas de saúde no Brasil*. In: *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006..

¹⁸⁹ BRAVO M.I.S., *Saúde e serviço-social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2013.

¹⁹⁰ Estado Novo, o Terza Repubblica brasiliana, era il regime politico brasiliano istituito da Getúlio Vargas il 10 novembre 1937, in vigore fino al 31 gennaio 1946. Era caratterizzato dalla centralizzazione del potere, del nazionalismo, dell'anticomunismo e del suo autoritarismo. Fa parte del periodo della storia brasiliana noto come Era Vargas. Dopo aver condotto un auto-golpe, Vargas utilizzò i suoi pieni poteri per imporre una nuova Costituzione, nonché una dittatura sostanziale. Il nuovo regime divenne pubblicizzato come "Estado Novo", ispirato al fascismo italiano ed al New Deal americano, caratterizzato da un forte nazionalismo, anticomunismo e corporativismo economico. Allo stesso tempo furono varate riforme progressiste come l'estensione del suffragio per le donne, il salario minimo, le ferie obbligatorie e la creazione di sindacati statali. Nonostante i timori degli Alleati, Vargas schierò il Brasile contro l'Asse nella Seconda guerra mondiale, istituendo la Forza di Spedizione brasiliana nel 1943. A causa delle pressioni politiche interne ed esterne, Vargas rassegnò infine le dimissioni dopo la fine della guerra.

¹⁹¹ MOUSSALEM M., *Associação privada sem fins econômicos: da filantropia à cidadania*. São Paulo: Plêiade, 2008.

¹⁹² BRAVO M.I.S., *Saúde e serviço-social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2013.

¹⁹³ LA FORGIA G.M. e COUTTOLENC B.F., *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

Negli anni 70 vi erano cinque modelli di cure ospedaliere in Brasile¹⁹⁴:

- Ospedali di proprietà del Ministero della Salute, principalmente per malattie specifiche come malattie mentali, cancro e tubercolosi;
- Ospedali municipali e statali, focalizzati principalmente su cure urgenti e di emergenza;
- Ospedali appartenenti alla rete di servizi INAMPS, rivolti solo a lavoratori debitamente registrati (siano essi ospedali della rete stessa o ospedali convenzionati);
- Ospedali generali filantropici per la cura della popolazione non lavoratrice e dei cosiddetti "indigenti" dell'epoca;
- Ospedali universitari.

Sempre secondo La Forgia e Couttolenc¹⁹⁵, *"il consolidamento delle riforme della sicurezza sociale negli anni 70, combinato con una politica, attuata dal regime militare negli anni 70 e 80, di rafforzare il sistema sanitario per sostenere la rapida crescita economica, ha portato a un'importante espansione della rete ospedaliera"*. Se nei Paesi nordamericani ed europei, il sistema divenne incentrato sull'ospedale all'inizio del XX secolo, in Brasile ciò avvenne intorno agli anni 70 e 80.

Secondo l'Annuario Statistico del 20° secolo¹⁹⁶, pubblicato dall'Istituto Brasileiro de Geografia e Estatística, il numero di ospedali brasiliani nel 1954 era di circa 2.200, nel 1969 era di circa 3.800, nel 1981 di circa 6.200 e nel 1986 erano circa 7.000 ospedali. Il numero di ospedali privati è sempre stato molto più elevato di quelli pubblici (in media il 20% degli ospedali pubblici e l'80% degli ospedali privati). Se negli anni 70 si evidenziò un grande aumento del numero di ospedali brasiliani, in un grande movimento verso l'interiorizzazione della rete di cure ospedaliere, negli anni 80 si osservò un aumento proporzionale negli ospedali pubblici e una certa riduzione proporzionale negli ospedali privati. Questi dati riflettono già i cambiamenti politici verificatisi negli anni 80, quando ci fu la Riforma Sanitaria, la Costituzione del 1988 con la creazione del Sistema Único de Saúde e le misure pre-costituzionali, come l'estinzione dell'INAMPS e la transitorietà del Sistema Sanitario Unificato e Decentralizzato (SUDS).

¹⁹⁴ CARPANEZ L.R., *Os hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde e a segurança do paciente*. Dissertação de Mestrado, 2009.

¹⁹⁵ LA FORGIA G.M. e COUTTOLENC B.F., *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

¹⁹⁶ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro, 2006.

Nel decennio successivo, vi fu una riduzione del numero totale di ospedali, nonché una riduzione del numero di letti ospedalieri, a scapito della riduzione dei letti e degli ospedali privati e dell'aumento dei letti e degli ospedali pubblici, in particolare quelli municipali. È proprio in questo momento che il numero di piccoli ospedali, con meno di 50 posti letto, raggiunge il massimo, raggiungendo il 60% della rete ospedaliera, l'attuale conformazione della rete ospedaliera brasiliana.

3.2 LA COSTITUZIONE BRASILIANA E LA TUTELA DELLA SALUTE

La consacrazione costituzionale di un diritto fondamentale alla salute, insieme alla positivizzazione di una serie di altri diritti sociali fondamentali, può certamente essere indicata come uno dei principali progressi della Costituzione della Repubblica Federativa del Brasile del 1988¹⁹⁷. Tale principio espresso dalla Costituzione brasiliana può ritenersi collegato, a questo punto, al costituzionalismo di matrice socialdemocratica, che si sviluppò, principalmente, dopo la Seconda Guerra Mondiale. Prima del 1988, la protezione del diritto alla salute era limitata ad alcune regole sparse, come la garanzia di "aiuti pubblici" (Costituzione del 1824, art. 179, XXXI)¹⁹⁸ o la garanzia di inviolabilità del diritto alla sussistenza (Costituzione del 1934, articolo 113). In generale, tuttavia, la protezione costituzionale della salute è stata data indirettamente, sia nell'ambito delle regole di definizione delle competenze tra le entità della Federazione, in termini legislativi ed esecutivi¹⁹⁹, sia nelle norme sulla protezione della salute dei lavoratori e le disposizioni dedicate alla garanzia di assistenza sociale²⁰⁰. L'affermazione di tale diritto fondamentale alla salute è stata esattamente uno degli aspetti centrali del sistema introdotto nel 1988, richieste dal Movimento per le Riforme Sanitarie, segnando un profondo cambiamento rispetto alla precedente tradizione legislativa e costituzionale e influenzando notevolmente il processo costituente. In particolare, a causa dell'esito delle discussioni svoltesi durante l'VIII Conferenza Nazionale Sulla Salute, il movimento per le riforme sanitarie in Brasile è stato fortemente influenzato e ispirato dalle esperienze di altri Paesi

¹⁹⁷ Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

¹⁹⁸ GONÇALVES C.M.C. e MARIA C., *Direitos fundamentais sociais. Releitura de uma Constituição dirigente*. Curitiba: Juruá, 2007.

¹⁹⁹ Constituição de 1934, art. 5º, XIX, "c", e art. 10, II; Constituição de 1937, art. 16, XXVII, e art. 18, "c" e "e"; Constituição de 1946, art. 5º, XV, "b" e art. 6º; Constituição de 1967, art. 8º, XIV e XVII, "c", e art. 8º, § 2º, depois transformado em parágrafo único pela Emenda Constitucional nº 01/1969.

²⁰⁰ Constituição de 1934, art. 121, § 1º, "h", e art. 138; Constituição de 1937, art. 127 e art. 137, item 1; Constituição de 1946, art. 157, XIV; Constituição de 1967, art. 165, IX e XV.

europei. Tra tutte queste esperienze è stata quella italiana la più stimolante. La partecipazione di Giovanni Berlinguer è evidenziata negli eventi sanitari e nello sviluppo di studi in ambito universitario²⁰¹.

Il diritto alla salute è sancito nella Costituzione Federale brasiliana del 1988²⁰², in particolare nel Titolo VIII, “*dell'Ordine Sociale*”, Capitolo II, “*della Sicurezza Sociale*”, Sezione II, “*della Salute*”, Articoli da 196 a 200. Inoltre, la salute è un diritto sociale fondamentale garantito nell'articolo 6 della Costituzione Federale. L'articolo 196 stabilisce che “*la salute è il diritto di tutti e il dovere dello Stato, garantito da politiche sociali ed economiche volte a ridurre il rischio di malattie e un accesso universale ed equo alle azioni e ai servizi per la loro promozione, protezione e recupero*”. L'articolo 197 evidenzia l'importanza del tema affermando che “*le azioni e i servizi sanitari sono di interesse pubblico e spetta al potere pubblico disporre, ai sensi della legge, sulla loro regolamentazione, supervisione e controllo, e la loro esecuzione dovrebbe essere effettuata direttamente o attraverso terzi e anche da una persona fisica o giuridica di diritto privato.*” L'articolo 198, il più esteso, stabilisce gli orientamenti da seguire nel nuovo modello di sistema sanitario decentralizzato, con un'unica direzione in ciascuna sfera del governo; assistenza completa, con priorità per le attività preventive, fatti salvi i servizi di assistenza; e partecipazione della comunità. Ciò ha lo scopo di formare un unico sistema in cui le azioni e i servizi di sanità pubblica fanno parte di una rete regionalizzata e gerarchica. L'articolo 199 definisce che “*l'assistenza sanitaria è gratuita per l'impresa privata*” e le sue disposizioni indicano le misure attraverso le quali tale obiettivo deve essere perseguito. Infine, l'articolo 200 determina le competenze del sistema sanitario unico, che sono (1) controllare e supervisionare procedure, prodotti e sostanze di interesse per la salute e partecipare alla produzione di medicinali, attrezzature, immunobiologici, prodotti sanguigni e altri input; (2) svolgere azioni di sorveglianza sanitaria ed epidemiologica, nonché la salute dei lavoratori; (3) ordinare la formazione delle risorse umane nell'area sanitaria; (4) partecipare alla formulazione delle politiche e all'attuazione delle azioni di base di risanamento; (5) aumentare, nel suo settore di attività, lo sviluppo e l'innovazione scientifica e tecnologica; (6) sorvegliare e ispezionare gli alimenti, compreso il controllo del suo contenuto nutrizionale, nonché le bevande e l'acqua

²⁰¹ BERLINGUER G., TEIXEIRA S F. e CAMPOS G.W.S., *Reforma sanitária: Brasil e Itália*. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988.

²⁰² Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

destinate al consumo umano; (7) partecipare al controllo e alla supervisione della produzione, del trasporto, dello stoccaggio e dell'uso di sostanze e prodotti psicoattivi, tossici e radioattivi; (8) collaborare alla protezione dell'ambiente, compreso l'ambiente di lavoro.

Il fine della Costituzione, in generale e a maggior ragione nella nuova formulazione dopo la riforma, è la affermazione e la garanzia dei diritti fondamentali; il potere viene inteso al servizio dell'uomo, e l'adempimento dei doveri previsti della Costituzione, a cominciare da quelli facenti capo allo Stato, di cui all'art. 3, il diritto alla salute, come elemento centrale del sistema dei diritti umani, si pone nel solco della attuazione dei fondamenti stessi dell'ordinamento democratico, quali la sovranità popolare, la cittadinanza, la dignità della persona umana, stabilite nell'art. 1 della Grande Legge²⁰³. Sempre secondo Marcos Maselli Gouvêa, "*il tema dei diritti fondamentali è riemerso in diversi paesi e riflessioni scientifiche, con diverse nomenclature*". La dottrina francese preferisce chiamarle libertà pubbliche, gli studiosi della tradizione anglosassone preferiscono l'espressione dei diritti civili, rafforzando così il loro legame con il tema della cittadinanza e il loro riconoscimento nella sfera pubblica (*civitas*), infine la dottrina tedesca sottolinea l'essenzialità di questi diritti attraverso l'uso dell'espressione diritti fondamentali.

Sebbene alcuni diritti non corrispondano a specifici obblighi di legge, possono indicare una prestazione specifica se esiste un solo strumento efficace per raggiungere tale preciso obiettivo sanitario. Pertanto, lo Stato, le autorità pubbliche, il legislatore sono tenuti a proteggere il diritto alla vita nel campo dei benefici essenziali minimi scegliendo un mezzo (o vari mezzi) che renda efficace questo diritto²⁰⁴. Nabais²⁰⁵ afferma che nellelaborazione della Costituzione federale brasiliana sono stati previsti diverse modalità in cui questo diritto fondamentale è implementato. Il contenuto minimo del diritto alla salute si ricava anche, come una sorta di cartina al tornasole, sulla base delle norme penali della salute, che è rivelato, ad esempio, dalle norme penali della protezione della vita, integrità fisica, ambiente, sanità pubblica, nonché da varie norme amministrative nel campo della sorveglianza sanitaria e da una dimensione delle

²⁰³ GOUVÊA M.M., *O direito ao fornecimento estatal de medicamentos*. In: *Revista forense*, v. 370, p. 103-134, 2003.

²⁰⁴ SARLET I.W., *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais: Na Constituição Federal de 1988*. São Paulo: Livraria do Advogado Editora, 2018.

²⁰⁵ NABAIS J.C. *A face oculta dos direitos fundamentais: os deveres e os custos dos direitos*. In: *Revista Direito Mackenzie*, v. 3, n. 2, 2015.

prestazioni *lato sensu*, dal dovere di promozione della salute, incarnata dalle regole e dalle politiche pubbliche di regolamentazione e organizzazione della SUS, in particolare per quanto riguarda l'accesso al sistema, la partecipazione della società al processo decisionale e il controllo delle azioni sanitarie e l'incoraggiamento all'adesione ai programmi di sanità pubblica.

Secondo Keinert, Paula e Bomfim²⁰⁶, alcune delle principali caratteristiche del regime giuridico-costituzionale del diritto alla salute brasiliano riflettono:

- a) la ispirazione del concetto costituzionale di salute alla concezione internazionale stabilita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con la salute intesa come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale;
- b) l'estensione del campo di applicazione della protezione costituzionale concessa al diritto alla salute, andando oltre la nozione meramente curativa, per coprire gli aspetti protettivi e promozionali della dovuta protezione;
- c) l'istituzionalizzazione di un unico sistema, contrassegnato contemporaneamente dal decentramento e dalla regionalizzazione delle azioni e dei servizi sanitari;
- d) la garanzia dell'universalità delle azioni e dei servizi sanitari, estendendo l'accesso finora assicurato solo ai lavoratori formalmente impiegati e ai loro beneficiari;
- e) l'affermazione del rilievo pubblicistico della importanza pubblica delle azioni e dei servizi sanitari.

Una delle domande più complesse sull'interpretazione delle norme costituzionali che garantiscono il diritto fondamentale alla salute riguarda la determinazione del contenuto che può essere dedotto dalle norme, poiché il testo del 1988 non specifica quale sarebbe incluso nella garanzia di protezione e promozione della salute²⁰⁷. In ogni caso, come detto in precedenza, la Costituzione del 1988 si è allineata con la più ampia concezione del diritto alla salute, come sostenuto dall'OMS, che, oltre a un concetto eminentemente curativo, include le dimensioni preventive e promozionali nella protezione di questo diritto. In questo senso, sembra più appropriato parlare non solo del diritto alla salute ma del diritto alla protezione e alla promozione della salute²⁰⁸.

²⁰⁶ KEINERT T.M.M., PAULA S.H.B. e BOMFIM J.R.A., *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo, Instituto de Saúde, 2009.

²⁰⁷ FIGUEIREDO M.F e SARLET I.W., *Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988*. In: *Revista de Direito do Consumidor*, v. 17, n. 67, p. 125-172, 2008.

²⁰⁸ SCLIAR M., *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L&PM, 1987.

Infine, la solidarietà delle entità federative²⁰⁹ (livello Federale, Statale e Comunale) determinata dalla Costituzione federale del 1988 ha sancito, nel tema della salute pubblica, la solidarietà degli enti territoriali di cui si compone la Federazione, nella prospettiva che la competenza dell'Unione non esclude quella degli Stati e dei Comuni. Oltre a prevedere la creazione di un sistema sanitario unico, la Costituzione brasiliana stabilisce che i finanziamenti dovrebbero provenire dal bilancio della sicurezza sociale dell'Unione, degli Stati, del Distretto Federale e dei Comuni, nonché da altre fonti. Come verrà ulteriormente descritto di seguito, la Legge n. 8.080 del 1990, insieme alla Costituzione federale, sono gli ordinatori delle relazioni delle entità federate al fine di garantire il diritto fondamentale alla salute²¹⁰.

3.3 IL SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.3.1 I principali atti normativi

In seguito alla promulgazione della Costituzione federale del 1988, furono emanate diverse leggi, ordinanze, decreti e altri strumenti legali al fine di mettere in pratica le ordinanze costituzionali. Le disposizioni normative principali sono:

1. Legge n. 8080 del 19 settembre 1990, nota anche come Legge Organica Della Salute.
2. Legge n. 8.142 del 28 dicembre 1990. Prevede la partecipazione della comunità alla gestione del Sistema sanitario unificato (SUS) e dei trasferimenti intergovernativi di risorse finanziarie nel settore della salute e di altre misure.
3. Decreto Ministeriale (Ministro della Salute) n. 258 del 7 gennaio 1991, noto anche come *Norma Operacional Básica* (Standard operativo di base) del Sistema sanitario unificato (NOB/91).

²⁰⁹ L'articolo 18 della Costituzione brasiliana stabilisce che "l'organizzazione politico-amministrativa della Repubblica Federativa del Brasile comprende l'Unione, gli Stati, il Distretto Federale e i Comuni, tutti autonomi, ai sensi di questa Costituzione". Pertanto, si comprende che la forma statale brasiliana è federativa e le entità federative sono l'Unione, gli Stati, il Distretto Federale e i Comuni.

²¹⁰ La forma dello Stato brasiliano è quella di una Repubblica Federativa, a differenza dell'Italia che è una Repubblica Unitaria. Pertanto, in Brasile, le capacità politiche amministrative e legislative sono distribuite alla competenza delle entità regionali (entità federate), che hanno quindi autonomia. Pertanto, la Federazione viene creata attraverso l'unione di diversi Stati che, pur perdendo la propria sovranità sullo Stato federativo, mantengono la propria autonomia. Sebbene non sia possibile un confronto tra i due paesi, poiché si tratta di modelli statali diversi, solo a fini didattici, con l'obiettivo di una migliore comprensione, il livello centrale italiano può essere paragonato a quello federale brasiliano; le regioni italiane a quelli Stati brasiliani; le Province italiane a quelle Regioni brasiliane e i Comuni italiani a quelli *Municípios* brasiliani.

4. Decreto Ministeriale (Ministro della Salute) n. 234 del 7 febbraio 1992, noto anche come *Norma Operacional Básica* (Standard operativo di base) del Sistema sanitario unificato (NOB/92).
5. Decreto Ministeriale (Ministro della Salute) n. 545 del 20 maggio 1993, nota anche come *Norma Operacional Básica* (Standard operativo di base) del Sistema sanitario unificato (NOB/93).
6. Decreto Ministeriale (Ministro della Salute) n. 2.203 del 5 novembre 1996, nota anche come *Norma Operacional Básica* (Standard operativo di base) del Sistema sanitario unificato (NOB/96).
7. Decreto Ministeriale (Ministro della Salute) n. 95 del 26 gennaio 2001, noto anche come *Norma Operacional da Assistência à Saúde* (Standard operativo sanitario) (NOAS/2001).
8. Decreto Ministeriale (Ministro della Salute) n. 373 del 26 febbraio 2002, noto anche come *Norma Operacional da Assistência à Saúde* (Standard operativo sanitario) (NOAS/2002).
9. Decreto Ministeriale (Ministro della Salute) n. 399 del 2006, chiamato anche Patto per la Salute.
10. Decreto Presidenziale n. 7.508, del 28 giugno 2011. Regola la Legge n. 8080, del 19 settembre 1990, e prevede l'organizzazione del Sistema sanitario unificato (SUS), la pianificazione sanitaria, l'assistenza sanitaria e l'articolazione inter-federativa, e altre misure.

Il compito dei governi nazionali e subnazionali (statali e comunali) era molto esteso dopo la Costituzione del 1988. Il sistema sanitario in vigore fino ad allora non aveva accesso universale, era focalizzato sull'assistenza ospedaliera, incentrato sul medico e con poche azioni nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie. D'altra parte, c'erano linee guida costituzionali da seguire: decentralizzazione con un'unica direzione in ogni sfera del governo, assistenza completa con priorità per le attività preventive, fatti salvi i servizi di assistenza e la partecipazione della comunità²¹¹. Al fine di attuare l'abbandono di un modello e l'introduzione di un altro, attraverso la riorganizzazione di un sistema sanitario, la forza che il governo nazionale aveva al momento, dopo la fine della dittatura militare e con il ritorno allo stato democratico era fondamentale. Secondo

²¹¹ GOULART DE ANDRADE F.A., *Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs*. In: *Ciência & saúde coletiva*, v. 6, n. 2, 2001.

Arretche, "nei processi di decentralizzazione delle modalità di gestione dei programmi pubblici, il livello centrale del governo ha una importanza strategica nella direzione e nel coordinamento sia della formulazione che dell'approvazione delle riforme e della loro attuazione"²¹². E delle politiche pubbliche, l'attuazione del diritto alla salute è stata uno dei casi di maggior successo²¹³, compiuto proprio attraverso atti normativi che hanno indotto la graduale riorganizzazione del sistema sanitario pubblico.

Il primo degli atti normativi del Sistema Único de Saúde (SUS) fu la Legge n. 8.080 del 1990²¹⁴, promulgata due anni dopo la Costituzione e chiamata "Legge Organica della Salute", che ribadisce il diritto costituzionale alla salute come diritto umano fondamentale e affermando che lo Stato deve fornire le condizioni necessarie per il suo pieno esercizio. Il dovere dello Stato di garantire la salute consiste nella riformulazione delle politiche economiche e sociali volte a ridurre i rischi di malattie e altri problemi di salute, e nello stabilimento di condizioni che garantiscano un accesso universale ed equo alle azioni e ai servizi per la loro promozione, protezione e recupero²¹⁵. Inoltre, come già descritto nel testo costituzionale, la salute è compresa in un paradigma esteso, in cui i livelli di salute esprimono l'organizzazione sociale ed economica del Paese, avendo la salute come fattori determinanti e condizionanti, tra cui cibo, alloggio, servizi igienico-sanitari, ambiente, lavoro, reddito, istruzione, attività fisica, trasporti, tempo libero e accesso a beni e servizi essenziali.

La Legge Organica della Salute definisce che il Sistema Único de Saúde (SUS) è costituito dall'insieme di azioni e servizi sanitari, forniti da agenzie e istituzioni pubbliche federali, statali e municipali, dall'amministrazione diretta e indiretta e dalle fondazioni mantenute dal potere pubblico. Tra le azioni e i servizi SUS figurano le istituzioni pubbliche federali, statali e municipali per il controllo di qualità, la ricerca e la produzione di input, inclusi sangue e prodotti sanguigni e attrezzature sanitarie. Potrebbe esserci la partecipazione dell'iniziativa privata del SUS, su base complementare, con priorità

²¹² ARRETCHÉ M.T.S., *Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas*. In: *Revista brasileira de ciências sociais*, v. 11, n. 31, p. 44-66, 1996.

²¹³ ABRUCIO F.L., *O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente*. In: *Cadernos ENAP*, 1997.

²¹⁴ Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

²¹⁵ MATTA G.C., *Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde*. In: MATTA G.C. e PONTES A.L.M. (a cura di) *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

riservata alle istituzioni filantropiche e senza fini di lucro, a condizione che le risorse pubbliche siano insufficienti.

Anche nel campo d'azione del SUS sono incluse l'implementazione di azioni di sorveglianza sanitaria, sorveglianza epidemiologica, salute dei lavoratori e cure terapeutiche complete, incluso il settore farmaceutico. La Legge definisce anche la partecipazione degli attori del SUS alla formulazione di politiche e attuazione di azioni igieniche di base, sorveglianza nutrizionale e orientamento alimentare, alla formulazione di politiche per medicinali, attrezzature, immunobiologici e altri input di interesse per la salute e la partecipazione alla sua produzione, partecipazione al controllo e alla supervisione della produzione, trasporto, stoccaggio e uso di sostanze e prodotti psicoattivi, tossici e radioattivi, e allo sviluppo scientifico e tecnologico.

È importante evidenziare che tra tutti i commenti alle disposizioni della Legge n. 8080, la letteratura sull'argomento descrive l'introduzione dei principi e delle linee guida del SUS come gli elementi più importanti²¹⁶. Si tratta dell'universalità dell'accesso ai servizi sanitari a tutti i livelli di cura; assistenza completa, intesa come un insieme articolato e continuo di azioni e servizi preventivi e curativi, individuali e collettivi, necessari per ciascun caso a tutti i livelli di complessità del sistema; la conservazione dell'autonomia delle persone a difesa della loro integrità fisica e morale; uguaglianza dell'assistenza sanitaria, senza pregiudizio o privilegio di alcun tipo; il diritto all'informazione delle persone assistite in merito alla loro salute; diffusione di informazioni riguardanti il potenziale dei servizi sanitari e il loro utilizzo da parte dell'utente; l'uso dell'epidemiologia per la definizione delle priorità, allocazione delle risorse e orientamento programmatico; partecipazione della comunità; il decentramento politico-amministrativo, con una direzione unica in ogni sfera del governo; l'enfasi sul decentramento dei servizi ai Comuni; la regionalizzazione e la gerarchia della rete di servizi sanitari; l'integrazione a livello esecutivo delle azioni sanitarie, ambientali e igieniche di base; la combinazione di risorse finanziarie, tecnologiche, materiali e umane dell'Unione, degli Stati, del Distretto federale e dei Comuni nella fornitura di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione; la capacità di risolvere i servizi a tutti i livelli di assistenza; e l'organizzazione di servizi pubblici per evitare la duplicazione di mezzi per scopi identici.

La Legge n. 8.080 ha inoltre definito le responsabilità di ciascuna entità federata e le modalità di organizzazione degli organi intergovernativi (Commissione inter-gestori

²¹⁶ NETO O.B., *A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde - evolução rumo à racionalidade*. In: *Revista de Direito Sanitário*, v. 16, n. 1, p. 87-111, 2015.

bipartita - CIB e Tripartite - CIT). La Federazione brasiliana è unica per estensione e grado di autonomia dei suoi membri. Comprende l'Unione, 26 Stati, il Distretto Federale e 5.568 Comuni, per un totale di 5.596 entità federate autonome politicamente e amministrativamente, molto diverse per dimensione della popolazione, sviluppo socioeconomico e capacità statali²¹⁷. Oltre alle sfide inerenti al modello federalista, all'attuazione di una politica nazionale e alla garanzia dei diritti in campo sanitario, la Legge Organica della Salute determina la riunione congiunta di tutte gli enti sanitari, stabilendo responsabilità comuni in merito alla garanzia di accesso a beni e servizi. Su tutto il territorio nazionale, in modo universale, egualitario e integrale²¹⁸. Ciò rappresenta una grande sfida nel coordinamento degli sforzi nella Federazione, in relazione all'Unione e agli Stati, e richiede una collaborazione significativa tra i Comuni. Alcuni meccanismi di coordinamento intergovernativo sono stati istituiti nel SUS sin dalla sua istituzione, tra cui il trasferimento di risorse federali e statali collegate ai Comuni, che sono i principali attori di azioni e servizi sanitari. I trasferimenti di risorse collegati ad applicazioni specifiche hanno svolto un ruolo centrale nel corso dei quasi trent'anni di esistenza del sistema²¹⁹ e anche hanno favorito o promosso l'organizzazione e l'implementazione di politiche nazionali di successo, come la Strategia per la salute della famiglia, il Programma nazionale di immunizzazione e il Programma nazionale per le malattie sessualmente trasmissibili e l'AIDS, che ha iniziato ad essere attuato dal 1996 in poi. Questo coordinamento dimostra il riconoscimento dell'interdipendenza tra i tre livelli di

²¹⁷ L'Istituto brasiliano di geografia e statistica (IBGE) ammonta a 5.570 Comuni ai fini del conteggio della popolazione, tra cui Brasilia e Fernando de Noronha. Brasilia, tuttavia, è un membro del Distretto Federale e non ha autonomia politico-amministrativa, e Fernando de Noronha è un distretto legato allo stato del Pernambuco.

²¹⁸ JACCOUD L., VIEIRA F.S. *Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação*. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA), julho de 2018.

²¹⁹ Nella letteratura nazionale sui trasferimenti di risorse federali nella SUS, il termine trasferimenti condizionali è ricorrente per riferirsi a risorse che vengono trasferite a Stati e Comuni al momento di soddisfare determinati requisiti da parte dell'entità che riceve i trasferimenti. Ad esempio, le risorse che vengono trasferite in base al numero di team di strategia sanitaria familiare. È necessario che l'entità mantenga attivo il team e con la composizione dei professionisti definita nel programma per ricevere il trasferimento. In questo testo, preferiamo adottare il termine più generale, trasferimenti collegati, anche se non esiste una definizione formale per questo. Esistono almeno due livelli di collegamento delle risorse nella salute. In primo luogo, il collegamento di una parte delle entrate riscosse dall'entità federale per finanziare le spese con azioni e servizi di sanità pubblica (ASPS); e in secondo luogo, il collegamento dei trasferimenti di risorse SUS da un'entità federata a un'altra per finanziare determinate spese. Per trasferimenti collegati, ci riferiamo a trasferimenti di fondi che sono collegati a specifiche applicazioni, la cui ricezione può o meno essere condizionata. Nell'assistenza primaria, per esempio, c'era il Piano Fisso dell'Assistenza Primaria, a cui avevano diritto tutti i Comuni, indipendentemente dal soddisfacimento di determinate condizioni, nonché i trasferimenti relativi alla Componente di base dell'Assistenza Farmaceutica. Pertanto, tutto il trasferimento condizionato è vincolato, ma non tutto il transfert vincolato è condizionato.

governo per raggiungere obiettivi stabiliti a livello nazionale, nonché la necessità di garantire la convergenza, ridurre le disuguaglianze regionali e garantire risultati coerenti a livello sociale e istituzionale.

Infine, la Legge n. 8.080 determina come dovrebbero essere i finanziamenti e la gestione finanziaria, definendo i criteri per il trasferimento delle risorse, come il profilo demografico ed epidemiologico, le caratteristiche quantitative e qualitative della rete, i risultati tecnici ed economici e finanziari nel periodo precedente e il livello di partecipazione al bilancio per salute, oltre a definire che il piano sanitario comunale è la base delle attività e della programmazione di ciascun livello di gestione SUS. Per concludere, un tema fondamentale affrontato in questa Legge è la garanzia di azioni e servizi gratuiti nei servizi pubblici e privati a contratto.²²⁰

A seguito della Legge n. 8080 del 1990, lo stesso anno è stata emanata la Legge n. 8142²²¹, che tratta di due questioni principali: l'organizzazione della partecipazione della comunità all'articolo 1 (Consigli sanitari e Conferenze sanitarie) e il trasferimento intergovernativo di risorse, fondo per fondo (articoli da 2 a 4). Questa Legge esplicita anche la possibilità che i Comuni possano istituire consorzi per l'implementazione di azioni e servizi sanitari, con la riallocazione delle risorse fornite. Tuttavia, secondo Arretche²²² e Abrucio e Franzese²²³, un evento osservato dal decentramento e dalla municipalizzazione brasiliana è stato il grande aumento del numero di Comuni verificatosi negli anni 90, con diversi distretti che si emancipano e guadagnano fondi federali. È successo in Brasile il contrario di quanto è avvenuto in altri Paesi in cui per rafforzare il decentramento, c'è stata una riduzione del numero dei Comuni²²⁴. I Comuni hanno iniziato a competere per le risorse, riducendo le possibilità di contrattare tra loro. Si è dunque innescato un meccanismo perverso ed un effetto collaterale della municipalizzazione, senza una corretta organizzazione di uno spazio territoriale, sopra i

²²⁰ JACCOUD L., VIEIRA F.S. *Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação*. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA), julho de 2018.

²²¹ Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

²²² ARRETICHE M.T.S., *Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais*. In: *DADOS-Revista de Ciências Sociais*, p. 431-458, 2002.

²²³ ABRUCIO F.L. e FRANZESE C., *Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil*. In: *Tópicos de economia paulista para gestores públicos*, v. 1, p. 13-31, 2007.

²²⁴ ABRUCIO F.L. e COUTO C.G., *A reconstrução das funções governamentais no federalismo brasileiro. Federalismo na Alemanha e no Brasil*. In: *São Paulo, Fundação Konrad Adenauer*, v. 1, n. 22, p. 95-105, 2001.

Comuni. Qui spetterebbe agli Sstati brasiliani riorganizzare i loro sistemi sanitari organizzando piccole regioni ed evitando la duplicazione delle risorse di assistenza a volte in regioni contigue. Ma in questa fase, nei primi anni 90, la parola d'ordine era "municipalizzare a tutti i costi" e gli Stati avevano perso gran parte della loro forza e potere.

Il resto degli anni 90 è stato caratterizzato dall'emanazione delle Normas Operacionais Básicas (NOBs - Standard operativo sanitario), adottate con Decreti Ministeriali dal Ministero della Salute e concordate dalle Commissioni Intergovernative Bipartite (membri di Stati e Comuni), dalla Commissione Intergovernativa Tripartita (membri dei livelli federale, statale e comunale) e dai Consigli Sanitari²²⁵. Indistintamente, il focus principale era sulla municipalizzazione ed era il risultato della IX Conferenza Nazionale sulla Salute, tenutasi nel 1991, il cui tema centrale era "La municipalizzazione è la via". Analizzando i NOB, possiamo osservare chiaramente la costruzione della municipalizzazione. In NOB/91 arriva il "fattore di stimolo alla municipalizzazione". In NOB/96 i Comuni sono ora classificati in base alle proprie condizioni di gestione del sistema in *Full Management Primary Care* e *Full Management System*. Se all'inizio degli anni 90 era necessario stimolare la municipalizzazione, nella seconda metà dello stesso era possibile classificare i Comuni in base a quanto si sono evoluti in relazione a questo principio. Se potessimo nominare gli anni 90, sarebbe opportunamente chiamato il "Decennio di municipalizzazione" (il 99% dei Comuni era qualificato in uno dei modelli entro la fine del 1999), con effetti positivi e negativi sul sistema.

All'inizio degli anni 2000, delle tre linee guida SUS definite nella Costituzione brasiliana, il decentramento e la partecipazione della comunità erano relativamente rispettati, indipendentemente dalla loro gradazione. L'integrità dell'assistenza sanitaria, con priorità per le attività di prevenzione, fatti salvi i servizi di assistenza è stata la più debole delle tre²²⁶. Le cure primarie erano relativamente strutturate, ma le cure di media e alta complessità, inclusi i ricoveri, mancavano di organizzazione. Inoltre, il grado di integrazione tra cure primarie, cure specialistiche e cure ospedaliere era basso. La

²²⁵ Si veda: Resolução nº. 258, de 07 de janeiro de 1991. Norma Operacional Básica NOB/1991. / Portaria no. 234, de 07 de fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica NOB/1992. / Portaria no. 545, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/1993. / Portaria no. 2.203, de 03 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/96.

²²⁶ MELLO G.A., *O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática*. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, 2017.

cooperazione intercomunale è stata minima²²⁷ e, di conseguenza, l'assistenza completa è stata gravemente compromessa. I pazienti ricoverati nei piccoli ospedali municipali, se necessitavano di maggiori risorse tecnologiche, avrebbero dovuto essere trasferiti in centri ospedalieri più grandi e sovraccarichi. Consapevoli di questa debolezza del sistema e puntando a una migliore completezza dell'assistenza sanitaria, sono state emesse le Norme Operative dell'Assistenza Sanitaria²²⁸.

I NOASs hanno cercato di ampliare le responsabilità dei Comuni nelle cure primarie, nonché di creare meccanismi per rafforzare la loro capacità di gestione. Ma un punto cruciale è stata la definizione del processo di regionalizzazione delle cure, con l'obiettivo di garantire l'integrità dell'assistenza sanitaria. Pestana e Mendes²²⁹ definiscono questo periodo come il passaggio dalla "*municipalizzazione autarchica alla regionalizzazione cooperativa*" e dichiarano l'importanza dello spazio regionale. Gli stessi autori mostrano che i principali punti deboli della municipalizzazione sono il indebolimento delle strutture centrali, la difficoltà di coordinamento, l'aumento dei costi di transazione, la frammentazione dei servizi, l'inefficienza dovuta alla perdita di economie di scala e portata, la scarsità di risorse manageriali, il clientelismo locale e l'interruzione di programmi di sanità pubblica verticali. Tutte queste debolezze potrebbero essere osservate nella municipalizzazione del sistema sanitario brasiliano negli anni Novanta. Inoltre, in un Paese continentale come il Brasile, caratterizzato da disuguaglianze regionali nazionali e statali, la municipalizzazione ha solo aggiunto ulteriori disuguaglianze. Comuni inizialmente meglio organizzati con una migliore capacità di gestione, che erano generalmente già *hub* regionali, hanno mostrato buoni guadagni in meno tempo rispetto ad altri Comuni piccoli e marginali²³⁰. Ma stabilendo un livello regionale nel processo di decentralizzazione, i punti di forza vengono potenziati e le debolezze del decentramento sono ridotte al minimo. Ciò è dovuto all'aumento di scala, con conseguente migliore allocazione delle risorse, migliore efficienza, efficacia e

²²⁷ ABRUCIO F.L. e FRANZESE C., *Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil*. In: *Tópicos de economia paulista para gestores públicos*, v. 1, p. 13-31, 2007.

²²⁸ Si veda: Portaria no. 95, de 26 de janeiro 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001. / Portaria no. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2002.

²²⁹ PESTANA M. e MENDES E.V., *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. In: *Revista CEP*, v. 30, 2004.

²³⁰ Si veda: ABRUCIO F.L. e FRANZESE C., *Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil*. In: *Tópicos de economia paulista para gestores públicos*, v. 1, p. 13-31, 2007. / MELLO G.A., *O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática*. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, 2017.

qualità. Seppure mosse da intenzioni condivisibili, le proposte delle NOAS non hanno del tutto raggiunto l'obiettivo che si proponevano. Qualificate dalla letteratura come norme estremamente burocratizzate che sono difficili da mettere in pratica, venivano gradualmente meno valorizzate, anche dal cambio di governo federale che ebbe luogo all'inizio del 2003.

Dopo la NOAS è stato pubblicato dal Ministero della Salute il Decreto Ministeriale n. 399 del 2006²³¹. Nella sua componente del Patto di Gestione, la linea guida per la regionalizzazione assume il ruolo di asse strutturante delle nuove forme di organizzazione del SUS. La definizione di regione è data dalla definizione di Milton Santos²³², che comprende il territorio come "terra e identità culturale". Pertanto, la definizione di una regione è quella che tiene conto della contiguità tra i Comuni, del rispetto per l'identità espressa nella vita quotidiana sociale, economica e culturale, dell'esistenza di infrastrutture di trasporto e reti di comunicazione e dell'esistenza di flussi assistenziali che dovrebbe essere modificato, se necessario, per l'organizzazione della rete sanitaria. È importante sottolineare che questa normativa porta la vera organizzazione della regione sanitaria, definendo uno spazio per l'articolazione delle entità federali, statali e municipali nella Collegiata di Gestione Regionale, oltre a presupporre che le articolazioni e le responsabilità debbano essere contratte tra tutte le parti. Tuttavia, non modifica ancora il modello di finanziamento, mantenendo la concorrenza tra Comuni²³³. Il Patto di Gestione dello SUS non definisce un modello unico di regionalizzazione, ma induce ciascuna regione a determinare il proprio modello, date le differenze territoriali e culturali. Forse per questo motivo e per la mancanza di una dotazione di bilancio specifica, non è stato possibile notare un impatto maggiore sulla configurazione del modello del SUS.

Infine, il Decreto Presidenziale n. 7508 del 2011 ha cercato di dettare la regolamentazione di secondo livello della Legge n. 8080 del 1990, in termini di organizzazione del SUS, pianificazione sanitaria e articolazione interfederativa²³⁴. La normativa è divisa in 6 capitoli, con il primo capitolo dedicato alle definizioni e l'ultimo alle disposizioni finali. I quattro capitoli centrali riguardano l'organizzazione del modello SUS, la pianificazione

²³¹ Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, também denominada Pacto pela Saúde 2006.

²³² SANTOS M., *O território e o saber local: algumas categorias de análise*. In: *Cadernos Ippur*, v. 2, 1999.

²³³ RIBEIRO J.M., *Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, 2017.

²³⁴ Decreto presidencial no. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

sanitaria, l'assistenza sanitaria e l'articolazione inter -federativa. Per quanto riguarda l'organizzazione del SUS, un grande vantaggio apportato da questo regolamento è stato quello di evidenziare il ruolo degli Stati nell'organizzazione delle regioni sanitarie, senza dimenticare il ruolo dei Comuni. Gli Stati dovrebbero definire le regioni sanitarie, in articolazione con i Comuni, rispettando le linee guida concordate nei CIB e CIT. Questo è un punto importante perché le responsabilità degli Stati sono state emarginate e svuotate nella costruzione storica del SUS e di altre politiche sociali brasiliane degli anni '90 e 2000²³⁵. Ma quando viene fatta un'articolazione regionale, gli Stati hanno di nuovo un ruolo fondamentale, dal momento che spetta a loro la competenza generale, e non più ai Comuni. Inoltre, in relazione alle regioni sanitarie, un altro punto fondamentale della normativa era definire i componenti minimi che queste regioni dovrebbero contenere, in termini di erogazione del servizio sanitario, che dovrebbero essere cure primarie, urgenza ed emergenza, cure psicosociali, cure sanitarie, cure specialistiche ambulatoriali e ospedaliere e sorveglianza sanitaria. Infine, la Legge definisce anche le porte d'ingresso degli utenti ai servizi sanitari della regione, che sono le porte d'ingresso delle cure primarie, urgenza ed emergenza, cure psicosociali e speciali accessi aperti (servizi sanitari specifici per cura della persona che, a causa di un infortunio o di una situazione lavorativa, necessita di assistenza speciale). Con il decreto 7508 del 2011 si tenta di fare chiarezza sul livello territoriale delle regioni, quale sono le sue componenti, chi serve e come dovrebbe essere organizzata. Forse questo è il più grande vantaggio rispetto ad altri standard che hanno già affrontato la regionalizzazione: definizioni chiare, obiettivi e classificazione. Di tutte le normative, questa è quella che cerca più esplicitamente di garantire un'assistenza completa, ricordando che non può esserci assistenza integrale senza la regionalizzazione, per la semplice ragione della perdita di scala e portata e dell'aumento dello spreco di risorse, qualunque esse siano²³⁶.

Otto anni dopo il Decreto Presidenziale n. 7508 del 2011, non è ancora chiaro che la regionalizzazione si sia evoluta tanto quanto la municipalizzazione. Pubblicazioni recenti indicano gli effetti perversi generati dalla municipalizzazione e la difficoltà di attuare la regionalizzazione. Ribeiro²³⁷ evidenzia che, in relazione al Decreto n. 7508 vi è stata una

²³⁵ ABRUCIO F.L. e FRANZESE C., *Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil*. In: *Tópicos de economia paulista para gestores públicos*, v. 1, p. 13-31, 2007.

²³⁶ PESTANA M. e MENDES E.V., *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. In: *Revista CEP*, v. 30, 2004.

²³⁷ RIBEIRO J.M., *Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, 2017.

prima iniziale aderenza di Stati e Comuni al processo di espressione di interesse e pianificazione, ma quando i processi hanno raggiunto le fasi della firma dei contratti, si è verificata generalmente un'interruzione di questo processo. Sostiene inoltre che le regole cercano fortemente di salvare il federalismo cooperativo, ma che in pratica si verifica una crisi di questo tipo di federalismo nel settore sanitario brasiliano, che dipende non dal disegno organizzativo del SUS, ma da fattori interni al funzionamento del sistema, come le relazioni inter-federative e concorrenza per il finanziamento fiscale. E per gli autori forse il fattore determinante è la mancanza di responsabilità delle entità federative per i risultati. De Oliveira et al²³⁸. dichiarano che il principale autore del sistema nelle regioni sanitarie sembra essere l'ospedale e la presenza di medici, e che la distribuzione dei medici è influenzata dalla presenza di servizi ospedalieri. Infine, tutti gli autori difendono la tesi secondo cui, al fine di attuare definitivamente la regionalizzazione, invece di svolgere il processo dal basso verso l'alto, il livello nazionale dovrebbe chiamarsi compito ed rivestire un ruolo organizzatore e induttore di tali azioni, come avvenne con la municipalizzazione, negli anni 90.

La tabella 1 mostra più chiaramente le principali norme, per decenni, il modello di sistema sanitario, l'attuale modello di assistenza e il modello di assistenza ospedaliera.

Tabella 1: Sistema sanitario unificato: norme legali, modelli di sistema sanitario, modelli di assistenza e modelli di assistenza ospedaliera

Decennio	1970	1980	1990	2000	2010
Norme		Costituzione Federale del 1988	Leggi 8080 e 8142, NOBs	NOAS e Patto per la Salute	Decreto Presidenziale 7508
Modelo sanitario	Di sicurezza sociale	Universale			
Modelo assistencial	Ospedale centrato	Comunale e integrale, attenzione alle cure primarie			Comunale, regionalizzato e integrale
Modelo di cure ospedaliere	Incentrato sul professionista medico, scarso uso della tecnologia	Incentrato sul professionista medico, scarso uso della tecnologia	Incentrato su team multiprofessionali, maggiore utilizzo della tecnologia	Incentrato su team multiprofessionali, incorporazione di più specialità mediche, ampio uso della tecnologia	Incentrato su team multiprofessionali, incorporazione di più specialità mediche, ampio uso della tecnologia

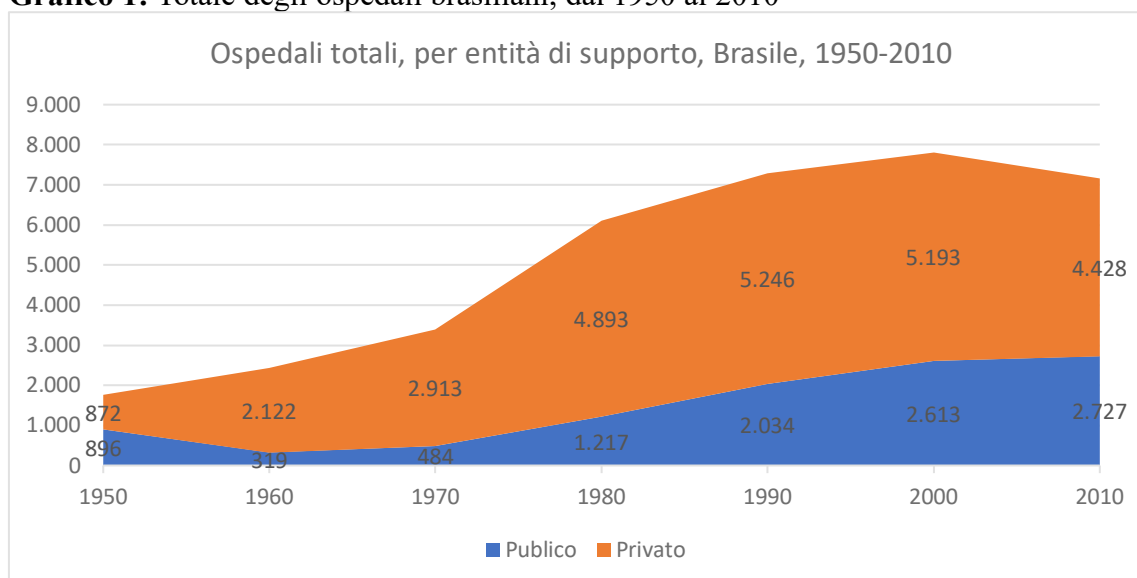
Fonte: Elaborazione propria basata su strumenti giuridici

²³⁸ DE OLIVEIRA L.H., DE MATTOS R.A. e DE SOUZA, A.I.S., *Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial*. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, 2009.

3.3.2 Sviluppo organizzativo del sistema ospedaliero brasiliano

Per quanto riguarda gli ospedali brasiliani, La Forgia e Couttolenc²³⁹ affermano che "il consolidamento delle riforme della sicurezza sociale negli anni 70, combinato con un sistema sanitario che rafforza la politica attuata dal regime militare negli anni 70 e 80 per sostenere una rapida crescita ha portato a una grande espansione della rete ospedaliera". Se nei Paesi americani ed europei, il sistema è diventato incentrato sull'ospedale all'inizio del XX secolo, in Brasile, ciò è avvenuto intorno agli anni 70 e 80. Questo fenomeno può essere osservato nel Grafico 1, che mostra che, tra il totale degli ospedali brasiliani, il periodo di maggiore crescita si è verificato negli anni 70, a spese degli ospedali privati, in relazione alla rete di assistenza INAMPS²⁴⁰.

Grafico 1: Totale degli ospedali brasiliani, dal 1950 al 2010



Fonte: Annuario statistico del XX secolo, Istituto brasiliano di geografia e statistica (IBGE). Brasile, 2017

Dagli anni 80 in poi, la crescita degli ospedali pubblici, che ha avuto luogo a partire dagli anni 70, è stata accentuata e, soprattutto, negli anni 80, sono avvenuti fatti rilevanti nella politica nazionale, come la ri-democratizzazione iniziata nel 1985, la Conferenza Nazionale della Salute (1986) e l'Assemblea Costituente, seguita dalla nuova Costituzione (1988). Abrucio²⁴¹, analizzando il periodo di fine anni 80, evidenzia che la Costituzione

²³⁹ LA FORGIA G.M. e COUTTOLENC B.F., *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

²⁴⁰ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Estatísticas do século XX. On line in: <<https://seculoxx.ibge.gov.br/populacionais-sociais-politicas-e-culturais/busca-por-temas/saude>>.

²⁴¹ ABRUCIO F.L. e COUTO C.G., *A redefinição do papel do Estado no âmbito local*. In: *São Paulo em Perspectiva*, vol. 10, n. 3, 1996.

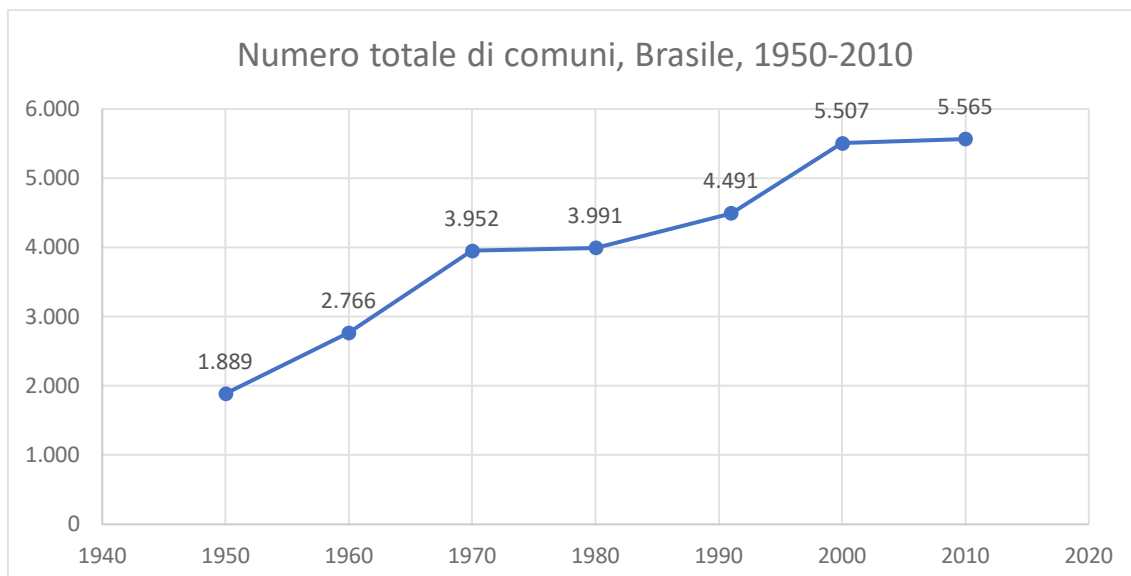
del 1988 ha portato al decentramento delle risorse finanziarie, e si nota che l'Unione ha ricevuto meno risorse rispetto agli anni precedenti, in concomitanza con una maggiore distribuzione di tali risorse agli Stati e, principalmente per i Comuni. Ma a seguito del decentramento delle risorse finanziarie, ci sarebbe dovuto essere, in modo coordinato e organizzato dall'Unione, il decentramento delle responsabilità, in particolare le responsabilità sociali come la sanità e l'istruzione. Tuttavia, a causa della mancanza di articolazione dell'Unione, questo decentramento si è verificato solo negli anni '90 e 2000, con gli Normas Operacionais Básicas (NOBs - Standard Operativo Sanitario) e gli Normas Operative dell'Assistenza Sanitaria (NOAS)²⁴².

Pertanto, dopo la Costituzione Federale del 1988, l'attuazione del SUS è stata supportata dalla centralizzazione federale, che ha consentito una politica di decentralizzazione con protagonismo federale in termini di norme, incentivi finanziari e altri strumenti di induzione nazionale²⁴³. Dal 1990 al 2002, vi è stato un processo senza precedenti di decentralizzazione politico-amministrativa in materia di salute sotto il controllo del Ministero della Salute. Le caratteristiche di decentramento hanno condizionato le dinamiche della riconfigurazione del ruolo federale nel periodo citato. Le lacune nell'azione e del coordinamento federale, legate a questioni più generali dell'azione statale e alle diverse agende di riforma in corso, hanno delimitato le possibilità di decentralizzazione nella salute. Questi fatti, come spiegato in precedenza, hanno generato una soluzione pratica perversa, ovvero l'aumento del numero di Comuni, generando una politica non cooperativa tra di loro. Il grafico 2 mostra questa situazione.

Grafico 2: Totale dei Comuni brasiliani, dal 1950 al 2010

²⁴² Si veda: ABRUCIO F.L. e FRANZESE C., *Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil*. In: *Tópicos de economia paulista para gestores públicos*, v. 1, p. 13-31, 2007. / ARRETCHE M.T.S., *Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais*. In: *DADOS-Revista de Ciências Sociais*, p. 431-458, 2002.

²⁴³ VIANA A.L.A. e MACHADO C.V., *Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 807-817, 2009.

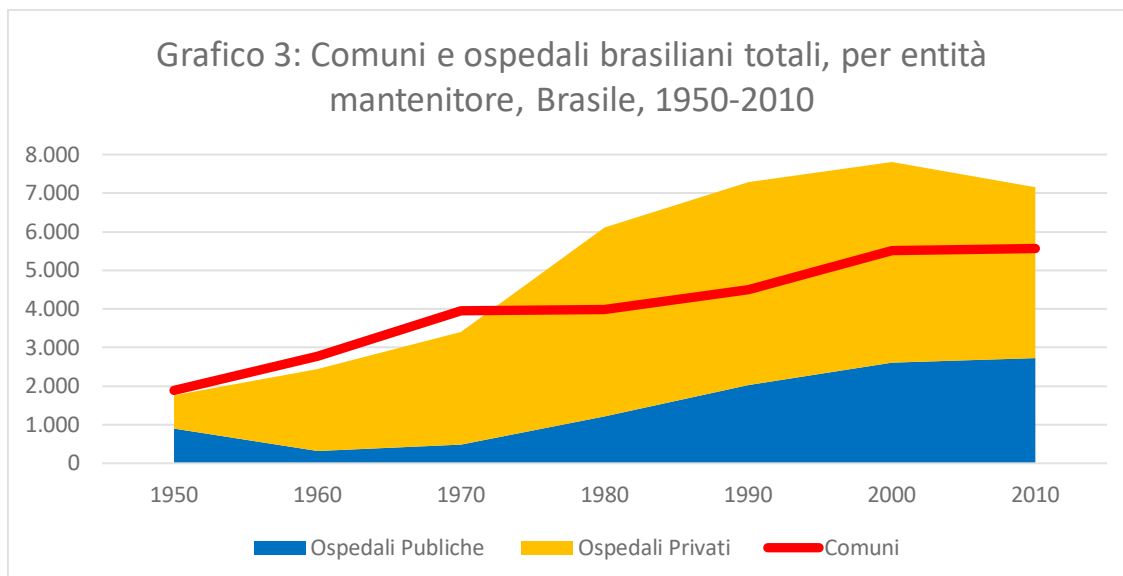


Fonte: Annuario statistico del XX secolo, Istituto brasiliano di geografia e statistica (IBGE). Brasile, 2017

Il grafico 3 mostra l'evoluzione del numero di Comuni brasiliani, nonché di ospedali pubblici e privati. Dagli anni 80 in poi, c'è stato un costante aumento degli ospedali pubblici. La Forgia e Couttolenc²⁴⁴ affermano che questo aumento è dovuto agli ospedali municipali. Dall'altra parte, gli ospedali privati mostrano una crescita più forte negli anni 70, con una riduzione del loro numero negli anni dal 2000 al 2010. In altre parole, il sistema ospedaliero privato è cresciuto negli anni 70, attraverso il consolidamento di INAMPS. Già il sistema ospedaliero pubblico si è rafforzato dagli anni 80, con il decentramento e la municipalizzazione, attraverso l'aumento degli ospedali municipali.

Grafico 3: Comuni e ospedali brasiliani totali, per entità mantentore, Brasile, 1950-2010

²⁴⁴ LA FORGIA G.M. e COUTTOLENC B.F., *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

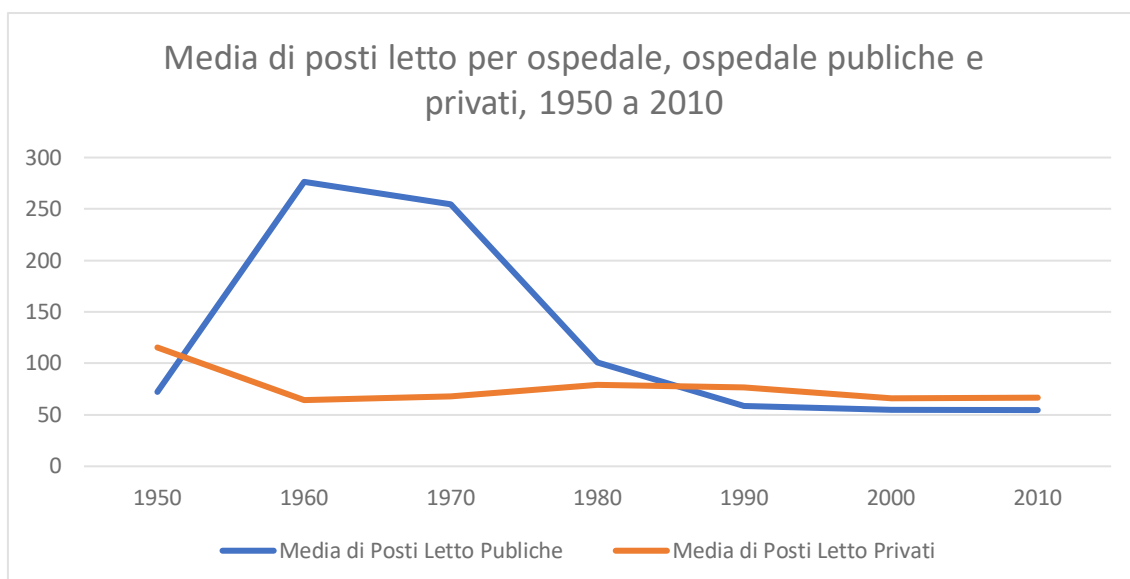


Fonte: Annuario statistico del XX secolo, Istituto brasiliano di geografia e statistica (IBGE). Brasile, 2017

Il grafico 4 mostra la media dei letti pubblici e privati nella stessa serie storica (1950-2010). Si può osservare che, approssimativamente, il numero medio di letti negli ospedali privati è compreso tra 50 e 100 letti, senza variazioni significative nelle serie storiche. Questo elemento conferma la dichiarazione di La Forgia e Couttolenc²⁴⁵ secondo cui la rete ospedaliera privata è costituita da piccoli ospedali filantropici situati in comuni di piccole o medie dimensioni. Daltra parte, il numero medio di letti negli ospedali pubblici è diminuito drasticamente dagli anni 70 e 80, mantenendo da allora una leggera riduzione delle serie storiche, raggiungendo in media 50 posti letto per ospedale nel 2010.

Grafico 4: Media di posti letto per ospedale, per entità mantentore, Brasile, 1950-2010

²⁴⁵ LA FORGIA G.M. e COUTTOLENC B.F., *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.



Fonte: Annuario statistico del XX secolo, Istituto brasiliano di geografia e statistica (IBGE). Brasile, 2017

Sembra che la municipalizzazione abbia portato all'inaugurazione di una serie di ospedali municipali piccoli e, secondo la letteratura, inefficienti. Ugá e Lopez²⁴⁶ mostrano che i piccoli ospedali (quelli con meno di 50 letti) nel 2004 rappresentavano il 62% di tutti gli ospedali brasiliani. Tuttavia, i letti di questi ospedali costituivano solo il 18% di tutti i letti nel Paese. Avevano tassi di occupazione intorno al 32%, pazienti ricoverati in ospedale con patologie di bassa complessità, oltre ad avere una bassa densità tecnologica. Di questi piccoli ospedali, l'83% era nei Comuni dell'entroterra. La Forgia e Couttolenc²⁴⁷, con i dati del 2005, presentano risultati simili. Gli autori affermano che, a quel tempo, il Brasile aveva 7.400 ospedali e 471.000 posti letto, e di questi ospedali, oltre il 60% aveva meno di 50 letti. La dimensione media trovata negli ospedali brasiliani era di 64 letti, con una media di 38 letti. Per quanto riguarda la sfera amministrativa, gli ospedali più piccoli erano ospedali municipali (in media 36 letti), seguiti da quelli privati (con 53 letti). Questo studio mostra anche che dal 1976 al 2002, il settore pubblico ha guadagnato 1.620 ospedali (aumento del 170%), ma solo 27.000 posti letto sono aumentati (aumento del 23%). Il numero medio di posti letto in queste nuove unità ospedaliere era di 17 posti letto.

²⁴⁶ UGÁ M.A.D. e LÓPEZ E.M., *Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.12, n.4, pp.915-928, 2007.

²⁴⁷ LA FORGIA G.M. e COUTTOLENC B.F., *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

Successivamente, studi più recenti, sebbene a livello subnazionale, mostrano lo stesso scenario, anche un decennio dopo la pubblicazione degli studi iniziali. Barretto²⁴⁸ mostra che, secondo i dati del 2009, gli ospedali con meno di 50 letti corrispondevano al 65% degli ospedali bahiani e al 33% dei letti. Di questi, il 58,2% era municipale e il 35,8% privato. Tra il 2006 e il 2009, lo studio mostra che, nonostante l'aumento del numero di letti, i ricoveri nei piccoli ospedali sono diminuiti del 4,9%. I tassi di occupazione di questi ospedali erano di circa il 30% e la durata media del soggiorno era di 2,6 giorni.

Ramos et al.²⁴⁹, in uno studio sulla valutazione delle prestazioni degli ospedali di San Paolo che forniscono servizi al Sistema Único de Saúde, hanno dimostrato che i piccoli ospedali corrispondono solo al 30,2% del totale degli ospedali nello stato di San Paolo, ma hanno un tasso di occupazione del 33,1%, dimissioni ospedaliere di patologie altamente complesse che corrispondono solo all'1,1%, permanenza media di 3,7 giorni e indice di turnover del letto di 38,7 giorni. Per quanto riguarda la natura giuridica, lo studio ha dimostrato che gli ospedali della pubblica amministrazione avevano tassi di occupazione più elevati rispetto a quelli privati, indipendentemente dalle dimensioni. Gli autori affermano che gli ospedali pubblici tendono a massimizzare i guadagni sociali (tassi di occupazione più elevati e durata media del soggiorno, con tassi di turnover del letto più bassi), mentre gli ospedali privati tendono a specializzarsi maggiormente, soprattutto nelle procedure ad alto costo, con tassi più elevati. massimizzazione del profitto.

Tali studi confermano quanto espresso dalla letteratura internazionale, secondo in cui le prestazioni dipendono dalle economie di scala, dal volume delle cure (ambito di applicazione) e dall'accesso. Gli ospedali pubblici, indipendentemente dalla loro efficienza, garantiscono l'accesso della popolazione ai servizi sanitari, mentre gli ospedali privati orientati al profitto si specializzano gradualmente, in cerca di sopravvivenza economica.

Uno dei problemi osservati durante l'analisi delle normative di costruzione del SUS tra gli anni 80 e 2000 è che il governo federale ha impiegato molte risorse nell'organizzazione del sistema e della rete di assistenza primaria, il punto focale del nuovo modello, riducendo la sua attenzione con riferimento all'organizzazione del sistema nel suo

²⁴⁸ BARRETTO L.D. e FREIRE R.C., *Tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009*. In: *Revista Baiana Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 334, 2012.

²⁴⁹ RAMOS M.D.A, CRUZ L.P., KISHIMA V.C., POLLARA W.M., LIRA A.C.O e COUTTOLENC B.F., *Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil*. In: *Rev Saúde Públ*; v. 49, n.43, 2015.

insieme. In questo periodo non si ravvisano norme efficaci che inducano a sviluppare l'organizzazione delle unità ospedaliere in un sistema integrato e coordinato. Poiché il governo federale ha ridotto la sua attenzione al sottosistema ospedaliero, i governi municipali che, con la Costituzione federale, hanno ottenuto nuove attribuzioni all'interno del sistema, hanno compreso che la costruzione di nuovi ospedali, per quanto piccoli, rappresentava una risposta adeguata alle aspettative che la popolazione nutrive nei loro confronti. I dirigenti dei governi subnazionali sono stati indotti a costruire le cure primarie dalle normative federali e dai finanziamenti da esse generati, ma hanno ancora basato molte delle loro decisioni politiche su paradigmi di modelli di assistenza terziaria precedenti, centrati su ospedali e medici e focalizzati su cure secondarie, terziarie e specializzate. Il grande vantaggio di quest'ordinamento sanitario così come riformato è stato l'importante espansione dell'accesso alle cure primarie e ospedaliere. Forse gli anni 90 e 2000 potrebbero essere definiti come i decenni in cui è stata data priorità all'accesso a servizi sanitari precedentemente non raggiungibili. Dalla seconda metà degli anni 2000, le pubblicazioni hanno iniziato a identificare la necessità di qualificare questo accesso, soprattutto nel caso delle cure ospedaliere²⁵⁰.

Da questi studi e dai dati osservati, si comprende che il decentramento dopo la Costituzione del 1988 ha generato un effetto perverso sul sistema ospedaliero brasiliano. C'è stato un aumento significativo negli ospedali municipali, col risultato soltanto di un piccolo aumento del numero totale di posti letto nel Paese. Si tratta di piccoli ospedali inefficienti con medie di lunga permanenza, bassi tassi di occupazione e bassa risoluzione dei problemi sanitari. Il primo dei grandi incentivi per l'assunzione su di sé di politiche pubbliche da parte dei Comuni è stata la necessaria espansione dei servizi al fine di garantire l'accesso universale alla salute. Questo incentivo è stato fortemente e prontamente accettato dal governo municipale, poiché *"nulla genera più voti che l'espansione dei servizi sanitari"*²⁵¹.

Come messo in evidenza dalla letteratura di settore dagli anni 2000, il governo federale ha avviato una serie di misure volte ad affrontare questa situazione, per raggiungere la qualificazione e sostenibilità delle cure ospedaliere. Nella prima metà degli anni 2000, il Ministero della Salute ha lanciato tre tipologie di politiche nazionali per specifici

²⁵⁰ MENDES E.V., *As redes de atenção à saúde*. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, 2010.

²⁵¹ DE OLIVEIRA L.H., DE MATTOS R.A. e DE SOUZA, A.I.S., *Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial*. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, 2009.

segmenti ospedalieri, vale a dire piccoli ospedali, ospedali didattici e ospedali filantropici²⁵². Solo nel 2013 viene lanciata la Politica Nazionale de Assistenza Ospedaliera (PNHOSP)²⁵³, che consolida le precedenti ordinanze e promuove l'organizzazione delle cure ospedaliere, garantendo l'accesso e la integralità delle azioni. Nonostante il consolidamento di tali politiche nazionali, gli studi mostrano una scarsa efficacia delle stesse, a causa dei seguenti fatti: (1) le dimensioni nazionali e le differenze regionali, (2) la difficoltà di articolare attori multipli (tre entità federate, ospedali di diversa natura giuridica e sfera amministrativa) e (3) il sistema politico multipartitico e con la caratteristica storica della discontinuità delle politiche pubbliche ad ogni cambio di governo²⁵⁴.

Le analisi svolte nei paragrafi precedenti sull'evoluzione storica del Sistema Único de Saúde brasiliano permettono dunque di mettere in luce alcune importanti punti:

- 1) Ugualmente al Servizio Sanitario Nazionale italiano, il Sistema Único de Saúde brasiliano è stato storicamente costruito, da un sistema che non garantiva la protezione della salute dei cittadini, a un sistema in cui lo Stato deve tutelare la salute, in conformità con le disposizioni della Costituzione.
- 2) Tuttavia, a differenza dell'Italia, il sistema sanitario brasiliano si è sviluppato più rapidamente. Fino agli anni 80 il sistema era mutualistico, di tipo Bismarck, con i più poveri che ricevevano assistenza sanitaria solo da ospedali pubblici, che erano di minoranza, e da ospedali di beneficenza. Dalla fine degli anni 90 in poi, il sistema divenne definitivamente del tipo Beveridge, con lo stato che garantiva la protezione della salute a tutti i cittadini.

²⁵² Le politiche nazionali per specifici segmenti ospedalieri sono (1) Politica nazionale per piccoli ospedali (Decreto Ministeriale n. 1.044 del 1 ° giugno 2004), il (2) programma di ristrutturazione degli ospedali di Insegnamento ai sensi del SUS (Decreto Ministeriale n. 1.702 del 17 agosto 2004) e del (3) Programma di ristrutturazione e contrattazione degli ospedali filantropici di SUS (Decreto Ministeriale n. 1.721 del 21 settembre 2005).

²⁵³ Ministero della Salute. Decreto Ministeriale n. 3.390, del 30 dicembre 2013. Stabilisce la Politica Nazionale de Assistenza Ospedaliera (PNHOSP) all'interno del Sistema Único de Saúde (SUS), stabilendo le linee guida per l'organizzazione della componente ospedaliera della rete sanitaria (RAS).

²⁵⁴ Si veda: VIANA A.L.A., *Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil*. In: *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 413-422, 2015. / ALBUQUERQUE M.V., *Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1055-1064, 2017. / LIMA L.D., VIANA A.L.A., MACHADO C.V., SCATENA J.H., KEHRIG R.T. e SPINELLI M.A., *A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios*. In: SCATENA J.H.G., KEHRIG R.T. e SPINELLI M.A.S. (a cura di), *Regiões de Saúde, diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Editora Hucitec. 2014. / VIANA A.L.A., *Regionalização e redes de saúde*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1791-1798, 2018.

- 3) Il Sistema Único de Saúde brasiliano è stato costruito negli ultimi 30 anni con una differenza fondamentale rispetto all'Italia: il livello di decentralizzazione che è andato ai Comuni nel caso brasiliano e alle Regioni nel caso italiano. Questa differenza è stata fondamentale per garantire la completezza delle prestazioni sanitarie nel caso italiano, dal momento che il livello Regionale può organizzare il proprio sistema sanitario in modo più efficiente, senza duplicazione di azioni e perdita di risorse.
- 4) Un altro punto che ha portato alla differenza di efficienza del sistema sanitario a favore dell'Italia è che, nel caso italiano, c'è stata una riforma del sistema ospedaliero prima della creazione del Servizio Sanitario Nazionale, in cui gli ospedali sono stati sottoposti al controllo Statale, che ha potuto organizzare le cure ospedaliere. Pertanto, quando sono iniziate le azioni del Servizio Sanitario Nazionale, il sistema ospedaliero era già minimamente organizzato.
- 5) Invece, nel caso brasiliano, dopo la creazione del Sistema único de Saúde, le cure ospedaliere erano ancora non pienamente garantite, con pochi ospedali, rendendo difficile per la popolazione accedere a servizi più complessi. Pertanto, l'obiettivo principale del governo federale brasiliano dopo l'inizio del SUS era quello di espandere l'accesso senza considerare la necessità di integrare la rete di cure ospedaliere.
- 6) Questi due fattori insieme, l'attenzione del governo federale concentrata sull'espansione dell'accesso piuttosto che sull'integrità delle azioni sanitarie e il livello di decentralizzazione per i comuni, ha portato alla nascita di una serie di piccoli ospedali municipali, con meno di 50 posti letto e con bassa efficienza.
- 7) Come risulta dal capitolo precedente, sul Servizio Sanitario Nazionale italiano, si evidenziano di rilevanza centrale alcune variabili che hanno migliorato l'efficienza del sistema sanitario durante la sua costruzione storica. Nel caso del Brasile, al contrario, si possono elencare variabili che riducono chiaramente l'efficienza del Sistema Único de Saúde, come segue: il decentramento del livello di gestione nei Comuni e non negli Stati brasiliani; la forte induzione del governo federale nell'espansione dell'accesso e non nell'integrità delle azioni sanitarie, nel corso dei trent'anni di SUS e, infine, la mancanza di una valutazione sistematica degli indicatori e della produzione del sistema sanitario, il che rende difficile e persino ostacola il riaggiustamento delle politiche pubbliche.

CAPITOLO 4. LA RILEVANZA DELL'EFFICIENZA OSPEDALIERA E DEL LIVELLO DI DECENTRAMENTO NELLA TUTELA DELLA SALUTE

Il presente capitolo analizza in modo comparativo i sistemi sanitari italiano e brasiliano, sulla base delle informazioni presentate nei capitoli precedenti al fine di comprendere quali variabili influenzano positivamente l'efficienza dei sistemi ospedalieri. La prima variabile osservata si riferisce alle dimensioni degli ospedali. Studi pubblicati mostrano che più grande è l'ospedale e maggiore è la tendenza ad essere più efficiente. Sulla base di questi studi, molti governi hanno intrapreso riforme nei loro sistemi ospedalieri, cercando di aumentare le dimensioni degli ospedali e, di conseguenza, l'efficienza. Ma altri autori dimostrano che la concentrazione delle cure ospedaliere in alcuni grandi ospedali può minare la garanzia dell'accesso dei cittadini ai servizi ospedalieri. Pertanto, l'equilibrio tra la concentrazione delle cure ospedaliere per aumentare l'efficienza e il mantenimento di piccoli ospedali vicino a piccole comunità per garantire l'accesso deve essere al centro di attenta ponderazione da parte del potere pubblico, che tenda a garantire al meglio la protezione della salute dei cittadini.

La seconda variabile emersa dalla ricerca è il livello di decentralizzazione del potere decisionale e organizzativo del sistema sanitario. Si riteneva in prima battuta pacifico negli studi analizzati che il decentramento delle azioni pubbliche a livello più locale producesse azioni più efficaci, poiché il governo locale conosce i suoi problemi meglio dei livelli più centrali. Ma nel caso specifico del sistema ospedaliero questo paradigma non si è rivelato vero. Gli ospedali concentrano gran parte delle risorse spese per la salute e gli ulteriori approfondimenti riportati hanno dimostrato che c'è un guadagno in termini di scala ed efficienza, con un miglioramento quantitativo e qualitativo delle politiche sanitarie, che si realizza quando il potere decisionale spetta al livello di gestione regionale, e non locale.

Data la centralità di tali variabili, in grado di connotare la qualità e l'efficienza del sistema, si dedica ad esse un particolare approfondimento, nei paragrafi seguenti.

4.1 LE VARIABILI CHE INCIDONO SULL'EFFICIENZA OSPEDALIERA NEI SISTEMI SANITARI ITALIANI E BRASILIANI

La tabella 2 mostra più chiaramente le principali variabili che definiscono e classificano i sistemi sanitari italiano e brasiliano, così come i sistemi ospedalieri e la loro produzione.

Tabella 2: Principali variabili che definiscono e classificano il Servizio Sanitario Nazionale italiano e il Sistema Único de Saúde brasiliano

Variabili	Servizio Sanitario Nazionale italiano	Sistema Único de Saúde brasiliano
Modello di sistema	Tipo Beveridge	Tipo Beveridge
Garanzie della tutela della salute	Costituzionale	Costituzionale
Principi	Universalità Uguaglianza Equità	Universalità Integrità Equità
Principi organizzativi	Centralità della persona; responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute; collaborazione tra i livelli di governo del SSN; valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari; integrazione socio-sanitaria	Regionalizzazione e gerarchizzazione; decentramento e comando singolo; partecipazione popolare
Decentramento	Verso le Regioni	Verso i Comuni
Programmazione	Piano sanitario nazionale e piani sanitari regionali	Piano sanitario nazionale; piani sanitari Statali e piani sanitari municipali
Frequenza di programmazione	Biennale	Quadriennale
Valutazione di programmazione	Indicatori	Conformità con i piani sanitari
Totale degli ospedali (2017)	1.000	6.702
Tipo di ospedali	51,80% pubblici (tra cui 63,32% gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali) 48,20% privati	54% pubblici 46% privati
Posti letto ogni 1.000 abitanti	3,6	2,33
Classificazione ospedaliera per dimensione	Grande (oltre 120 letti) Piccolo (meno di 120 letti)	Grande (oltre 150 letti) Medio (tra 50 e 150 letti) Piccolo (meno di 50 letti)
Percentuale di ospedali con meno di 120 posti letto	30,19%	83,3%
Degenza media nazionale	7,9 giorni	5,2 giorni
Tasso di utilizzo	83,6%	40%

Fonte: Elaborazione propria basata su strumenti normative; Ministero della Salute italiano (Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2017)²⁵⁵; Ministério da Saúde brasileiro (Sistema Nacional de Informações Hospitalares 2017)²⁵⁶

²⁵⁵ Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. *Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN Anno 2017*. In: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2879_allegato.pdf.

²⁵⁶ Sistema Nacional de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde do Brasil. In: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>.

Nel caso dell'Italia, si osserva che il modello di sistema sanitario è di tipo Beveridge e la garanzia di protezione della salute è definita in un testo costituzionale. I principi del Servizio Sanitario Nazionale sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. I principi organizzativi sono la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, la collaborazione tra i livelli di governo del SSN, la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari e la integrazione socio-sanitaria. Il decentramento delle attività sanitarie si realizza verso le Regioni e la programmazione sanitaria viene effettuata sulla base dei Piani Sanitari Nazionali e Regionali, con frequenza biennale. La valutazione della programmazione sanitaria viene effettuata con criteri oggettivi, basate su indicatori prestabiliti.

I risultati di questo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale possono essere osservati negli ultimi sette righe della tabella 2. Il sistema ospedaliero italiano è composto da 1000 ospedali, essendo il 51,80% pubblico e il 48,20% privato. Degli ospedali pubblici, il 63,32% è gestito da Aziende Sanitarie Regionali. L'indice posti letto per mille abitanti è 3,6, praticamente quello raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Salute, che va da 3 a 3,5. Secondo le normative nazionali, il limite per la classificazione degli ospedali per dimensione è di 120 posti letto. Gli ospedali sono considerati piccoli quando hanno meno di 120 posti letto e grandi quando ne hanno di più. Degli ospedali pubblici, solo il 29,87% ha meno di 120 posti letto.

Per quanto riguarda gli indicatori di efficienza delle cure ospedaliere, i più utilizzati in letteratura sono la degenza media del soggiorno e il tasso di utilizzo dell'ospedale. La degenza media è definita come il rapporto fra numero di giornate di degenza erogate a un determinato insieme di pazienti e numero dei pazienti stessi²⁵⁷. È il tempo che un ospedale o una divisione impiega mediamente per completare un trattamento. La degenza media valuta la funzionalità del sistema ospedaliero e è legata a produttività dei servizi, casistica trattata e efficacia dei servizi ospedaliere. Riflette anche le decisioni degli operatori sanitari durante la permanenza in ospedale e tiene conto di più fattori: l'accessibilità ai mezzi diagnostici, la correttezza della diagnosi, l'efficienza del reparto e l'efficacia del trattamento (intesa come qualità delle cure prestate). La degenza media nazionale italiana è di 7,9 giorni e l'Organizzazione Mondiale della Salute raccomanda tra 5 e 7 giorni, ma va ricordato che l'Italia ha già subito la transizione demografica, quindi ha una

²⁵⁷ Glossario del Ministero della Salute italiano. In: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3669&area=ricoveriOspedali&menu=vuoto.

popolazione più anziana, con una maggiore incidenza di patologie croniche, che di solito hanno soggiorni ospedalieri più lunghi.

Altro importante indicatore ospedaliero è il tasso di utilizzo o indice di occupazione media (OM) dei posti letto che considera le giornate di degenza effettivamente coperte rispetto alle giornate di degenza teoricamente possibili. Il significato di tale indicatore è dato dal grado di avvicinamento al valore massimo del 100%, anche se è ipotizzabile un valore ideale attorno al 75%. Il complemento a 100 (in questo caso 25%) è l'indice di recettività residua, costituita dall'offerta di assistenza non fruita dall'utenza. Il tasso di utilizzo medio italiano è di 89,30%, il che dimostra che la maggior parte della struttura ospedaliera italiana è effettivamente utilizzata.

Nel caso del Brasile, si osserva che, come l'Italia, il modello di sistema sanitario è di tipo Beveridge e la garanzia di protezione della salute è definita in un testo costituzionale. I principi del Sistema Único de Saúde sono quasi gli stessi italiani, essendo universalità, lequità e l'integrità. I principi organizzativi invece sono molto diversi da quelli italiani, risultando diversi la regionalizzazione e la gerarchizzazione, il decentramento e la partecipazione popolare. Il decentramento delle attività sanitarie è affidato ai Comuni e la programmazione sanitaria viene effettuata sulla base dei Piani Sanitari Federale, Statale e Comunale, con frequenza quadriennale. La valutazione della programmazione sanitaria viene effettuata con criteri soggettivi, basata sulla conformità degli accordi stipulati tra governi Municipali e Statali e tra governi Statali e Federali.

I risultati di questo modello organizzativo del Sistema Único de Saúde possono essere anche osservati nelle ultime sette righe della tabella 2. Il sistema ospedaliero brasiliano è composto da 6.702 ospedali, essendo il 54% pubblico e il 46% privato. L'indice posti letto per mille abitanti è di 2,33, molto al di sotto di quello raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Salute (3 a 3,5). Secondo le normative nazionali, il limite per la classificazione degli ospedali per dimensione è di 50 posti letto. Gli ospedali sono considerati piccoli quando hanno meno di 50 posti letto, medio di 50 a 150 posti letto e grandi quando ne hanno di più di 150 posti letto. Degli ospedali pubblici, il 89,30% ha meno di 120 posti letto, il che dimostra che gli ospedali brasiliani sono molto piccoli nella loro maggioranza.

Per quanto riguarda gli indicatori di efficienza delle cure ospedaliere, la degenza media nazionale brasiliana è di 5,2 giorni, il che dimostra che la maggior parte dei ricoveri ospedalieri ha una durata più breve, probabilmente a causa di malattie acute e infettive, che di solito vengono trattate più rapidamente e con tempi di ricovero più brevi. Il tasso

di utilizzo medio brasiliano è molto più piccolo dell'italiano, essendo solo il 40%. Questo indicatore mostra che il 60% della struttura ospedaliera brasiliana rimane inutilizzata dalla popolazione, anche se necessita di ricoveri.

I risultati osservati del Servizio Sanitario Nazionale e del Sistema Único de Saúde dimostrano chiaramente che il sistema ospedaliero italiano è più efficiente di quello brasiliano. Le variabili che differiscono in entrambi i sistemi sono i principi organizzativi, il livello di decentralizzazione, la valutazione della programmazione sanitaria e le dimensioni degli ospedali. Da tutte queste variabili, gli studi dimostrano che le dimensioni degli ospedali e il livello di decentralizzazione delle azioni sanitarie sono quelli che incidono maggiormente sull'efficienza del sistema ospedaliero. Pertanto, entrambi verranno ulteriormente esplorati di seguito.

4.2 IL PARADOSSO TRA L'EFFICIENZA OSPEDALIERA E L'ACCESSO AI SERVIZI OSPEDALIERI

In molti Paesi, il settore ospedaliero è stato coinvolto in un massiccio processo di riforma caratterizzato dalla ristrutturazione finanziaria di ospedali esistenti, da fusioni e chiusure di numerosi piccoli ospedali²⁵⁸. Le organizzazioni sanitarie, tenute a raggiungere efficienza ed efficacia, devono ridurre i costi e offrire servizi sanitari di qualità. È considerato che un'importante fonte di potenziale inefficienza nel settore ospedaliero riguarda le dimensioni e la finalità operativa degli ospedali, risulta logico e conveniente, ampliare le dimensioni e le finalità di intervento di un ospedale per sfruttare meglio le competenze, le infrastrutture e le attrezzature disponibili.

I piccoli ospedali invece appaiono inefficienti, perché i costi infrastrutturali e amministrativi fissi sono condivisi su un carico di lavoro troppo piccolo, aumentando così il costo di una visita ospedaliera media²⁵⁹. In questo contesto, la capacità di misurare l'efficienza dell'economie di scala è cruciale per affrontare la questione della dimensione produttiva ottimale e gestire un'allocazione equa delle risorse. Gli studi più recenti sull'efficienza della scala nel settore sanitario si sono concentrati sull'analisi del corretto utilizzo delle risorse e sulla stima della dimensione ottimale di un ospedale per aumentare

²⁵⁸ AHGREN B., Is it better to be big?: The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden. In: *Health Policy*, v. 87, n.1, 92-99, 2008.

²⁵⁹ ALETRAS V., JONES A. e SHELDON T.A., *Economies of scale and scope*. In: *Concentration and choice in health care*. London: FT Financial Times Healthcare, 1997.

la sua *performance*²⁶⁰. Per questo, la domanda relativa all'efficienza della dimensione ideale è se gli ospedali più grandi sono più o meno efficienti di quelli più piccoli. Ricerche condotte in gran parte negli Stati Uniti e nel Regno Unito indicano che ci si può aspettare che si verifichino diseconomie di scala al di sotto di circa 200 letti e sopra i 600 letti²⁶¹. L'aumento delle dimensioni di un'unità operativa molto piccola (assegnando, ad esempio, risorse doppie o triple) consente di realizzare economie di scala, ovvero il prodotto aumenta più del doppio o più di tre volte. Pertanto, l'esistenza di economie di scala implica che potrebbero esserci guadagni di efficienza disponibili ampliando le dimensioni dell'impresa. La dimensione ottimale è, quindi, quella riscontrata quando tutte le economie di scala sono già state sfruttate ma non hanno ancora presentato diseconomie²⁶². Negli ultimi anni c'è stato un aumento particolarmente grande della ricerca sull'argomento a causa del massiccio processo di integrazione sanitaria e dell'interesse nel trovare una dimensione ottimale per gli ospedali come risposta a una maggiore attenzione all'uso di risorse pubbliche²⁶³.

I servizi ospedalieri possono essere forniti in vari modi all'interno di un sistema sanitario. Possono essere altamente concentrati, con cure ospedaliere fornite in grandi strutture con molte specialità, oppure possono essere diffusi con cure affidate a piccoli ospedali, che di solito servono una piccola popolazione. La scelta del modello di cure ospedaliere dovrebbe riflettere il contesto geografico, ma dovrebbe anche tenere conto delle considerazioni che dimostrano che la concentrazione o la distribuzione delle cure ospedaliere influisce sulle cure dei pazienti²⁶⁴. Una maggiore concentrazione dei servizi negli ospedali più grandi implica una riduzione dell'accesso dei pazienti ai servizi ospedalieri poiché gli ospedali più piccoli sono chiusi. Gli studi dimostrano che questo potenziale effetto negativo della riduzione dell'accesso geografico alle cure ospedaliere non deve essere trascurato²⁶⁵. Il punto ottimale della scala ospedaliera dovrebbe essere

²⁶⁰ ANDRITSOS D. A. e AFLAKI S., *Competition and the operational performance of hospitals: The role of hospital objectives*. In: *Production and Operations Management*, 24(11), 1812-1832, 2015.

²⁶¹ ROH C.Y., MOON M.J., JUNG C., *Measuring Performance of US Nonprofit Hospitals Do Size and Location Matter?* In: *Public Performance & Management Review*, 34(1):22-37, 2010.

²⁶² POSNETT J., *The hospital of the future: Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care*. In: *British Medical Journal*, 319(7216): 1063-1065, 1999.

²⁶³ GIANCOTTI M., GUGLIELMO A. e MAURO M., *Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search*. In: *PloS one*, 12(3), 2017.

²⁶⁴ POSNETT J. *Are Bigger Hospitals Better?* In: MCKEE M. and HEALY J. (a cura di), *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press 2002.

²⁶⁵ NICHOLL J., WEST J., GOODACRE S. e TURNER J. *The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study*. In *Emergency Medicine Journal*, 24(9), 665-668, 2007.

cercato all'intersezione tra accesso del paziente ai servizi ospedalieri, economia di scala e volume come fattori determinanti dellesito de i servizi forniti al paziente.

Come affermato in precedenza, alcuni Paesi hanno introdotto cambiamenti nei loro sistemi sanitari nazionali, cercando una maggiore efficienza nelle cure ospedaliere²⁶⁶. Tali modifiche sono state realizzate principalmente grazie alle fusioni istituzionali, supponendo che sistemi integrati più grandi fossero in grado di raggiungere una maggiore efficienza e migliorare i risultati, in base agli studi precedentemente descritti²⁶⁷. Tuttavia, studi che hanno valutato i sistemi ospedalieri dei paesi che hanno unito i loro ospedali, mirando all'esistenza di ospedali più grandi e a una maggiore efficienza hanno dimostrato che la concentrazione dei servizi non ha portato necessariamente a risultati migliori per i pazienti²⁶⁸. Secondo Weil²⁶⁹, le organizzazioni che si fondono non generano risparmi sui costi né migliorano la qualità delle cure. In uno studio condotto nel *National Health System* del Regno Unito, che ha esaminato l'impatto delle fusioni su risultati quali prestazioni finanziarie, produttività, tempi di consegna e qualità clinica, sono state riscontrate poche prove del fatto che le fusioni ottengono guadagni in queste aree, in particolare perché le differenze nella cultura organizzativa possono costituire un ostacolo significativo all'unificazione delle organizzazioni²⁷⁰. Come mezzo per superare questa barriera, Posnett²⁷¹ suggerisce che i responsabili politici stabiliscano le priorità garantendo che i servizi siano locali e facilmente accessibili. Inoltre, deve esserci una forte autonomia locale ma organizzata a livello centrale, con lo Stato che mantiene il suo primato nel processo di decentralizzazione e cerca di ridurre le differenziazioni territoriali. Ciò è in linea con il principio di sussidiarietà, il che significa che la responsabilità dell'azione pubblica dovrebbe essere assegnata all'entità più piccola in grado di risolvere il problema con i migliori risultati²⁷².

²⁶⁶ GAYNOR M., LAUDICELLA M. e PROPPER C. *Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS*. In: *Journal of health economics*, 31, 528-543, 2012.

²⁶⁷ TSAI T.C., JHA A., *Hospital consolidation, competition, and quality: is bigger necessarily better?* In: *JAMA*, 312, 29-30, 2014.

²⁶⁸ POSNETT J. *Are Bigger Hospitals Better?* In: MCKEE M. and HEALY J. (a cura di), *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press 2002.

²⁶⁹ WEIL, T. *Hospital mergers: a panacea?* In: *Journal of Health Services Research & Policy*, 15, 251-253, 2010.

²⁷⁰ GAYNOR M., LAUDICELLA M. e PROPPER C. *Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS*. In: *Journal of health economics*, 31, 528-543, 2012.

²⁷¹ POSNETT J., *The hospital of the future: Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care*. In: *British Medical Journal*, 319(7216): 1063-1065, 1999.

²⁷² NICHOLL J., WEST J., GOODACRE S. e TURNER J. *The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study*. In *Emergency Medicine Journal*, 24(9), 665-668, 2007.

Nonostante le sfide legate alle economie di scala e alla qualità, Ensor²⁷³ afferma che l'assistenza ospedaliera è necessaria in regioni remote, in particolare per situazioni di emergenza e per le cure materne e infantili di media complessità. L'interesse per la distribuzione spaziale delle infrastrutture sanitarie ha guadagnato slancio negli ultimi anni. L'analisi spaziale e i sistemi di informazione geografica si sono dimostrati molto utili per studiare l'allocazione e la pianificazione del servizio. Rocha²⁷⁴, studiando l'accesso ai servizi di emergenza in Brasile, mostra che nella maggior parte dei Comuni esiste l'assistenza di base. Dall'altra parte, circa la metà dei Comuni brasiliani non è collegata a una rete sanitaria di alta complessità. Pertanto, le popolazioni che richiedono servizi di media e alta complessità devono spesso recarsi in altri Comuni, con conseguenti barriere all'accesso geografico.

Anche in Italia la sfida dell'efficienza si gioca sul corretto equilibrio tra previsione di ospedali di grande dimensione, di regola più efficienti, e piccoli ospedali che, per alcuni servizi, si dimostrano essenziali. In altre parole, la ricerca dell'efficienza ha portato a decisioni di ordine pubblico che incoraggiano l'esistenza di grandi ospedali nei sistemi sanitari, ma ciò potrebbe minare la garanzia della tutela della salute nelle regioni con accesso difficile e barriere geografiche.

Nel caso dell'Italia, gli studi²⁷⁵ dimostrano che esistono disparità nell'accesso ai servizi sanitari, ma queste sono state ridotte al minimo con le ultime riforme del Servizio Sanitario Nazionale italiano, in particolare dopo il fenomeno dell'aziendalizzazione ospedaliera e della concentrazione delle azioni di pianificazione e organizzazione del sistema in capo alle Regioni, non ai Comuni. Uno degli obiettivi dell'emanazione del Decreto ministeriale n. 70/2015 è stato proprio quello di riorganizzare le cure ospedaliere italiane alla ricerca di una maggiore efficienza. Questo decreto è caratterizzato dal desiderio di aumentare gli ospedali più grandi e ridurre il numero di piccoli ospedali, che in questo caso sono quelli con meno di 80 posti letto. Ma l'esistenza di questi piccoli ospedali è ancora libera poiché rimane di competenza della Regione stabilire se istituirli. Per quanto riguarda il Brasile, non si rilevano interventi da parte dei governi centrale o locale per indurre la riduzione di piccoli ospedali (in questo caso, quelli con meno di 50

²⁷³ ENSOR T. e COOPER S., *Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side*. In: *Health policy and planning*, v. 19, n. 2, p. 69-79, 2004.

²⁷⁴ ROCHA T.A.H., DA SILVA N.C., AMARAL P.V., BARBOSA A.C.Q., ROCHA J.V.M., ALVARES V. e DE SOUZA M.R., *Addressing geographic access barriers to emergency care services: a national ecologic study of hospitals in Brazil*. In: *International journal for equity in health*, 16(1), 149, 2017.

²⁷⁵ SARNATARO, P. *Le disuguaglianze sociali di salute e le politiche sanitarie*. Napoli, 2009.

posti letto), chiudendo unità meno efficienti o fondendo queste piccole unità in ospedali più grandi. Ciò porta il sistema ospedaliero brasiliano a mantenere un numero molto elevato di strutture ospedaliere, caratterizzati da dimensioni molto ridotte, con una perdita significativa dell'efficienza del sistema e un aumento della spesa pubblica senza migliorare la qualità e l'integralità delle azioni sanitarie.

4.3 IL LIVELLO DI DECENTRAMENTO DELLE POLITICHE SANITARIE

Dagli anni 60 agli anni 90, si è verificata una forte tendenza al decentramento delle azioni pubbliche nella maggior parte dei Paesi europei e nordamericani, prendendo la maggior parte delle decisioni a livello locale, sulla base del fatto che la migliore comprensione dei problemi si verifichi al livello più vicino ai cittadini, di conseguenza, le risoluzioni più efficienti saranno potenzialmente prese a tale livello. Inoltre, nel corso di questi decenni, si può osservare la costruzione dei sistemi sanitari nazionali universali, come ad esempio quello italiano e brasiliano, che hanno come presupposto fondamentale la tutela della salute da parte dello Stato come un diritto inviolabile. In Italia e Brasile, le leggi del Parlamento e i regolamenti emanati dai governi hanno cercato di guidare la costruzione dei sistemi sanitari nazionali verso il decentramento, in particolare per i Comuni nel caso italiano e per i *municípios* nel caso brasiliano. D'altra parte, durante gli anni 90, i nuovi precetti del *New Public Management* sono stati messi in pratica in diversi Paesi, tra cui Brasile e Italia, che miravano all'efficienza dei servizi pubblici e alla migliore gestione delle istituzioni governative. In Italia, all'inizio dello stesso decennio, il Servizio Sanitario Nazionale è stato riformato, spostando il principale centro decisionale delle politiche locali a livello Regionale e non ai Comuni, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza del sistema, in particolare degli ospedali.

Nel caso brasiliano, le norme federali per il processo di decentralizzazione sono state modificate e sostituite nel corso degli anni. Dal 1990 sono stati pubblicati quattro Standard operativi di base (NOB), due Standard operativi di assistenza sanitaria (NOAS), il Patto sanitario e, nel 2011, il Decreto 7.508. Con tutto questo apparato normativo, si può dire realizzato il passaggio da un sistema centralizzato a un modello di governo municipale, con un significativo guadagno di autonomia in campo sanitario. Tuttavia, non sono assicurate le condizioni per il decentramento per soddisfare la garanzia di un'assistenza globale in base alle esigenze della popolazione, presentando risultati

contraddittori sul territorio nazionale²⁷⁶. Si sono osservate caratteristiche eterogenee dei sistemi sanitari decentralizzati, che riflettono le diverse capacità finanziarie, amministrative e operative per la fornitura di assistenza sanitaria e le diverse disposizioni politiche. Senza considerare il ruolo dei livelli Statali, il decentramento ha accentuato le attribuzioni dei *municípios* nella fornitura di servizi. Con tutte le trasformazioni, le sfide e l'autonomia politica richieste ai Comuni brasiliani, ciò che oggi viene messo in discussione è la capacità del livello Comunale di gestire le politiche pubbliche locali in modo efficiente. In questo processo, i Comuni devono affrontare il compito di gestire una rete di servizi eterogenea e non istituzionalmente integrata con una fornitura di servizi insufficiente a media complessità.

In uno studio sui vantaggi e gli svantaggi del modello di decentralizzazione brasiliano, Pifano²⁷⁷ ha dimostrato che il principale vantaggio nel rafforzamento della municipalizzazione era l'espansione dell'accesso locale e della copertura sanitaria in relazione alle azioni sanitarie di base. Altri fattori evolutivi sono stati la maggiore influenza dei sindaci sul bilancio e la definizione delle priorità e le pratiche di responsabilità che sono state istituzionalizzate. L'autore mostra anche che la capacità del governo locale, legata al profilo del manager e dello staff tecnico, potrebbe aver contribuito a migliorare le prestazioni nelle pratiche di cura, nonché la formazione e l'adesione degli operatori sanitari alle politiche pubbliche. Per quanto riguarda la forza lavoro nel SUS, c'è stato un aumento del numero di professionisti dell'istruzione superiore che lavorano nelle cure primarie e ambulatoriali in tutto il Paese, con l'espansione della composizione multifunzionale dei lavori (non medica). Un altro fatto importante è che minore è la dimensione geografica e della popolazione del Comune, maggiore è il numero di posti di lavoro creati. Con l'aumento della rete di assistenza, il numero di professionisti e l'incentivo finanziario attraverso il trasferimento di risorse federali, è stato ampliato l'accesso ai servizi sanitari in generale nell'ambito locale. Altri studi mostrano anche che, in generale, i comuni brasiliani con un massimo di 80.000 abitanti hanno risposto responsabilmente agli incentivi per il decentramento.

Per ovviare alla carenza di servizi che svolgono azioni di media complessità, sono emersi i Consorzi Intercomunali. In breve, questi consorzi sono accordi stipulati dai comuni

²⁷⁶ MENIUCCI T.M.G. *Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção*. Belo Horizonte, 2008.

²⁷⁷ PINAFO E., CARVALHO B.G. e NUNES E.F.P.A., *Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, 2016.

limitrofi, che cercano linterazione tra i livelli di assistenza. Questa proposta del Consorzio Intercomunale potrebbe rappresentare un elemento importante per garantire laccesso ad altri servizi e linterazione tra i comuni e i servizi che forniscono, in quanto può consentire larticolazione tra i diversi livelli di assistenza, consentendo la formulazione di azioni sanitarie integrali attraverso la regionalizzazione²⁷⁸.

Va poi osservato che il decentramento non spiega la fase organizzativa del sistema sanitario comunale. Le pratiche di gestione e assistenza sono aree critiche che richiedono interventi relativi alla pianificazione, valutazione e intersettorialità e elevato turnover delle posizioni dirigenziali e la scarsa qualificazione formale per svolgere queste attività compromettono loperatività del decentramento per rispetto alla pianificazione e gestione²⁷⁹. Daltro canto, laumento della spesa sanitaria e ladozione di misure relative alla riorganizzazione delle cure derivano più dalle risposte alle iniziative nazionali che dalle iniziative locali. Ciò evidenzia limportanza del processo decisionale a livello centrale nel condurre azioni locali e, daltra parte, può rivelare i limiti della gestione comunale o la sua insufficienza tecnica nel proporre azioni volte a migliorare lassistenza sanitaria.

Le analisi svolte nei paragrafi precedenti sulla rilevanza dell'efficienza ospedaliera e del livello di decentramento nella tutela della salute permettono dunque di mettere in luce alcune importanti punti:

- 1) I risultati osservati del Servizio Sanitario Nazionale e del Sistema Único de Saúde dimostrano chiaramente che il sistema ospedaliero italiano è più efficiente di quello brasiliano.
- 2) La percentuale di ospedali pubblici e privati italiani e brasiliani è praticamente la stessa. L'Italia ha 1000 ospedali contro 6.702 ospedali brasiliani, ma la popolazione italiana è di circa 61 milioni, mentre la popolazione brasiliana è di circa 210 milioni. Questi indicatori rendono il numero di posti letto per 1000 abitanti al limite superiore di quello raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Salute nel caso italiano e al di sotto del limite inferiore nel caso brasiliano.

²⁷⁸ MENIUCCI T.M.G. *Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção*. Belo Horizonte, 2008.

²⁷⁹ PINAFO E., CARVALHO B.G. e NUNES E.F.P.A., *Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, 2016.

- 3) Circa il 70% degli ospedali italiani ha oltre 120 posti letto contro solo il 10% circa degli ospedali brasiliani.
- 4) Inoltre, quasi tutti i posti letto disponibili in Italia sono effettivamente occupati. In Brasile, in media, meno della metà dei posti letto sono occupati.
- 5) Le variabili che differiscono in entrambi i sistemi sono i principi organizzativi, il livello di decentralizzazione, la valutazione della programmazione sanitaria e le dimensioni degli ospedali. Da tutte queste variabili, gli studi dimostrano che le dimensioni degli ospedali e il livello di decentralizzazione delle azioni sanitarie sono quelli che incidono maggiormente sull'efficienza del sistema ospedaliero.
- 6) Le organizzazioni sanitarie, tenute a raggiungere efficienza ed efficacia, devono ridurre i costi e offrire servizi sanitari di qualità.
- 7) Gli studi più recenti sull'efficienza della scala nel settore sanitario si sono concentrati sull'analisi del corretto utilizzo delle risorse e sulla stima della dimensione ottimale di un ospedale per aumentare la sua *performance*.
- 8) Gli studi indicano che la migliore dimensione ospedaliera per aumentare l'efficienza è tra 200 e 600 letti.
- 9) I servizi ospedalieri possono essere, all'interno di un sistema sanitario, altamente concentrati, con cure ospedaliere fornite in grandi strutture con molte specialità, oppure possono essere diffusi con cure affidate a piccoli ospedali, che di solito servono una piccola popolazione.
- 10) Una maggiore concentrazione dei servizi negli ospedali più grandi implica una riduzione dell'accesso dei pazienti ai servizi ospedalieri poiché gli ospedali più piccoli sono chiusi.
- 11) Il punto ottimale della scala ospedaliera dovrebbe essere cercato all'intersezione tra accesso del paziente ai servizi ospedalieri, economia di scala e volume come fattori determinanti dell'esito dei servizi forniti al paziente.
- 12) Gli studi suggeriscono che i responsabili politici stabiliscano le priorità garantendo che i servizi siano locali e facilmente accessibili, ma abbastanza grande da evitare diseconomie di scala.
- 13) Nonostante le sfide legate alle economie di scala e alla qualità, l'assistenza ospedaliera è necessaria in regioni remote, in particolare per situazioni di emergenza e per le cure materne e infantili di media complessità, per garantire la tutela della salute da parte dello Stato ai cittadini che vivono in queste aree geografiche.

- 14) In altre parole, la ricerca dell'efficienza ha portato a decisioni di ordine pubblico che incoraggiano l'esistenza di grandi ospedali nei sistemi sanitari, ma ciò potrebbe minare la garanzia della tutela della salute nelle regioni con accesso difficile e barriere geografiche.
- 15) Quanto al livello di decentramento, dagli anni 60 agli anni 90, si è verificata una forte tendenza al decentramento delle azioni pubbliche nella maggior parte dei Paesi europei e nordamericani, prendendo la maggior parte delle decisioni a livello locale, sulla base del fatto che la migliore comprensione dei problemi si verifichi al livello più vicino ai cittadini, di conseguenza, le risoluzioni più efficienti saranno potenzialmente prese a tale livello.
- 16) Dall'altra parte, durante gli anni 90, i nuovi precetti del *New Public Management* sono stati messi in pratica in diversi Paesi, tra cui Brasile e Italia, che miravano all'efficienza dei servizi pubblici e alla migliore gestione delle istituzioni governative.
- 17) In Italia, all'inizio dello stesso decennio, il Servizio Sanitario Nazionale è stato riformato, spostando il principale centro decisionale delle politiche locali a livello Regionale e non ai Comuni, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza del sistema, in particolare degli ospedali.
- 18) Nel caso brasiliano, tuttavia, non sono assicurate le condizioni per il decentramento per soddisfare la garanzia di un'assistenza globale in base alle esigenze della popolazione, presentando risultati contraddittori sul territorio nazionale.
- 19) Il decentramento in Brasile ha accentuato le attribuzioni dei *municípios* nella fornitura di servizi.
- 20) Studi sui vantaggi e gli svantaggi del modello di decentralizzazione brasiliano, dimostrano che il principale vantaggio nel rafforzamento della municipalizzazione è l'espansione dell'accesso locale e della copertura sanitaria in relazione alle azioni sanitarie di base, ma gli svantaggi sono la duplicazione dei servizi sanitari nei comuni contigui e il conseguente spreco di risorse pubbliche.
- 21) L'aumento della spesa sanitaria e l'adozione di misure relative alla riorganizzazione delle cure derivano più dalle risposte alle iniziative nazionali che dalle iniziative locali.
- 22) Ciò evidenzia l'importanza del processo decisionale a livello centrale nel condurre azioni locali e, dall'altra parte, può rivelare i limiti della gestione comunale o la sua insufficienza tecnica nel proporre azioni volte a migliorare l'assistenza sanitaria.

CONCLUSIONI

La tesi e il dibattito sulla sfida tra tutela della salute e problema dei costi ospedalieri

Il mantenimento dei servizi sociali nel quadro e in ossequio delle garanzie costituzionali nei Paesi a *welfare state* è tema molto ampio e complesso. La tutela dell'istruzione, della salute, della protezione sociale, dell'ambiente, tra gli altri ambiti di azioni di politica pubblica, deve essere garantita. Gli obiettivi perseguiti dal *welfare state* sono fondamentalmente tre: assicurare un tenore di vita minimo a tutti i cittadini; dare sicurezza agli individui e alle famiglie in presenza di eventi naturali ed economici sfavorevoli di vario genere; consentire a tutti i cittadini di usufruire di alcuni servizi fondamentali, quali l'istruzione e la sanità. L'organizzazione di tutte queste politiche pubbliche, generalmente affermate nei testi costituzionali, comporta costi considerevoli e aumento del costo di una determinata area implica necessariamente la riduzione delle risorse disponibili per altre aree.

La crescente evoluzione tecnologica e la specializzazione nell'area sanitaria hanno generato costi crescenti per il settore. Dei costi sanitari, i costi ospedalieri sono sempre i maggiori. Pertanto, diventa sempre più difficile per gli Stati garantire la protezione della salute, soprattutto dal punto di vista della sostenibilità economica. A partire dagli anni 80, i Paesi hanno rivisto le proprie spese e le scelte di fondo per rendere le politiche pubbliche più efficaci in termini di costi. Da questo decennio, l'efficienza della macchina pubblica è aumentata, soprattutto dopo l'avvento del *New Public Management*. La ricerca di una maggiore efficienza avviene in tutte le dimensioni delle azioni pubbliche, che vanno dalla lotta alla corruzione a una migliore gestione degli acquisti e delle spese da parte dei dipendenti; coinvolge anche l'area sanitaria, che è un grande consumatore di risorse, specialmente negli ospedali.

Per questi motivi, come già spiegato nel corso della tesi, negli ultimi due decenni sono stati condotti numerosi studi per capire come migliorare l'efficienza degli ospedali. Da questi studi si è sviluppato un ampio campo di ricerca in relazione alle dimensioni degli ospedali, che ha dimostrato come gli ospedali più grandi siano senza dubbio più efficienti. Mantenere un numero inferiore di grandi ospedali nella rete di assistenza aumenta l'efficienza dei sistemi sanitari, evitando la duplicazione di azioni in regioni contigue, migliorando l'efficienza e il controllo dei costi. D'altra parte, il numero di ospedali non può essere ridotto tanto da ridurre l'accesso ai servizi sanitari. Alcuni studi dimostrano

che i cittadini delle piccole città non hanno possibilità economiche sufficienti per spostarsi verso i grandi ospedali e di conseguenza sono disincentivati a curarsi a causa delle grandi distanze. Se lo Stato vuole garantire la protezione della salute, deve focalizzare l'attenzione sull'adeguato accesso dei suoi cittadini a servizi sanitari efficienti e di qualità.

Due esempi di *Welfare State*, Italia e Brasile, simili nei testi costituzionali ma diversi nei risultati

I sistemi sanitari italiano e brasiliano si fondano sugli stessi principi e sono stati creati secondo gli stessi paradigmi, che si basano sulla comprensione del ruolo degli Stati di assicurare piena tutela alla salute dei cittadini. Pertanto, nella loro conformazione di principi, sono simili; inoltre è possibile notare una similitudine anche rispetto alle scelte normative ordinarie e regolamentari a livello centrale in ogni periodo specifico esaminato, connotate dall'incoraggiamento al decentramento e alla formazione di un sistema sanitario universale, seguendo il modello Beveridge.

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano ha dieci anni in più del Sistema Único de Saúde brasiliano. Pertanto, può affermarsi che la costruzione del SUS si è ispirata in gran parte al modello del SSN, e uno degli ispiratori di tale modello, è senz'altro, Giovanni Berlinguer, avendo egli - tra l'altro - pubblicato articoli e libri in Brasile, così influenzando il Movimento di Riforma Sanitaria brasiliano. Pertanto, sembra che, in una certa misura, il SUS abbia seguito i passi del SSN italiano, durante tutto il processo di costruzione.

Proprio come in Italia, i primi anni del nuovo modello di sistema sanitario in Brasile sono serviti al livello centrale/federale di governo per formare una rete di assistenza sanitaria, con l'obiettivo di aumentare l'accesso degli utenti al sistema. Inoltre, lo stimolo al decentramento delle azioni e del processo decisionale è stato cruciale per il passaggio dal modello mutualistico al modello universalista. Tornando al sistema italiano, dopo poco più di un decennio, ci si è resi conto che il sistema era "andato oltre", nel senso che il decentramento nei Comuni stava generando un sistema frammentato, con la duplicazione dei servizi in comuni contigui, oltre a favorire il clientelismo e aumentare il politicismo nel processo decisionale. Questi fattori stavano causando – peraltro - un aumento dei costi di sistema, in particolare per quanto riguarda il settore ospedaliero. Realizzato ciò, vi è stato un cambio di direzione in relazione al decentramento, con la pubblicazione delle leggi che hanno portato a una maggiore concentrazione del potere decisionale in capo alle

Regioni, piuttosto che ai Comuni. E questo sembra essere un punto più proporzionato in relazione alla centralizzazione/decentralizzazione, per mantenere, allo stesso tempo, la garanzia dell'accesso, l'integralità dell'assistenza sanitaria e una migliore efficienza della spesa sanitaria pubblica.

Nel caso del sistema sanitario brasiliano, il periodo di espansione dell'accesso ai servizi, al fine di effettuare il passaggio da un sistema mutualistico a un sistema sanitario universale, è durato venti anni. Durante questo periodo, il governo federale brasiliano ha mantenuto la politica di decentramento attestata sul livello municipale. Mentre i dirigenti del sistema sanitario italiano impiegarono circa 14 anni per rendersi conto che i risultati del trasferimento di potere ai Comuni non si stavano presentando come i migliori, il governo brasiliano se ne è reso conto solo dopo poco più di 20 anni di Sistema Único de Saúde. Così, nel 2011, è stato pubblicato il Decreto Presidenziale 7508, la più grande misura per stimolare la regionalizzazione SUS, con l'obiettivo di garantire l'integrità delle azioni sanitarie, mai raggiunta nel Paese.

Pertanto, un primo punto di divergenza tra i sistemi sanitari italiano e brasiliano è la durata del periodo della municipalizzazione mirata all'ampliamento dell'accesso ai servizi sanitari. Un secondo punto di differenziazione riguarda la regionalizzazione ovvero una maggiore concentrazione del potere decisionale in Italia, mentre in Brasile questa operazione è arrivata timidamente e solo nei primi anni della seconda decade di questo secolo (2010).

Il terzo punto di differenziazione risiede nell'importanza data al sistema ospedaliero. In tutte le norme italiane analizzate c'è una sorta di guida per l'organizzazione del sistema ospedaliero. Nel caso brasiliano, nella maggior parte dei regolamenti, si trovano solo linee guida sull'organizzazione delle cure primarie e non sulle cure ospedaliere. Ciò probabilmente ha comportato la graduale organizzazione del sistema ospedaliero italiano verso la ricerca di una migliore efficienza, mentre il sistema ospedaliero brasiliano è stato costruito sulla base delle sole esigenze locali, senza analisi di efficacia e pertinenza. La maggior parte degli ospedali italiani sono grandi, con diverse specialità e alti tassi di occupazione, il che dimostra il buon uso delle strutture esistenti. Gli ospedali brasiliani sono per lo più piccoli, con meno di 50 posti letto, con poche specialità e bassi tassi di occupazione, il che mostra la bassa risoluzione in termini di azioni sanitarie.

I fattori citati sono importanti per migliorare l'efficienza del sistema, ma non si può dimenticare il mantenimento della garanzia di accesso ai servizi sanitari. Questo è un punto importante da tenere presente nella elaborazione delle politiche sanitarie pubbliche

per qualsiasi Paese, compresa l'Italia, con le sue aree montuose centrali e la loro caratteristica difficoltà di accesso. Ma in un Paese di dimensioni continentali come il Brasile, con regioni distinte come San Paolo e la foresta pluviale amazzonica, questo fattore è fondamentale.

Nonostante i fattori presentati, con molte somiglianze e alcune differenze nella costruzione di entrambi i sistemi sanitari, i risultati sono molto diversi nella pratica. Si nota come da un lato vi sia l'Italia, che valuta costantemente il proprio sistema sanitario nazionale, adottando misure di aggiustamento almeno ogni decennio. Ciò ha portato il Paese a un sistema sanitario maturo con eccellenti indicatori sanitari (in rapporto ad altri Paesi), considerato dall'Organizzazione Mondiale della Salute come uno dei migliori sistemi al mondo. Al polo opposto c'è il Brasile, con la spesa sanitaria per il prodotto interno lordo (PIL) del 7% nel 2003, del 10% nel 2013 e del 9,8% nel 2018, alta come nei Paesi dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico). Sebbene i risultati sulla salute siano migliorati, le inefficienze persistono. L'analisi transnazionale mostra che il Brasile potrebbe aumentare i risultati sanitari del 10% allo stesso livello di spesa. L'analisi nazionale evidenzia una inefficienza del 37% nelle cure primarie e il 71% nelle cure ospedaliere. Questi dati allarmanti sono il prodotto delle politiche di sanità pubblica in un Paese che ha iniziato a sperimentare la sua transizione demografica poco più di un decennio fa. Pertanto, questo - ad avviso di chi scrive - è il momento cruciale per rivedere l'efficienza del sistema sanitario brasiliano, in particolare del sistema ospedaliero, prima che la popolazione brasiliana invecchi e il Brasile subisca il triplo onere della malattia.

I dati presentati in questa tesi mostrano che, sebbene il numero di ospedali in Brasile sia piuttosto grande, una piccola parte di essi viene effettivamente utilizzata. Gli ospedali più grandi sono gli ospedali con migliore infrastruttura, attrezzature e professionisti della salute, oltre a un numero maggiore di specialità disponibili. Dall'altra parte, quasi il 60% degli ospedali nel Paese potrebbe non essere realmente considerato un ospedale: hanno infrastrutture più scarse, solo specialità di base e scarse attrezzature disponibili per la diagnosi e la terapia. L'utilizzo del solo 40% di questa capacità installata porta a mettere in discussione la validità dell'uso delle risorse finanziarie in questi ospedali. Per una migliore efficienza del sistema sanitario nel suo insieme, è necessario rivalutare il ruolo di questi piccoli ospedali e la loro vocazione. E a questo punto lo studio comparativo dell'efficienza dei sistemi sanitari italiani e brasiliani può essere di grande valore. Gli ospedali italiani sono suddivisi in base alla loro specializzazione in ospedali per pazienti

con malattie acute e altri per malattie croniche: ciò chiaramente e probabilmente perché l'Italia ha già subito la transizione epidemiologica. Dato che il Brasile sta iniziando la sua transizione epidemiologica negli ultimi anni, trasformare molti di questi piccoli ospedali in siti di cura per pazienti con patologie croniche può migliorare notevolmente l'efficienza del sistema sanitario brasiliano e la conseguentemente spesa. Un altro punto in cui l'analisi comparativa di entrambi i sistemi sanitari può apportare miglioramenti al sistema brasiliano riguarda l'accesso ai servizi sanitari. Il sistema sanitario italiano è regionalizzato, quindi ogni regione è autonoma e offre servizi di bassa, media e alta complessità. Nel caso brasiliano, l'accesso è stato ampliato nei primi venti anni del Sistema Único de Saúde, ma soprattutto per l'assistenza a bassa complessità. Pertanto, i cittadini brasiliani devono recarsi in altri comuni e persino in altri Stati quando necessitano di assistenza di media e alta complessità. La regionalizzazione del sistema sanitario brasiliano, come è stato fatto in Italia, può portare a una maggiore efficienza del sistema.

Infine, se il Servizio Sanitario Nazionale italiano ha ispirato il Brasile nella costruzione del Sistema Único de Saúde, questa ispirazione può auspicabilmente continuare, eguando il riordino necessario e urgente del sistema ospedaliero brasiliano.

INDICE CONTENUTISTICO

UNA INTRODUZIONE: LA TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA E I MODELLI OSPEDALIERI..... **Erro! Indicador não definido.**

CAPITOLO 1 **Erro! Indicador não definido.**

L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA OSPEDALIERO PER LA TUTELA DELLA SALUTE..... **Erro! Indicador não definido.**

1.1 EVOLUZIONE STORICA DEL SISTEMA OSPEDALIERO SOTTO LO

SGUARDO DELLA SOCIOLOGIA MEDICA **Erro! Indicador não definido.**

Le credenze e le caratteristiche culturali di una data società influenzano le fasi del ciclo di vita della sua popolazione e si riflettono nell'organizzazione del sistema sanitario. Il paradigma e le teorie che spiegano il binomio malattia-salute influenzano la conformazione del sistema sanitario. Prima di ciò, i paradigmi che spiegano la salute e la malattia sono influenzati dalla conoscenza e dal potere del gruppo specifico di questa particolare società che si occupa della cura e della gestione delle patologie. Per comprendere il modello di assistenza sanitaria di una determinata società, è necessario analizzare i paradigmi che spiegano la salute e le malattie e come è stata costruita l'assistenza sanitaria nel tempo.

1.1.1 Età Antica: proto-igiene e guarigione come espulsione dal male o riequilibrio degli umori..... **Erro! Indicador não definido.**

Nella Età Antica erano due paradigmi, egiziano, con la malattia come una rappresentazione del male, e il greco post-ipocratico, con la malattia causata da uno squilibrio dei quattro umori. Secondo questi paradigmi fu costruito il sistema sanitario in vigore all'epoca. Per gli egiziani, la cura veniva fatta nei templi dai sacerdoti che cercavano di rimuovere la malattia. Per i Greci, la guarigione avveniva anche nei templi, ma la funzione dei sacerdoti era di cercare di riequilibrare il corpo con il riposo, una buona alimentazione e buone abitudini igieniche. Dopo i Greci, la medicina romana era basata sul paradigma greco, ma con specializzazioni professionali. I templi di Asclepio di Roma costituivano i primi ospedali della penisola.

1.1.2 Medioevo: assistenza sociale e sanitaria permeata dalla carità...**Erro! Indicador não definido.**

I paradigmi del Medioevo di salute e malattia erano una miscela dei paradigmi egiziano e greco. Il significativo incremento ai paradigmi esistenti è stato la nozione di assistenza sociale, basata sulla carità e sulla salvezza dell'anima attraverso la elemosina o il lavoro. Gli ospedali creati erano istituzioni filantropiche, sanitarie, sociali e religiose. Nella seconda metà del Medioevo, con l'aumento dei viaggi per motivi di commercio o

pellegrinaggio, gli ospedali divennero specifici per accoglienza di viaggiatori, malati, poveri o debilitati. Con l'emergere degli Stati assoluti inizia così il concetto di tutela della salute.

1.1.3 Età moderna: la separazione dell'assistenza sociale e sanitaria e il consolidamento del potere medico **Erro! Indicador não definido.**

Il controllo e la regolamentazione degli ospedali passa a responsabilità dello stato. Con l'emergere delle scienze naturali accade lo sviluppo dei campi della conoscenza della fisiologia e della patologia. Le malattie diventano oggetto di studio dei medici, che ottengono molto potere, stabilendo definitivamente gli ospedali come campo d'azione. Fino all'età moderna la storia degli ospedali e della medicina è andata in modo separato. Dopo queste storie si uniscono, per non essere mai più separate. Da quel momento in poi, le strutture e l'organizzazione dell'ospedale hanno iniziato a adattarsi al professionista medico.

1.1.4 Rivoluzione Industriale: la valutazione dell'individuo in base alla capacità produttiva **Erro! Indicador não definido.**

Durante il periodo della Rivoluzione Industriale fu mantenuto il paradigma di salute e malattia, così come la conformazione del sistema sanitario, ma si verificò un cambiamento: la depersonificazione dell'individuo. L'individuo è valutato in base alla sua capacità produttiva. Ammalarsi significa perdere importanza come individuo, poiché la capacità di lavorare è andata perduta. Pertanto, diventa un'altra funzione dell'ospedale di reintegrare l'individuo come forza lavoro.

1.1.5 Età contemporanea: la segmentazione e specializzazione degli ospedali e la democratizzazione del loro uso **Erro! Indicador não definido.**

Gli ospedali hanno iniziato a svolgere la loro funzione attuale per due motivi principali. Il primo è stato l'inizio dell'uso della struttura ospedaliera da parte della popolazione più ricca, a seguito dei miglioramenti apportati dall'anestesia per gli interventi chirurgici e il controllo delle infezioni ospedaliere, con la conseguente riduzione della mortalità in ospedale. La seconda causa fu il Rapporto Flexner del 1910, che raccomandava la standardizzazione del modello di insegnamento, con collegi con laboratori e ospedali per l'insegnamento della pratica medica. Flexner ha difeso il modello di studio medico basato sulla malattia con crescente specializzazione, ignorando l'influenza dei fattori sociali e collettivi sulla malattia.

1.2 LAZIONE DEL STATO E I MODELLI DI GARANZIA DI TUTELA DELLA SALUTE **Erro! Indicador não definido.**

1.2.1 Sistemi Beveridge e Bismarck: dal mutualismo all'universalità. **Erro! Indicador não definido.**

Con l'evoluzione del ruolo dello stato, è emersa la nozione di sicurezza sociale, in cui lo stato intraprende azioni che cercano di proteggere l'individuo contro i rischi sociali e sono emersi anche i diritti fondamentali. La sicurezza sociale è tra i diritti umani di seconda generazione basati sul principio di uguaglianza e ci sono

state quattro fasi cumulative della loro costruzione: assistenza privata, assistenza pubblica, sicurezza sociale e previdenza sociale. Il modello Bismarck inizia la terza fase e la quarta fase deriva dalla elaborazione del piano Beveridge. Dopo la Seconda Guerra Mondiale, la maggior parte dei paesi europei hanno creato un'ampia rete di sicurezza sociale e i sistemi sanitari sono stati una parte importante di questa rete di protezione. L'importanza dei modelli dei sistemi sanitari risiede nell'evoluzione del concetto di tutela della salute piuttosto che esclusivamente nella costituzione dei sistemi sanitari nazionali.

1.2.2 Garanzia costituzionale del diritto alla salute: la garanzia definitiva

dell'universalità delle azioni sanitarie **Erro! Indicador não definido.**

L'Italia e il Brasile hanno sistemi sanitari universali, definiti nei testi costituzionali. Per garantire il diritto all'assistenza sanitaria, l'impegno dello Stato è attivo, perché, affinché i cittadini possano usarli efficacemente, è necessaria l'implementazione di servizi che offrono assistenza sanitaria. In questo modo, il diritto alla salute deve essere garantito attraverso politiche pubbliche. Da quanto precede, si osserva che l'evoluzione del diritto alla salute in Italia e in Brasile ha raggiunto risultati simili, soprattutto per quanto riguarda i testi costituzionali e la conformazione del sistema sanitario locale, sebbene fossero il risultato di contesti socioculturali diversi.

CAPITOLO 2 **Erro! Indicador não definido.** 40

IL SISTEMA SANITARIO E OSPEDALIERO ITALIANO..... 40

2.1 IL SISTEMA PRIMA DELLA COSTITUZIONE DEL 1948: L'ASSENZA

DELLA GARANZIA STATALE DI PROTEZIONE DELLA SALUTE..... 40

Dopo l'unificazione degli Stati italiani la garanzia di salute per il cittadino non era riconosciuta come un bene pubblico e lo Stato tutelava prevalentemente servizi di sanità pubblica e di sorveglianza sanitaria, con tali azioni sotto il coordinamento e l'ordinamento del Ministero dell'Interno (dal 1865). In assenza della garanzia statale di protezione della salute, il sistema sanitario italiano della fine del 1800 e della prima metà del 1900 fu organizzato in una forma di assicurazione e protezione sociale, in cui il diritto alla protezione della salute era strettamente legato alla condizione lavorativa e non era quindi considerato un diritto di cittadinanza. Per i più poveri, non restava altro che le Opere Pie e gli Enti di beneficenza pubblici.

2.2 LA COSTITUZIONE ITALIANA E LA TUTELA DELLA SALUTE COME UN DIRITTO FONDAMENTALE DELL'INDIVIDUO ... **Erro! Indicador não definido.**

L'attuale Costituzione riconosce la protezione della salute da parte dello Stato italiano come un diritto fondamentale dell'individuo, ponendo fine al sistema assicurativo e mutualistico della salute del modello precedente. La Costituzione riconosce che la protezione della salute rientra nella competenza congiunta (legislazione concorrente) della Federazione e delle Regioni italiane e considera che ci sono due funzioni che il governo deve svolgere per garantire il diritto costituzionale fondamentale della salute ai suoi cittadini: le funzioni di organizzazione e funzionamento. Spetta a livello federale la prima e la seconda a livello

regionale. La salute come diritto fondamentale è quindi caratterizzata da una forza particolare all'interno del sistema giuridico italiano.

2.3 IL SISTEMA TRA 1948 E 1978: IL PASSAGGIO DEFINITIVO TRA IL SISTEMA MUTUALISTICO AL SISTEMA UNIVERSALISTA.....**Erro! Indicador não definido.**

Il passaggio dal modello di sistema mutualistico al modello di sistema universalista è avvenuto nell'arco di 30 anni, tra la Costituzione e la Legge 833/78, con istituzione del Sistema Sanitario Nazionale. Questa Legge ha introdotto un nuovo sistema operativo per eseguire non solo azioni curative e riabilitative, ma anche azioni preventive, con l'obiettivo di aumentare lo stato di benessere individuale e collettivo. In questo periodo di 30 anni ci sono stati tre eventi principali, che hanno portato a cambiamenti nel sistema sanitario italiano ogni dieci anni circa. Sono l'istituzione del Ministero della Sanità nel 1958, la riforma ospedaliera del 1968 con la Legge Mariotti e, infine, la creazione del Servizio Sanitario italiano nel 1978.

2.4 IL SERVIZIO SANITARIO ITALIANO E I SUOI PRINCIPI FONDAMENTALI E ORGANIZZATIVI..... **Erro! Indicador não definido.**

Questo capitolo spiega i principi SSN (l'universalità, l'uguaglianza e l'equità), i principi organizzativi e l'organizzazione capillare sul territorio nazionale i cui servizi sono erogati dalle Aziende sanitarie locali, dalle Aziende ospedaliere e da strutture private convenzionate con il SSN. Tutti garantiscono, in modo uniforme, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) alla popolazione. La pianificazione delle azioni del SSN a livello centrale dovrebbe basarsi sul Piano sanitario nazionale (PSN), un programma triennale che definisce l'importo del finanziamento del Fondo sanitario nazionale (FSN), i criteri per l'allocazione di questo fondo tra le Regioni e gli obiettivi da perseguire da parte del Servizio sanitario nazionale.

2.5 LE RIFORME DEGLI ANNI 1990 I 2000: ALLA RICERCA DI UNA MIGLIORE EFFICIENZA DEL SISTEMA..... 51

Dopo il primo decennio dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale, il diritto alla salute è stato effettivamente esteso a tutti i cittadini, però d'altro canto, il riequilibrio territoriale rimaneva ancora una utopia. Le cure ospedaliere sono rimaste l'obiettivo principale e crescente dei servizi sanitari regionali. Inoltre, le Autorità Sanitarie Locali divennero un esempio di occupazione del potere per scopi clientelistici. Questi fattori hanno portato ai vari cambiamenti del SSN dal 1990 al 2000.

2.6 LA RIFORMA DEL SISTEMA OSPEDALIERO NELL'ANNO 2015: COME GARANTIRE LA TUTELA DELLA SALUTE POST-TRANSIZIONE DEMOGRAFICA..... **Erro! Indicador não definido.**

Tre importanti riforme hanno avuto luogo nel sistema ospedaliero italiano dalla promulgazione della Costituzione, che ha portato al passaggio da un sistema essenzialmente di ospedali isolati e non integrati

appartenenti a istituti mutualistici e opere pie a un sistema pubblico più organizzato, coordinato ed efficiente. La prima riforma è quella del 1968, con la Legge n. 132, la seconda è stata il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e la terza riforma è quella del decreto ministeriale n. 70/2015.

CAPITOLO 3. IL SISTEMA SANITARIO E OSPEDALIERO BRASILIANO..... **Erro!**

Indicador não definido.

3.1 IL SISTEMA PRIMA DELLA COSTITUZIONE DEL 1988: LASSENZA DELLA GARANZIA STATALE DI PROTEZIONE DELLA SALUTE..... **Erro!**

Indicador não definido.

Lo sviluppo storico del sistema sanitario brasiliano nel periodo di colonizzazione portoghese, con le "*Santas Casas de Misericórdia*" ospedali appartenente alla Chiesa cattolica, al periodo previo alla costituzione di 1988, con i ospedali dei istituzioni mutualistiche e qualche ospedali pubbliche.

3.2 LA COSTITUZIONE BRASILIANA E LA TUTELA DELLA SALUTE **Erro!**

Indicador não definido.

La Costituzione del 1988 stabilisce nel suo testo la garanzia di protezione sociale, in particolare la protezione della salute. Ecco perché è stata chiamata "Costituzione del Cittadino". Infine se define la solidarietà degli enti federativi in materia della garanzia della tutela della salute.

3.3 IL SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 73

3.3.1 I principali strumenti legali 73

In questa parte se definisce le principali strumenti legali emanate nella formazione del SUS, che sono dieci, dal 1988 al 2011. Vengono spiegati i punti principali di ciascuna norma in termini sociali e organizzativi per il sistema sanitario, nonché le sue implicazioni sulla relazione tra le entità federate. Particolare attenzione viene data al decentramento delle azioni e al potere decisionale nei comuni, classificandoli come con la completa gestione del sistema sanitario. Le informazioni presentate sono riassunte in una tabella, che mostra le norme, il modello di salute, il modello di assistenza e il modello di assistenza ospedaliera di ogni decennio dal 1970.

3.3.2 Sviluppo organizzativo del sistema ospedaliero brasiliano 84

Questa parte presenta come si è storicamente formato il sistema ospedaliero brasiliano. Innanzitutto presentiamo nei grafici il numero di comuni, il numero di ospedali e la percentuale di ospedali pubblici e privati. Quindi diventa evidente come la municipalizzazione e il decentramento hanno portato al fatto che la maggior parte degli ospedali nel paese sono costituiti da piccoli ospedali inefficienti.

CAPITOLO 4. LA RILEVANZA DELL'INTEGRALITÀ E DEL LIVELLO DI DECENTRAMENTO NELLA TUTELA DELLA SALUTE..... 94

4.1 IL PARADOSSO ACCESSO ED EFFICIENZA.....	98
<p>Unimportante fonte di inefficienza nel settore ospedaliero riguarda le dimensioni e le scale e scopo degli ospedali. Gli studi dimostrano che gli ospedali più grandi sono più efficienti di quelli più piccoli. Nonostante le sfide legate alle economie di scala e di qualità, l'assistenza ospedaliera è necessaria in regioni remote, in particolare per situazioni di emergenza per le cure materne e infantili di media complessità. Nel caso dell'Italia, gli studi dimostrano che esistono disparità nell'accesso ai servizi sanitari, ma queste sono state ridotte al minimo con le ultime riforme del Servizio Sanitario Nazionale italiano, in particolare dopo il fenomeno dell'aziendalizzazione ospedaliera.</p>	
4.2 IL LIVELLO DI DECENTRAMENTO	102
<p>C'è stata una forte tendenza al decentramento delle azioni pubbliche negli ultimi anni, prendendo la maggior parte delle decisioni a livello locale, sulla base del fatto che la migliore comprensione dei problemi si verifichi a questo livello locale. Dall'altra parte, durante gli anni 90, i nuovi precetti della <i>New Public Management</i> sono stati messi in pratica in diversi paesi, tra cui Brasile e Italia, che miravano all'efficienza dei servizi pubblici e alla migliore gestione delle istituzioni governative. In Italia, all'inizio dello stesso decennio, il Servizio sanitario nazionale è stato riformato, spostando il principale centro decisionale delle politiche locali a livello Regionale e non ai Comuni, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza del sistema, in particolare degli ospedali. Invece, il Brasile mantiene il potere decisionale nei comuni, solo iniziando a svolgere il ruolo regionale dagli anni 2010.</p>	
CONCLUSIONI	108
INDICE CONTENUTISTICO	113
BIBLIOGRAFIA	119
BIBLIOGRAFIA TEMATICA	138
A. Storia della medicina e degli ospedali	138
B. Diritto alla salute e tutela della salute	140
C. Servizio sanitario nazionale italiano	144
D. Sistema único de saúde brasileiro.....	147
E. Accesso ai servizi sanitari ed efficienza	151
RIFERIMENTI NORMATIVE	157
ITALIA	157
BRASILE.....	158
SITOGRAFIA.....	160

BIBLIOGRAFIA

ABBENBROEK B., DUFFIELD C.M. e ELLIOTT D., *The intensive care unit volume–mortality relationship, is bigger better? An integrative literature review*. In: *Australian Critical Care*, v. 27, n. 4, p. 157-164, 2014.

ABRUCIO F.L. e COUTO C.G., *A redefinição do papel do Estado no âmbito local*. In: *São Paulo em Perspectiva*, vol. 10, n. 3, 1996.

ABRUCIO F.L., *O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente*. In: *Cadernos ENAP*, 1997.

ABRUCIO F.L. e COUTO C.G., *A reconstrução das funções governamentais no federalismo brasileiro. Federalismo na Alemanha e no Brasil*. In: *São Paulo, Fundação Konrad Adenauer*, v. 1, n. 22, p. 95-105, 2001.

ABRUCIO F.L. e FRANZESE C., *Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil*. In: *Tópicos de economia paulista para gestores públicos*, v. 1, p. 13-31, 2007.

AHGREN B., *Is it better to be big?: The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden*. In: *Health Policy*, v. 87, n.1, 92-99, 2008.

AHGREN B. e AXELSSON R., *A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010*. In: *International journal of integrated care*, v. 11 (Special 10th Anniversary Edition), 2011.

ALBUQUERQUE M.V., *Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1055-1064, 2017.

ALETRAS V., *The relationship between volume and the scope of activity and hospital costs*. In: *NHS Centre for Reviews and Dissemination*, v.8, n. 2, 1997.

ALETRAS V., JONES A. e SHELDON T.A., *Economies of scale and scope*. In: *Concentration and choice in health care*. London: FT Financial Times Healthcare, 1997.

ALEXY R., *Teoria dos direitos fundamentais*. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros Editores, 2015.

ALMEIDA T., *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro, 1965.

ANDRITSOS D. A. e AFLAKI S., *Competition and the operational performance of hospitals: The role of hospital objectives*. In: *Production and Operations Management*, 24(11), 1812-1832, 2015.

ARENA G., *Utenti, clienti, aleati: nuove prospettive nel rapporto fra cittadini e pubbliche amministrazioni*, in *Questioni di welfare*, Milano, 2002.

ARRETCHE M.T.S., *Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas*. In: *Revista brasileira de ciências sociais*, v. 11, n. 31, p. 44-66, 1996.

ARRETCHE M.T.S., *Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais*. In: *DADOS-Revista de Ciências Sociais*, p. 431-458, 2002.

ASMILD M., HOLLINGSWORTH B. e BIRCH S., *The scale of hospital production in different settings: one size does not fit all*. In: *J Prod Anal.*, 40:197–206, 2013.

ASBAHR P., *Considerações sobre o direito humano à saúde*. In: *Revista de Direito Sanitário*, v. 5, n. 3, p. 9-28, 2004.

ATKINSON S. *Prevention and promotion in decentralized rural health systems: a comparative study from northeast Brazil*. In: *Health Policy and Planning*, v. 20, n. 2, p. 69-79, 2005.

AZEVEDO H. e MATEUS C., *Cost effects of hospital mergers in Portugal*. In: *Eur J Health Econ*, 15:999–1010, 2014.

AZEVEDO H. e MATEUS C., *Economias de escala e de diversificação: uma análise da bibliografia no contexto das fusões hospitalares*. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 106-117, 2014.

BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004.

BALDUZZI R., *L'appropriatezza in sanità: il quadro di riferimento legislativo*, in Aa. Vv. (a cura di), *L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica*, Rapporto sanità 2004, Bologna, 2004.

BALDUZZI R., *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*. Bologna: Il Mulino, 2009.

BARRETTO L.D. e FREIRE R.C., *Tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009*. In: *Revista Baiana Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 334, 2012.

BEGG C., CRAMER L., HOSKINS W., BRENNAN M (1998) Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. *JAMA* 280(20):1747–1751.

BELLETTI M., *Percorsi di ricentralizzazione del regionalismo italiano nella giurisprudenza costituzionale (tra tutela di valori fondamentali, esigenze strategiche e di coordinamento della finanza pubblica)*, Roma, 2012.

- BEM, A., PREDKIEWICZ, K., PREDKIEWICZ, P., & UCIEKLAK-JEZ, P., *Hospital's size as the determinant of financial liquidity*. In: *Proceedings of the 11th international scientific conference European financial systems* (pp. 41-48), 2014.
- BERLINGUER G., *Medicina e Política*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.
- BERLINGUER G. *A doença*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.
- BERLINGUER G., TEIXEIRA S F. e CAMPOS G.W.S., *Reforma sanitária: Brasil e Itália*. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988.
- BERTOMEU V., CEQUIER Á., BERNAL J.L., ALFONSO F., ANGUITA M.P., MUÑIZ J. e ELOLA F.J., *Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR*. In: *Revista espanola de cardiologia*, 66(12), 935-942, 2013.
- BIRKMEYER J., SIEWERS A., FINLAYSON E., STUKEL T., LUCAS F., BATISTA I., WELCH H. e WENBERG D., *Hospital volume and surgical mortality in the United States*. In: *New England Journal of Medicine*, 346(15):1128– 1137, 2002.
- BIZZARRI G., JSEPPI R. e ROBERTI G., *Lo sviluppo del sistema di controllo interno nelle aziende sanitarie. Come ridurre i rischi amministrativo-contabili e migliorare le performance*, Milano, 2013.
- BOBBIO N., *A era dos direitos*. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992.
- BRANCA M., *L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R. e DI GASPARE G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Milano, 2001.
- BRAVO M.I.S., *Saúde e serviço-social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2013.
- BUZZANCA A., *Tutela urgente alla salute e lista di attesa. Aspetti civili, penali e amministrative*, Milano, 2006
- CALIFANO L., *Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e dossier sanitario: il contributo del Garante privacy al bilanciamento tra diritto alla salute e diritto alla protezione dei dati personali*. In: *San. pubbl. e priv.*, n. 3, 2015.
- CAMPEDELLI M., *Federalismo e livelli essenziali, paradosso o opportunità?*, In *Oggi domani anziani*, n. 2, 2011, disponibile on line all'indirizzo http://www.pensionati.cisl.it/documenti/documenti/201_allegato1.pdf, 2011.
- CANGUILHEM G. *O normal e o patológico*. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

CANTU E., *Rapporto OASI 2011. Laziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano, Editore EGEEA, 2011.

CATELANI A., *La sanità pubblica*, in *Trattato di diritto amministrativo* diretto da G. Santaniello, Padova, 2010.

CAVASINO E., *La flessibilità del diritto alla salute*. Napoli: Editoriale Scientifica, 2012.

CERIONI M., *Diritti dei consumatori e degli utenti*, Napoli, 2014.

CHISHOLM D. e EVANS D.B., *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World global report*. Geneva: World Health Organization, 2010.

CHU Y.N.G., *The productive efficiency of Chinese hospitals*. In: *China Econ Ver*, 22:428–439, 2011.

CIASCHINI M., PRETAROLI R. e SOCCI C., *La spesa sanitaria e il federalismo fiscale*, in *Federalismo Fiscale*, n. 1, 2008.

CIVITARESE MATTEUCCI S., *Servizi sanitari, mercato e “modello sociale europeo”*, in *Merc.conc. reg.*, n. 1, 2009.

COAM G., *Universalidade da cobertura em saúde: limites jurídico-constitucionais*. Dissertação apresentada para a obtenção do Título de Mestre em Direito Político e Econômico, 2015.

COCCONI M., *Il diritto alla tutela della salute*. Padova: CEDAM, 1998.

COMOGLIO F.P., *Mezzi alternative di tutela e garanzie costituzionali*, in *Riv. dir. proc.*, n. 2, 2000.

CORDIANO A., *Identità della persona e disposizioni del corpo: la tutela della salute nelle nuove scienze*. Roma: Aracne Editrice, 2015.

CORDINI G., *Crisi dello Stato sociale, sostenibilità ambientale e tutela della salute*, in TRONCONI L.P. (a cura di), *Unione Europea e diritto alla tutela della salute: problematiche giuridiche*, Rimini, 2016.

CORNWALL A. e SHANKLAND A., *Engaging citizens: lessons from building Brazil's national health system*. In: *Social Science & Medicine*, v. 66, n. 10, p. 2173-2184, 2008.

COSMACINI G., *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo: dalla "spagnola" alla II Guerra Mondiale*. Roma: Laterza, 1989.

COSMACINI G., *L'arte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*. Roma: Laterza, 2014.

COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste nera ai giorni nostri*. Roma: Laterza, 2016.

COTTA R.M.M., MENDES F.F. e MUNIZ J.N., *Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real*. Belo Horizonte: Editora UFV. 1998.

CRESPI L.G., *Il finanziamento del servizio sanitario nazionale*, Milano, 1992.

CRUZ SOUZA G., BISAGGIO SOARES C.L. e MEDEIROS R.L., *Uma discussão acerca do estado de Bem-Estar social e a teoria do estado Keynesiano*. In: *Caribeña de Ciencias Sociales*, n. junio, 2019.

DAIDONE S. e D'AMICO F., *Technical efficiency, specialization and ownership form: evidences from a pooling of Italian hospitals*. In: *J Prod Anal.*, 32:203–216, 2009.

D'ANGELOSANTE M., *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario*, Rimini, 2012.

DE ANGELIS M., *Spesa sanitaria e prestazioni nel servizio sanitario nazionale*, in *La spesa sanitaria: i controlli, le violazioni, la tutela penale e amministrativo-contabile. Atti del Convegno 22 maggio 2007*, Ancona, Guardia di Finanza, Ed., 2007.

DE ANGELIS M., *Introduzione*, in *La complessità dei sistemi sanitari. Problematiche giuridiche del caso italiano*, Bologna, 2012.

DE ANGELIS M., *Crisi e sanità: effetti su politiche e diritti. Il caso della Regione Marche*, in *Le Regioni*, 2, 2015.

DE ANGELIS M., *Materiali per lo studio del sistema sanitario nazionale*, Bologna, 2015.

DE ANGELIS M., *L'Effettività della tutela della salute ai tempi della crisi. Percorsi*. Napoli, 2016.

DE CAROLIS D., *Potere di scelta e tutela dell'utente del settore sanitario*, in *San. Pubbl.*, n.6, 1999.

DE CASTRO M. F. e MEZZARROBA O., *História do direito constitucional brasileiro: a Constituição do Império do Brasil de 1824 e o sistema econômico escravocrata*. In: *Estudos Jurídicos e Políticos*, v. 39, n. 78, 2018.

DECOSTER C., ROOS N.P., CARRIERE K.C. e PETERSON S., *Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review*. In: *Can Med Assoc J*, 157(7): 889-896, 1997.

DEL GESSO C., *La visione sistemica dell'Azienda sanitaria pubblica. Tendenze evolutive della gestione e della rilevazione nel sistema di tutela della salute*, Milano, 2014.

DEMERS L., *Mergers and integrated care: the Quebec experience*. In: *International journal of integrated care*, v. 13, 2013.

DE OLIVEIRA L.H., DE MATTOS R.A. e DE SOUZA, A.I.S., *Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial*. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, 2009.

DE PAULA J.B., IBIAPINA F.L.P. e MOSSÉ P. *Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais*. In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.

DE SIMONE M. *Politiche sanitarie in Italia da Crispi a Giolitti: percorsi di ricerca nelle carte dell'Archivio centrale dello Stato*. In: *Popolazione e storia*, v. 3, n. 1, p. 143-156, 2002.

DEL VECCHIO M., PRENESTINI A. e RAPPINI V., *La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi. Rapporto OASI*. Milano, 2014.

DIRINDIN N., *Federalismo fiscale e tutela della salute. Um percorso di responsabilizzazione delle regioni o il presupposto per cambiamenti strutturali?* In DIRINDIN N. e PAGANO E. (a cura di), *Governare il federalismo*, Roma, 2001.

DONATI D., *Il controllo dei cittadini sull'amministrazione pubblica, tra effettività giuridica e valore etico*, in VANDELLI L. (a cura di), *Etica pubblica e buona amministrazione*, Milano, 2009,

DOUCET M., MARION E., ROTHWELL D., ROY C., TROCMÉ N. e WEGNER-LOHIN J., *Reorganizing health and social services in Québec in the name of austerity: Too much, too fast and too centralized?*, 2015.

ENSOR T. e COOPER S., *Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side*. In: *Health policy and planning*, v. 19, n. 2, p. 69-79, 2004.

FALCITELLI N. *Politica sanitaria: dalle mutue alle aziende unità sanitarie locali*. In: TODOROV T. *Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro. Centenario della costituzione degli ordini dei medici*. Roma: Health Communication, 2010.

FAVRETTO G., *Organizzare la soddisfazione in sanità*, Milano, 2007.

FERRARA R., *Salute (diritto alla)*, in *Dig. disc. pubbl.*, 1997.

FERREIRA M.R.J e MENDES Á.N., *Reformas nos sistemas de saúde alemão, francês e britânico*. In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.

- FIGUEIREDO M.F e SARLET I.W., *Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988*. In: *Revista de Direito do Consumidor*, v. 17, n. 67, p. 125-172, 2008.
- FIORIO C., *Libertà personale e diritto alla salute*. Padova: CEDAM, 2012.
- FLEURY S., *Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária*. In: TEIXEIRA S.F. (org.) *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.
- FOUCAULT M., *O nascimento da Clínica*. Tradução: Roberto Machado. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- FOUCAULT M., *Microfísica do Poder*. Tradução: Roberto Machado. 27ª. ed. São Paulo: Graal, 2013.
- FRANCO R.J., *O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa*. In: *Estudos Históricos*, vol. 27, n. 53, p. 5-25, 2014.
- FREEMAN, M., SAVVA N. e SCHOLTES S., *Economies of scale and scope in hospitals*. In: *History*, Jun (28), 2016.
- FULOP N., PROTOPSALTIS G., HUTCHINGS A., KING A., ALLEN P., NORMAND C. e WALTERS R., *Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis*. In: *British Medical Journal*, 325(7358), 246, 2002.
- GARBOIS J. A., VARGAS L. A. e CUNHA F.T. S., *O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária*. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, p. 27-44, 2008.
- GAYNOR M., LAUDICELLA M. e PROPPER C. *Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS*. In: *Journal of health economics*, 31, 528-543, 2012.
- GIACOMELLI G.S., *Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos*. In: *Revista de Estudos Sociais*, v. 18, n. 37, p. 164-181, 2016.
- GIANCOTTI M., GUGLIELMO A. e MAURO M., *Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search*. In: *PloS one*, 12(3), 2017.
- GIANNONI M. (a cura di), *Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, 2010.
- GIORGETTI R., *Legislazione e organizzazione del Servizio sanitario*, Rimini, 2010.
- GIORNI A.M. e NANTE N., *Il federalismo sanitario. Evoluzione del sistema di finanziamento nel Ssn*, in *Mondo sanitario*, n. 11, 2003.

GIUSEPPONI K. e BINCI D. (a cura di), *Il controllo di gestione in sanità: aree di sviluppo e ipotesi di miglioramento*, Macerata, 2008.

GOLDIN G. and THOMPSON J.D., *The hospital: A social and architectural history*. Yale: University Press, 1975.

GONÇALVES C.M.C. e MARIA C., *Direitos fundamentais sociais. Releitura de uma Constituição dirigente*. Curitiba: Juruá, 2007.

GONCALVES R. e BARROS PP. *Economies of scale and scope in the provision of diagnostic techniques and therapeutic services in Portuguese hospitals*. In: *Appl Econ*, 4:415–433, 2011.

GOODRICK E. and REAY T., *Florence Nightingale endures: Legitimizing a new professional role identity*, In: *Journal of Management Studies*, v. 47, n. 1, p. 55-84, 2010.

GOULART DE ANDRADE F.A., *Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs*. In: *Ciência & saúde coletiva*, v. 6, n. 2, 2001.

GOUVÊA M.M., *O direito ao fornecimento estatal de medicamentos*. In: *Revista forense*, v. 370, p. 103-134, 2003.

GRASSO G., *Federalismo, federalismo fiscale, federalismo sanitario. Il lessico costituzionale alla prova dei cost standard*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, 2012.

GUIGLIA G., *I livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della recente giurisprudenza costituzionale e dell'evoluzione interpretativa*, Padova, 2007.

HASAN Y., PARVIZ S.S. e BAHRAM N., *Health system reform plan and performance of hospitals: an Iranian case study*. In: *Materia socio-medica*, v. 29, n. 3, p. 201, 2017.

HERR A. *Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter?* In: *Health Econ*, 17(9): 1057-1071, 2008.

IMISON C. *The reconfiguration of hospital services: is there evidence to guide us?*. In: *Future Hospital Journal*, v. 2, n. 2, p. 137-141, 2015.

IOZZI F.L. e VIANA A.L.A. *Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil*. In: *Cad. Saúde Pública*, v. 35, n. 14, 2019. In: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/861/enfrentando-desigualdades-na-sade-impasses-e-dilemas-do-processo-de-regionalizacao-no-brasil>.

JACCOUD L., VIEIRA F.S. *Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação*. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA), julho de 2018.

JORDAN H., RODERICK P., MARTIN D. e BARNETT S., *Distance, rurality and the need for care: access to health services in South West England*. In: *International journal of health geographics*, 3(1), 21, 2004.

JÚNIOR A.P. e JÚNIOR L.C. *Políticas públicas de saúde no Brasil*. In: *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

KE K.M.; HOLLINGWORTH W. e NESS A.R., *The costs of centralisation: a systematic review of the economic impact of the centralisation of cancer services*. In: *European journal of cancer care*, v. 21, n. 2, p. 158-168, 2012.

KEINERT T.M.M., PAULA S.H.B. e BOMFIM J.R.A., *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo, Instituto de Saúde, 2009.

KIRIGIA J.M., EMROUZNEJAD A., CASSOMA B., ASBU E.Z. e BARRY S., *A Performance Assessment Method for Hospitals: The Case of Municipal Hospitals in Angola*. In: *J Med Syst*, 32:509–519, 2008.

KORNIS G.E.M., *A regulação em saúde no Brasil: um breve exame das décadas de 1999 a 2008*. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1077-1102, 2011.

KOUNETAS K. e PAPATHANASSOPOULOS F., *How efficient are Greek hospitals? A case study using a double bootstrap DEA approach*. In: *Eur J Health Econ*, 14:979–994, 2013.

KRISTENSEN T., BOGETOFT P. e PEDERSEN K.M., *Potential gains from hospital mergers in Denmark*. In: *Health care management science*, 13(4), 334-345, 2010.

KRISTENSEN T., OLSEN K.R., KILSMARK J., LAURIDSEN J.T. and PEDERSEN K.M., *Economies of scale and scope in the Danish hospital sector prior to radical restructuring plans*. In: *Health policy*, 106(2), 120-126, 2012.

KUTZIN J., *Bismarck versus Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?* In: *Paris: 1st annual meeting of SBO network on health expenditure*, OECD, 2011.

LA FALCE M.G., *Livelli essenziali di assistenza sanitaria: riflessioni sull'attività del tavolo di monitoraggio e verifica Stato-Regioni*, in *San. pubbl. e priv.*, n. 11-12, 2003.

- LA FORGIA G.M. e COUTTOLENC B.F., *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.
- LANDIM L., *Ação da cidadania contra a miséria e a vida: ONGs, filantropia e o enfrentamento da crise brasileira*. Rio de Janeiro: ISER, 1994.
- LANDIM L., *Ações em sociedade-militância, caridade, assistência social*. Rio de Janeiro: Nau, 1998.
- LEONE F., *La successione dalla Usl alla Asl*, in *Mondo san.*, n. 1, 2002.
- LIGUORI F., *Flessibilità e modelli organizzativi del SSN*, in LIGUORI F. e ZOPPOLI A. (a cura di), *La sanità flessibile*, Napoli, 2012.
- LIMA A.P.G., *Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, p. 985-996, 2000.
- LIMA L.D., ALBUQUERQUE M.V., SCATENA J.H.G.e MELO E.C.P., *Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços*. In: *Cad. Saúde Pública* vol.35, n.14, 2019.
- LIMA L.D., VIANA A.L.A., MACHADO C.V., SCATENA J.H., KEHRIG R.T. e SPINELLI M.A., *A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios*. In: SCATENA J.H.G., KEHRIG R.T. e SPINELLI M.A.S. (a cura di), *Regiões de Saúde, diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Editora Hucitec. 2014.
- LIMA R.C.G., *A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana*. In: *Saúde e Sociedade*, v. 18, 2009.
- LONDOÑO J.L. e FRENK, J. *Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America*. In: *Health Policy*, vol. 41, p. 1-36, 1997.
- LORELLO L. *La Costituzione della Repubblica italiana. Commento articolo per articolo*. Bologna: Il Mulino, 2018.
- LORENZONI L. and MARINO A., *Understanding variations in hospital length of stay and cost: Results of a pilot project*, In: *OECD Health Working Papers*, n. 94, 2017.
- LUCIANI M., *Salute (diritto alla salute – dir. cost.)*, in *Enc. Giur.*, Treccani, XXVII, Roma, 1991.
- MACIOCCO G., *Evoluzione storica del diritto alla salute*. In: TODOROV T., *Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro. Centenario della costituzione degli ordini dei medici*. Roma: Health Communication SRL, 2010.

- MANZELLA A., *Riscrivere i diritti in Europa: la carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, Milano, 2001.
- MANZI P., *Federalismo diseguale: la via italiana ad un servizio sanitario federale*, in *Care*, I, 2009.
- MAPELLI V. *Il sistema sanitario italiano*. Bologna: Il Mulino, 2012.
- MARTINO G. *La riorganizzazione delle aziende sanitarie: il modello gestionale, responsabilità manageriale e controlli di gestione; le prestazioni sanitarie ed il. d.lgs. n. 299 del 1999*, in BALDUZZI R. e DI GASPARI G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. n. 299/99*, Milano, 2001.
- MASSERA A., *Uguaglianza e giustizia nel welfare*, in *Dir. amm.*, n. 1, 2009.
- MATTA G.C., *Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde*. In: MATTA G.C. e PONTES A.L.M. (a cura di) *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- MCKILLOP D.G., GLASS J.C., KERR C.A. e MCCALLION G., *Efficiency in northern Ireland hospitals: A non-parametric analysis*. In: *Econ Soc Rev*, 2:175–196, 1999.
- MEDEIROS J. and SCHWIERZ C., *Efficiency estimates of health care systems*. In: Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN), European Commission, n. 549, 2015.
- MELLO G.A., *O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática*. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, 2017.
- MENDES E.V., *As redes de atenção à saúde*. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, 2010.
- MENDES E.V., *O futuro dos sistemas universais de saúde: o caso do sistema único de saúde*. In: *O futuro dos sistemas universais de saúde*. Revista CONASS Debate, agosto de 2018.
- MENIUCCI T.M.G. *Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção*. Belo Horizonte, 2008.
- MOCCIA F., *Le questioni aperte nella mediazione in sanità*, in MARINARO M. (a cura di), *Responsabilità medico-sanitaria e mediazione delle controversie. Dal diritto alla salute al diritto alla giustizia*, Roma, 2012.
- MOLASCHI V., *La partecipazione nel servizio sanitario nazionale*, in CORSETTI A. E FRACCHIA F. (a cura di), *Procedimento amministrativo e partecipazione: problemi, prospettive ed esperienze*, Milano, 2002.

- MORANA D., *La salute nella costituzione italiana: profili sistematici*. Milano, 2002.
- MORENO-MARTÍNEZ R. e MARTÍNEZ-CRUZ R.A. *Eficiencia hospitalaria medida por el aprovechamiento del recurso cama en un hospital de segundo nivel de atención*. In: *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, v. 53, n. 5, p. 552-557, 2015.
- MORGAN R., ENSOR T. and WATERS H., *Performance of private sector health care: implications for universal health coverage*. In: *The Lancet*, 388(10044), 606-612, 2016.
- MORLEY E. e FLETCHER, *Informatizzazione della sanità e riforma federalista*, in DE VICENTE C., FINOCCHI GHERSI R. e TARDIOLA A. (a cura di), *La sanità in Italia*, Bologna, 2010.
- MOSSÉ P., *Bismarck et Beveridge: des prototypes aux archétypes*. In: *Apres-demain*, n. 2, p. 12-14, 2017.
- MOSSÉ P., *Steering from Bismarck to Beveridge: the french experience*, In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.
- MOUSSALEM M., *Associação privada sem fins econômicos: da filantropia à cidadania*. São Paulo: Plêiade, 2008
- MUNIZ E., *Os serviços de proteção social – um estudo comparado entre Brasil e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2005.
- MURARO G. e REBBA V., *Nuove istituzioni per l'assistenza socio-sanitaria: principali esperienze nazionali ed estere*. Milano: Franco Angeli, 2009.
- NABAIS J.C. *A face oculta dos direitos fundamentais: os deveres e os custos dos direitos*. In: *Revista Direito Mackenzie*, v. 3, n. 2, 2015.
- NAVA P., *Capítulos da história da medicina no Brasil*. Cotia: Ateliê Editorial, 2004.
- NICHOLL J., WEST J., GOODACRE S. e TURNER J. *The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study*. In *Emergency Medicine Journal*, 24(9), 665-668, 2007.
- NERI S., *Garantire l'equità e l'universalità del Ssn in epoca di crisi: il Patto per la Salute 2014-2016*, in *Politiche Sociali*, n. 3, 2014.
- NETO O.B., *A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde - evolução rumo à racionalidade*. In: *Revista de Direito Sanitário*, v. 16, n. 1, p. 87-111, 2015.
- NIETZSCHE F., *Além do bem e do mal*. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- NOVELINO M.. *Direito Constitucional*. São Paulo: Editora Método, 2009.

NUNES A.J.A. e SCAFF F.F., *Os tribunais e o direito à saúde*. São Paulo: Editora Livraria do Advogado, 2018.

PADILHA M.I.C.S., MANCIA, J.R., *Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história*. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 6, n. 58, p. 723-726, 2005.

PAGLIOSA, F.L. e DA ROS M.A., *O relatório Flexner: para o bem e para o mal*. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAMOLLI F., PAPA G. e SALERNO N.C., *La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la "scatola nera" delle differenze regionali*, Quaderno CERM, disponibile on line all'indirizzo http://www.astrid-online.it/Politiche-/Documenti/CERM_Sanit_26_10_09.pdf, 2/2009.

PAPADIA V., *I profili organizzativi della nuova azienda Usl e degli ospedali persona giuridica pubblica nella legge delega (art. 1, legge 23 ottobre 1992, n. 421)*, in *San. pubbl.*, n. 1, 1993.

PESTANA M. e MENDES E.V., *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. In: *Revista CEP*, v. 30, 2004.

PEZZINI B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*. Bologna: Il Mulino, 1983.

PICCINNI G. e TRAVAINI L., *Il Libro del pellegrino (Siena, 1382-1446): affari, uomini, monete nell'Ospedale di Santa Maria della Scala*. Napoli: Liguori, 2003.

PIERDONÁ Z.L., *O Sistema de Seguridade Social Brasileiro*. In: *Conpedi Law Review*, v. 1, n. 6, p. 87-104, 2016.

PINAFO E., CARVALHO B.G. e NUNES E.F.P.A., *Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, 2016.

PINHEIRO R., AARREVAARA T., BERG L.N., GESCHWIND L. and TORJESEN D.O., *Strategic mergers in the public sector: Comparing universities and hospitals*. In: *Mergers and acquisitions in practice*. Routledge, 2016.

PINSKY J. e BASSANEZI C., *História da Cidadania*. São Paulo: Atlas, 1999.

PIOGGIA A., *Direzione e dirigenza nelle aziende sanitarie. Una analisi della distribuzione del potere decisionale alla luce degli atti aziendali*, in *San. pubbl. e priv.*, fasc. 3, 2008.

PIOGGIA A., DUGATO M., RACCA G.M. e CIVITARESE S., *Oltre laziendalizzazione del servizio sanitario: un primo bilancio*. Roma, 2008.

- PITINO A., *Autonomie e salute*, in MORELLI A. e TRUCCO L. (a cura di), *Diritti e territorio. Il valore delle autonomie nell'ordinamento repubblicano*, Torino, 2015.
- PITRUZZELLA G., *Problemi e pericoli del "federalismo fiscale" in Italia*, in *Le Regioni*, n. 5, 2002.
- PITTA A., *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- PORTOCARRERO V., *As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault*. Brasília: Editora FIOCRUZ, 2009.
- POSNETT J., *The hospital of the future: Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care*. In: *British Medical Journal*, 319(7216): 1063-1065, 1999.
- POSNETT J. *Are Bigger Hospitals Better?* In: MCKEE M. and HEALY J. (a cura di), *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press 2002.
- PRZEWORSKI A., *Capitalismo e Social-Democracia*. São Paulo: Companhia Das Letras, 1991.
- RAFTI V., *Il processo di aziendalizzazione nella sanità attraverso le riforme*, in *San. pubbl.*, n. 2, 1999.
- RAMOS M.D.A, CRUZ L.P., KISHIMA V.C., POLLARA W.M., LIRA A.C.O e COUTTOLENC B.F., *Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil*. In: *Rev Saúde Públ*; v. 49, n.,43, 2015.
- RIBEIRO H.P., *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.
- RIBEIRO J.M., *Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, 2017.
- RIBEIRO J.M. e DO ROSÁRIO COSTA N., *Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS)*. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 22, 2000.
- RICCIARELLI G., *Le trasformazioni istituzionali del servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, nn. 7, 8, 9, 1992.
- ROCHA T.A.H., DA SILVA N.C., AMARAL P.V., BARBOSA A.C.Q., ROCHA J.V.M., ALVARES V. e DE SOUZA M.R., *Addressing geographic access barriers to emergency care services: a national ecologic study of hospitals in Brazil*. In: *International journal for equity in health*, 16(1), 149, 2017.

- ROH C.Y., MOON M.J., JUNG C., *Measuring Performance of US Nonprofit Hospitals Do Size and Location Matter?* In: *Public Performance & Management Review*, 34(1):22–37, 2010.
- ROMANELLI R., *Francesco Crispi e la riforma dello stato nella svolta del 1887*. In: *Quaderni storici*, p; 763-834, 1971.
- ROSEN G., *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução: Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- ROSSI M.J.S., *Espaço: poder e saúde. A reforma de Carlos Chagas*. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 44, n. 1, p. 83-83, 1991.
- ROSSI S. *Sussurri e grida: riflessioni su follia e libertà nellennesimo testo di riforma della legge Basaglia*. In: *Politica del diritto*, v. 43, n. 2-3, 2012.
- ROSSI S., *Il diritto alla salute tra equità e sostenibilità. Colloquio sulle forme dell'eguaglianza in sanità*. In: *Biolaw journal*, n. 2, 2019.
- ROVERSI MONACO F., (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000
- RUIZ J.I.C. e MARTÍNEZ C.I.G., *European pension system: Bismarck or Beveridge?*. In: *Documentos de trabajo (FEDEA)*, n. 1, p. 1-16, 2018.
- SAITA M., KAINICH F. e SARACINO P., *La pianificazione strategica e il controllo di gestione nella sanità*, Milano, 2010.
- SAMPAIO M., *O Conteúdo Essencial dos Direitos Sociais*. São Paulo: Editora Saraiva, 2017.
- SANTANA M.A., *Ética solidária: um estudo da ação religiosa e ética das senhoras católicas de São Paulo, nos princípios de Emmanuel Levinas*. Mestrado em Ciências da Religião. PUC-SP, 2007.
- SANTOS M., *O território e o saber local: algumas categorias de análise*. In: *Cadernos Ippur*, v. 2, 1999.
- SARLET I.W., *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais: Na Constituição Federal de 1988*. São Paulo: Livraria do Advogado Editora, 2018.
- SARLET I.W. e FIGUEIREDO M.F., *Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988*. In: *Revista de Direito do Consumidor*, v. 17, n. 67, p. 125-172, 2008.
- SARLET I.W. e FIGUEIREDO M.F., *O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas*. São Paulo: Editora Jus Podium, 2019.

- SARNATARO, P. *Le disuguaglianze sociali di salute e le politiche sanitarie*. Napoli, 2009.
- SARTI S., *Salute e crisi: convergenze e divergenze nei sistemi regionali italiani tra il 2005 e il 2013*. In: *Autonomie locali e servizi sociali*, v. 40, n. 2, 2017.
- SCHEGGI M., *Il governo della spesa sanitaria. Rigore ed equità*, reperibile on line, in <http://www.health-management.it/GSS.pdf>, 2012.
- SCHRAMM J.M.A., *Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 897-908, 2004.
- SCLIAR M., *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L&PM, 1987.
- SHRYOCK R.H e BELLONI L., *Storia della medicina nella società moderna*. Milano: Istituto Editoriale Internazionale, 1977.
- SJETNE I.S., VEENSTRA M. and STAVEM K., *The effect of hospital size and teaching status on patient experiences with hospital care: a multilevel analysis*. In: *Medical care*, v. 45, n. 3, p. 252-258, 2007.
- SKED A. and COOK C., *Post-war Britain. A political history*. London: Penguin Books, 1993.
- SLAIBI M.C.B.G., *Direito fundamental à saúde–tutela de urgência*. In: *Revista da EMERJ*, v. 6, n. 24, 2003.
- SPANDONARO F. e RAFANIELLO A., *Le frontiere della sanità tra decentramento istituzionale e sperimentazioni gestionali*, Convegno Associazione Italiana di Economia Sanitaria (AIES), 26-27 settembre, in www.aie-sweb.it, 2002.
- STEINMANN L., ZWEIFEL P., *On the (in)efficiency of Swiss hospitals*. In: *Appl. Econ.*, 35(3): 361-370, 2003.
- SVARTS A., *Healthcare managers' perception of economies of scale*. In: *Journal of health organization and management*, 31(3), 317-330, 2017.
- TANTURLI M., *Il sistema dei controlli interni nelle aziende del S.S.N.*, in *Dir. san. moderno*, n. 1, 2000.
- TARONI F., *Livelli essenziali di assistenza, ipotesi "federali" e futuro del Servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R., (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004.
- THANE P., *The foundations of the welfare state*. In: *Longman Social Policy in Britain Series*. New York: Routledge, 2016.

TSAI T.C., JHA A., *Hospital consolidation, competition, and quality: is bigger necessarily better?* In: *JAMA*, 312, 29-30, 2014.

TONIOLO F., *Il riparto del Fondo sanitario nazionale dalla riforma sanitaria del 1978 all'Accordo di Fiuggi del 2003*, in *San. pubbl. e priv.*, n. 11/12, 2003.

TUBERTINI C. (a cura di), *La "migrazione" sanitaria: tra libertà di accesso alle cure e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, reperibile in <http://amsacta.unibo.it/4298/1/Tubertini.pdf>, Bologna, 2015.

TUNSTALL-PEDOE H. *Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report*. Geneva: World Health Organization, 2005.

TURATI G. *The Italian Servizio Sanitario Nazionale: a renewing tale of lost promises*. In: *Federalism and decentralization in European health and social care*. London: Palgrave Macmillan, 2013.

UCIEKLAK-JEŻ P., BEM A., SIEDLECKI R. and PRĘDKIEWICZ P., *Concentration of Hospital Infrastructural Resources as a Source of Inequalities in Access to Health Care Benefits in Poland*. In *Finance and Sustainability* (pp. 1-10), 2018.

UGÁ M.A.D. e LÓPEZ E.M., *Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.12, n.4, pp.915-928, 2007.

VANDELLI, L., FOGLIETTA e BOTTARI C., *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rimini, 2013.

VARABYOVA Y. and SCHREYOGG J., *International comparisons of the technical efficiency of the hospital sector: Panel data analysis of OECD countries using parametric and non-parametric approaches*. In: *Health Policy*, 112:70–79, 2012.

VECCHIATO T., *La programmazione sanitaria e il d.lgs 229 del 1999*, in *Ragiusan*, n. 206/207, 2011.

VIANA A.L.A., *Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil*. In: *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 413-422, 2015.

VIANA A.L.A., *Regionalização e redes de saúde*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1791-1798, 2018.

VIANA A.L.A. e DAL POZ M.R., *A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, p. 225-264, 2005.

VIANA A.L.A. e DA SILVA H.P., *Saúde e desenvolvimento no Brasil: argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis*. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 49, 2017.

VIANA A.L.A., FONSECA A.M.M. e DA SILVA H.P., *Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 2017.

VIANA A.L.A. e MACHADO C.V., *Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 807-817, 2009.

VIEIRA F.S.. *O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado*. In: *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v. 10, n. 3, 2016.

VITO M.C., *Diritti della persona e Stato sociale – Il diritto dei servizi socio-sanitari*. Bologna: Zanichelli, 2010.

WEBER A., *Il futuro della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, in *Riv. it. dir. pubbl. com.*, n. 1, 2002.

WEIL, T. *Hospital mergers: a panacea?* In: *Journal of Health Services Research & Policy*, 15, 251-253, 2010.

XAVIER D.R., OLIVEIRA R.A.D., BARCELLOS C., SALDANHA R.F., RAMALHO W.M., LAGUARDIA J. E VIACAVA F., *As Regiões de Saúde no Brasil segundo interações: método para apoio na regionalização de saúde*. In: *Cad. Saúde Pública*, vol.35, n.14, 2019.

XU K., SOUCAT A., KUTZIN J., BRINDLEY C., MAELE N.V., TOURÉ H. and ROUBAL T., *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. World global report*. Geneva: World Health Organization, 2018.

YAMEY G., *Why does the world still needs WHO?*, in *British Medical Journal*, vol.325, n.7375, November 2002, pp. 1294- 1298.

YAMEY G., CAMPE S. and FEWER S. *Germany, the G7, and global health*. In: *British Medical Journal*, v. 350, 2015.

ZEWORSKI A., *Capitalismo e Social-Democracia*. São Paulo: Companhia Das Letras, 1991.

ZUCCATELLI G., *Spesa sanitaria e sistema di welfare in tempi di crisi economica*, in *Monitor*, n. 6, rinvenibile in http://www.sossanita.it/doc/2015_02_ZUCCATELLI_spesaSAN_SPENDING.pdf, 2015.

BIBLIOGRAFIA TEMÁTICA

A. Storia della medicina e degli ospedali

- ALMEIDA T., *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro, 1965.
- BERLINGUER G., *Medicina e Política*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.
- BERLINGUER G. *A doença*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.
- BRAVO M.I.S., *Saúde e serviço-social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2013.
- CANGUILHEM G. *O normal e o patológico*. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.
- COSMACINI G., *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo: dalla "spagnola" alla II Guerra Mondiale*. Roma: Laterza, 1989.
- COSMACINI G., *Larte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*. Roma: Laterza, 2014.
- COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste nera ai giorni nostri*. Roma: Laterza, 2016.
- FLEURY S., *Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária*. In: TEIXEIRA S.F. (org.) *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.
- FOUCAULT M., *O nascimento da Clínica*. Tradução: Roberto Machado. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- FOUCAULT M., *Microfísica do Poder*. Tradução: Roberto Machado. 27ª. ed. São Paulo: Graal, 2013.
- FRANCO R.J., *O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa*. In: *Estudos Históricos*, vol. 27, n. 53, p. 5-25, 2014.
- GOLDIN G. and THOMPSON J.D., *The hospital: A social and architectural history*. Yale: University Press, 1975.
- GOODRICK E. and REAY T., *Florence Nightingale endures: Legitimizing a new professional role identity*, In: *Journal of Management Studies*, v. 47, n. 1, p. 55-84, 2010.
- KUTZIN J., *Bismarck versus Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?* In: *Paris: 1st annual meeting of SBO network on health expenditure*, OECD, 2011.
- LANDIM L., *Ações em sociedade-militância, caridade, assistência social*. Rio de Janeiro: Nau, 1998.

- LANDIM L., *Ação da cidadania contra a miséria e a vida: ONGs, filantropia e o enfrentamento da crise brasileira*. Rio de Janeiro: ISER, 1994.
- MOSSÉ P., *Bismarck et Beveridge: des prototypes aux archétypes*. In: *Après-demain*, n. 2, p. 12-14, 2017.
- MOSSÉ P., *Steering from Bismarck to Beveridge: the french experience*, In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.
- MOUSSALEM M., *Associação privada sem fins econômicos: da filantropia à cidadania*. São Paulo: Plêiade, 2008
- MUNIZ E., *Os serviços de proteção social – um estudo comparado entre Brasil e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2005.
- NAVA P., *Capítulos da história da medicina no Brasil*. Cotia: Ateliê Editorial, 2004.
- NIETZSCHE F., *Além do bem e do mal*. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- PADILHA M.I.C.S., MANCIA, J.R., *Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história*. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 6, n. 58, p. 723-726, 2005.
- PAGLIOSA, F.L. e DA ROS M.A., *O relatório Flexner: para o bem e para o mal*. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.
- PICCINNI G. e TRAVAINI L., *Il Libro del pellegrino (Siena, 1382-1446): affari, uomini, monete nell’Ospedale di Santa Maria della Scala*. Napoli: Liguori, 2003.
- PIERDONÁ Z.L., *O Sistema de Seguridade Social Brasileiro*. In: *Conpedi Law Review*, v. 1, n. 6, p. 87-104, 2016.
- PINSKY J. e BASSANEZI C., *História da Cidadania*. São Paulo: Atlas, 1999.
- PITTA A., *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- PORTOCARRERO V., *As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault*. Brasília: Editora FIOCRUZ, 2009.
- PRZEWORSKI A., *Capitalismo e Social-Democracia*. São Paulo: Companhia Das Letras, 1991.
- RIBEIRO H.P., *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.
- ROSEN G., *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução: Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- ROSSI M.J.S., *Espaço: poder e saúde. A reforma de Carlos Chagas*. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 44, n. 1, p. 83-83, 1991.

- RUIZ J.I.C. e MARTÍNEZ C.I.G., *European pension system: Bismarck or Beveridge?*. In: *Documentos de trabajo (FEDEA)*, n. 1, p. 1-16, 2018.
- SANTANA M.A., *Ética solidária: um estudo da ação religiosa e ética das senhoras católicas de São Paulo, nos princípios de Emmanuel Levinas*. Mestrado em Ciências da Religião. PUC-SP, 2007.
- SCLIAR M., *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L&PM, 1987.
- SHRYOCK R.H e BELLONI L., *Storia della medicina nella società moderna*. Milano: Istituto Editoriale Internazionale, 1977.
- SKED A. and COOK C., *Post-war Britain. A political history*. London: Penguin Books, 1993.
- YAMEY G., *Why does the world still needs WHO?*, in *British Medical Journal*, vol.325, n.7375, November 2002, pp. 1294- 1298.

B. Diritto alla salute e tutela della salute

- ALEXY R., *Teoria dos direitos fundamentais*. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros Editores, 2015.
- ARENA G., *Utenti, clienti, aleati: nuove prospettive nel rapporto fra cittadini e pubbliche amministrazioni*, in *Questioni di welfare*, Milano, 2002.
- ASBAHR P., *Considerações sobre o direito humano à saúde*. In: *Revista de Direito Sanitário*, v. 5, n. 3, p. 9-28, 2004.
- BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004.
- BALDUZZI R., *L'appropriatezza in sanità: il quadro di riferimento legislativo*, in Aa. Vv. (a cura di), *L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica*, Rapporto sanità 2004, Bologna, 2004.
- BELLETTI M., *Percorsi di ricentralizzazione del regionalismo italiano nella giurisprudenza costituzionale (tra tutela di valori fondamentali, esigenze strategiche e di coordinamento della finanza pubblica)*, Roma, 2012.
- BOBBIO N., *A era dos direitos*. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992.
- BUZZANCA A., *Tutela urgente alla salute e lista di attesa. Aspetti civili, penali e amministrative*, Milano, 2006

- CALIFANO L., *Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e dossier sanitario: il contributo del Garante privacy al bilanciamento tra diritto alla salute e diritto alla protezione dei dati personali*. In: *San. pubbl. e priv.*, n. 3, 2015.
- CAMPEDELLI M., *Federalismo e livelli essenziali, paradosso o opportunità?*, In *Oggi domani anziani*, n. 2, 2011, disponibile on line all'indirizzo http://www.pensionati.cisl.it/documenti/documenti/201_allegato1.pdf, 2011.
- CATELANI A., *La sanità pubblica*, in *Trattato di diritto amministrativo* diretto da G. Santaniello, Padova, 2010.
- CAVASINO E., *La flessibilità del diritto alla salute*. Napoli: Editoriale Scientifica, 2012.
- CERIONI M., *Diritti dei consumatori e degli utenti*, Napoli, 2014.
- COAM G., *Universalidade da cobertura em saúde: limites jurídico-constitucionais*. Dissertação apresentada para a obtenção do Título de Mestre em Direito Político e Econômico, 2015.
- COCCONI M., *Il diritto alla tutela della salute*. Padova: CEDAM, 1998.
- COMOGLIO F.P., *Mezzi alternative di tutela e garanzie costituzionali*, in *Riv. dir. proc.*, n. 2, 2000.
- CORDIANO A., *Identità della persona e disposizioni del corpo: la tutela della salute nelle nuove scienze*. Roma: Aracne Editrice, 2015.
- CORDINI G., *Crisi dello Stato sociale, sostenibilità ambientale e tutela della salute*, in TRONCONI L.P. (a cura di), *Unione Europea e diritto alla tutela della salute: problematiche giuridiche*, Rimini, 2016.
- DE ANGELIS M., *Spesa sanitaria e prestazioni nel servizio sanitario nazionale*, in *La spesa sanitaria: i controlli, le violazioni, la tutela penale e amministrativo-contabile. Atti del Convegno 22 maggio 2007*, Ancona, Guardia di Finanza, Ed., 2007.
- DE ANGELIS M., *Introduzione*, in *La complessità dei sistemi sanitari. Problematiche giuridiche del caso italiano*, Bologna, 2012.
- DE ANGELIS M., *Crisi e sanità: effetti su politiche e diritti. Il caso della Regione Marche*, in *Le Regioni*, 2, 2015.
- DE ANGELIS M., *L'Effettività della tutela della salute ai tempi della crisi. Percorsi*. Napoli, 2016.
- DE CASTRO M. F. e MEZZARROBA O., *História do direito constitucional brasileiro: a Constituição do Império do Brasil de 1824 e o sistema econômico escravocrata*. In: *Estudos Jurídicos e Políticos*, v. 39, n. 78, 2018.

- DONATI D., *Il controllo dei cittadini sull'amministrazione pubblica, tra effettività giuridica e valore etico*, in VANDELLI L. (a cura di), *Etica pubblica e buona amministrazione*, Milano, 2009,
- FAVRETTO G., *Organizzare la soddisfazione in sanità*, Milano, 2007.
- FERRARA R., *Salute (diritto alla)*, in *Dig. disc. pubbl.*, 1997.
- FIGUEIREDO M.F e SARLET I.W., *Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988*. In: *Revista de Direito do Consumidor*, v. 17, n. 67, p. 125-172, 2008.
- FIORIO C., *Libertà personale e diritto alla salute*. Padova: CEDAM, 2012.
- GIANNONI M. (a cura di), *Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, 2010.
- GONÇALVES C.M.C. e MARIA C., *Direitos fundamentais sociais. Releitura de uma Constituição dirigente*. Curitiba: Juruá, 2007.
- GUIGLIA G., *I livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della recente giurisprudenza costituzionale e dell'evoluzione interpretativa*, Padova, 2007.
- KEINERT T.M.M., PAULA S.H.B. e BOMFIM J.R.A., *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo, Instituto de Saúde, 2009.
- LONDOÑO J.L. e FRENK, J. *Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America*. In: *Health Policy*, vol. 41, p. 1-36, 1997.
- LORELLO L. *La Costituzione della Repubblica italiana. Commento articolo per articolo*. Bologna: Il Mulino, 2018.
- LUCIANI M., *Salute (diritto alla salute – dir. cost.)*, in *Enc. Giur.*, Treccani, XXVII, Roma, 1991.
- MACIOCCO G., *Evoluzione storica del diritto alla salute*. In: TODOROV T., *Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro. Centenario della costituzione degli ordini dei medici*. Roma: Health Communication SRL, 2010.
- MANZELLA A., *Riscrivere i diritti in Europa: la carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, Milano, 2001.
- MASSERA A., *Uguaglianza e giustizia nel welfare*, in *Dir. amm.*, n. 1, 2009.
- MOCCIA F., *Le questioni aperte nella mediazione in sanità*, in MARINARO M. (a cura di), *Responsabilità medico-sanitaria e mediazione delle controversie. Dal diritto alla salute al diritto alla giustizia*, Roma, 2012.
- MORANA D., *La salute nella costituzione italiana: profili sistematici*. Milano, 2002.

NABAIS J.C. *A face oculta dos direitos fundamentais: os deveres e os custos dos direitos*. In: *Revista Direito Mackenzie*, v. 3, n. 2, 2015.

NETO O.B., *A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde - evolução rumo à racionalidade*. In: *Revista de Direito Sanitário*, v. 16, n. 1, p. 87-111, 2015.

NOVELINO M.. *Direito Constitucional*. São Paulo: Editora Método, 2009.

NUNES A.J.A. e SCAFF F.F., *Os tribunais e o direito à saúde*. São Paulo: Editora Livraria do Advogado, 2018.

PEZZINI B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*. Bologna: Il Mulino, 1983.

PITINO A., *Autonomie e salute*, in MORELLI A. e TRUCCO L. (a cura di), *Diritti e territorio. Il valore delle autonomie nell'ordinamento repubblicano*, Torino, 2015.

ROSSI S., *Il diritto alla salute tra equità e sostenibilità. Colloquio sulle forme dell'eguaglianza in sanità*. In: *Biolaw journal*, n. 2, 2019.

SAMPAIO M., *O Conteúdo Essencial dos Direitos Sociais*. São Paulo: Editora Saraiva, 2017.

SARLET I.W. e FIGUEIREDO M.F., *Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988*. In: *Revista de Direito do Consumidor*, v. 17, n. 67, p. 125-172, 2008.

SARLET I.W. e FIGUEIREDO M.F., *O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas*. São Paulo: Editora Jus Podium, 2019.

SLAIBI M.C.B.G., *Direito fundamental à saúde–tutela de urgência*. In: *Revista da EMERJ*, v. 6, n. 24, 2003.

TARONI F., *Livelli essenziali di assistenza, ipotesi “federali” e futuro del Servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004.

TUBERTINI C. (a cura di), *La “migrazione” sanitaria: tra libertà di accesso alle cure e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, reperibile in <http://amsacta.unibo.it/4298/1/Tubertini.pdf>*, Bologna, 2015.

VIEIRA F.S.. *O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado*. In: *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v. 10, n. 3, 2016.

VITO M.C., *Diritti della persona e Stato sociale – Il diritto dei servizi socio-sanitari*. Bologna: Zanichelli, 2010.

WEBER A., *Il futuro della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, in *Riv. it. dir. pubbl. com.*, n. 1, 2002.

ZEWORSKI A., *Capitalismo e Social-Democracia*. São Paulo: Companhia Das Letras, 1991.

C. Servizio Sanitario Nazionale italiano

BALDUZZI R., *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*. Bologna: Il Mulino, 2009.

BIZZARRI G., JSEPPI R. e ROBERTI G., *Lo sviluppo del sistema di controllo interno nelle aziende sanitarie. Come ridurre i rischi amministrativo-contabili e migliorare le performance*, Milano, 2013.

BRANCA M., *L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R. e DI GASPARE G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Milano, 2001.

CANTU E., *Rapporto OASI 2011. Laziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano, Editore EGEA, 2011.

CIASCHINI M., PRETAROLI R. e SOCCI C., *La spesa sanitaria e il federalismo fiscale*, in *Federalismo Fiscale*, n. 1, 2008.

CIVITARESE MATTEUCCI S., *Servizi sanitari, mercato e "modello sociale europeo"*, in *Merc.conc. reg.*, n. 1, 2009.

CRESPI L.G., *Il finanziamento del servizio sanitario nazionale*, Milano, 1992.

D'ANGELOSANTE M., *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario*, Rimini, 2012.

DE ANGELIS M., *Materiali per lo studio del sistema sanitario nazionale*, Bologna, 2015.

DE CAROLIS D., *Potere di scelta e tutela dell'utente del settore sanitario*, in *San. Pubbl.*, n.6, 1999.

DEL GESSO C., *La visione sistemica dell'Azienda sanitaria pubblica. Tendenze evolutive della gestione e della rilevazione nel sistema di tutela della salute*, Milano, 2014.

DE SIMONE M. *Politiche sanitarie in Italia da Crispi a Giolitti: percorsi di ricerca nelle carte dell'Archivio centrale dello Stato*. In: *Popolazione e storia*, v. 3, n. 1, p. 143-156, 2002.

DEL VECCHIO M., PRENESTINI A. e RAPPINI V., *La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi. Rapporto OASI*. Milano, 2014.

DIRINDIN N., *Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione delle regioni o il presupposto per cambiamenti strutturali?* In DIRINDIN N. e PAGANO E. (a cura di), *Governare il federalismo*, Roma, 2001.

FALCITELLI N. *Politica sanitaria: dalle mutue alle aziende unità sanitarie locali*. In: TODOROV T. *Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro. Centenario della costituzione degli ordini dei medici*. Roma: Health Communication, 2010.

FAVRETO G., *Organizzare la soddisfazione in sanità*, Milano, 2007.

GIORGETTI R., *Legislazione e organizzazione del Servizio sanitario*, Rimini, 2010.

GIORNI A.M. e NANTE N., *Il federalismo sanitario. Evoluzione del sistema di finanziamento nel Ssn*, in *Mondo sanitario*, n. 11, 2003.

GIUSEPPONI K. e BINCI D. (a cura di), *Il controllo di gestione in sanità: aree di sviluppo e ipotesi di miglioramento*, Macerata, 2008.

GRASSO G., *Federalismo, federalismo fiscale, federalismo sanitario. Il lessico costituzionale alla prova dei cost standard*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, 2012.

LA FALCE M.G., *Livelli essenziali di assistenza sanitaria: riflessioni sull'attività del tavolo di monitoraggio e verifica Stato-Regioni*, in *San. pubbl. e priv.*, n. 11-12, 2003.

LEONE F., *La successione dalla Usl alla Asl*, in *Mondo san.*, n. 1, 2002.

LIGUORI F., *Flessibilità e modelli organizzativi del SSN*, in LIGUORI F. e ZOPPOLI A. (a cura di), *La sanità flessibile*, Napoli, 2012.

MANZI P., *Federalismo diseguale: la via italiana ad un servizio sanitario federale*, in *Care*, I, 2009.

MAPELLI V. *Il sistema sanitario italiano*. Bologna: Il Mulino, 2012.

MARTINO G. *La riorganizzazione delle aziende sanitarie: il modello gestionale, responsabilità manageriale e controlli di gestione; le prestazioni sanitarie ed il d.lgs. n. 299 del 1999*, in BALDUZZI R. e DI GASPARI G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. n. 299/99*, Milano, 2001.

MOLASCHI V., *La partecipazione nel servizio sanitario nazionale*, in CORSETTI A. E FRACCHIA F. (a cura di), *Procedimento amministrativo e partecipazione: problemi, prospettive ed esperienze*, Milano, 2002.

MORLEY E. e FLETCHER, *Informatizzazione della sanità e riforma federalista*, in DE VICENTE C., FINOCCHI GHERSI R. e TARDIOLA A. (a cura di), *La sanità in Italia*, Bologna, 2010.

- MURARO G. e REBBA V., *Nuove istituzioni per l'assistenza socio-sanitaria: principali esperienze nazionali ed estere*. Milano: Franco Angeli, 2009.
- NERI S., *Garantire l'equità e l'universalità del Ssn in epoca di crisi: il Patto per la Salute 2014-2016*, in *Politiche Sociali*, n. 3, 2014.
- PAMOLLI F., PAPA G. e SALERNO N.C., *La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la "scatoola nera" delle differenze regionali*, Quaderno CERM, disponibile on line all'indirizzo http://www.astrid-online.it/Politiche-/Documenti/CERM_Sanit_26_10_09.pdf, 2/2009.
- PAPADIA V., *I profili organizzativi della nuova azienda Usl e degli ospedali persona giuridica pubblica nella legge delega (art. 1, legge 23 ottobre 1992, n. 421)*, in *San. pubbl.*, n. 1, 1993.
- PIOGGIA A., *Direzione e dirigenza nelle aziende sanitarie. Una analisi della distribuzione del potere decisionale alla luce degli atti aziendali*, in *San. pubbl. e priv.*, fasc. 3, 2008.
- PIOGGIA A., DUGATO M., RACCA G.M. e CIVITARESE S., *Oltre aziendalizzazione del servizio sanitario: un primo bilancio*. Roma, 2008.
- PITRUZZELLA G., *Problemi e pericoli del "federalismo fiscale" in Italia*, in *Le Regioni*, n. 5, 2002.
- RAFTI V., *Il processo di aziendalizzazione nella sanità attraverso le riforme*, in *San. pubbl.*, n. 2, 1999.
- RICCIARELLI G., *Le trasformazioni istituzionali del servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, nn. 7, 8, 9, 1992.
- ROMANELLI R., *Francesco Crispi e la riforma dello stato nella svolta del 1887*. In: *Quaderni storici*, p; 763-834, 1971.
- ROSSI S. *Sussurri e grida: riflessioni su follia e libertà nell'ennesimo testo di riforma della legge Basaglia*. In: *Politica del diritto*, v. 43, n. 2-3, 2012.
- ROVERSI MONACO F., (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000
- SAITA M., KAINICH F. e SARACINO P., *La pianificazione strategica e il controllo di gestione nella sanità*, Milano, 2010.
- SARTI S., *Salute e crisi: convergenze e divergenze nei sistemi regionali italiani tra il 2005 e il 2013*. In: *Autonomie locali e servizi sociali*, v. 40, n. 2, 2017.
- SCHEGGI M., *Il governo della spesa sanitaria. Rigore ed equità*, reperibile on line, in <http://www.health-management.it/GSS.pdf>, 2012.

SPANDONARO F. e RAFANIELLO A., *Le frontiere della sanità tra decentramento istituzionale e sperimentazioni gestionali*, Convegno Associazione Italiana di Economia Sanitaria (AIES), 26-27 settembre, in www.aie-sweb.it, 2002.

TANTURLI M., *Il sistema dei controlli interni nelle aziende del S.S.N.*, in *Dir. san. moderno*, n. 1, 2000.

TARONI F., *Livelli essenziali di assistenza, ipotesi "federali" e futuro del Servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R., (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004.

TONIOLO F., *Il riparto del Fondo sanitario nazionale dalla riforma sanitaria del 1978 all'Accordo di Fiuggi del 2003*, in *San. pubbl. e priv.*, n. 11/12, 2003.

TURATI G. *The Italian Servizio Sanitario Nazionale: a renewing tale of lost promises. In: Federalism and decentralization in European health and social care*. London: Palgrave Macmillan, 2013.

VANDELLI, L., FOGLIETTA e BOTTARI C., *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rimini, 2013.

VECCHIATO T., *La programmazione sanitaria e il d.lgs 229 del 1999*, in *Ragiusan*, n. 206/207, 2011.

ZUCCATELLI G., *Spesa sanitaria e sistema di welfare in tempi di crisi economica*, in *Monitor*, n. 6, rinvenibile in http://www.sossanita.it/doc/2015_02_ZUCCATELLI_spesaSAN_SPENDING.pdf, 2015.

D. Sistema Único de Saúde brasiliano

ABRUCIO F.L. e COUTO C.G., *A redefinição do papel do Estado no âmbito local*. In: *São Paulo em Perspectiva*, vol. 10, n. 3, 1996.

ABRUCIO F.L., *O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente*. In: *Cadernos ENAP*, 1997.

ABRUCIO F.L. e COUTO C.G., *A reconstrução das funções governamentais no federalismo brasileiro. Federalismo na Alemanha e no Brasil*. In: *São Paulo, Fundação Konrad Adenauer*, v. 1, n. 22, p. 95-105, 2001.

ABRUCIO F.L. e FRANZESE C., *Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil*. In: *Tópicos de economia paulista para gestores públicos*, v. 1, p. 13-31, 2007.

ALBUQUERQUE M.V., *Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1055-1064, 2017.

ARRETCHE M.T.S., *Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas*. In: *Revista brasileira de ciências sociais*, v. 11, n. 31, p. 44-66, 1996.

ARRETCHE M.T.S., *Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais*. In: *DADOS-Revista de Ciências Sociais*, p. 431-458, 2002.

ATKINSON S. *Prevention and promotion in decentralized rural health systems: a comparative study from northeast Brazil*. In: *Health Policy and Planning*, v. 20, n. 2, p. 69-79, 2005.

BARRETTO L.D. e FREIRE R.C., *Tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009*. In: *Revista Baiana Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 334, 2012.

BERLINGUER G., TEIXEIRA S F. e CAMPOS G.W.S., *Reforma sanitária: Brasil e Itália*. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988.

CARPANEZ L.R., *Os hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde e a segurança do paciente*. Dissertação de Mestrado, 2009.

CARPANEZ L.R., *O sistema hospitalar brasileiro e os hospitais de pequeno porte*. Tese de Doutorado, 2019.

CARPANEZ L.R e MALIK A.M., *O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: Os hospitais de pequeno porte*. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.8, n.3, julho 2019, online in: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-efeito-da-municipalizacao-no-sistema-hospitalar-brasileiro-os-hospitais-de-pequeno-porte/17293>

CORNWALL A. e SHANKLAND A. *Engaging citizens: lessons from building Brazils national health system*. In: *Social Science & Medicine*, v. 66, n. 10, p. 2173-2184, 2008.

COTTA R.M.M., MENDES F.F. e MUNIZ J.N., *Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real*. Belo Horizonte: Editora UFV. 1998.

DE OLIVEIRA L.H., DE MATTOS R.A. e DE SOUZA, A.I.S., *Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial*. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, 2009.

DE PAULA J.B., IBIAPINA F.L.P. e MOSSÉ P. *Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais*. In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.

GARBOIS J. A., VARGAS L. A. e CUNHA F.T. S., *O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária*. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, p. 27-44, 2008.

GIACOMELLI G.S., *Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos*. In: *Revista de Estudos Sociais*, v. 18, n. 37, p. 164-181, 2016.

GOULART DE ANDRADE F.A., *Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs*. In: *Ciência & saúde coletiva*, v. 6, n. 2, 2001.

GOUVÊA M.M., *O direito ao fornecimento estatal de medicamentos*. In: *Revista forense*, v. 370, p. 103-134, 2003.

IOZZI F.L. e VIANA A.L.A. *Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil*. In: *Cad. Saúde Pública*, v. 35, n. 14, 2019. In: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/861/enfrentando-desigualdades-na-sade-impasses-e-dilemas-do-processo-de-regionalizacao-no-brasil>.

JACCOUD L., VIEIRA F.S. *Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação*. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA), julho de 2018.

JÚNIOR A.P. e JÚNIOR L.C. *Políticas públicas de saúde no Brasil*. In: *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

KORNIS G.E.M., *A regulação em saúde no Brasil: um breve exame das décadas de 1999 a 2008*. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1077-1102, 2011.

LA FORGIA G.M. e COUTTOLENC B.F., *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

LIMA A.P.G., *Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, p. 985-996, 2000.

LIMA L.D., VIANA A.L.A., MACHADO C.V., SCATENA J.H., KEHRIG R.T. e SPINELLI M.A., *A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios*. In: SCATENA J.H.G., KEHRIG R.T. e SPINELLI M.A.S. (a cura di), *Regiões de Saúde, diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Editora Hucitec. 2014.

LIMA L.D., ALBUQUERQUE M.V., SCATENA J.H.G. e MELO E.C.P., *Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços*. In: *Cad. Saúde Pública* vol.35, n.14, 2019.

LIMA R.C.G., *A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana*. In: *Saúde e Sociedade*, v. 18, 2009.

MATTA G.C., *Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde*. In: MATTA G.C. e PONTES A.L.M. (a cura di) *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MELLO G.A., *O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática*. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, 2017.

MENDES E.V., *As redes de atenção à saúde*. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, 2010.

MENDES E.V., *O futuro dos sistemas universais de saúde: o caso do sistema único de saúde*. In: *O futuro dos sistemas universais de saúde*. Revista CONASS Debate, agosto de 2018.

MENIUCCI T.M.G. *Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção*. Belo Horizonte, 2008.

PESTANA M. e MENDES E.V., *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. In: *Revista CEP*, v. 30, 2004.

PINAFO E., CARVALHO B.G. e NUNES E.F.P.A., *Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, 2016.

RAMOS M.D.A, CRUZ L.P., KISHIMA V.C., POLLARA W.M., LIRA A.C.O e COUTTOLENC B.F., *Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil*. In: *Rev Saude Públ*; v. 49, n.,43, 2015.

RIBEIRO J.M., *Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, 2017.

RIBEIRO J.M. e DO ROSÁRIO COSTA N., *Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS)*. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 22, 2000.

SANTOS M., *O território e o saber local: algumas categorias de análise*. In: *Cadernos Ippur*, v. 2, 1999.

SARLET I.W., *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais: Na Constituição Federal de 1988*. São Paulo: Livraria do Advogado Editora, 2018.

SARNATARO, P. *Le disuguaglianze sociali di salute e le politiche sanitarie*. Napoli, 2009.

- SCHRAMM J.M.A., *Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 897-908, 2004.
- UGÁ M.A.D. e LÓPEZ E.M., *Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.12, n.4, pp.915-928, 2007.
- VIANA A.L.A e DAL POZ M.R., *A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. In; *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, p. 225-264, 2005.
- VIANA A.L.A e MACHADO C.V., *Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 807-817, 2009.
- VIANA A.L.A., *Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil*. In: *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 413-422, 2015.
- VIANA A.L.A e DA SILVA H.P., *Saúde e desenvolvimento no Brasil: argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis*. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 49, 2017.
- VIANA A.L.A, FONSECA A.M.M. e DA SILVA H.P., *Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 2017.
- VIANA A.L.A., *Regionalização e redes de saúde*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1791-1798, 2018.
- XAVIER D.R., OLIVEIRA R.A.D., BARCELLOS C., SALDANHA R.F., RAMALHO W.M., LAGUARDIA J. E VIACAVAL F., *As Regiões de Saúde no Brasil segundo interações: método para apoio na regionalização de saúde*. In: *Cad. Saúde Pública*, vol.35, n.14, 2019.

E. Accesso ai servizi sanitari ed efficienza

- ABBENBROEK B., DUFFIELD C.M. e ELLIOTT D., *The intensive care unit volume–mortality relationship, is bigger better? An integrative literature review*. In: *Australian Critical Care*, v. 27, n. 4, p. 157-164, 2014.
- AHGREN B., *Is it better to be big?: The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden*. In: *Health Policy*, v. 87, n.1, 92-99, 2008.
- AHGREN B. e AXELSSON R., *A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010*. In: *International journal of integrated care*, v. 11 (Special 10th Anniversary Edition), 2011.

ALETRAS V., *The relationship between volume and the scope of activity and hospital costs*. In: *NHS Centre for Reviews and Dissemination*, v.8, n. 2, 1997.

ALETRAS V., JONES A. e SHELDON T.A., *Economies of scale and scope*. In: *Concentration and choice in health care*. London: FT Financial Times Healthcare, 1997.

ANDRITSOS D. A. e AFLAKI S., *Competition and the operational performance of hospitals: The role of hospital objectives*. In: *Production and Operations Management*, 24(11), 1812-1832, 2015.

ASMILD M., HOLLINGSWORTH B. e BIRCH S., *The scale of hospital production in different settings: one size does not fit all*. In: *J Prod Anal.*, 40:197–206, 2013.

AZEVEDO H. e MATEUS C., *Cost effects of hospital mergers in Portugal*. In: *Eur J Health Econ*, 15:999–1010, 2014.

AZEVEDO H. e MATEUS C., *Economias de escala e de diversificação: uma análise da bibliografia no contexto das fusões hospitalares*. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 106-117, 2014.

BEGG C., CRAMER L., HOSKINS W., BRENNAN M (1998) Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. *JAMA* 280(20):1747–1751.

BEM, A., PREDKIEWICZ, K., PREDKIEWICZ, P., & UCIEKLAK-JEZ, P., *Hospital's size as the determinant of financial liquidity*. In: *Proceedings of the 11th international scientific conference European financial systems* (pp. 41-48), 2014.

BERTOMEU V., CEQUIER Á., BERNAL J.L., ALFONSO F., ANGUIA M.P., MUÑIZ J. e ELOLA F.J., *Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR*. In: *Revista española de cardiología*, 66(12), 935-942, 2013.

BIRKMEYER J., SIEWERS A., FINLAYSON E., STUKEL T., LUCAS F., BATISTA I., WELCH H. e WENBERG D., *Hospital volume and surgical mortality in the United States*. In: *New England Journal of Medicine*, 346(15):1128– 1137, 2002.

CHISHOLM D. e EVANS D.B., *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World global report*. Geneva: World Health Organization, 2010.

CHU Y.N.G., *The productive efficiency of Chinese hospitals*. In: *China Econ Ver*, 22:428–439, 2011.

CRUZ SOUZA G., BISAGGIO SOARES C.L. e MEDEIROS R.L., *Uma discussão acerca do estado de Bem-Estar social e a teoria do estado Keynesiano*. In: *Caribeña de Ciencias Sociales*, n. junio, 2019.

- DAIDONE S. e D'AMICO F., *Technical efficiency, specialization and ownership form: evidences from a pooling of Italian hospitals*. In: *J Prod Anal.*, 32:203–216, 2009.
- DECOSTER C., ROOS N.P., CARRIERE K.C. e PETERSON S., *Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review*. In: *Can Med Assoc J*, 157(7): 889-896, 1997.
- DEMERS L., *Mergers and integrated care: the Quebec experience*. In: *International journal of integrated care*, v. 13, 2013.
- DOUCET M., MARION E., ROTHWELL D., ROY C., TROCMÉ N. e WEGNER-LOHIN J., *Reorganizing health and social services in Québec in the name of austerity: Too much, too fast and too centralized?*, 2015.
- ENSOR T. e COOPER S., *Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side*. In: *Health policy and planning*, v. 19, n. 2, p. 69-79, 2004.
- FERREIRA M.R.J e MENDES Á.N., *Reformas nos sistemas de saúde alemão, francês e britânico*. In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.
- FREEMAN, M., SAVVA N. e SCHOLTES S., *Economies of scale and scope in hospitals*. In: *History*, Jun (28), 2016.
- FULOP N., PROTOPSALTIS G., HUTCHINGS A., KING A., ALLEN P., NORMAND C. e WALTERS R., *Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis*. In: *British Medical Journal*, 325(7358), 246, 2002.
- GAYNOR M., LAUDICELLA M. e PROPPER C., *Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS*. In: *Journal of health economics*, 31, 528-543, 2012.
- GIANCOTTI M., GUGLIELMO A. e MAURO M., *Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search*. In: *PloS one*, 12(3), 2017.
- GONCALVES R e BARROS PP. *Economies of scale and scope in the provision of diagnostic techniques and therapeutic services in Portuguese hospitals*. In: *Appl Econ*, 4:415–433, 2011.
- HASAN Y., PARVIZ S.S. e BAHRAM N., *Health system reform plan and performance of hospitals: an Iranian case study*. In: *Materia socio-medica*, v. 29, n. 3, p. 201, 2017.
- HERR A., *Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter?* In: *Health Econ*, 17(9): 1057-1071, 2008.
- IMISON C., *The reconfiguration of hospital services: is there evidence to guide us?*. In: *Future Hospital Journal*, v. 2, n. 2, p. 137-141, 2015.

JORDAN H., RODERICK P., MARTIN D. e BARNETT S., *Distance, rurality and the need for care: access to health services in South West England*. In: *International journal of health geographics*, 3(1), 21, 2004.

KE K.M.; HOLLINGWORTH W. e NESS A.R., *The costs of centralisation: a systematic review of the economic impact of the centralisation of cancer services*. In: *European journal of cancer care*, v. 21, n. 2, p. 158-168, 2012.

KIRIGIA J.M., EMROUZNEJAD A., CASSOMA B., ASBU E.Z. e BARRY S., *A Performance Assessment Method for Hospitals: The Case of Municipal Hospitals in Angola*. In: *J Med Syst*, 32:509–519, 2008.

KOUNETAS K. e PAPATHANASSOPOULOS F., *How efficient are Greek hospitals? A case study using a double bootstrap DEA approach*. In: *Eur J Health Econ*, 14:979–994, 2013.

KRISTENSEN T., BOGETOFT P. e PEDERSEN K.M., *Potential gains from hospital mergers in Denmark*. In: *Health care management science*, 13(4), 334-345, 2010.

KRISTENSEN T., OLSEN K.R., KILSMARK J., LAURIDSEN J.T. and PEDERSEN K.M., *Economies of scale and scope in the Danish hospital sector prior to radical restructuring plans*. In: *Health policy*, 106(2), 120-126, 2012.

LORENZONI L. and MARINO A., *Understanding variations in hospital length of stay and cost: Results of a pilot project*, In: *OECD Health Working Papers*, n. 94, 2017.

MCKILLOP D.G., GLASS J.C., KERR C.A. e MCCALLION G., *Efficiency in northern Ireland hospitals: A non-parametric analysis*. In: *Econ Soc Rev*, 2:175–196, 1999.

MEDEIROS J. and SCHWIERZ C., *Efficiency estimates of health care systems*. In: Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN), European Commission, n. 549, 2015.

MORENO-MARTÍNEZ R. e MARTÍNEZ-CRUZ R.A. *Eficiencia hospitalaria medida por el aprovechamiento del recurso cama en un hospital de segundo nivel de atención*. In: *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, v. 53, n. 5, p. 552-557, 2015.

MORGAN R., ENSOR T. and WATERS H., *Performance of private sector health care: implications for universal health coverage*. In: *The Lancet*, 388(10044), 606-612, 2016.

NICHOLL J., WEST J., GOODACRE S. e TURNER J. *The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study*. In *Emergency Medicine Journal*, 24(9), 665-668, 2007.

- PINHEIRO R., AARREVAARA T., BERG L.N., GESCHWIND L. and TORJESEN D.O., *Strategic mergers in the public sector: Comparing universities and hospitals*. In: *Mergers and acquisitions in practice*. Routledge, 2016.
- POSNETT J., *The hospital of the future: Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care*. In: *British Medical Journal*, 319(7216): 1063-1065, 1999.
- POSNETT J. *Are Bigger Hospitals Better?* In: MCKEE M. and HEALY J. (a cura di), *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press 2002.
- ROCHA T.A.H., DA SILVA N.C., AMARAL P.V., BARBOSA A.C.Q., ROCHA J.V.M., ALVARES V. e DE SOUZA M.R., *Addressing geographic access barriers to emergency care services: a national ecologic study of hospitals in Brazil*. In: *International journal for equity in health*, 16(1), 149, 2017.
- ROH C.Y., MOON M.J., JUNG C., *Measuring Performance of US Nonprofit Hospitals Do Size and Location Matter?* In: *Public Performance & Management Review*, 34(1):22–37, 2010.
- SJETNE I.S., VEENSTRA M. and STAVEM K., *The effect of hospital size and teaching status on patient experiences with hospital care: a multilevel analysis*. In: *Medical care*, v. 45, n. 3, p. 252-258, 2007.
- STEINMANN L., ZWEIFEL P., *On the (in)efficiency of Swiss hospitals*. In: *Appl. Econ.*, 35(3): 361-370, 2003.
- SVARTS A., *Healthcare managers' perception of economies of scale*. In: *Journal of health organization and management*, 31(3), 317-330, 2017.
- THANE P., *The foundations of the welfare state*. In: *Longman Social Policy in Britain Series*. New York: Routledge, 2016.
- TSAI T.C., JHA A., *Hospital consolidation, competition, and quality: is bigger necessarily better?* In: *JAMA*, 312, 29-30, 2014.
- TUNSTALL-PEDOE H. *Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report*. Geneva: World Health Organization, 2005.
- UCIEKLAK-JEŹ P., BEM A., SIEDLECKI R. and PRĘDKIEWICZ P., *Concentration of Hospital Infrastructural Resources as a Source of Inequalities in Access to Health Care Benefits in Poland*. In *Finance and Sustainability* (pp. 1-10), 2018.
- VARABYOVA Y. and SCHREYOGG J., *International comparisons of the technical efficiency of the hospital sector: Panel data analysis of OECD countries using parametric and non-parametric approaches*. In: *Health Policy*, 112:70–79, 2012.

XU K., SOUCAT A., KUTZIN J., BRINDLEY C., MAELE N.V., TOURÉ H. and ROUBAL T., *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. World global report*. Geneva: World Health Organization, 2018.

WEIL, T. *Hospital mergers: a panacea?* In: *Journal of Health Services Research & Policy*, 15, 251-253, 2010.

YAMEY G., CAMPE S. and FEWER S. *Germany, the G7, and global health*. In: *British Medical Journal*, v. 350, 2015.

RIFERIMENTI NORMATIVE

ITALIA

Costituzione della Repubblica Italiana. Roma, 2008.

Corte Costituzionale 26 luglio 1979, n. 88, in *Il Foro Italiano*, 1979, I, 2542.

Legge 12 febbraio 1968, n. 132. Enti ospedalieri a assistenza ospedaliera.

Legge 17 agosto 1974, n. 386. Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri.

Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale.

Legge 15 gennaio 1986, n. 4. Disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle unità sanitarie locali.

Legge 23 ottobre 1992, n. 421. Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale.

Legge 13 maggio 1999, n. 133. Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale.

Legge 3 agosto 2001, n.317. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 giugno 2001, n. 217, recante modificazioni al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, nonché alla legge 23 agosto 1988, n. 400, in materia di organizzazione del Governo.

Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione.

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Decreto 2 aprile 2015, n. 70. Ministero della Salute; Ministero dell'Economia; Ministero delle Finanze. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, tecnologici, strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

BRASILE

Senado Federal. Constituições Brasileiras, volume I. A Constituição de 1824.

Senado Federal. Constituições Brasileiras, volume III. A Constituição de 1934.

Constituição de 1934, art. 5º, XIX, “c”, e art. 10, II; Constituição de 1937, art. 16, XXVII, e art. 18, “c” e “e”; Constituição de 1946, art. 5º, XV, “b” e art. 6º; Constituição de 1967, art. 8º, XIV e XVII, “c”, e art. 8º, § 2º, depois transformado em parágrafo único pela Emenda Constitucional nº 01/1969.

Constituição de 1934, art. 121, § 1º, “h”, e art. 138; Constituição de 1937, art. 127 e art. 137, item 1; Constituição de 1946, art. 157, XIV; Constituição de 1967, art. 165, IX e XV. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Decreto presidencial nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Resolução nº. 258, de 07 de janeiro de 1991. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica NOB/1991.

Portaria nº. 234, de 07 de fevereiro de 1992. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica NOB/1992.

Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/1993.

Portaria nº. 2.203, de 03 de novembro de 1996. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/96.

Portaria nº. 95, de 26 de janeiro 2001. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001.

Portaria nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2002.

Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, também denominada Pacto pela Saúde 2006.

Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº 1.044 de 01 de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimula a inserção desses hospitais de pequeno porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade.

SITOGRAFIA

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <http://cnes.datasus.gov.br/>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). <https://ibge.gov.br/>

Istituto Nazionale di Statistica. <https://www.istat.it/>

Ministério da Saúde do Brasil. <http://saude.gov.br/>

Ministero della salute italiano. <http://www.salute.gov.it/portale/home.html>

Rapporto OASI. <http://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/Cdr/Cergas/Home/>

Senado Federal do Brasil. <https://www12.senado.leg.br/hpsenado>

Senato della Repubblica Italiana. <https://www.senato.it/home>

World Health Organization. <https://www.who.int/>