

Direito à saúde, auditorias cívicas e sustentabilidade no Sistema Nacional de Saúde na Itália

Right to health, civic audits and sustainability in the National Health System in Italy

Marco Meneguzzo^I

Gloria Fiorani^{II}

Tania Margarete Mezzomo Keinert^{III}

Resumo

O artigo faz um histórico da construção do Sistema Nacional de Saúde Italiano e a posterior estruturação de Sistemas Regionais de Saúde naquele país, que conta com um sistema unitário regionalizado e que está implantando o federalismo sanitário desde os anos 1990. Descreve os impactos da crise financeira que recentemente se abateu sobre a Europa e coloca a experiência exitosa de Auditoria Cívica como a única possibilidade de garantir o Direito à Saúde num contexto de escassez de recursos.

Abstract

The article makes a historical building of the Italian National Health System and the subsequent structuring of Regional Systems of Health in that country, which has a unitary system that is regionalized and which has been deploying health federalism since the 1990s. It describes the impact of financial crisis that recently befell Europe and puts the successful experience of Civic Audit as the only possibility to guarantee the right to health in a context of scarce resources.

Palavras-chave: Sistema Nacional de Saúde Italiano; federalismo sanitário; controle social

Key words: Italian National Health System; sanitary federalism; social control

^IMarco Meneguzzo (meneguzzo@economia.uniroma2.it) é economista e professor da Università di Roma Tor Vergata (Itália) nas disciplinas de *Management pubblico e non profit* e *Management sanitario*. Participou de projetos da Cooperação Italiana realizados no Brasil no início dos anos 1990, como o realizado em Salvador (BA) para a implantação de distritos sanitários e sistemas locais de saúde.

^{II}Glória Fiorani (fiorani@economia.uniroma2.it) é PhD em *Public Manager* e *Assistant Researcher* em *Management Pubblico* e *Management Sanitário* na Università di Roma Tor Vergata (Itália).

^{III}Tania Margarete Mezzomo Keinert (taniak@isaude.sp.gov.br) é administradora com especialização em Administração Municipal e Regional pela Universidade de Haifa (Israel) e em Economia Pública pela Universidade Bocconi (Itália). É mestre e doutora em Administração Pública (FGV\SP) com Pós-Doutorado em Gestão da Qualidade de Vida na Universidade do Texas/Austin (EUA). É pesquisadora científica III do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e participante do Projeto de Pesquisa "Fundamentos Sociais e Jurídicos do Direito à Saúde" (IS\USCS\UNIP).



“Certas estruturas e práticas sociais incorporam e reforçam as normas e os valores da comunidade cívica”⁸ Este trabalho se propõe a abrir uma breve reflexão para os leitores e pesquisadores brasileiros sobre as possibilidades efetivas de garantia do direito à saúde nos sistemas de saúde nacionais dos países europeus. Estes, como se sabe, estão passando por um profundo processo de mudança em nível institucional e organizacional, dado o impacto da crise financeira, fenômeno induzido pelo “fenômeno *subprime*” (2008)^{IV}, de um lado; e, de outro, pelas políticas de contenção das despesas de saúde pública que os principais países europeus estão adotando atualmente (Alemanha, França, Reino Unido e Itália). Analisa o Sistema Nacional de Saúde Italiano (SSN)^V, que se acredita ter representado, juntamente com o NHS (National Health

System) britânico, um modelo de referência para a concepção e implementação do SUS no Brasil, em 1988. O SSN tem se caracterizado desde a sua criação, em 1978, como um sistema de cobertura universal da população, por meio da “oferta de serviços de saúde” em áreas como prevenção, assistência médico-hospitalar, reabilitação e cuidados de longa duração, de modo semelhante ao SUS brasileiro^{VI}.

A estruturação do Sistema Sanitário Nacional na Itália

Após uma primeira fase baseada na criação das unidades locais (1980 - 1990), a oferta de serviços de saúde (e, em muitas regiões, serviços sociossanitários) foi confiada, a partir de meados dos anos 1990, a cerca de 200 organizações sanitárias públicas (Aziende Sanitarie Locali – ASL) e 100 instituições hospitalares (Aziende Ospedaliere – AO)^{VII} e estruturas sanitárias privadas – sem fins lucrativos (organizações não governamentais, fundações, associações filantrópicas etc.)^{VIII}, bem como, com fins lucrativos (empresas) – as quais definem contratos e convênios com as ASL⁵.

^{IV}Refere-se à crise no mercado imobiliário e, em especial, aos problemas no segmento de maior risco (conhecido como *subprime*) no mercado hipotecário norte-americano onde houve grande aumento na inadimplência.

^VO termo Servizi Sanitari Nazionali (SSN) refere-se ao Serviço Nacional de Saúde Pública coordenado, financiado e executado pelo governo central italiano; equivalente ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e que foi traduzido como Sistema Nacional de Saúde Italiano. Quanto ao termo Servizi Sanitari Regionali (SSR), refere-se aos Serviços de Saúde Pública coordenados e executados pelas regiões italianas, atualmente configurado como um Estado Unitário Regionalizado. Equivale, grosso modo, à nossa regionalização, coordenada no caso brasileiro, preponderantemente pelos governos estaduais. Note-se que no original consta “Servizi Sanitari Nazionali” (Serviço Sanitário Nacional), apesar de o Ministério Italiano chamar-se da Saúde (Ministero della Salute). Na Itália, optou-se por utilizar o termo “sanitário”, mais amplo, o qual envolve ações de saneamento e de proteção social. No Brasil, utiliza-se o termo “sanitário” como adjetivo em “distrito sanitário, médico sanitário, movimento da reforma sanitária”, porém, o sistema brasileiro adotou o termo saúde – Sistema Único de Saúde (SUS).

^{VI}Note-se que no original consta “Servizi Sanitari Nazionali” (Serviço Sanitário Nacional), apesar de o Ministério Italiano chamar-se da Saúde (Ministero della Salute). Na Itália, optou-se por utilizar o termo “sanitário”, mais amplo, o qual envolve ações de saneamento e de proteção social. No Brasil, utiliza-se o termo “sanitário” como adjetivo em “distrito sanitário, médico sanitário, movimento da reforma sanitária”, porém, o sistema brasileiro adotou o termo saúde – Sistema Único de Saúde (SUS).

^{VII}Azienda é um termo de difícil tradução em português. Equivale a “organização” e/ou “instituição”, termos que serão utilizados indistintamente neste texto.

^{VIII}As ASL (Aziende Sanitarie Locali) são instituições com a incumbência de prestar serviços de saúde em nível local e, além disso, exercer atividades de regulação da prestação de serviços terceirizados tanto do ponto de vista qualitativo, quanto quantitativo.

A acessibilidade aos serviços de saúde, a equidade entre os diferentes tipos de usuários e a qualidade dos serviços constituem prioridades consolidadas no SSN, as quais garantem potencialmente uma resposta às exigências do direito à saúde.

Na realidade, nem sempre os objetivos e os princípios das leis e dos programas de saúde nacionais e regionais encontram condições para sua plena implementação, evidenciando dificuldades e atrasos para colocá-los em prática. Ao contrário do SSN de outros países europeus (Reino Unido e países escandinavos) – por exemplo, o SSN italiano mostrou significativas diferenças entre as regiões quanto à aplicação efetiva das políticas de saúde.

O tema do direito à saúde assumiu, na Itália, uma conotação *territorial*, da qual é emblemático o fenômeno da “migração de saúde”: fluxos de pacientes residentes no sul do país que preferem utilizar hospitais do Centro-norte, dadas as diferenças na capacidade de oferta dos serviços de saúde local entre essas regiões^x.

Interessantes a este respeito são os resultados de pesquisas recentes, com informações sobre os custos, as instalações, alocação de pessoal e as atividades realizadas, analisando-se uma amostra de ASL, os quais destacam a heterogeneidade entre os diversos serviços regionais de saúde e evidenciam fortes variações entre as ASLs analisadas. Isso se revela, por exemplo, na porcentagem da despesa territorial *per capita* – um indicador quali-quantitativo dos serviços de saúde territorializados – a qual oscila entre menos de 50% e mais de 65%.

Isso porque, nos últimos trinta anos, o SSN “mudou de pele” e foi gradualmente transformado em um Sistema de serviços de Saúde Regionais (SSR) como resultado de processos de “*Reforma da Reforma*”, ou seja, reforma da Reforma Sanitária original implantada em 1978. Essas reformas ocorreram a partir de 1990: em 1993, a primeira, conhecida como Reforma “BIS” e, em 1999, a segunda, conhecida como Reforma “TER”^x.

As reformas promoveram progressivamente a regionalização do SSN, garantindo plena autonomia às regiões em termos de planejamento e organização dos serviços de saúde pública. A autonomia regional fez com que os dife-

rentes SSRs demonstrassem, porém, diferente capacidade de resposta quanto à adoção da lógica de governança pública, gestão das relações com os diferentes atores intervenientes (*stake holders*) e aplicação da lógica da gestão pública (e gestão em saúde)⁶.

Observaram-se, ainda, diferenças significativas nos processos de mudança estratégica e organizacional nas relações entre os diferentes níveis político-institucionais (governo central, governos regionais e governos locais), na sustentabilidade institucional e financeira das políticas públicas, nos processos de capacitação e desenvolvimento de competências técnico-profissionais, e nos sistemas de gestão.

Questões como a acessibilidade, a equidade, a participação dos cidadãos no planejamento e na avaliação da qualidade dos serviços de saúde são, pois, de especial relevância no SSR na Itália. Inspiração e orientação provenientes do caso italiano podem ser interessantes para a reflexão sobre o SUS no Brasil, em áreas tais como as relações entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal), a configuração e a estruturação do SUS em estados e municípios, bem como a avaliação de algumas iniciativas importantes, como a Ouvidoria Geral do SUS, os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Nesta perspectiva, é útil recordar dois desafios importantes colocados ao sistema de saúde pública italiana, representados por:

- Consolidação final da regionalização, dando prosseguimento à introdução do *federalismo sanitário*;
- Viabilidade econômico-financeira do SNS em face da crise financeira que está afetando os países da Europa e os EUA. Como é evidente, a dinâmica induzida pela crise financeira na Europa é completamente diferente daquela registrada no BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China) e em outros sistemas econômicos internacionais (por exemplo, o Sudeste Asiático e o Japão).

Os desafios do federalismo sanitário e da sustentabilidade financeira nos diversos SSR italianos levantam importantes questões sobre a real capacidade de garantir, a curto e médio prazo, acessibilidade aos serviços de saúde e equidade na oferta nas diferentes regiões, com um claro impacto no direito à saúde.

Considerações sobre a sustentabilidade do modelo italiano do sistema de saúde pública serão complementadas por uma breve análise dos resultados do VI Relatório da Comissão de Auditoria Cívica 2009, patrocinado pela Cidadania Ativa e o Tribunal de Direitos dos Pacientes^{xi}. O relatório de auditoria cívica é a culminação da práxis intro-

⁶Para entender as diferenças regionais na Itália, precisamos recuar quase um milênio, quando se estabeleceram, em diferentes regiões, dois regimes políticos contrastantes e inovadores – uma poderosa monarquia no sul e um conjunto de repúblicas comunais no centro e no norte – que por longo tempo acumularam diferenças regionais sistemáticas nos modelos de engajamento cívico e solidariedade social.

^xSinteticamente, essas duas “Reformas da Reforma” foram realizadas em 1993 e 1999, respectivamente: 1) Reforma BIS: Reforço do poder de planejamento das Regiões e criação das ASL (Aziende Sanitarie Locali) – Organizações Sanitárias Locais –, e AO (Aziende Ospedaliere) – Organizações Hospitalares; 2) Reforma TER: posterior reforço do poder de intervenção das Regiões e do papel dos Municípios na programação sanitária local.

^{xi}Cidadania Ativa e Tribunal de Direitos dos Pacientes são órgãos da sociedade civil italiana autônomos e independentes do poder estatal, este último fundado há 32 anos. [acesso em 15\11\2010]. Disponível em www.cittadinanzaattiva.it/progetti-salute.

duzida na Itália em 1980, através da criação do Tribunal dos Direitos dos Doentes, de dar “voz” para os usuários/pacientes do SSN e associações (cidadãos, profissionais de saúde, pacientes e familiares)^{xii}.

Esta primeira experiência foi seguida de modalidades difusas de auditoria e verificação participativa do SSN (em 1990, contou com a participação de 25.000 cidadãos e analisou 300 unidades de saúde pública), a implantação de unidades de relacionamento com o público, a redação da Carta dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde nas ASL e nas AO (desde 1995), a preparação do primeiro relatório da Comissão de Auditoria Cívica (2001) e a integração da experiência italiana com a Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes (2002)^{xiii}.

Os resultados do VI Relatório de Auditoria Cívica, quando relacionados aos indicadores sobre desempenho dos SSR, ASL e AO – obtido na recente avaliação realizada pelo Ministério da Saúde Italiano^{xiv}, em estreita cooperação com as regiões –, permitem compreender quanto e como o sistema de SSR preenche os requisitos do direito à saúde, integrando o ponto de vista institucional com as opiniões dos usuários/cidadãos.

A sustentabilidade dos serviços sanitários regionais

Vista como um sistema interligado de SSR, a sustentabilidade do SNS pode ser avaliada em três níveis:

- Institucional-administrativo: a experiência desses 30 anos, na Itália, mostrou diferente capacidade de resposta por parte das regiões, com sinais claros de falta de capacidade institucional de governo e de governança;
- Econômico-financeiro: 2010 e 2011 são anos cruciais para ver se as políticas de intervenção adotadas ao nível central após a crise financeira (contenção da despesa pública) serão suportados pelos diferentes SSR, em especial nas regiões do centro-sul;
- Organizativo-gerencial: as diferenças nos resultados econômico-financeiros e na qualidade dos serviços oferecidos, bem como no desempenho irregular do SSR antes mencionado, devem-se principalmente ao modelo de oferta de serviços adotado, à relação entre público e privado, à qualidade dos recursos humanos (nível geren-

cial e técnico-profissional), à organização e às decisões de gestão tomadas.

Para entender melhor a sustentabilidade organizacional e gerencial do SSR é útil referir-se aos resultados das pesquisas sobre o SSN, realizadas desde o final dos anos 1990, pelos principais “Observatórios” em nível nacional: Relatório Anual OASI/Cergas-Bocconi University^{xv}, Relatório Anual CEIS/Universidade de Roma “Tor Vergata”^{xvi}, agências regionais de saúde e FIASO^{xvii} sobre o modelo de oferta dos serviços de saúde, as escolhas organizacionais, decisões gerenciais, e a formação de aproximadamente 670 mil funcionários do SSN italiano.

Particularmente relevante é o tema de sustentabilidade econômico-financeira, dado que, enquanto em 2008-2009 a Itália registrou uma queda do PIB, em maio de 2010, o Ministério da Economia e das Finanças lançou uma intervenção extraordinária sobre o financiamento dos gastos do governo, com um corte nos gastos públicos próximo a 24,8 bilhões de euros.

Até o momento não está disponível o relatório sobre os impactos das medidas tomadas junto ao SSR, porém, informações interessantes emergem das recentes avaliações realizadas pela ANCI^{xviii}.

Os municípios italianos proveem ao nível local a oferta de serviços socio-sanitários (idosos, crianças, saúde mental, deficiência, problemas sociais, vícios). Durante 2009, diversas intervenções foram feitas em apoio às famílias e ao emprego com impacto sobre o crescimento das despesas voltadas à manutenção do bem-estar local próximas a 20% (2008-2009).

A conjuntura econômica atual afetará as políticas de intervenção sobre os modelos de oferta e sobre a configuração das redes de serviços hospitalares e territoriais, exatamente de acordo com as exigências de melhoria de desempenho (para uma síntese da dinâmica possível, ver Box 1).

Nesta perspectiva, áreas importantes a monitorar são:

- Aumento da procura pelos serviços de saúde e socio-sanitários (avaliação do impacto da crise econômica sobre a saúde);
- Redução dos recursos para investimento em tecnologia de saúde, com o conseqüente enfraquecimento da competitividade na oferta sanitária pública em relação à privada;
- As reduzidas margens de manobra sobre as dotações quali-quantitativas de pessoal, com crescentes difi-

^{xii}Como já demonstrado no estudo de Putnam⁸, a Itália tem uma tradição de engajamento em “comunidades cívicas” o que efetivamente qualifica o desempenho institucional e econômico de determinadas regiões italianas.

^{xiii}The Declaration on the Promotion of Patients’ Rights in Europe, 1994. [acesso em 15\11\2010]. Disponível em: http://www.eurocid.pt/pls/wsd/wsdwcot0.detalhe?p_cot_id=4928

^{xiv}Itália, Ministero della Salute. La valutazione delle performance dei Servizi Sanitari Regionali (em colaboração com a Scuola Superiore Universitaria Sant’Anna di Pisa), abril de 2010. [acesso em 14\09\2010]. Disponível em www.salute.gov.it.

^{xv}OASI – Osservatorio delle Aziende Sanitarie Italiane – Cergas (Centro di Ricerche sulla Gestione della Sanità) – Università Bocconi, Milão, Itália.

^{xvi}CEIS – Centro di Ricerca sulla Economia Internazionale e lo Sviluppo, Università di Roma Tor Vergata, Roma, Itália.

^{xvii}FIASO – Federação Italiana de Organizações Sanitárias e Hospitalares.

^{xviii}ANCI – Associação Nacional de Municípios (Comuni) Italianos.

culdades para investir em capital humano e capital intelectual das ASL e AO;

- Impacto sobre as políticas de aquisição do SNS, com referência à decisão de compras, atrasos nos pagamentos e consequente efeito recessivo sobre os fornecedores (empresas de tecnologia biomédica, setor farmacêutico, construção civil, hotelaria, informática, etc ...).

As políticas de contenção da despesa de saúde pública, salvo se acompanhadas por uma reorganização estratégica e de gestão, poderão resultar numa redução da qualidade dos serviços de saúde (Box 1), como resultado de cortes no fornecimento de serviços e contenção quali-quantitativa do pessoal.

É necessário, pois, considerar que os cortes nos gastos com saúde, em particular a aquisição de bens e serviços e as políticas de investimento representam uma força motriz significativa para o desenvolvimento econômico, contribuindo direta e indiretamente para o crescimento do PIB⁴. Reduções significativas no financiamento nacional de saúde podem, portanto, determinar uma reação em cadeia perigosa com um arriscado efeito de reforçar a crise econômica e financeira. Podem-se elencar impactos entre crise econômica e os seguintes fatores: a) redução ou desaceleração do crescimento do PIB, b) redução dos investimentos e na gestão corrente das ASL e AO; c) dificuldades e crises nas empresas fornecedoras e no setor ligado à saúde; e d) reforço nos próprios efeitos da crise econômica (Conforme Box 1).

Box 1. O ciclo vicioso da crise



Fonte: Fiorani, G. sistema de pensamento, Dinâmica de Sistemas e Políticas Públicas, Egea, Milão, 2010, p. 130

Da regionalização do SSR ao federalismo sanitário

Em 2009 foi aprovada a lei sobre o federalismo fiscal que prevê um complexo e longo período de aplicação. A introdução do modelo de federalismo fiscal determinará na Itália a aceleração da regionalização do SSN com uma orientação decisiva a um modelo de federalismo sanitário.

As inovações que determinaram a adoção do federalismo sanitário são múltiplas, têm características técnicas e operacionais (economias de aglomeração e adequação da oferta dos serviços sanitários às especificidades locais) e, sobretudo, são ligadas à maior responsabilização das Regiões com respeito ao equilíbrio financeiro global². Essa responsabilização deveria ser obtida conferindo-se uma maior autonomia legislativa, de planejamento e organização, estimulando a competição entre Regiões e introduzindo lógicas sólidas de federalismo.

Numerosos e articulados são os níveis de manobra que podem ser utilizados. Em nível central (Ministério da Saúde), pode-se citar, por exemplo, os padrões das linhas de cuidado e dos custos aos quais vincular as entidades de financiamento, os poderes substitutivos do centro, no caso de regiões com fortes dificuldades de governança e gestão, o fundo de compensação.

Em nível regional estão disponíveis instrumentos como a coparticipação do setor privado sobre a despesa, a criação de tributos vinculados a específicos serviços sanitários, a redefinição de redes de oferta de serviços hospitalares, a redução do número de leitos e as intervenções sobre sua distribuição.

O impacto efetivo dos diversos níveis de manobra dependerá, como já aconteceu no passado, de uma série de fatores conjunturais – internos e externos – que condicionarão sua eficácia¹.

Entre os fatores internos às ASL e às AO são lembradas a exigência de dispor das competências necessárias e de profissionalismo adequadas, a disponibilidade de sistemas de planejamento e controle, sistemas contábeis e de orçamento, a qualidade das estruturas institucionais etc.

Os fatores externos são representados pelas características sociais, culturais e econômicas dos diversos contextos regionais, os interesses econômicos regionais (aquisição de bens e serviços e investimentos) e também aqueles políticos (clientelismo e corrupção), a presença do crime organizado e a necessidade de instaurar lógicas de cooperação inter-regional.

As considerações sobre o federalismo sanitário não podem ser separadas do atual contexto social e econômico de referência, que é afetado pela crise financeira. Há, de fato, dois riscos relevantes: o primeiro é representado pela possível ampliação, como resultado da falta de governança e capacidade de gestão em algumas Regiões, dos desequilíbrios⁷ nas modalidades de oferta e na qualidade dos serviços. O relatório de Auditoria Cívica coloca em evidência exatamente a diferença de qualidade e acessibilidade nas regiões do Sul em relação às regiões Central e Norte. O segundo importante risco é a estreita relação entre recursos (e fiscalização) local e financiamento dos SSR. Os processos de desindustrialização em algumas regiões do Norte, o fenômeno da evasão fiscal e da economia informal, a dominância econômica baseada no terciário público e privado em

muitas áreas do Sul com elevadas taxas de desocupação e desemprego, diminuindo os recursos disponíveis e exigindo transferências de equalização do nível central para as regiões ou até mesmo transferências financeiras interregionais.

Auditoria cívica sobre os serviços sanitários e Direito à Saúde

A auditoria cívica representa uma importante intervenção de resposta à redução dos recursos financeiros disponibilizados pelo Orçamento de Estado para o SNS italiano. A auditoria cívica, entendida como “análise crítica das ações das instituições sanitárias públicas promovida pelas organizações dos cidadãos”, surgiu no ano 2000, em seguida a uma parceria entre as entidades “Cidadania Ativa” e o “Tribunal para os Direitos do Enfermo” (*Cittadinanzattiva* e *Tribunale per Diritti del Malato*). São Organizações Não Governamentais (ONGs) fundadas em 1978, operantes no âmbito da tutela dos direitos dos cidadãos e da promoção da participação da população.

Em 2001, foi instituído, em âmbito europeu, o *network Active Citizenship (ACN)*, com a adesão de 70 ONG's operantes em 30 países daquele continente, sendo que, em 2002, foi elaborada a Carta Europeia pelos Direitos dos Enfermos, sendo monitorada sua aplicação em 15 países membros da União Europeia.

Com a Auditoria Cívica se pretendia afirmar a “centralidade do ponto de vista do cidadão”, tornar mais transparente e verificável a ação das instituições sanitárias e reduzir o risco de disparidades na tutela dos direitos dos cidadãos causado pela regionalização do SSN.

Depois de duas aplicações experimentais (2001-2002) realizadas com a colaboração de 25 ASL que se prontificaram a participar do piloto, a possibilidade de aderir à auditoria cívica foi ampliada a todo o SSN. Ao término do ano de 2009, haviam sido realizadas sete iniciativas nacionais e dez regionais, com a participação de aproximadamente 3000 cidadãos em ao menos um ciclo de avaliação.

A auditoria cívica é um procedimento público no qual as funções do auditor são realizadas por uma equipe mista local, composta por cidadãos voluntários e representantes designados pela ASL e AO. Ressalta-se que a lógica da auditoria cívica é completamente diferente daquela de análise de satisfação do cliente, dado que os grupos locais efetuam uma avaliação orientada a analisar as ações promovidas pelas instituições sanitárias e a colocar concretamente as demandas dos cidadãos no centro da oferta dos serviços sanitários.

Outros âmbitos de avaliação são: a presença de políticas de particular relevância sanitária e social, como o *risk management*, o *pain management*, o suporte aos doentes crônicos e, sobretudo, o papel atribuído à participação dos cidadãos – essa entendida como essencial para a melhoria dos serviços.

A avaliação refere-se à organização sanitária em sua totalidade, à assistência hospitalar, à assistência sanitária de base (distritos, medicina de família, cuidados domiciliares), à assistência especializada territorial (policlínicas, centros de saúde mental, serviços de desintoxicação). No curso do ano de 2009, 87 instituições realizaram uma auditoria cívica (52 ASL e 35 AO) tendo sido consultados, nesse processo, 79 órgãos dirigentes de ASL, 138 de hospitais, 120 de distritos sanitários, 156 de policlínicas, 99 de centros de saúde mental e 78 serviços de tratamento a toxicodependentes. Atenção particular foi dedicada à variável territorial envolvendo 40 organizações sanitárias ao Norte, 27 no Centro e 20 no Sul da Itália.

A orientação aos cidadãos foi avaliada através de variáveis tais como o acesso aos serviços de saúde, a tutela dos direitos e a melhoria na qualidade, bem como a assistência aos hospitalizados, a individualização das curas, o respeito à privacidade, a informação, a comunicação e o conforto dos internados.

Entre as políticas mais relevantes foram avaliadas a segurança dos pacientes, a segurança das estruturas, instalações e equipamentos, a gestão da dor, os cuidados com as doenças crônicas e oncologia, a medicina preventiva.

O envolvimento das organizações cívicas nas políticas institucionais é realizado através da atuação e funcionamento das organizações dos usuários e outras modalidades de participação e interlocução cidadãos/instituições. Globalmente, são utilizados 380 indicadores, através de um processo de observação participativa.

A auditoria cívica permitiu que se classificassem, a partir do ponto de vista dos cidadãos, as diversas variáveis analisadas em pontos fortes, fatores em movimento e áreas críticas. Como pontos fortes aparecem as políticas de segurança dos equipamentos e instalações destinadas à maior segurança dos usuários.

Como fatores em movimento, para os quais são necessárias intervenções para sua melhoria, foram identificadas as políticas para as doenças crônicas, para a oncologia e para a gestão da dor, da prevenção e do conforto dos usuários. Destacam-se especialmente dois dos fatores em movimento diretamente ligados ao direito à saúde: o acesso aos serviços de saúde e a individualização dos cuidados.

No caso do acesso às prestações, a organização do sistema de agendamento melhorou decisivamente. A gestão das listas de espera, porém, continua sendo um fator crítico. Em relação à individualização dos cuidados, a atenção global dada à humanização produziu efeitos importantes.

O relacionamento com os cidadãos é considerado área crítica: nesse âmbito, preocupações relevantes são associadas a fatores como: tutela dos direitos e melhoria da qualidade, informação e comunicação, atuação das instituições e outras formas de participação.

Segundo os promotores da Auditoria Cívica, o cenário de crise, possivelmente destinado a durar longamente, deveria teoricamente dar um forte impulso ao início de círculos virtuosos de aumento da qualidade para compensar eventuais cortes; porém, especialmente no curto prazo agravam os problemas de sustentabilidade do sistema – o que atualmente preocupa muitos usuários.

Uma política geral de participação, de tutela, de qualidade e de informação pode ser realizada em quatro campos de intervenção particularmente significativos: o desenvolvimento do *empowerment* no modelo de doenças crônicas, a construção dos níveis essenciais de informação e de comunicação no território, a gestão dos conflitos e a construção dos sistemas de transparência e controle social.

Conclusão

Verifica-se que há similaridades entre o processo de construção do SSN italiano e do SUS brasileiro, o que permite comparações e aprendizado mútuo.

O processo de regionalização foi um avanço no SSN italiano, permitindo um melhor planejamento da oferta dos serviços, racionalizando os custos financeiros, reduzindo iniquidades, aumentando a eficácia e eficiência econômica. No entanto, percebe-se uma grande preocupação com o sistema como um todo e com as disparidades regionais, sentimento compreensível num Estado Unitário em processo de tornar-se Federativo.

O ativismo cívico é uma prática social fortemente enraizada na história política e cultural italiana, de forma autônoma e independente do aparato estatal. A intervenção da população permite que se confrontem as prioridades institucionais com as necessidades sanitárias cotidianas dos cidadãos.

A participação cidadã no SSN e no SSR exerce uma pressão política, no sentido de melhorar e priorizar o gasto público. Além disso, exerce influência na formulação de políticas públicas equitativas na oferta dos serviços. Essa participação cívica reafirma os laços de solidariedade social entre as diversas e diferentes regiões da Itália.

As auditorias cívicas realizadas no sistema de saúde italiano desde 2002, utilizando-se de indicadores diversos – as quais já produziram seis relatórios –, podem ser consideradas uma forma de atuação das “comunidades cívicas” estudadas por Putnam⁸ por mais de 20 anos em várias regiões da Itália. Esse ativismo político, como já concluiu Putnam, é o responsável pelo melhor desempenho institucional nas regiões em que ele é forte o suficiente para constituir comunidades cívicas⁸.

Os Sistemas Locais de Saúde, tanto no caso italiano, quanto no brasileiro, foram a base da construção de sua arquitetura institucional. Ambos rumaram, em seguida, para a regionalização, porém, com algumas peculiaridades. No caso

italiano, o “federalismo sanitário” foi implementado no início da década de 1990, não obstante o caráter então unitário do Estado italiano. No Brasil, apesar de ser um Estado federativo, a regionalização no âmbito do SUS iniciou efetivamente apenas no ano 2000, sendo que, somente recentemente, foram criadas as primeiras instâncias de decisão e formulação de políticas nesse nível – os colegiados de gestão regionais.

A participação da população no SUS, por sua vez, tem uma característica diferenciada do SSN italiano. Os Conselhos de Saúde (Municipais, Estaduais e Nacional) são instâncias pertencentes à estrutura organizacional do Estado, ou seja, ligadas ao Executivo (Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e Ministério da Saúde, respectivamente). Ainda, a exigência legal da constituição desses Conselhos como condição para o repasse de recursos financeiros acaba por constituir colegiados meramente formais, com pouca intervenção efetiva na formulação, monitoramento e avaliação dos serviços públicos de saúde. Tal situação justifica-se, em parte, pela formação histórica brasileira, caracterizada pelo baixo grau de consciência cívica e afirmação dos direitos políticos e sociais. A participação cidadã no SSN italiano, por sua vez, é caracterizada por organizações da sociedade civil – autônomas e independentes – as quais, dada à tradição histórica de participação cívica, exercem um controle social externo efetivo.

Referências

1. Anessi PE, Cantù E, a cura di. Rapporto Oasi 2009: L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Milano: Egea; 2009.
2. Cepiku D, Fiorani G, Meneguzzo M. Le competenze per il federalismo sanitario. In: Ceis, a cura di. Rapporto Ceis – Sanità 2009. Roma; 2010.
3. Fiorani G. Sistema de pensamento, Dinâmica de Sistemas e Políticas Públicas. Milão; 2010.
4. Frey M, Meneguzzo M, Fiorani G, a cura di. La Sanità come volano dello sviluppo economico. Pisa: Edizioni ETS; 2010.
5. Keinert TMM, Rosa TEC, Meneguzzo M. Inovação e Cooperação Intergovernamental. Annablume: São Paulo; 2007.
6. Mintzberg H. Managing Government, Governing Management. Harvard Business Review 1996 may-jun: 73-85.
7. Nuti S, a cura di. La valutazione della performance in sanità. Bologna: Il Mulino; 2008.
8. Putnam R. Comunidade e democracia: A experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: FGV Editora; 1996.