



Dipartimento di Scienze Politiche

Cattedra di Politiche della sanità

La corruzione nel Servizio Sanitario Nazionale Italiano: regioni a confronto

RELATORE

Prof. Antonio La Spina

CANDIDATA

Veronica Moffa

Matricola 627492

CORRELATORE

Prof. Vincenzo Antonelli

ANNO ACCADEMICO 2016/2017

“La consolazione degli onesti era pensare che, così come in margine a tutte le società durate millenni s’era perpetuata una controsocietà di malandrini, tagliaborse, ladruncoli e gabbamondo, una controsocietà che non aveva mai avuto nessuna pretesa di diventare “la” società, ma solo di sopravvivere nelle pieghe della società dominante ed affermare il proprio modo di esistere a dispetto dei principi consacrati, e per questo aveva dato di sé (almeno se vista non troppo da vicino) un’immagine libera, allegra e vitale, così la controsocietà degli onesti forse sarebbe riuscita a persistere ancora per secoli, in margine al costume corrente, senza altra pretesa che di vivere la propria diversità, di sentirsi dissimile da tutto il resto, e a questo modo magari avrebbe finito per significare qualcosa di essenziale per tutti, per essere immagine di qualcosa che le parole non sanno più dire, di qualcosa che non è stato ancora detto e ancora non sappiamo cos’è”

Italo Calvino

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1 <i>SSN: STRUTTURA, RIFORME E SFIDE FUTURE</i>	15
1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale Italiano.....	15
1.2 Le Riforme attuate al Servizio Sanitario Nazionale.....	21
1.3 Il futuro della sanità italiana.....	30
CAPITOLO 2 <i>EVOLUZIONE DEI PROCESSI CORRUTIVI IN SANITA'</i>	43
2.1 Europa e corruzione: Stati Membri a confronto.....	44
2.2 Come e quando nasce il fenomeno corruttivo nella sanità italiana.....	49
2.3 Tipi di corruzione, impatto e percezione del fenomeno.....	61
CAPITOLO 3 <i>MISURE DI PREVENZIONE</i>	76
3.1 Legge 190/2012	77
3.1.2 Il responsabile della prevenzione della corruzione.....	78
3.1.3 Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.....	79
3.2 Piano Nazionale Anticorruzione.....	86
3.3 L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).....	91

CAPITOLO 4 POSSIBILI PROPOSTE RISOLUTIVE E CASI SPECIFICI

4.1 Il caso Lazio.....	94
4.2 Il caso Campania.....	105
4.3 Strumenti anticorruzione e possibili proposte risolutive del fenomeno della corruzione	113
CONCLUSIONI.....	120
INTERVISTA.....	122
BIBLIOGRAFIA.....	125
SITOGRAFIA.....	126

INDICE DI FIGURE

<u>Figura 1</u> Percentuali delle fonti di finanziamento del Servizio Sanitario nazionale.....	21
<u>Figura 2</u> Regioni che hanno adempiuto regolarmente all'erogazione dei LEA nel 2015.....	29
<u>Figura 3</u> Numero di persone over 65 ogni 100 in età lavorativa.....	35
<u>Figura 4</u> Finanziamento del Ssn a carico dello stato: trend 2001-2016.....	38
<u>Figura 5</u> Tassi di variazione % della spesa sanitaria '17-'19.....	39
<u>Figura 6</u> Vulnerabilità dei Paesi Europei al fenomeno di corruzione negli appalti in materia sanitaria.....	47
<u>Figura 7</u> Evoluzione della posizione nella classifica CPI dell'Italia dal 2006 al 2016.....	67
<u>Figura 8</u> Classifica CIP 2016 dei soli Paesi Europei.....	68
<u>Figura 9</u> Indagine del “Global Corruption Barometer” nel 2013 sulla corruzione dei settori.....	69
<u>Figura 10</u> Percentuale di aziende in cui si è verificato un episodio di corruzione negli ultimi 5 anni.....	74
<u>Figura 11</u> Esempio di “Registro dei Rischi”.....	81
<u>Figura 12</u> Processo completo di “Gestione del rischio”.....	82
<u>Figura 13</u> Come si struttura il Piano Nazionale Anticorruzione.....	88

Figura 14 Esempio di Tavola allegata al Piano Nazionale

Anticorruzione.....90

Figura 15 Pressioni esterne esercitate sul processo HTA.....104

INDICE DELLE TABELLE

<u>Tabella 1</u> Aspettativa di vita dei cittadini.....	30
<u>Tabella 2</u> Spesa sanitaria nei paesi OECD espressa in percentuale sul PIL..	31
<u>Tabella 3</u> Indicatori demografici della popolazione europea al 1° Gennaio 2013.....	35
<u>Tabella 4</u> Sequenza degli effetti che si innescano dopo il pagamento di una tangente.....	65
<u>Tabella 5</u> Sequenza degli effetti che si innescano dopo uno spreco o un una disfunzione del sistema.....	65
<u>Tabella 6</u> Rischio di corruzione dei diversi comparti della PA.....	71
<u>Tabella 7</u> Valori in percentuale degli ambiti maggiormente esposti al rischio di corruzione.....	73
<u>Tabella 8</u> Motivazione espresse dai medici per le quali sostengono di aver avuto comportamenti di medicina difensiva nell'ultimo mese...	98
<u>Tabella 9</u> Percentuale di medici che hanno dichiarato di aver almeno una volta attuato un'azione di medicina difensiva durante la propria carriera.....	100
<u>Tabella 10</u> Caratteristiche/differenze fondamentali che intercorrono tra la conoscenza tacita e la conoscenza esplicita.....	102
<u>Tabella 11</u> Avvenimenti salienti che hanno caratterizzato il processo di commissariamento della sanità Campana.....	106

INTRODUZIONE

Il fenomeno della corruzione è tanto importante quanto sommerso, inesorabilmente cresce giorno dopo giorno nascosto agli occhi di tutti. Troppo poco si sente parlare di questo fenomeno eppure in tutti i Paesi negli anni si è venuta a creare una fitta rete di atti corruttivi dietro i quali si nascondono enormi quantità di denaro ed innumerevoli soggetti coinvolti, che nella maggior parte dei casi non fanno altro che danneggiare i cittadini di ogni Paese.

Fino agli anni 90 il fenomeno della corruzione veniva considerato un argomento tabù sia a livello internazionale che nazionale, anzi nella maggior parte dei casi, non veniva assolutamente considerato come un problema, tanto che in molti Paesi era addirittura considerato normale segnalare tutte le tangenti pagate dalle aziende nei propri bilanci. Il fenomeno della corruzione oltre ad essere considerato normale a livello aziendale sembrava essere all'ordine del giorno anche per quanto riguarda la politica, tanto che alcuni capi di Stato dell'epoca sono divenuti importanti per i grandi patrimoni accumulati grazie ai fenomeni corruttivi. In quegli anni non vi era alcun tipo di convenzione internazionale che regolasse la lotta al fenomeno, ma soprattutto non vi erano i mezzi adeguati per capire quanto il fenomeno fosse ampio.

I cittadini possono essere definiti come delle *vittime ombra* in quanto nella maggior parte dei casi non sono a conoscenza delle conseguenze economiche e sociali che anche un piccolo reato riferito alla corruzione possa implicare nelle proprie vite; questo principalmente perché i reati di corruzione non sono reati qualsiasi, le persone infatti corrompono o si fanno corrompere quando ci sono grandi guadagni ma soprattutto i rischi sono minimi non

essendoci multe e punizioni sufficientemente grandi. In particolare, tra i diversi settori maggiormente affetti dai fenomeni corruttivi troviamo indubbiamente quello della sanità; quest'ultimo, risulta essere uno dei settori più a rischio per molteplici motivi come ad esempio ingente spesa pubblica, l'ingerenza della politica, i rapporti tra pubblico e privato non sempre trasparenti ed infine le infiltrazioni della criminalità organizzata nelle strutture sanitarie. Il settore sanitario risulta essere appetibile non solo per i grandi corruttori come ad esempio gli imprenditori e gli intermediari finanziari, indubbiamente abili a muoversi tra appalti milionari e forniture di beni, ma per i corruttori minori come ad esempio quelli che chiedono denaro per far scalare una lista d'attesa o chiedere al paziente una prestazione nel proprio studio privato. Nel settore sanitario quindi il fenomeno della corruzione a molteplici ricadute negative: sulle casse dello Stato che vanno a perdere annualmente fino a 6 miliardi di euro, sul cittadino che potrebbe avere una sanità migliore ed infine sulla rete produttiva che perde di competitività. È chiaro che la corruzione risulta essere un ostacolo se non un blocco totale per la crescita economica del Paese ma soprattutto si impone come limite al benessere del cittadino. Il fenomeno della corruzione in Italia è tragicamente elevato, basti pensare che nel 2014 il numero degli illeciti in materia sanitaria rilevato dalla magistratura ha superato i 103 milioni di euro. L'elaborato che segue, suddiviso in quattro capitoli, si propone di capire o quantomeno indagare su come il fenomeno si sia sviluppato in Europa ed in particolar modo nelle regioni italiane, analizzando le diverse azioni messe in atto a contrasto del fenomeno sia dal punto di vista internazionale che nazionale.

Nel primo capitolo, è stata descritta la nascita del servizio sanitario nazionale italiano, le riforme che hanno contribuito allo sviluppo del servizio

sanitario nazionale ed infine viene fatta una panoramica di come potrebbe e dovrebbe essere la sanità italiana del futuro. Il servizio sanitario nazionale italiano, confrontato con i diversi servizi sanitari europei e del mondo risulta effettivamente essere uno di quelli più soddisfacenti, da qui nasce la curiosità di capire in che modo la corruzione si sia riuscita ad infiltrare in un sistema così tanto consolidato. La tutela della salute del cittadino, prima dell'inserimento dell'articolo 32 all'interno della Costituzione italiana, viene considerato come un bene privato e per questo veniva sommariamente affidato alle mani di privati; la novità inserita dall'articolo 32 è che il comparto sanitario comincia ad essere considerato come un bene pubblico la cui responsabilità ricadeva a questo punto sulle spalle dello Stato il quale era obbligato a garantire ai propri cittadini i migliori servizi in condizioni di uguaglianza. La nascita e lo sviluppo dell'odierno Servizio Sanitario Nazionale Italiano può essere suddiviso in tre modelli principali: assicurazione volontaria, in vigore dagli anni 30 fino al 1943, la quale poneva nessun obbligo assicurativo di tutela contro i rischi di malattia al cittadino; il cittadino che volontariamente decideva di assicurarsi contro i rischi di malattia aveva come uniche possibilità o quella di iscriversi alle società di mutuo soccorso (gruppi organizzati no profit che si occupavano di rimborsare ai cittadini iscritti le spese mediche sostenute), o di iscriversi ai registri degli indigenti (potevano iscriversi solo i cittadini che versavano in condizioni di difficoltà, ed una volta iscritti gli venivano erogate a titolo gratuito dalle cosiddette opere Pie); il secondo modello, in vigore dal 1943 al 1978, trasformò l'assicurazione da volontaria a obbligatoria, creando le cosiddette casse mutue interprofessionali alle quali erano obbligati ad iscriversi sia gli operai che i datori di lavoro e nel caso di infortunio esse erano obbligate a versare un'indennità al lavoratore che nel tempo aveva versato i contributi insieme al proprio datore di lavoro. L'assicurazione

obbligatoria si affermò nel 1943 quando venne istituito l'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro le malattie, al quale erano obbligati ad iscriversi i lavoratori di tutte categorie professionali. L'ultimo modello sanitario ossia l'odierno Servizio Sanitario Nazionale viene istituito con la Legge N° 833 del 1978 ed ha avuto come obiettivo quello di trasformare il sistema mutualistico-ospedaliero basato su molti enti ed istituti sanitari, ad un servizio nazionale unico per tutti i cittadini. Quello che mancava ai modelli precedenti era qualcuno che sul piano organizzativo gestisse dall'alto i diversi livelli sanitari quali: statale, regionale, e locale. Lo Stato principalmente ha il compito di emanare leggi riguardanti il comparto sanitario, stabilire i livelli essenziali di assistenza, programmare l'intera politica sanitaria, stabilire il budget da destinare al servizio sanitario nazionale e suddividere lo stesso tra le diverse regioni. A livello finanziario, molteplici sono le fonti dalle quali provengono i fondi da destinare al servizio sanitario nazionale come ad esempio le entrate proprie delle aziende sanitarie, le fiscalità generali quali IRAP e IRPEF, la compartecipazione al finanziamento delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano ed infine il bilancio dello Stato che attraverso la compartecipazione regionale (IVA E FSN). Dal 1978 ad oggi, moltissime sono state le riforme attuate al servizio sanitario nazionale per far sì che questo diventasse sempre più efficiente. La prima riforma arriva con la legge 30 dicembre 1992 e successiva modifica della 7 dicembre 1993. L'obiettivo della suddetta riforma era quello di dare un'impronta manageriale che contenesse i costi di un servizio sanitario nazionale che ormai viveva in un clima di forte crisi finanziaria. Alla base della riforma vi era inoltre la volontà di depoliticizzare la sanità attraverso quattro idee principali: la garanzia di livelli uniformi di assistenza quali assistenza sanitaria di vita e di lavoro, assistenza di base, assistenza specialistica, assistenza residenziale ai

non autosufficienti; la regionalizzazione del Ssn Attraverso la cessione di parte dei poteri dello Stato al livello regionale come ad esempio la programmazione, l'organizzazione e finanziamento dei servizi sanitari locali; il processo di aziendalizzazione il quale prevedeva che tutte le USL e i maggiori ospedali fossero trasformati in vere e proprie aziende di diritto pubblico, per cui le USL vennero trasformate in Aziende Sanitarie Locali, mentre gli ospedali vennero trasformati in Aziende Ospedaliere. Questo processo venne avviato con l'obiettivo di tenere sotto controllo lo sperpero economico e lavorativo, molto più semplice da contenere in un contesto aziendale; la separazione tra committenza e fornitori resa necessaria dalla volontà di mettere ordine tra le funzioni spettanti alle diverse strutture sanitarie per cui alle Asl venne assegnata l'esclusiva funzione di committenza intesa come acquisto di prestazioni sanitarie da terzi mentre alle aziende ospedaliere venne affidata la funzione di produzione e fornitura di prestazioni specialistiche; accreditamento e remunerazione a tariffa consistente in un sistema di pagamento a tariffa predeterminata per ogni singola prestazione. Questo sistema, introdotto nel 1995, prevedeva che le strutture sanitarie che erogavano servizi per conto del Ssn venissero remunerate a tariffa, ossia in base all'effettivo numero di prestazioni erogate. La riforma del 1992 bene presso accusata di ambiguità, Così da portare all'emanazione di una nuova riforma la cosiddetta *riforma ter* (o Bindi). Quest'ultima, aveva come obiettivo principale quello di mettere ordine nel rapporto di lavoro dei Medici e nello specifico obbligo gli stessi a scegliere tra l'esercitare la propria professione esclusivamente all'interno degli ospedali pubblici o in strutture private sulla base del sistema delle tre A, *autorizzazione, accreditamento e accordo contrattuale*. La conferma che il servizio sanitario nazionale italiano è uno dei migliori al mondo arriva negli anni 2000 quando l'OMS nella classifica qualitativa dei sistemi sanitari,

basata sull' aspettativa di vita della popolazione e sulla spesa sanitaria pro capite, piazza quello italiano al secondo posto. Nonostante la valutazione positiva dell'OMS il futuro del sistema sanitario nazionale italiano presenta ancora molte lacune dovute principalmente al fatto che la tecnologia va veloce, il numero degli anziani aumenta e i fondi destinati al comparto sanitario diminuiscono. Riguardo la tecnologia, non si fa solo riferimento alla sperimentazione di nuovi strumenti medici ma soprattutto al fatto che i pazienti, ormai abbondantemente coinvolti dall'uso sfrenato di internet, sono e saranno sempre più accorti nelle proprie scelte e di conseguenza cercheranno risposte differenti rispetto al parere univoco dei medici, proprio per questo sarà necessario fare nuovi modelli di business sanitario che vadano incontro alle richieste sempre più specifiche del paziente informato. Riguardo l'invecchiamento l'Italia si trova di fronte alla possibilità di confrontarsi con una società sempre più anziana il che significa che la popolazione del futuro sarà maggiormente colpita da patologie croniche le quali necessitano inevitabilmente di maggiori cure rispetto ad una popolazione giovane gravando a livello economico molto di più sul servizio sanitario nazionale. L'ultimo aspetto di incertezza riguardo al futuro del Servizio Sanitario Nazionale è quello economico infatti se ad oggi le risorse destinate al servizio sono insoddisfacenti, le proiezioni future sembrano essere ancor più preoccupanti proprio come si evince nel secondo rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale le cui previsioni evidenziano che nel lungo periodo si assisterà ad un enorme crollo della spesa, rendendo nulla l'idea di un incremento della stessa al 2020 di 2.5 miliardi rispetto al 2019. Dunque, se per trent'anni il Ssn ha assicurato ai propri cittadini un buon livello di cure, oggi si trova a fronteggiare problemi economici, etici e tecnici dai quali è difficile uscire.

Il secondo capitolo, ha come scopo quello di capire in che modo si sono

evoluti i processi corruttivi nel settore sanitario sia a livello europeo che a livello nazionale ed in particolar modo come si è sviluppato in Italia. La corruzione, anche se in modo non uniforme, si è sviluppata in tutti i paesi europei tanto da costringere la Commissione Europea ad adottare un piano anticorruzione atto a controllare e misurare i livelli di corruzione in tutti i settori di gestione pubblica. A livello europeo, nel settore sanitario, la corruzione si sviluppa attraverso tre principali tipi di frodi: il ricarico di cure già eccessivamente costose, il ricarico per servizi addirittura non forniti ed infine la fornitura di servizi non utili. Il problema principale nei paesi europei è che scarseggia in modo eccessivo il controllo sull'obbligo di fatturazione ovvero ciò che avviene quando le strutture sanitarie fatturano meno rispetto al prezzo del servizio erogato o quando addirittura decidono di non fatturare affatto. Lo studio dell'European HealthCare Fraud & Corruption Network ha rilevato e in un solo anno 86 casi di corruzione nel settore sanitario di cui 57 riferiti alla fornitura di dispositivi medici e prodotti farmaceutici e 17 relativi ai pagamenti illeciti. Far calare il numero di casi di corruzione non è semplice, infatti non basta applicare la legislazione in modo chiaro e coerente, bensì è necessario affiancare ad essa cambiamenti strutturali e funzionali che possono innalzare il livello di gestione ed aumentare le risorse necessarie alla ricerca medica. Per quanto riguarda il caso italiano la sanità del nostro Paese, nonostante non sia ancora possibile capire a livello quantitativo in che misura sia diffuso il fenomeno, risulta essere tra le più colpite dai fenomeni di corruzione. I grandi casi di corruzione sono venuti fuori a partire dal 1992 con gli scandali di “Mani pulite”, quando Mario Chiesa, presidente di un istituto medico Milanese, viene colto in flagranza mentre intasca 7 milioni di lire dal titolare di un'impresa incaricato della fornitura di servizi alla clinica. Le confessioni di Chiesa portarono all'apertura del famoso maxi processo chiamato Enimont che coinvolse un

gran numero di imprenditori accusati di aver accettato una maxi tangente di circa 150 milioni di lire atta a finanziare i partiti in modo illecito. Da questo momento in poi, iniziarono a susseguirsi una lunga serie di scandali nel settore sanitario: uno tra i più importanti fu quello che nel 2003 vide coinvolto l'ospedale Molinette di Torino. I direttori dei reparti di cardiocirurgia vennero indagati con l'accusa di aver impiantato valvole cardiache difettose al solo scopo di intascare tangenti per l'assegnazione della fornitura delle valvole da parte di due aziende; ancora possiamo ricordare il caso Daccò nel 2011, in cui l'imprenditore Lombardo venne accusato di aver gonfiato decine di fatture dell'ospedale San Raffaele di Milano, costringendo la fondazione dello stesso alla bancarotta. In tutti gli episodi corruttivi, al di là dello scambio di denaro, esistono delle particolari problematiche che conducono allo sviluppo del caso ed in particolare facciamo riferimento a scorrettezze nelle nomine del personale, anomalie nel settore farmaceutico, attività di procurement ed infine negligenza da parte del personale sanitario; chiaramente, il rischio di sviluppo di fenomeni corruttivi non è lo stesso per tutti gli ambiti sopracitati essendo strettamente legati a specifici fattori di rischio detti Drivers che chiaramente necessitano di un controllo più ferreo da parte delle autorità.

Ancora, nel secondo capitolo, oltre alla distinzione dei diversi tipi di corruzione, viene analizzato l'impatto e la percezione del fenomeno, sapendo che incide così tanto sulla collettività ci si aspetterebbe che vi sia una massiccia percezione del fenomeno; lo strumento atto a misurare la percezione sopracitata è il cosiddetto Indice di Percezione della Corruzione i cui dati del 2016 hanno dimostrato che l'Italia risulta essere al settantesimo posto su 167 paesi analizzati da Transparency International. Dal 2006 ad oggi, la posizione dell'Italia è andata via via peggiorando in quanto nel 2007

si posiziona al quarantunesimo posto della classifica mondiale per poi cadere a picco nel 2012 sfiorando il settantaduesimo posto in classifica. Nel confronto con i paesi europei, la situazione sembra essere peggiore. Infatti l'Italia risulta essere il fanalino di coda dei paesi europei, seguita solo da Grecia e Bulgaria¹. Nel terzo capitolo, vengono esposti gli strumenti di prevenzione utili ad evitare o quantomeno limitare i casi di corruzione. Il fenomeno è stato affrontato in modo massiccio a partire dagli ultimi vent'anni, ed in particolare quando gli scandali hanno cominciato a coinvolgere la classe politica. Proprio per questo la pubblica amministrazione ha in questi anni cercato di far luce sul tema della corruzione attraverso diverse normative tra cui la più importante messa in atto da pochi anni è la legge N° 190 del 2012; attraverso quest'ultima, il legislatore ha messo in piedi delle barriere interne al sistema di ogni pubblica amministrazione; esse in particolare sono: definizione di un codice di comportamento dei dipendenti pubblici, l'aumento del livello di trasparenza, l'obbligo di astensione del pubblico dipendente in conflitto di interessi, l'istituzione di una whitelist, la tutela del whistleblower, l'avvio di percorsi di formazione utili a mettere in guardia i dipendenti pubblici dal fenomeno della corruzione, l'approvazione di un Piano Triennale di prevenzione della corruzione ed infine l'introduzione dell'importante figura del responsabile della prevenzione della corruzione. Questi ultimi in particolare hanno un compito molto importante: per quanto riguarda il responsabile anticorruzione, esso ha il principale compito di stilare e proporre il Piano Triennale di prevenzione della corruzione ma altresì il compito di verificare l'idoneità dello stesso piano, modificarlo se necessario, verificare l'attuazione della rotazione obbligatoria del personale ed infine ha anche il

compito di inserire il personale nei programmi di formazione. Per quanto riguarda il piano invece, esso ci indica principalmente in che modo le pubbliche amministrazioni devono obbligatoriamente eseguire la valutazione dei rischi. Essa risulta necessaria per tre motivi principali: identificazione dei possibili rischi per ciascuna area, analisi del rischio volta a determinare il livello del rischio stesso e individuazione di possibili misure prevenzione, tutto questo consacrato nel cosiddetto “Registro dei rischi”. Per quanto riguarda le possibili misure di prevenzione, esse si suddividono in obbligatorie ed ulteriori, anche se chiaramente quelle che vengono prese maggiormente in considerazione sono quelle obbligatorie. Altre due misure importanti per quanto riguarda il contrasto alla corruzione sono il piano Nazionale Anticorruzione e l'Autorità Nazionale Anticorruzione, la cosiddetta ANAC. Il primo, adottato per la prima volta nel 2013, contiene tutti gli obiettivi governativi necessari allo sviluppo delle strategie preventive a livello statale ed indica altresì le linee di indirizzo necessarie alle pubbliche amministrazioni per l'attuazione delle misure preventive della corruzione e per la stesura del Piano Triennale di prevenzione della corruzione. L'ultimo aggiornamento del Piano risale al 22 Novembre 2017 ed è proprio compito dell'ANAC aggiornare il piano. L'ANAC, si occupa del contrasto, della prevenzione e della trasparenza per quanto riguarda i fenomeni corruttivi. Esso nasce nel 2012 in quanto negli anni precedenti alcuni suoi compiti (in particolare in tema di trasparenza) erano affidati alla cosiddetta commissione per la valutazione la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT); la particolarità dell'ANAC è che gode di una grande autonomia in quanto si compone di un proprio organico formato da membri esperti in materia di contrasto alla corruzione e gestione del personale. Nel capitolo conclusivo vengono esposte le diverse possibili proposte risolutive al fenomeno della corruzione

in Italia e vengono altresì esposti esempi concreti di regioni in cui si è maggiormente sviluppato il fenomeno. Riguardo le possibili proposte risolutive e gli strumenti anticorruzione, sono stati presi in considerazione i consigli enunciati nel rapporto buone pratiche e strumenti anticorruzione per il settore sanitario, pubblicato da transparency International Italia. Esso, attraverso cinque temi specifici, ci dà una panoramica di come il settore sanitario dovrebbe essere per limitare al massimo i fenomeni corruttivi. I suddetti termini sono cinque: apertura, intesa come accesso civico per il cittadino ai dati pubblicati dalle pubbliche amministrazioni per rafforzare il concetto di trasparenza; responsabilità, nello specifico a tutte le procedure necessarie alla rilevazione delle segnalazioni di atti corruttivi e garantire inoltre una maggiore tutela dei whistleblower. Questi ultimi, infatti, necessitano di maggiore tutela in quanto molto spesso rischiano atti di ritorsione da parte degli accusati così come dimostrato dal Global Corruption Barometer secondo il quale circa il 41% dei soggetti intervistati dichiara di aver timore dei possibili atti di ritorsione da parte di coloro che hanno commesso un illecito; etica intesa come formazione e valorizzazione. Il primo concetto si basa principalmente sull'organizzazione di incontri di formazione specialistici per tutti i dirigenti e i dipendenti in modo da essere performanti nel riconoscere e contrastare i possibili atti corruttivi che si presentano nelle diverse strutture sanitarie. Il secondo concetto, quello della valorizzazione, non fa riferimento alle strutture o ai processi di cura, bensì si riferisce al concetto di premialità verso dipendenti e dirigenti che lavorando con maggiore efficienza riescono a diffondere il giusto esempio positivo (chiaramente premiare non significa solo incentivi economici ma valorizzazione del soggetto dal punto di vista lavorativo); trasparenza in quanto concetto cardine attorno al quale ruota la possibilità di limitare i fenomeni corruttivi questo perché nonostante le diverse normative, i

responsabili anticorruzione hanno dichiarato che esistono ancora dei limiti all'accesso dei dati sensibili da parte dei cittadini. Sapere che chiunque ha la possibilità di avere accesso a qualsiasi tipo di dato è già un grande deterrente contro la corruzione; integrità, riferita al cosiddetto Patto di integrità negli appalti. Questi ultimi, risultano essere uno dei comparti maggiormente a rischio corruzione in quanto vengono coinvolti molti operatori economici attratti dalle grandi somme di denaro che ogni singola gara d'appalto comporta.

Riguardo i casi studio, le regioni prese in considerazione sono Lazio e Campania. Riguardo la prima essa risulta essere una delle regioni nelle quali si verificano la maggior parte degli episodi corruttivi legati a sprechi volontari; secondo uno studio effettuato dal Dottor Vitelli, nelle aziende sanitarie laziali la maggior parte degli sprechi sono dovuti alle mancate responsabilità dei medici nello svolgimento delle proprie attività. Gli sprechi a cui si fa riferimento sono principalmente di quattro tipi: sprechi di necessità riferiti a quelle attività che medici e personale sono costretti ad effettuare per tamponare errori organizzativi della struttura come ad esempio l'accoglienza di un paziente che necessita di cure in mancanza di posti letto; sprechi per medicina difensiva che si sostanziano quando i medici fanno ricorso a servizi aggiuntivi non sempre necessari o quando e ti rifiutano o evitano pazienti particolarmente a rischio per evitare qualsiasi tipo di contenzioso legale; sprechi per ignoranza basati principalmente sull'uso prevalente della cosiddetta conoscenza tacita (quella di basso valore scientifico) rispetto a quella esplicita fatta da ricercatori e quindi prettamente scientifica; sprechi per investimenti professionali mancati riferiti alle risorse economiche necessarie a remunerare gli specializzandi che attendono di essere assunti nelle strutture ospedaliere. La Campania, è una delle regioni dove per un

gran numero di anni, in particolare dal 2007, sono stati attivati i cosiddetti Piani di rientro dal disavanzo. I diversi monitoraggi formali effettuati annualmente hanno dimostrato come la situazione economica della Regione per quanto riguarda il comparto sanitario sia particolarmente difficile da risolvere; in particolar modo, quello che ha caratterizzato la sanità campana è stata l'assunzione del doppio incarico, di governatore della Regione e di commissario alla sanità, del presidente De Luca il quale dopo le dimissioni dell'ultimo commissario per la sanità Joseph Polimeri, decide di prendere in mano le redini della sanità campana annunciando la sfida dell'uscita dal commissariamento della sanità entro il 2017. I buoni propositi enunciati dal Presidente si piegano con l'ennesimo caso di corruzione nella sanità campana ed in particolar modo si fa riferimento al caso Coscioni: quest'ultimo braccio destro di De Luca e consigliere del presidente per quanto riguarda il comparto della sanità viene rinviato a giudizio con l'accusa di tentata concussione essendo accusato nello specifico di aver esercitato pressioni nei confronti di dirigenti di aziende ospedaliere perché rinuncia però al proprio incarico per far posto ad altri.

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

Articolo 32 della Costituzione Italiana

CAPITOLO 1

Ssn: struttura, riforme e sfide future

“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”, è così che il Ministero della Salute definisce il Servizio Sanitario Italiano. Alle spalle di questa definizione però si cela un percorso storico di interventi e riforme che hanno contraddistinto la sanità italiana fin dalla sua nascita. Il servizio sanitario italiano sembrerebbe, confrontandolo con disparati sistemi sanitari europei e del mondo, uno tra quelli più soddisfacenti. Per comprendere in che modo il fenomeno della corruzione si sia introdotto nella sanità italiana, è bene capire innanzitutto come realmente funziona il Servizio Sanitario Nazionale italiano.

1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale Italiano

La tutela della salute del cittadino, prima del suo riconoscimento come diritto inviolabile all’interno della Costituzione, era sommariamente considerata un bene privato e per questo affidata alle iniziative dei privati o alle organizzazioni religiose. Con l’inserimento dell’Articolo 32 all’interno della Costituzione il concetto di sanità diventa pubblico, in quanto il suddetto articolo obbliga lo Stato italiano ad intervenire in materia di salute con tutti

gli strumenti a sua disposizione, per garantire il massimo della sicurezza ed offrire i migliori servizi ai propri cittadini in condizioni di uguaglianza.

Dagli anni trenta fino alla vera e propria istituzione del Servizio sanitario nazionale, tre sono stati i modelli sanitari che si sono susseguiti: il modello dell'*assicurazione volontaria*, il modello dell'*assicurazione obbligatoria di malattia* ed infine la costituzione dell'odierno *Servizio sanitario nazionale*. Il primo modello, in vigore fino al 1943, non obbligava in nessun modo i cittadini a tutelarsi contro i rischi di malattie, proprio da questo la denominazione di "volontaria". Le modalità attraverso le quali i cittadini potevano assicurarsi contro i rischi di malattia o infortunio, erano principalmente due: iscriversi alle cosiddette società di mutuo soccorso o iscriversi ai registri comunali degli indigenti. Le prime erano gruppi organizzati e senza fini di lucro che si occupavano di raccogliere i contributi dai cittadini iscritti e di rimborsare loro le spese sostenute per le cure mediche. Riguardo l'erogazione delle cure, queste potevano essere fornite sia direttamente dal personale delle società di mutuo soccorso altresì da medici appartenenti a strutture indipendenti. Una particolare categoria che poteva attingere alle cure mediche in modo gratuito era quella degli indigenti: questi ultimi, dopo essersi iscritti ai registri comunali, acquisivano il diritto all'assistenza medica da parte del proprio comune di appartenenza, che s'impegnava a fornire loro cure mediche all'interno degli ospedali o dalle cosiddette opere pie.

Il secondo modello, quello dell'*assicurazione obbligatoria di malattia*, entrò in vigore nel 1943 fino al 1978. Già dal 1939 il contratto collettivo degli operai stabiliva che dovesse essere istituita una cassa mutua interprofessionale. Quest'ultima, a cui erano obbligati ad iscriversi sia operai che datori di lavoro, aveva il compito di raccogliere i contributi (versati metà

dai lavoratori e metà dai datori di lavoro) e versare in caso di malattia un'indennità ai lavoratori. La vera svolta arrivò però nel 1943 quando la Legge N. 138 istituì l'INAM (Istituto Nazionale per l'assicurazione contro le malattie) a cui tutti gli operai del settore agricolo, industriale e commerciale dovevano obbligatoriamente iscriversi.² Il 1943 rappresenta una grande svolta per la tutela della salute in quanto si passa da un sistema volontario di assicurazione di malattia ad un sistema obbligatorio di malattia, il quale comincia ad avvicinarsi sempre di più all'idea di uno stato che comincia ad interessarsi e a farsi carico della salute dei propri cittadini.³

Il terzo modello sanitario è l'odierno Servizio sanitario nazionale. Ideato nel 1946 da lord Beveridge in Gran Bretagna, risulta essere la migliore istituzione statale a tutela della salute del cittadino, in grado di garantire un buon servizio sanitario “dalla culla alla tomba”⁴. In questo contesto si comincia a delineare la chiara visione della tutela della salute come un vero e proprio diritto indipendentemente dal censo, dalla condizione lavorativa o dal Paese da cui si proviene, bensì solo in base alla naturale condizione dell'essere un cittadino. Nonostante il Ssn e l'assicurazione obbligatoria di malattia sembrano essere qualcosa di molto simile, i principi alla base del primo sono decisamente più concreti: l'universalità di copertura a tutti i cittadini, l'erogazione di servizi in modo totalmente o quasi gratuito, la diretta produzione ed erogazione da parte dello stato, l'eguaglianza di trattamento e distribuzione delle cure e la pianificazione di domanda e offerta del servizio sanitario.⁵

² Dipendenti statali e impiegati nelle ferrovie dovevano iscriversi all'Enpas (Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali)

³ F. Toth, “La sanità in Italia”, Bologna, 2014, Pag 11-14-16

⁴ V. Mapelli, “Il sistema sanitario italiano”, Bologna, 2012, Citazione Pag 168

⁵ V. Mapelli, “Il sistema sanitario italiano”, Bologna, 2012, Pag 168-169

La legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale italiano veniva approvata nel 1978 in un clima particolare: l'Italia affrontava una grave crisi economica dovuta allo shock petrolifero del 1973 e assisteva, proprio nel 1978, all'assassinio di Aldo Moro da parte delle Brigate Rosse. In un clima di terrore, il governo Andreotti con l'appoggio del partito comunista, approva la Legge N. 883/78 istitutiva del Ssn.⁶ Quest'ultima, urgeva per superare il livello di inefficienza che ormai impregnava il sistema sanitario italiano, trasformandolo da un "sistema mutualistico ospedaliero basato su una molteplicità di enti ed istituti, ad un servizio sanitario Nazionale unico". Le inefficienze nominate pocanzi, possono facilmente essere ricondotte ad un alto livello di confusione del sistema sanitario vigente prima della Legge 833: coloro che si occupavano di erogare servizi utili alla salute erano troppi e troppo differenti (pubblici e privati) e chiaramente erogavano servizi qualitativamente diversi; anche i cittadini subivano disuguaglianze in quanto diverse categorie di cittadini pagavano prezzi diversi a seconda del proprio status ottenendo di riflesso servizi di qualità e quantità differenti. Diventa palese in questo quadro, che quello che realmente mancava fosse qualcuno che dall'altro, lo Stato, riuscisse a dare delle linee guida che potessero riportare ordine e maggiore omogeneità ad un sistema sanitario ormai sull'orlo dell'inutilità.⁷

Sul piano organizzativo il Ssn opera su due livelli differenti ossia quello statale e regionale, prettamente politico e quello locale che si occupa principalmente della gestione. Lo stato ha il compito di emanare leggi riguardanti l'ambito sanitario, deve stabilire i cosiddetti LEA⁸, programmare

⁶ F. Toth, "La sanità in Italia", Bologna, 2014, Pag 22

⁷ R. Giorgetti, "Legislazione e organizzazione del servizio sanitario", 2016, Pag 15

⁸ I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione. I LEA

la politica sanitaria, stabilire un budget annuo da destinare al Ssn e suddividere lo stesso tra le diverse regioni. Riguardo queste ultime, esse hanno il compito di riscuotere e modificare le imposte regionali (con le quali viene finanziato in parte il Ssn), legiferare rispetto all'assistenza sanitaria del proprio territorio ed infine hanno il compito di finanziare le Usl.⁹ A livello locale invece, operano Province e Comuni: le prime, si occupano principalmente delle materie di igiene ambientale e di prevenzione; i secondi hanno invece funzioni amministrative riguardo l'assistenza sanitaria ed ospedaliera, ed assolvono a queste stesse funzioni tramite le Usl ossia le Unità Sanitarie Locali (queste non sono dei veri e propri Enti pubblici, bensì risultano essere solo le strutture operative dei singoli comuni).¹⁰

Stato e regioni hanno il compito di redigere dei Piani Sanitari, principali strumenti di gestione del settore sanitario. Il primo, attraverso il PSN (Piano Sanitario Nazionale), definisce le linee generali di indirizzo del settore sanitario e le modalità attraverso le quali devono essere realizzate tutte le attività istituzionali del Ssn. La legge ha stabilito che tutta l'organizzazione dei processi sanitari segua il metodo della programmazione: quest'ultima, contenuta nel PSN, si esplica in priorità che vanno innanzitutto messe a confronto con le disponibilità economico-finanziarie per capire se effettivamente possano essere messe in pratica, per poi essere tradotte in obiettivi chiari. Dal PSN, che definisce quindi i parametri delle suddette priorità, la messa in pratica passa alle Regioni, che a loro volta passano le responsabilità alle Usl. Per quanto riguarda l'iter di elaborazione e approvazione del PSN, esso avviene principalmente attraverso tre passaggi:

vengono costantemente aggiornati dalla Commissione di aggiornamento la quale è stata costituita con il decreto ministeriale del 24 febbraio 2004.

<http://www.salute.gov.it>

⁹ V. Mapelli, "Il sistema sanitario italiano", Bologna, 2012, Pag 182

¹⁰ R. Giorgetti, "Legislazione e organizzazione del servizio sanitario", 2016, Pag 18-19

il Ministero della Sanità, dopo aver ascoltato il parere in ambito socio-economico e socio-sanitario del Consiglio sanitario nazionale, elabora una proposta che verrà poi presentata al Governo. Quest'ultimo predisporrà il piano e lo presenterà al Parlamento (entro il 30 Giugno dell'ultimo anno di validità del PSN precedente) il quale lo approverà con atto non legislativo. Il PSN ha durata triennale e può eventualmente essere modificato in itinere.

Per quanto riguarda le Regioni, come già accennato, hanno il compito di attuare i contenuti e gli indirizzi del PSN tenendo presenti gli obiettivi del "programma regionale di sviluppo". Il PSR (Piano Sanitario Regionale) viene predisposto dalla Giunta Regionale seguendo la specifica procedura prevista all'interno dei rispettivi statuti, la quale prevede di consultarsi con gli enti locali e tutte le altre organizzazioni interessate. Una volta approvato il piano, tutti i successivi atti e i provvedimenti emanati dalla Regione dovranno uniformarsi ad esso.

Insieme al PSN, viene definito anche il budget da destinare Ssn. Se prima della Legge 883 lo Stato era tenuto solo ed esclusivamente ad intervenire per sanare i deficit degli enti e delle istituzioni, dopo la legge viene stabilito un Fondo Sanitario Nazionale (FSN), destinato a finanziare il Ssn. Innanzitutto il fondo viene ripartito tra tutte le Regioni, le quali a loro volta, provvedono a ripartire i fondi alle diverse Usl.¹¹

Riguardo le fonti dalle quali provengono i fondi da destinare al Ssn, esse sono molteplici: I. Entrate proprie delle aziende del Ssn, le quali provengono dai ticket e dai ricavi del lavoro svolto dai medici in intramoenia; II. Fiscalità generali delle regioni ossia l'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) e l'addizionale regionale all'imposta sui redditi delle persone fisiche (IRPEF), entrambe determinate dall'applicazione delle aliquote nazionali;

¹¹ R. Giorgetti, "Legislazione e organizzazione del servizio sanitario", 2016, Pag. 27-28-29

III. Compartecipazione al finanziamento sanitario delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano nel caso in cui non si raggiunga il fabbisogno necessario; IV. Il bilancio dello Stato che finanzia il fabbisogno sanitario attraverso la compartecipazione regionale al gettito IVA, le accise sui carburanti e il Fondo Sanitario Nazionale.¹² (Figura1)

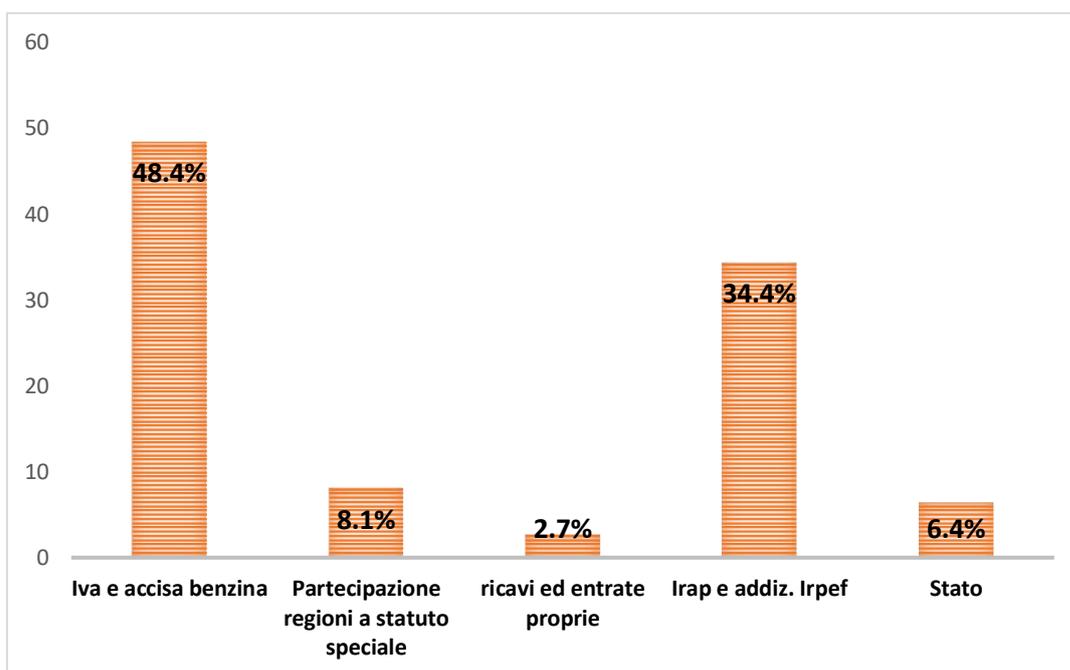


Figura 1 Percentuali delle fonti di finanziamento del Servizio sanitario nazionale

Fonte: in F. Toth, "La sanità in Italia", Bologna, 2012, pag 54 (Rielaborazione su dati del MeF, 2012)

1.2 Le riforme attuate al Ssn

Dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale si sono susseguite una serie di riforme atte a migliorare il funzionamento dello stesso. Dal 1978 tanto è infatti cambiato, soprattutto a partire dagli anni Ottanta in cui il

¹² Ministero della Salute F. Toth, "La sanità in Italia", Bologna, 2012

Ssn comincia a cadere nei primi episodi di corruzione. Le principali critiche che vennero fatte in quegli anni al Ssn erano di erogare cure e servizi di bassa qualità e quantità, di essere un servizio sanitario troppo pedante dal punto di vista burocratico, ma soprattutto veniva accusato dell'eccessiva ingerenza dei partiti politici nelle questioni riguardanti prettamente il servizio sanitario. Questo accadeva sostanzialmente perchè ogni Usl veniva presidiata da un organo collegiale chiamato "comitato di gestione", i cui membri venivano scrupolosamente selezionati dai consiglieri comunali. Nonostante la nuova legge volesse sottoporre la gestione delle Usl ad un controllo più democratico, il settore sanitario si ritrovò a dover affrontare due problemi principali: innanzitutto i comitati di gestione cominciarono ad essere formati da soggetti non preparati tecnicamente, proprio perché non scelti in base al merito ma in base all'appartenenza ai partiti; poi, sempre i comitati di gestione, vennero ben presto lottizzati tra i diversi partiti politici, che senza troppi scrupoli, videro bene di utilizzare i fondi destinati alla sanità per propri fini politico-clientelari. Questi episodi si aggiunsero alla insoddisfacente qualità gestionale del Ssn che portò presto ad invocare una "riforma della riforma" che desse al Ssn un'impronta più manageriale che politica.¹³

La riforma della riforma arrivò nel biennio 1992-1993, con la legge del 30 dicembre 1992 modificata nel 1993 con la legge del 7 dicembre 1993. L'obiettivo di questa riforma era di dare un'impronta manageriale ad un Ssn arrivato all'apice di una crisi economico-finanziaria che chiamava ad un immediato contenimento dei costi.¹⁴ La suddetta crisi era dovuta in parte alla situazione economica in cui versava il Paese in quegli anni

¹³ F. Toth, "La sanità in Italia", Bologna, 2014, Pag 24-25

¹⁴ R. Gorgetti, "Legislazione e organizzazione del servizio sanitario", 2016, Pag 34

il quale affrontava una delle più grandi crisi economiche del dopoguerra, aggravata da un'ondata speculativa contro la lira. Conseguenza di questa crisi furono dei fortissimi tagli alla spesa pubblica vedendo, come principale settore proprio quello sanitario. Alla crisi economica si sommò anche la crisi politica, dovuta alle stragi mafiose che videro la morte di Falcone e Borsellino, insieme ai primi scandali di Tangentopoli. Chiaramente, in questo clima particolare, la riforma del '92 ebbe come grido di battaglia quello di depoliticizzare la sanità. Il decreto legislativo 502 venne approvato dal Governo Amato nel dicembre del 1992.¹⁵ Le idee messe in campo da questo nuovo riassetto del Ssn furono principalmente quattro:

1. ***La garanzia di livelli uniformi di assistenza*** ovvero “l’insieme delle attività che devono essere erogate dal Ssn”¹⁶. Questi livelli in realtà esistevano già con la riforma del 1978, ma la differenza è essenzialmente che, erano garantiti, ma non in base alle risorse economiche disponibili da destinare al Ssn, cosa che accade invece con la nuova riforma del '92. Il D. Lgs 502/92 all'Articolo 1 prevede infatti che “...*I livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale ed i relativi finanziamenti di parte corrente ed in conto capitale sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale*”¹⁷, in sintesi i livelli uniformi di assistenza sanitaria vengono determinati in base al

¹⁵ F. Toth, “la sanità in Italia”, Bologna, 2014, Pag 26

¹⁶ Piano Sanitario nazionale, 1994-1996, Pag 11 <http://www.fondazionethebridge.it>

¹⁷ Decreto Legislativo 502/1992 Articolo 1 <http://www.gazzettaufficiale.it>

volume delle risorse economiche disponibili. Questi livelli, furono essenzialmente suddivisi in 6 macro sezioni: i) Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; ii) Assistenza sanitaria di base; iii) Assistenza specialistica, semiresidenziale e territoriale; iv) Assistenza ospedaliera; v) Assistenza residenziale sanitaria a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati.¹⁸

2. La **regionalizzazione del Ssn**. Questo obiettivo fu raggiunto attraverso la cessione di parte dei poteri dal governo centrale al livello regionale e sottraendo ai comuni e alle province la gestione delle UsI (in questo modo le amministrazioni comunali avevano un ruolo marginale rispetto alla programmazione nel settore sanitario). Da un punto di vista funzionale il processo di regionalizzazione sembrava essere dalla parte del cittadino; i poteri regionali infatti, venivano caricati di maggiori responsabilità, ma risultavano comunque essere più prossimi e sensibili ai bisogni dei cittadini rispetto al potere statale. Le responsabilità di cui le regioni devono farsi carico con la riforma del 1992 sono quelle di programmare, organizzare e finanziare i servizi sanitari del proprio territorio, acquisendo quindi il controllo su tutte le aziende sanitarie locali.¹⁹ Per le Regioni che non adempivano ai compiti assegnati, il Ministero della sanità attraverso il Decreto ministeriale 25 febbraio 1997 prevedeva sanzioni - commisurate alla gravità delle inadempienze rilevate- per i direttori generali che non applicavano le leggi in modo corretto.²⁰
3. Il **processo di aziendalizzazione**. Questo punto della riforma prevedeva che tutte le UsI e tutti i maggiori ospedali fossero

¹⁸ Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, Pag 12-16

¹⁹ F. Toth, "La sanità in Italia", Bologna, 2014, Pag 28-29

²⁰ R. Giorgetti, "Organizzazione e legislazione del sistema sanitario", 2016, Pag 40

trasformati in *aziende di diritto pubblico*. Le Usl vennero quindi accorpate (prima della riforma erano 670, poi 230) e trasformate in Asl (Aziende sanitarie locali), mentre buona parte degli ospedali venne innanzitutto separata dalle rispettive Asl e poi trasformati in Ao (Aziende ospedaliere). I comitati di gestione vennero così sostituiti da un direttore generale, direttamente responsabile della propria azienda²¹. Il motivo principale che rese necessario avviare questo processo di aziendalizzazione fu la constatazione di uno sperpero generalizzato in tutte le organizzazioni sanitarie, cosa molto più semplice da tenere sotto controllo in un contesto aziendale, nel quale si richiede un più alto livello di sfruttamento delle risorse per raggiungere un livello più alto di qualità. Le nuove aziende sanitarie quindi, erano in questo modo dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale ed erano organizzate secondo il modello aziendale basato sul controllo di gestione come metodo sicuro di verifica dei risultati ottenuti.²² L'autonomia imprenditoriale soprannominata, non era cosa semplice, in quanto questa doveva essere esercitata tra la dipendenza dalle regioni che chiaramente finanziavano l'azienda esigendo il pareggio di bilancio, e l'autonomia aziendale necessaria per la gestione e l'organizzazione dell'azienda.²³

4. ***Separazione tra committenza e fornitori.*** Uno degli obiettivi della riforma era quello di mettere ordine tra le funzioni spettanti alle diverse strutture sanitarie. Alle Asl venne assegnata la sola ed esclusiva funzione di committenza, intesa come acquisto di prestazioni sanitarie da terzi fornitori; alle Aziende Ospedaliere

²¹ F. Toth, "La sanità in Italia", Bologna, 2014, Pag 27

²² R. Giorgetti, "Legislazione e organizzazione dei sistemi sanitari", 2016, Pag 41

²³ V. Mapelli, "Il sistema sanitario italiano", Bologna, 2012, Pag 190

invece venne affidata la funzione di produzione e fornitura di prestazioni specialistiche a costi minimi. Il fatto che le Asl cominciarono ad acquisire prestazioni da soggetti terzi ed instaurare quindi dei nuovi rapporti, le obbligava anche a verificare che questi avessero tutti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi necessari. Due furono le principali conseguenze di questa separazione. Innanzitutto la modalità di finanziamento dei due istituti: le Asl sarebbero state finanziate in base al numero degli assistiti residenti nel proprio specifico territorio, mentre le Ao sarebbero state finanziate in base al numero delle prestazioni erogate.²⁴ In secondo luogo, questa separazione dei ruoli dette luogo all'introduzione di forme di competizione tra i molteplici erogatori di prestazioni sanitarie, andando a creare una sorta di mercato misto nel Ssn nel quale gli erogatori entravano in competizione per fornire servizi ai committenti.²⁵

5. ***Accreditamento e remunerazione a tariffa.*** L'ultimo obiettivo che si è venuto a concretizzare con la riforma del 1992 consiste in un sistema di pagamento a tariffa predeterminata per prestazione. Questo sistema, introdotto nel gennaio del 1995, prevede che tutte le strutture che erogano servizi per conto del Ssn vengano remunerate a tariffa, ossia in base all'effettivo numero di prestazioni erogate. Quindi se prima le regioni pagavano le strutture pubbliche e private in base alla tariffa concordata per posto letto, moltiplicata per il numero di giorni di degenza, ora si articola in tre livelli dove lo stato decide in che

²⁴ F. Toth, "La sanità in Italia", Bologna, 2014, pag 28

²⁵ R. Giorgetti, "Legislazione e organizzazione del servizio sanitario", 2016, pag 59

modo devono essere determinate le tariffe, le regioni determinano le tariffe massime e le Asl contrattano con i produttori.²⁶

Nel corso degli anni novanta, nonostante si andava delineando un sistema sanitario sempre più completo, diversi erano i punti sui quali vi erano discordanze da parte dei cittadini: vi erano coloro che sostenevano che fosse necessario un ritorno alla privatizzazione, che permettesse al singolo cittadino di uscire dal Ssn dandogli l'opportunità di scegliere liberamente; altri invece sminuivano il concetto di privatizzazione, inneggiando alla necessità sempre più imponente dello Stato in campo sanitario. A tal proposito, la riforma del 1992 venne accusata di ambiguità, è proprio per questo si mise in atto una nuova strategia di riforma, attraverso il decreto legislativo 229 del 1999, la cosiddetta "Riforma Bindi" o "Riforma *ter*". Oltre ad essere maggiormente orientata verso il concetto di sanità pubblica, la suddetta riforma si occupò principalmente di mettere ordine al rapporto di lavoro dei medici del Ssn ed in particolare della questione dell'attività libero professionale. A tutta la categoria dei medici fu chiesto di scegliere tra l'esercitare la propria professione all'interno degli ospedali pubblici o in strutture private. La maggior parte dei medici optò per l'esclusività del rapporto con gli ospedali pubblici in quanto a tutti questi fu garantita la gestione di una struttura ospedaliera semplice o complessa (non fu più garantito a partire dal 2004, con l'emanazione della legge n. 138)²⁷. Dal punto di vista strutturale, alla base della riforma vi era il sistema delle tre A: autorizzazione, accreditamento e accordo contrattuale. L'autorizzazione regionale è il primo passaggio necessario che le aziende sanitarie, sia

²⁶ R. Giorgetti, "Legislazione e organizzazione del servizio sanitario", 2016, pag 61

²⁷ F. Toth, "La sanità in Italia", Bologna, 2014, pag 29-30

pubbliche che private, devono superare per avere la possibilità di esercitare l'attività sanitaria. La suddetta autorizzazione viene rilasciata dal Comune o dalla Regione solo dopo essersi accertati della presenza dei requisiti strutturali e organizzativi necessari. Il concetto di autorizzazione era già previsto dalla riforma del 1992 in cui il D.Lgs. recitava espressamente che «...*L'autorizzazione è obbligatoria per tutte le strutture pubbliche e private che intendono esercitare attività sanitarie, da rilasciarsi previo accertamento della conformità a definiti requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti a livello nazionale con un atto di indirizzo e coordinamento*». Anche il concetto di autorizzazione era già previsto dalla riforma del '92 ed anch'esso, come per l'autorizzazione, è un passaggio fondamentale soprattutto per quanto riguarda le strutture private. Accredimento significa che ogni Regione ha il compito di stabilire, attraverso i dovuti controlli, se una struttura privata possiede i requisiti necessari tali da poter essere equiparata ad una struttura pubblica, in modo da poter erogare cure per conto del Ssn. L'ultima "A" fa invece riferimento all'accordo contrattuale: superate le fasi precedenti, Regioni e strutture sanitarie private, stipulano degli accordi contrattuali attraverso i quali viene stabilito il numero di prestazioni che il Ssn acquista dalle diverse strutture sanitarie.²⁸ Infine, nonostante fossero già stati introdotti con la legge 833/78, la *riforma ter* ha riqualificato e ridefinito i cosiddetti LEA: i Livelli Essenziali di Assistenza sono i servizi e le diverse prestazioni che il Ssn eroga ai propri cittadini, sia gratuitamente sia in compartecipazione. Introdotti con la riforma Bindi, i LEA sono entrati in vigore nel 2002 dopo l'accordo Stato-Regioni siglato alla fine del 2001 e

²⁸ V. Mapelli, "Il sistema sanitario italiano", Bologna, 2012, pag 187

sono essenzialmente divisi in tre macro aree: 1) *assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro* la quale fa riferimento alle attività svolte dal dipartimento di prevenzione; 2) *assistenza distrettuale* intesa come tutte le attività sanitarie che si svolgono al di fuori del contesto ospedaliero; 3) *l'assistenza ospedaliera* si collega chiaramente a tutte le attività svolte all'interno delle strutture ospedaliere.²⁹ I LEA vengono costantemente aggiornati dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, la quale è stata costituita con il decreto ministeriale del 24 febbraio 2004. La stessa commissione inoltre, ha il compito di controllare la corretta erogazione e la certificazione di adempimento dei LEA.³⁰ (Figura 2)



Figura 2 Fornisce un quadro generale delle regioni che hanno adempiuto regolarmente all'erogazione dei LEA nel 2015.

Fonte: Ministero della Salute (2015)

²⁹ R. Giorgetti, "Legislazione e organizzazione del servizio sanitario", 2016, pag 79

³⁰ Ministero della Salute <http://www.salute.gov.it>

1.3 Il futuro della sanità italiana

Il Ssn italiano sembrerebbe, dal punto di vista strutturale e funzionale, uno tra i migliori al mondo. La conferma è arrivata negli anni duemila quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nello stilare una classifica qualitativa dei diversi sistemi sanitari, ha piazzato il Ssn italiano al secondo posto; la classifica si basava principalmente su due varianti fondamentali quali aspettativa di vita della popolazione e spesa sanitaria pro capite. Dall'analisi di questi due fattori risultò che gli italiani non solo vivevano più a lungo (Tabella 1) ma spendevano molto meno per il settore sanitario rispetto ai cittadini di molti altri Paesi. (Tabella 2)

ASPETTATIVA DI VITA DEI CITTADINI						
	1980	1990	2000	2010	2013	2015
AUSTRALIA	74.6	77.0	79.3	81.8	82.2	82.5
AUSTRIA	72.6	75.7	78.2	80.7	81.2	81.3
CANADA	75.3	77.2	79.0	81.1	81.7	..
DANIMARCA	74.3	74.9	76.9	79.3	80.4	80.8
FRANCIA	74.3	77.0	79.2	81.8	82.3	82.4
GERMANIA	72.9	75.3	78.2	80.5	80.6	80.7
GIAPPONE	76.1	78.9	81.2	82.9	83.4	83.9
GRECIA	75.3	77.1	78.6	80.7	81.4	81.1
IRLANDA	72.9	74.9	76.6	80.8	81.1	81.5
ITALIA	74.0	77.1	79.9	82.1	82.8	82.6
NORVEGIA	75.9	76.7	78.8	81.2	81.8	82.4
NUOVA ZELANDA	73.2	75.5	78.4	80.8	81.4	81.7
PAESI BASSI	75.9	77.0	78.2	81.0	81.4	81.6
PORTOGALLO	71.4	74.1	76.9	80.0	80.8	81.2
GRAN BRETAGNA	73.2	75.7	77.9	80.6	81.1	81.0
SPAGNA	75.4	77.0	79.3	82.4	83.2	83.0
SVEZIA	75.9	77.7	79.7	81.6	82.0	82.3
USA	73.7	75.3	76.7	78.6	78.8	78.8

Tabella 1 Aspettativa di vita dei cittadini.

Fonte: dati OECD consultabili dal database al Link <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

La tabella 1 mette a confronto l'aspettativa di vita dei cittadini in diciotto Paesi OECD. Risulta evidente che in tutti i Paesi l'aspettativa di vita dei cittadini sia cresciuta- dagli anni ottanta ad oggi- di circa dieci anni; tra gli Stati con un'aspettativa di vita più bassa troviamo il Portogallo che nonostante la crescita, si ritrova con un'età media non superiore a 81.2 al 2015, cifra nettamente lontana dall'Italia che al 2015 presenta un'età media di 82.6 (stando alle cifre riportate solo Spagna e Giappone superano l'Italia rispettivamente con un'età media di 83 e 83.9 anni).

SPESA SANITARIA NEI PAESI OECD (% SUL PIL)					
	1980	1990	2000	2010	2013
AUSTRALIA	5.8	6.5	7.6	8.5	..
AUSTRIA	7.0	7.7	9.2	10.1	10.1
CANADA	6.6	8.4	8.3	10.6	10.2
DANIMARCA	8.4	8.0	8.1	10.4	10.4
FRANCIA	6.7	8.0	9.5	10.8	10.9
GERMANIA	8.1	8.0	9.8	11.0	11.0
GIAPPONE	6.4	5.8	7.4	9.5	10.2
GRECIA	..	6.0	7.2	9.2	9.2
IRLANDA	7.5	5.6	5.6	8.5	..
ITALIA	..	7.0	7.6	8.9	8.8
NORVEGIA	5.4	7.1	7.7	8.9	8.9
NUOVA ZELANDA	5.7	6.7	7.5	9.7	9.5
PAESI BASSI	6.6	7.1	7.0	10.4	11.1
PORTOGALLO	4.8	5.5	8.3	9.8	9.1
REGNO UNITO	5.1	5.1	6.3	8.6	8.5
SPAGNA	5.0	6.1	6.8	9.0	8.8
SVEZIA	..	7.3	7.4	8.5	11.0
USA	8.2	11.3	12.5	16.4	16.4

Tabella 2 Spesa sanitaria nei paesi OECD espressa in percentuale sul PIL.

Fonte: dati OECD consultabili al Link <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

Nella tabella 2 invece troviamo la percentuale sul PIL della spesa sanitaria degli stessi Paesi OECD. Come per l'età media anche per la spesa sanitaria si evince una crescita delle percentuali di circa 2.5 punti dagli anni ottanta ad oggi; coloro i quali presentano la percentuale più alta di spesa sono in assoluto gli USA con una percentuale al 2013 di 16.5, nettamente più alta alla media degli altri Paesi presi in esame. L'Italia, a pari merito con la Spagna, è il paese la percentuale più bassa, che passa da 7.0 negli anni novanta all'8.8 nel 2013 (non è presente la percentuale dell'Irlanda, ma visto l'andamento generale di crescita, è molto probabile che tra tutti i Paesi sia lo Stato con la percentuale di spesa più bassa).

Nonostante la valutazione positiva che emerge da questi dati, il futuro del sistema sanitario italiano risulta essere pieno di dubbi e incertezze, dovute principalmente al fatto che la tecnologia va veloce, il numero degli anziani aumenta e i fondi destinati al settore sanitario diminuiscono. Riguardo l'aspetto tecnologico la sanità, intesa come complesso aziendale, sta subendo e continuerà a subire grandi cambiamenti da questo punto di vista, soprattutto perché viene percepito come uno dei settori di punta della tecnologia. I motivi per i quali è necessario investire nella tecnologia sono molteplici, uno su tutti è che non solo si darebbe un valore aggiunto al settore stesso, ma anche perché così facendo si verrebbero a creare nuovi posti di lavoro da occupare. La tecnologia di cui si parla non fa solo riferimento alla sperimentazione di nuovi strumenti medici, ma soprattutto al fatto che ormai i pazienti, grazie all'uso sfrenato di internet, sono e saranno sempre più accorti e critici nelle proprie scelte e di conseguenza non saranno più sottomessi al parere univoco dei medici. Un sistema sanitario di stampo

aziendale come quello italiano, implica che il cittadino si senta non più un paziente bensì un consumatore e in quanto tale voglia gestire al meglio il proprio patrimonio più importante ossia la propria salute; per far questo è necessario sviluppare nuovi modelli di business che vadano incontro alle nuove esigenze del paziente/consumatore, in particolar modo la necessità di avere sempre a portata di mano le informazioni desiderate riguardanti il proprio stato di salute. Esempio a tal proposito è stato il Sistema Informativo Medical Health (SIMH); quest'ultimo, messo a punto dal Centro medico "Università Castrense" in provincia di Udine, è un sistema informativo avanzato che supporta non solo la gestione e l'amministrazione del Centro, ma accompagna il paziente in tutto l'iter all'interno dell'ospedale (dall'accettazione al checkout). Dal punto di vista di gestione il SIMH permette di effettuare valutazioni ex post sulle prestazioni erogate dal Centro con la conseguente reportistica ed elaborazione dei dati che in automatico viene trasmessa alle Asl e alle Regioni. I benefici più grandi che sono risultati da questo sistema sono quelli che hanno interessato i pazienti. Innanzitutto il sistema ha snellito molto il lavoro degli operatori a partire dalla prenotazione della prestazione sanitaria all'archiviazione digitale delle immagini pacs, fino ad arrivare alla firma digitale dei referti che ha portato alla quasi totale dematerializzazione dei documenti clinici. I cittadini nello specifico, grazie al SIMH, si sono visti dimezzare i tempi d'attesa in tutte le fasi del processo quindi dalla prenotazione effettuabile tramite telefono e online all'accettazione all'interno della struttura; una volta effettuata la visita richiesta è possibile consultare tutte le informazioni riguardanti il proprio stato di salute online e in tutta sicurezza.³¹ L'esempio di cui sopra fa riferimento ad una struttura privata che avendo un bacino d'utenza minore

³¹ https://www.digital4.biz/executive/business-case/centro-medico-universita-castrense_4367215192.htm

rispetto ai grandi ospedali pubblici, permette il perfetto funzionamento di un sistema di questo genere; nonostante ciò, anche a livello pubblico/statale, il Ministero della Salute ha costituito un sistema simile, il cosiddetto Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Questo nasce con l'obiettivo di rendere disponibili a livello nazionale e regionale tutti i dati, le informazioni e le regole necessarie per la misurazione dei livelli di appropriatezza, qualità ed efficienza del Ssn. La conferenza Stato-Regioni ha assegnato al Nuovo Sistema sia obiettivi di governo sia obiettivi di servizio/comunicazione: i primi sono il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, il monitoraggio dell'efficienza/efficacia del Ssn, il controllo delle prestazioni erogate e l'analisi della spesa sanitaria; i secondi invece si riferiscono prettamente al cittadino/paziente e sono la disponibilità a livello nazionale di informazioni individuali sanitarie, la facilitazione delle operazioni riguardanti l'accesso alle strutture e all'erogazione delle prestazioni tramite strumenti informatici ed infine la promozione dei servizi sanitari.³² Come accennato in precedenza, il secondo aspetto da tenere in considerazione rispetto al futuro della sanità italiana è la crescente possibilità di confrontarsi con una società sempre più anziana. Quello che sta avvenendo in Italia è quello che comunemente viene chiamato *invecchiamento demografico* ossia il "processo generato dal progressivo aumento della proporzione di anziani in una popolazione" dove per anziani ci si riferisce a quella parte di popolazione che abbia sessanta cinque anni o più (tale soglia di età dovrebbe generalmente indicare l'uscita degli individui dal mondo del lavoro). Secondo i dati Istat gli ultra 65enni oggi rappresentano circa 20% del totale della popolazione, ma questa percentuale è destinata ad aumentare fino a 32-33% nel 2043 così come avverrà anche nel 2056, anno in cui la

³²http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2978&area=sistemaInformativo&menu=presentazione

percentuale di anziani sul totale della popolazione arriverà fino al 33.2%.³³

(Figura 3)

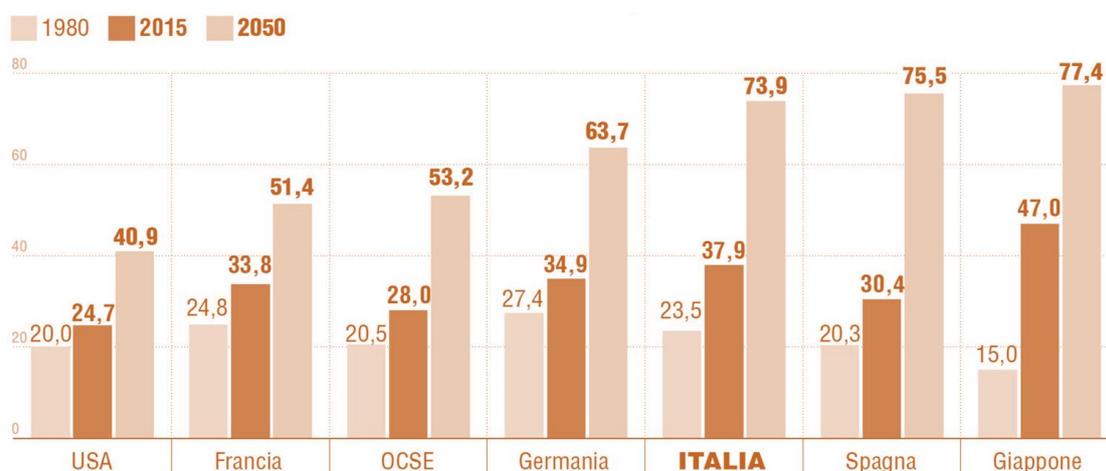


Figura 3 Numero di persone over 65 ogni 100 in età lavorativa (20-64 anni)

Fonte: Rielaborazione dati OECD

Nella Tabella 3 sono riportati i dati dell'età mediana e delle percentuali della popolazione con un'età di 65 e 85 anni nei Paesi UE-28. L'età mediana della popolazione italiana è 44.4, in assoluto il valore più alto tra tutti gli Stati europei; stesso discorso vale anche per le percentuali della popolazione avente un'età superiore ai 65 e gli 85 anni, rispettivamente con il valore di 21.2% e 3.0% (i valori più bassi in assoluto li ritroviamo in Irlanda), a fronte di valori medi europei quali 18.2 e 2.3.

PAESI	Età mediana	% popolazione con + 65 anni	% popolazione con + 85 anni
UE (28 PAESI)	41.9	18.2	2.3
BELGIO	41.9	18.2	2.3
BULGARIA	41.1	17.6	2.4
REPUBBLICA CECA	40.4	16.8	1.6
DANIMARCA	41.0	17.8	2.0
GERMANIA	45.3	20.7	2.6
ESTONIA	41.0	18.0	1.9
IRLANDA	35.5	12.2	1.3
GRECIA	42.2	20.1	2.4

³³ <http://www.istat.it/it/files/2011/12/futuro-demografico.pdf>

SPAGNA	41.3	17.7	2.5
FRANCIA	40.5	17.6	2.8
CROAZIA	42.4	19.1	1.6
ITALIA	44.4	21.2	3.0
CIPRO	36.2	13.2	1.3
LETONIA	42.1	18.8	1.9
LITUANIA	42.1	18.2	1.9
LUSSEMBURGO	39.1	14.0	1.7
UNGHERIA	41.1	17.2	1.7
MALTA	40.5	17.2	1.6
PAESI BASSI	41.6	16.8	1.9
AUSTRIA	42.6	18.1	2.4
POLONIA	38.7	14.2	1.5
PORTOGALLO	42.6	19.4	2.3
ROMANIA	40.5	16.3	1.4
SLOVENIA	42.2	17.1	1.9
SLOVACCHIA	38.2	13.1	1.2
FINLANDIA	42.3	18.8	2.3
SVEZIA	40.9	19.1	2.6
REGNO UNITO	39.8	17.2	2.3

Tabella 3 Indicatori demografici della popolazione europea al 1° Gennaio 2013

Fonte: EUROSTAT

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database (Structure indicators e Life expectancy by age and sex)

In relazione allo stato di salute, una popolazione più anziana significa una popolazione maggiormente colpita da patologie croniche e/o degenerative che di conseguenza avrà maggiore necessità di cure rispetto ad una popolazione giovane; una popolazione anziana a livello economico dunque graverà sul Ssn molto di più rispetto ad una popolazione giovane; infatti, un ventenne costa al Ssn il 40% della media pro capite, un quarantenne costa il 55%, un sessantenne grava sulla media pro capite per il 170%, percentuale che aumenterà fino ad arrivare al 240% alla soglia degli ottant'anni (secondo lo studio del Società italiana di medicina generale tra i 15 e i 24 anni ci si

reca dal medico 3 volte l'anno, mentre tra i 75 e gli 84 il numero delle visite annuali arriva addirittura a più di 14).³⁴ Quello che ora viene da chiedersi è se il Ssn, vista l'attuale struttura e l'attuale budget, sarà in grado nel futuro di garantire lo stesso livello di assistenza ai propri cittadini così tanto longevi. Il recente rapporto OCSE "*Preventing Ageing Unequally*³⁵", ha stabilito che i modelli assistenziali/sanitari prevalenti al giorno d'oggi non hanno "tenuto conto delle variazioni epidemiologiche e delle reali necessità assistenziarie della popolazione". Il problema principale è che gli unici obiettivi attualmente rimangono sono quelli di costruire nuovi ospedali ed acquistare nuovi macchinari innovativi, sicuramente ottimi per la cura dei pochi pazienti con problemi acuti ma non altrettanto efficaci a curare la maggior parte della popolazione anziana che ha in realtà malattie croniche; a tal proposito sarebbe quindi necessario un cambio di direzione che permetta di spostare l'attenzione sui secondi. Un esempio a tal proposito è quello dei casi di demenza che oggi interessa circa 47 milioni di persone, non contando che questo numero in futuro è destinato inevitabilmente a crescere; tra i Paesi OCSE l'Italia è uno degli Stati in cui si registra un numero molto elevato di persone in questo stato e calcolando che non esiste nessun tipo di cura per questa malattia i pazienti e le proprie famiglie si ritrovano a vivere situazioni di grandi difficoltà, confermando quindi l'inadeguatezza del sistema sanitario attuale. A tal proposito ai medici dovrebbe essere offerta una più ampia specializzazione nel settore, dovrebbero essere forniti strumenti più efficaci per affrontare il problema ed infine dovrebbe essere semplificato il dialogo tra servizi sanitari e sociali.³⁶ Oltre al problema dell'invecchiamento demografico, a destare

³⁴ F. Toth, "La sanità in Italia", Bologna, 2014, pag 116

³⁵ <http://www.oecd.org/health/preventing-ageing-unequally-9789264279087-en.htm>

³⁶ Fonte M. R. Fontebelli, "Quotidiano Sanità", 2016, Link http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=35237

preoccupazione c'è anche la probabile riduzione delle risorse finanziarie destinate al Ssn. Dai primi anni duemila, la curva del finanziamento del Ssn è sempre cresciuta con un tasso di crescita del 3.9% annuo; dal 2013 una serie di manovre³⁷ finanziarie hanno provocato un definanziamento di questo settore (Figura 4). Coloro che si sono maggiormente lamentati per i tagli effettuati al Ssn sono stati i governi regionali in quanto è loro

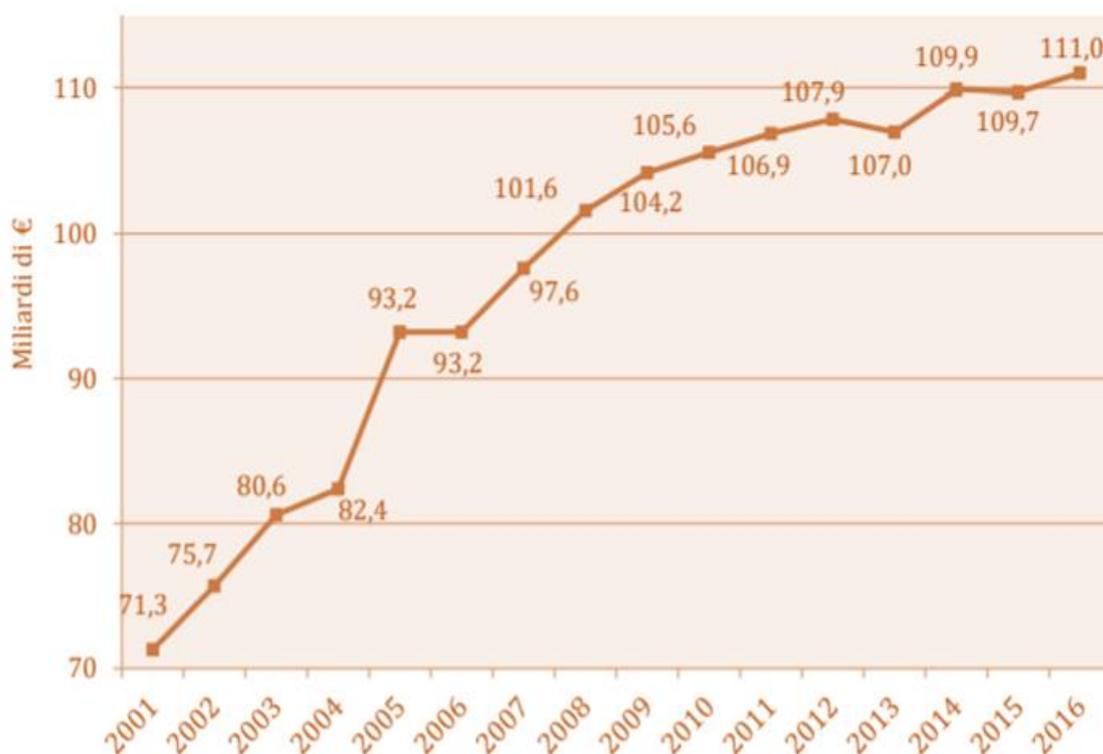


Figura 4 Finanziamento del Ssn a carico dello stato: trend 2001-2016

³⁷ Principali riforme finanziarie:

-23 settembre 2013. La nota di aggiornamento del DEF 2013 programma un definanziamento che riduce progressivamente la quota di PIL destinata alla sanità pubblica dal 7,1% al 6,7%.

- 20 dicembre 2013. La Legge di Stabilità 2014 riduce il finanziamento per la sanità di oltre 1 miliardo di euro: € 540 milioni nel 2015 e € 610 milioni nel 2016.

- 4 agosto 2015. Con il DL Enti Locali il finanziamento del SSN per gli anni 2015 e 2016 si riduce complessivamente di € 6,79 miliardi rispetto a quanto previsto dal Patto per la Salute.

-11 febbraio 2016. Un'intesa Stato-Regioni sancisce che il contributo alla finanza pubblica per gli anni 2017-2019 graverà quasi del tutto sulle spalle della sanità (€ 3,5 miliardi per il 2017 e € 5 miliardi per il 2018 e 2019) e determina il fabbisogno sanitario nazionale in € 113 miliardi per il 2017 e in € 115 miliardi per il 2018.

Fonte: Secondo Rapporto sulla Sostenibilità del Ssn
http://www.rapportogimbe.it/2_Rapporto_GIMBE_Sostenibilita_SSN.pdf

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Salute

responsabilità garantire ai cittadini lo stesso livello di assistenza garantito in passato, avendo però a disposizione meno risorse finanziarie e chiaramente i suddetti tagli mettono a serio rischio i servizi fondamentali per i cittadini.³⁸ Se ad oggi le risorse destinate al Ssn sono insoddisfacenti, le proiezioni future sembrano essere ancor più preoccupanti: nel Secondo Rapporto sulla sostenibilità del Ssn viene effettuata una comparazione del Documento di Economia e Finanza (DEF) per gli anni 2017, 2018 e 2019. L'interpretazione dei DEF ed il confronto con i Documenti del 2015 e 2016 ci dice in modo chiaro che, se nel biennio soprannominato emergono previsioni ottimistiche nel medio periodo, nel lungo invece si assiste ad un enorme crollo della spesa, rendendo nulla l'ipotesi di un incremento della stessa al 2020 di circa 2.5 miliardi (rispetto al 2019). Insieme all'incremento della spesa, crolla chiaramente anche il tasso di crescita che dal 2% nel 2015 viene più che dimezzato col DEF 2017 (quindi al di sotto dell'1%). (Figura 5)

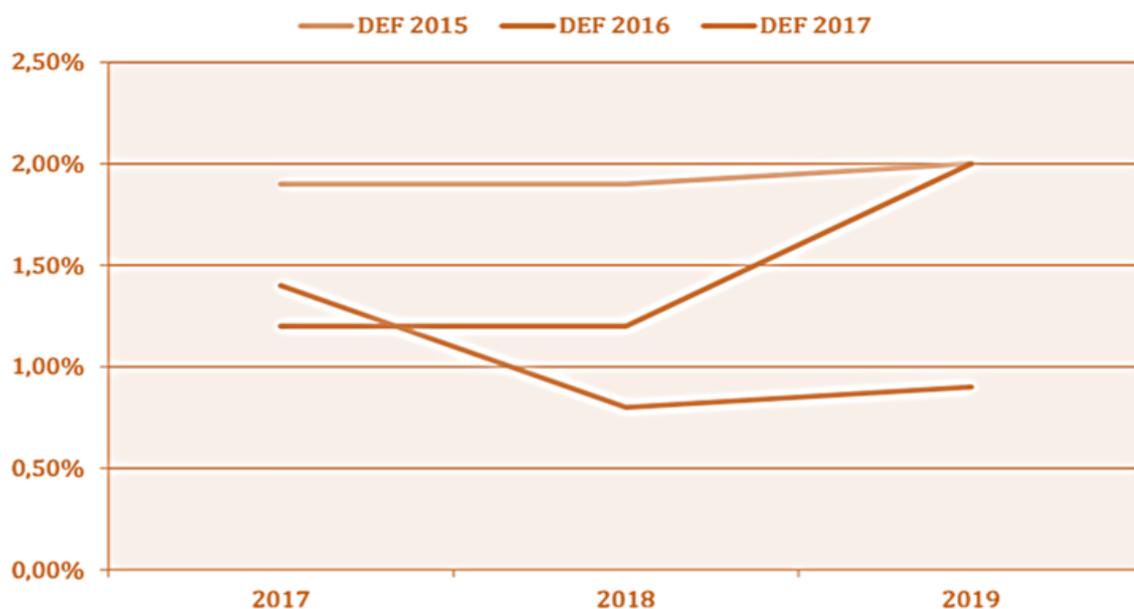


Figura 5 Tassi di variazione % della spesa sanitaria '17-'19 stimata sui DEF '15-'16-'17

³⁸ F. Toth, "La sanità in Italia", Bologna, 2014, pag 118

Alla luce dei dati sovraesposti una cosa certa c'è, ossia che gli unici a dover subire silenziosamente il tutto sono proprio i cittadini, a coloro ai quali, secondo i principi alla base del Ssn, è rivolto il Servizio sanitario stesso. Le conseguenze con cui i cittadini devono confrontarsi sono principalmente due: l'allungamento dei tempi d'attesa e l'aumento del prezzo del ticket. Entrambi gli aspetti appena citati potrebbero inevitabilmente tradursi nella soluzione più ovvia e comoda per i cittadini ovvero quella di orientare le proprie scelte verso settore privato e quello che ne deriverebbe sarebbe una grande perdita di fiducia nei confronti della sanità pubblica.

Se per trent'anni il Ssn ha assicurato ai propri cittadini cure di alto livello e accessibili a tutti in modo equo, oggi si trova ad operare in un campo minato da problemi economici, etici e tecnici; viene quindi da chiedersi quale possa essere il futuro di questa grande macchina che è il Servizio Sanitario Nazionale italiano. Se da una parte ci sono i grandi sostenitori della sanità integrativa, dall'altra abbiamo coloro che credono che una rivisitazione della normativa e dell'organizzazione del Ssn, possa bastare a risollevare le sorti settore sanitario. I primi sostengono che sia necessario un reinserimento del pilastro della assicurazione sanitaria integrativa a sostegno di quella pubblica, che ormai, da sola, non riesce più a sostenere il peso delle richieste di cure da parte dei propri cittadini. *«Le malattie un tempo mortali sempre più spesso diventano croniche. Gli italiani vivono più a lungo, hanno bisogno di più cure rispetto al passato e lo Stato non ce la fa a far fronte a vecchi e nuovi bisogni»* e ancora *«Anche in Italia si dovrebbe rendere obbligatoria un'assicurazione sanitaria integrativa un po' come avviene in Francia, Germania e Gran Bretagna»*, questo è quello che ha affermato Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di RBM Salute in un'intervista

rilasciata a Repubblica.³⁹ Insomma introdurre elementi di competitività controllata attraverso forme di partnership pubblico-privata potrebbe sicuramente evitare un eccessivo irrigidimento del sistema.

Come già accennato, dall'altra parte c'è chi sostiene la riorganizzazione in tutte le sue parti del Ssn, dove riorganizzazione sta per prevenzione delle malattie tramite l'efficientamento delle strutture sanitarie, riduzione delle disparità nell'erogazione dei servizi necessari al cittadino, semplificazione dei processi burocratici che interessano il settore sanitario ed infine l'integrazione della politica sanitaria già esistente con il mutamento delle priorità industriali del Paese. Quest'ultimo aspetto è molto rilevante: si parla infatti di un cambiamento radicale in cui sistema sanitario si dovrebbe trasformare da un "centro di costo" - basato sul concetto di *spendere* risorse per il settore sanitario - ad un "centro d'investimento e promozione delle eccellenze", basato sul concetto dell'*investire* risorse.

³⁹ Articolo al link [http://www.repubblica.it/economia/affari-e-finanza/2017/11/20/news/lo stato non basta pi per una sanit efficiente serve quella integrativa-181590192/](http://www.repubblica.it/economia/affari-e-finanza/2017/11/20/news/lo_stato_non_basta_pi_per_una_sanit_efficiente_serve_quella_integrativa-181590192/)

Corruzione

[cor-ru-zió-ne] n.f.

dal lat. corruptiōne(m), deriv. di corrupĕre ‘corrompere’

1. *L’opera di chi istiga a compiere atti illeciti o immorali | (dir.) reato commesso dal pubblico ufficiale che riceve denaro o altri beni per compiere atti contrari ai suoi doveri d’ufficio e da chi offre il denaro o i beni;*
2. *Depravazione, immoralità;*
3. *Alterazione, disfacimento | alterazione di forma, di stile;*

“Abuso della fiducia pubblica e del potere per l’ottenimento di vantaggi privati”

Trasparency International
(Associazione non governativa contro la corruzione)

CAPITOLO 2

Evoluzione dei processi corruttivi in sanità

Il fenomeno della corruzione, seppur in modo differente, si è sviluppato negli anni in tutti i Paesi europei, tanto che la Commissione Europea dal 2011 ha deciso di adottare un Piano anticorruzione⁴⁰ basato principalmente sulla pubblicazione di un rapporto biennale attraverso il quale ogni Paese membro ha la possibilità di spiegare quali siano gli impegni assunti in materia di anticorruzione. Prima del 2011 i Paesi europei non possedevano una base comune di controllo e misurazione dei livelli di corruzione che riuscisse a fare luce sull'origine e sull'evoluzione del fenomeno corruttivo nei diversi settori di gestione pubblica. Da qui, l'idea di un piano comune che riuscisse a raccogliere e diffondere dei dati ufficiali riguardanti i fenomeni corruttivi dei diversi paesi. Il piano ha dato i suoi frutti dal 2014 anno in cui la Commissione Europea, dopo aver analizzato i dati ricavati dai rapporti dei diversi Paesi membri, ha pubblicato la prima "Relazione dell'UE sulla lotta alla corruzione"⁴¹ la quale ha confermato che il fenomeno è presente in tutti gli Stati membri e ha inoltre dimostrato come il fenomeno corruttivo sia meno presente nei Paesi che anni addietro hanno adottato politiche

⁴⁰ Il Piano ha sottolineato i seguenti argomenti d'interesse: 1. Sviluppo di parametri comuni di riferimento allo scopo di misurare gli sforzi dei Paesi nella lotta alla corruzione; 2. Sviluppo di una politica globale sull'anti-corruzione; 3. Lotta all'evasione fiscale ed alla corruzione nel settore privato; 4. Individuazione degli abusi sul mercato e sull'appropriazione indebita di fondi; 5. Cooperazioni con gli organismi GRECO (Gruppo di Stati contro la corruzione), UNCAC (Convenzioni delle Nazioni Unite contro la corruzione) e OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico). <http://anticorruzione.eu>

⁴¹ Relazione in allegato al sito http://europa.formez.it/sites/all/files/eu_anticorruption_report_0.pdf

preventive come codici etici e di condotta e la possibilità di accedere a tutti i documenti pubblici.⁴²

2.1 Europa e corruzione: Stati Membri a confronto

Nonostante i cittadini europei spendano circa mille miliardi nel settore sanitario, quest'ultimo rimane in tutti i Paesi uno dei settori più vulnerabili al fenomeno della corruzione. Al di là del valore monetario la corruzione in sanità ha un impatto decisamente più significativo sulla società e sui singoli individui dato che la corruzione, nella grande maggioranza dei casi potrebbe comportare l'erogazione di servizi sanitari scadenti, mettere a rischio i principi alla base del servizio sanitario aumentando di conseguenza il gap tra i diversi gruppi socio-economici, la divisione non corretta dei fondi destinati al settore sanitario, ma soprattutto comporterebbe sfiducia nel servizio sanitario.⁴³ Nel summit internazionale tenutosi nel mese di giugno a Roma, organizzato dall' European HealthCare Fraud & Corruption Network (EHFCN), sono stati presentati i risultati ottenuti dall'analisi dei "Rapporti Nazionali su Corruzione e Frode in Sanità" di nove Paesi⁴⁴ tra cui l'Italia. I risultati hanno evidenziato tre principali tipi di frode riguardanti il sistema sanitario: il cosiddetto charging ossia il ricarico di cure eccessivamente costose consistente nella sostituzione di un determinato servizio con uno più costoso per fini di lucro; il ricarico per servizi non forniti; la fornitura di servizi inutili come ad esempio l'eccessivo numero di parti cesarei in Italia (50% contro una media OMS

⁴²Fonte: <http://anticorruzione.eu>

⁴³ "Libro bianco sulla corruption in sanità", 2014, pag 63

⁴⁴ Belgio, Francia, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Slovenia e Regno Unito

del 15%). In particolare nei suddetti Paesi scarseggia in modo massiccio il controllo all'obbligo di fatturazione: alcuni medici/strutture decidono di fatturare meno rispetto al prezzo del servizio erogato, altri invece decidono di non fatturare affatto.

Volendo fare qualche esempio possiamo riferirci al Regno Unito e al Belgio: nel primo sono stati rilevati circa 4800 casi di frode solo nel biennio 2014-2015 il che significa circa 400 casi al mese, riconducibili ad abuso d'ufficio, corruzione e illeciti economici; in Belgio invece, l'ispezione sanitaria governativa ha individuato circa un milione e duecento mila infrazioni solo nel 2015.⁴⁵

L'European HealthCare Fraud & Corruption Network (EHFCN) ha portato avanti uno studio che potesse aiutare a capire l'estensione, la natura e l'impatto del fenomeno della corruzione nei Paesi europei, prendendo in esame tre aree specifiche del sistema sanitario: erogazione dei servizi medici, certificazione e fornitura dei dispositivi medici ed appalti e autorizzazioni dei prodotti farmaceutici. Lo studio si basa principalmente su una ricerca documentaria e su interviste a funzionari della Comunità Europea, ad operatori sanitari e a rappresentanti delle industrie mediche, le cui informazioni sono state raccolte e analizzate per produrre un insieme di conclusioni e raccomandazioni. Dalla ricerca sono scaturiti 86 casi di corruzione del settore sanitario di cui 57 riguardanti la fornitura di dispositivi medici e prodotti farmaceutici e 17 casi relativi a pagamenti illeciti relativamente alla fornitura di servizi medici. Quest'ultimo però, nonostante il numero di casi sia inferiore rispetto ai primi, sembra essere in realtà il fenomeno più diffuso (il numero inferiore dei casi scoperti potrebbe derivare dal fatto che questo

⁴⁵ C. Lucchini, "Corruzione e frodi in sanità: i Paesi europei a confronto", 17 luglio 2017
<http://www.tecnicaospedaliera.it/corruzione-frodi-sanita-paesi-europei-confronto/>

fenomeno sia quello più difficile da scovare). Buona parte dei 17 casi individuati negli Stati europei si riferisce a trattamenti di favore, in particolare alla pratica di scavalcare le liste di attesa; similmente a questa pratica ritroviamo anche l'uso illecito da parte dei medici del proprio doppio incarico, dove l'uso illecito sta nel dirottare parte dei pazienti nei propri studi privati in modo da ricavarne un compenso maggiore. La questione degli appalti risulta essere abbastanza complessa soprattutto per il numero di attori che essa coinvolge (parliamo di medici, società intermedie e aziende in concorrenza), ma anche per le grandi tangenti invisibili sotto forma di sponsorizzazioni. Riguardo i sistemi che potrebbero far calare il livello di corruzione negli appalti, ci sono due idee contrastanti: da una parte quella di coloro che credono che un meccanismo centralizzato di appalti, con standard nazionale e prezzi fissi per tutte le aziende, possa essere l'unico modo per far calare la corruzione di questo fenomeno; dall'altra ci sono coloro che credono che un sistema centralizzato possa essere un bersaglio più semplice da colpire da parte di lobbying o gruppi politici, favorendo perciò un sistema maggiormente decentralizzato. (Figura 6)

Ultima area soggetta ad un alto livello di corruzione è quella dei rapporti commerciali illeciti. Questi ultimi, riguardanti principalmente prodotti farmaceutici e attrezzature mediche, sono particolarmente difficili da individuare perché spesso il fenomeno corruttivo si sostanzia in denaro, viaggi o addirittura attività ricreative ovviamente più difficili da individuare. L'obiettivo del promuovere farmaci o attrezzature mediche dovrebbe essere quello di creare una sorta di fedeltà tra il medico operatore sanitario e l'azienda produttrice, che tutto sommato non sembrerebbe niente di sbagliato se non fosse per il fatto che a pagarne le spese sono i cittadini, ai quali vengono prescritti farmaci non

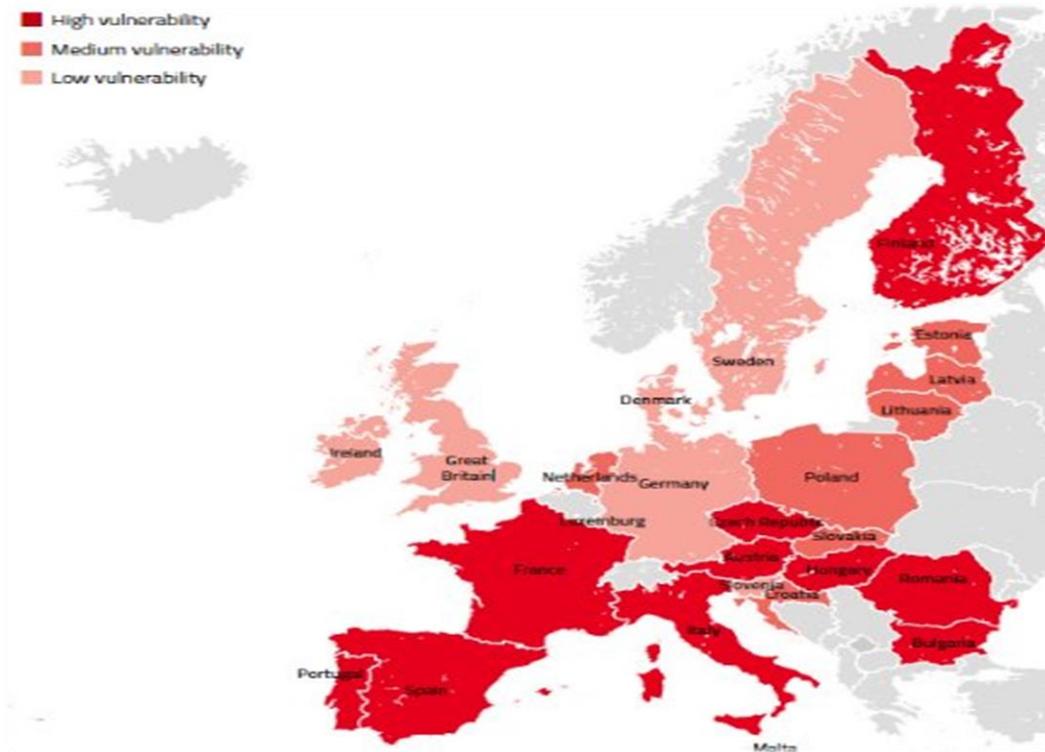


Figura 6 Vulnerabilità dei Paesi Europei al fenomeno di corruzione negli appalti in materia sanitaria.

Fonte: "Warning on crime", 2016, Ricerca dell'Università degli studi di Torino

solo in quantità eccessive ma spesso anche inutilmente, solo per aumentarne il consumo e quindi il costo dello stesso.

Rimane da capire in che modo il fenomeno della corruzione in queste specifiche aree possa essere placato. A tal proposito è doveroso dire che una legislazione chiara ed applicata in modo coerente non basta, bensì è necessario che questa sia accompagnata da cambiamenti strutturali e funzionali. Dal punto di vista strutturale bisognerà innanzitutto innalzare il livello di gestione che risulta essere insufficiente in molti Paesi portando inevitabilmente all'erogazione di servizi sanitari qualitativamente scarsi, ma

anche aumentare le risorse economiche necessarie alla ricerca medica ed una distribuzione delle risorse più omogenea in grado di eliminare il gap economico tra i cittadini. La trasparenza è un altro elemento importante: Austria e Croazia ad esempio, attraverso delle liste d’attesa trasparenti, hanno fatto un grande passo avanti verso la diminuzione del fenomeno corruttivo; stessa cosa che accade in Estonia, Lituania, Slovacchia e Spagna dove i medici, per contrastare la corruzione legata alla vendita di prodotti farmaceutici specifici, si impegnano a prescrivere farmaci generici al posto di quelli di marca. Ancora alcuni Paesi Membri hanno istituito meccanismi di controllo specifici per il settore sanitario con il compito di controllare che non si verifichi nessun tipo di truffa e in caso contrario, dovrebbero essere autorizzati ad imporre sanzioni (non necessariamente devono essere creati organizzazioni o enti separati, bensì le agenzie o comunque strutture già attive nel settore del controllo potrebbero dotarsi di personale che si occupi esclusivamente del settore sanitario). Anche le campagne di sensibilizzazione e le linee di segnalazione potrebbero essere una buona soluzione a scoraggiare i fenomeni corruttivi, come avviene in Slovacchia dove sono i medici stessi ad intraprendere manifestazioni contro la corruzione, o come nel Regno Unito dove è stata istituita la cosiddetta ‘*Hotline*’ attraverso la quale chiunque voglia ha la possibilità di denunciare qualsiasi tipo di inefficienza o truffa riguardante l’ambito sanitario. Per far sì che questo si realizzi in modo concreto, è chiaramente necessario che queste misure siano adottate univocamente da tutti gli Stati Membri, soprattutto adottando dei Codici di Comportamento ed un Codice Etico.⁴⁶

⁴⁶ “Libro bianco sulla Corruption in Sanità”, 2014, Capitolo Quarto pag 64 a 69

2.2 Come e quando nasce il fenomeno corruttivo nella sanità italiana

La sanità italiana è fra i settori più colpiti da fenomeni di corruzione ma nonostante ciò, ad oggi, non è ancora possibile capire in che misura il fenomeno sia diffuso.

I primi episodi riconducibili ad azioni vere e proprie di corruzione si sono verificati a partire dal 1992 anno in cui iniziano gli scandali di “Mani Pulite”. Il 17 febbraio 1992 Mario Chiesa, presidente del “*Pio Albergo Trivulzio*”, un istituto milanese di assistenza agli anziani, venne colto in flagranza mentre intasca circa sette milioni di lire da Luca Magni, titolare di un’impresa di pulizie incaricato della fornitura di servizi alla clinica. Interrogato, confessò di aver accettato la prima tangente già nel 1974, all’epoca capo di un ufficio tecnico di un noto ospedale milanese; scontata la sua pena, nel 2009 fu nuovamente arrestato per episodi corruttivi nel settore dei rifiuti e nel 2012 fu di nuovo coinvolto in un’inchiesta riguardante il settore sanitario.⁴⁷ Nelle sue confessioni Chiesa non si limitò ad elencare una ad una tutte le aziende che gli avevano versato dei soldi, bensì fece anche i nomi di tutti i politici con i quali aveva diviso le diverse tangenti; le confessioni di Chiesa portarono all’immediato arresto di diversi imprenditori i quali scatenarono un effetto domino di confessioni riguardanti i soggetti coinvolti. Le stesse confessioni portarono all’apertura di un maxi processo che coinvolse non solo buona parte dei politici italiani, ma anche un gran numero di imprenditori. Il suddetto processo, chiamato “*Enimont*”, accusava i soggetti soprannominati di aver accettato una maxi tangente consistente in circa 150 milioni di lire, utilizzati per il cosiddetto “Finanziamento illecito” ossia il finanziamento dei

⁴⁷ Libro bianco sulla Corruption in Sanità, 2014, pag 42

partiti in modo illegale: il denaro, sotto forma di titoli di Stato venne depositato in banche off-shore per essere poi destinato ai diversi partiti. Uno dei volti politici più noti coinvolti in questo processo fu quello di Bettino Craxi, il quale durante una deposizione, nel dicembre del 1993, rilasciò la seguente dichiarazione: *«Sono sempre stato al corrente della natura non regolare dei finanziamenti ai partiti e al mio partito. [...] In Italia il sistema di finanziamento ai partiti e alle attività politiche in generale contiene delle irregolarità e delle illegalità, io credo, a partire dall'inizio della storia repubblicana. Questo è un capitolo, che possiamo anche definire oscuro della storia della democrazia repubblicana, ma da decenni il sistema politico aveva una parte, non tutto, una parte del suo finanziamento, che era di natura irregolare o illegale; e non lo vedeva solo chi non lo voleva vedere e non ne era consapevole solo chi girava la testa dall'altra parte. I partiti erano tenuti ad avere dei bilanci in parlamento, i bilanci erano sistematicamente dei bilanci falsi, **tutti lo sapevano**, ivi compreso coloro i quali avrebbero dovuto esercitare funzioni di controllo [...]»⁴⁸*

Ripercorrendo il lungo cammino di Tangentopoli ci si rende conto facilmente dell'esistenza di un sistema corruttivo ben assestato da assecondare o da rifiutare, rischiando di non ottenere mai i risultati sperati; si parla di un sistema gelatinoso che all'apparenza sembra essere composto da soggetti tra loro completamente scollegati che in realtà sono legati da un accordo corruttivo sotterraneo basato esclusivamente sullo scambio di favori. La volontà o meno di aderire a questo schema corruttivo può essere spiegato dalla cosiddetta teoria dei giochi, la quale ci dice che alla base di ogni tipo di cooperazione illecita, consistente nell'anteporre gli interessi personali a

⁴⁸ <http://espresso.repubblica.it/attualita/2017/02/15/news/mani-pulite-i-10-verbali-che-hanno-cambiato-l-italia-le-confessioni-nelle-carte-originali-1.295481>

quelli collettivi, diventi la base in ambienti privi di controllo, regole e prevenzione proprio perché crea un equilibrio strategico per i partecipanti.⁴⁹ Il suddetto schema nel settore sanitario si è sviluppato in modo forte ed è man mano emerso attraverso una lunga serie di scandali che hanno profondamente segnato il sistema sanitario italiano. Tangenti, salute, potere e profitti sono le parole chiave di un sistema malavitoso che intasa le procure di tutta la penisola. A partire dalla vicenda di Tangentopoli gli scandali nel settore sanitario cominciano a susseguirsi in modo costante e questo perché il settore sanitario e quindi la prevenzione e la tutela della salute pesano per circa il 70% sui bilanci delle singole regioni e per quasi il 9% sul PIL. Il primo grande scandalo di corruzione nel settore sanitario travolse l'ex ministro della Sanità Francesco De Lorenzo; nel 1994 le accuse che lo condannarono a cinque anni di carcere parlavano di circa nove miliardi di lire a lui pagate da alcuni industriali farmaceutici durante gli anni di carica come ministro. Le accuse però non finirono e nel 1991 insieme a Dulio Poggiolini, direttore generale del servizio farmaceutico nazionale, introdusse l'obbligo di vaccinazione contro l'epatite B; peccato però che dopo poco tempo si scoprì che il vero motivo per il quale si rese obbligatorio il suddetto vaccino fu una tangente di circa seicento milioni di lire pagata dalla Glaxo SmithKline, azienda produttrice del vaccino. Il 1993 vide nuovamente coinvolto Poggiolini, accusato di intascare tangenti dalle case farmaceutiche per inserire i loro prodotti nei prontuari; il giro di tangenti che interessava l'ex direttore generale del servizio farmaceutico nazionale era talmente grande che al momento dei sequestri dei beni personali vennero trovate quantità tali di oro e denaro tanto da soprannominarlo il "Re Mida della sanità". Poggiolini, coinvolto anche nello scandalo del plasma infetto

⁴⁹ "Libro bianco sulla Corruption in Sanità", 2014, pag 43

trasfuso ai pazienti tra il 1985 e il 2008, è ancora oggi sotto processo. Pochi anni più tardi, nel 1997, a Milano si aprì una nuova inchiesta soprannominata “Lastre pulite”. Giuseppe Poggi, il titolare di un grande centro di medicina nucleare riuscì a corrompere, sempre in cambio di tangenti di denaro, molti medici Milanesi affinché dirottassero molti dei loro pazienti proprio nel suo centro. Dal 2001 al 2008 il Piemonte diventa il palcoscenico della maggior parte degli scandali riferiti al settore sanitario: nel 2001 la Guardia di Finanza immortalava l’immagine di un’imprenditrice cuneese che versava una tangente di 15 milioni di lire nelle mani del direttore generale dell’ospedale Molinette di Torino; nello stesso anno, insieme al direttore soprannominato, furono indagati altri dieci personaggi noti della scena torinese, coinvolti in un giro di tangenti atte a favorire appalti di vario genere, dal settore edile alla fornitura di materiale sanitario. L’ospedale Molinette di Torino nel 2003 fu ancora nell’occhio del ciclone: scoppiò infatti il cosiddetto scandalo delle “Valvole Killer”: Michele Di Summa e Giuseppe Poletti, direttori del reparto di cardiocirurgia, vennero indagati con l’accusa di aver impiantato in 134 pazienti delle valvole cardiache difettose allo scopo di intascare del denaro per l’assegnazione della fornitura del materiale da parte di due aziende specifiche; nel 2007 i due cardiocirurghi vennero assolti dalle accuse di omicidio colposo e lesioni, ma furono condannati a quasi tre anni di carcere per le accuse di corruzione. L’inchiesta torinese si allargò nel 2003 anche a Padova, dove Casarotto, anch’esso primary di cardiocirurgia, venne condannato con le stesse accuse per aver impiantato lo stesso tipo di valvole anche ai propri pazienti (condannato nel 2008 a sette anni di carcere fu assolto dalla cassazione pochi anni più tardi). Dal 2007 invece una serie di eventi corruttivi cominciò a riguardare la regione Lombardia. Proprio in quell’anno la Guardia di Finanza portò alla luce una serie di eventi che coinvolgevano la famosa clinica privata Santa Rita; venne scoperto che al

fine di ottenere i rimborsi dalla regione all'interno dell'ospedale venivano effettuate decine di interventi chirurgici senza alcuna necessità, tanto da portare anche alla morte accertata per queste cause di quattro persone; il primario di chirurgia toracica, Massone, fu condannato all'ergastolo anche in appello. Sempre in Lombardia nel 2011 scoppiò il caso Daccò, l'imprenditore Lombardo accusato di aver svuotato le casse dell'Ospedale San Raffaele di Milano costringendo la stessa Fondazione alla bancarotta; nello specifico l'imprenditore, con il sotterfugio del gonfiare decine e decine di fatture, riceveva enormi quantità di denaro dal direttore finanziario Mario Cal (sucida in seguito a questa storia), braccio destro del fondatore del San Raffaele, Don Luigi Verzè. L'anno successivo Daccò venne coinvolto anche nello scandalo riguardante la fondazione Maugeri di Pavia: insieme al suo socio Antonio Simone, venne infatti accusato di aver corrotto l'ex Presidente della Regione Lombardia Formigoni, attraverso tangenti sotto forma di viaggi lussuosi, benefits e contanti ottenendo in cambio circa 200 milioni di euro per prestazioni sanitarie non tariffabili grazie a delibere approvate ad hoc dalla giunta regionale presieduta da Formigoni. Le vicende corruttive nel settore sanitario però non si limitano alle regioni del nord. Nel 2006 la regione Lazio divenne teatro di scandalo: si aprì a Roma il caso dell'imprenditrice Iannuzzi, ricordata anche come Lady Asl, la quale, nota per essere la proprietaria di diversi istituti fisioterapici in convenzione, confessò di aver pagato tangenti a politici, funzionari e dirigenti regionali affinché ricevesse indebitamente rimborsi per le proprie strutture. Nel 2015 Mario Mantovani, ex assessore alla Sanità della regione Lazio, all'epoca della giunta Maroni, venne arrestato per accuse riguardanti atti corruttivi nel settore degli appalti sanitari. Altra regione interessata da episodi corruttivi nel settore sanitario fu la regione Abruzzo; nel 2008 infatti venne arrestato Ottaviani, ex Presidente della regione, accusato di associazione a delinquere,

corruzione e concussione per gestione privata di sanità. Ultimo caso eclatante riguarda invece la regione Puglia ed in particolare il Senatore Tedesco, accusato di essere al centro di un “Sistema clientelare” fatto di lottizzazione sistematica per le nomine dei primari e dei manager delle Asl pugliesi. Il tribunale di Bari ha rigettato l’istanza di misura cautelare per i vari indagati sostenendo che dal 2005 al 2009 la sanità pugliese sia stata dominata da situazioni di forte clientelismo.⁵⁰

I casi sopra elencati hanno come comune denominatore lo scambio di tangenti sia sotto forma di denaro sia in altre forme che spesso possono essere giustificate meglio agli occhi degli accusatori; a monte degli episodi corruttivi esistono delle particolari problematiche in particolari settori/ambiti che dovrebbero essere maggiormente tenuti sotto controllo. In particolare parliamo di: scorrettezze nelle *nomine* del personale e della dirigenza sanitaria e amministrativa; problemi riguardanti il settore *farmaceutico* tra cui la falsa ricerca scientifica e il grande aumento dei prezzi dei farmaci; tutte le attività di *procurement* come le gare d’appalto non necessarie, orientate o addirittura cartelli e le false attestazioni di forniture; infine l’atteggiamento di *negligenza* da parte del personale sanitario che incide particolarmente soprattutto per quanto riguarda lo scorrimento delle liste d’attesa, il dirottamento verso la sanità privata, le false dichiarazioni e i mancati versamenti intramoenia. Il rischio che possano accadere fenomeni corruttivi non è uguale in ogni periodo e per ogni ambito, infatti è strettamente legato a degli specifici fattori di rischio detti “*drivers*”: questi possono essere generali o specifici a seconda che essi si riferiscano al fenomeno corruttivo in senso globale o siano invece riferiti al settore sanitario.⁵¹ I tre principali

⁵⁰ <http://www.lapresse.it/sanita-25-anni-di-scandali-da-poggiolini-al-caso-rizzi.html>

⁵¹ “Libro Bianco sulla Corruption in Sanità”, 2014, pag 48

drivers specifici del settore sanitario sono stati individuati nel 2006 e pubblicati nel “Global Corruption Report”⁵² di Transparency International e sono *asimmetria informativa, complessità del sistema sanitario ed incertezza/debolezza del quadro normativo*. L’asimmetria informativa espone al rischio di corruzione sia i cittadini in quanto pazienti, sia le aziende che entrano in contatto con i responsabili pubblici del settore sanitario; il cittadino, rispetto al medico, è più debole e chiaramente meno informato rispetto a tutto ciò che riguarda il settore sanitario e proprio per questo è il medico a creare domanda e offerta sanitaria. Nello specifico il cittadino ha il diritto di soddisfare il proprio bisogno sanitario e non avendo informazioni sufficienti chiede al proprio medico di indirizzarlo verso ciò di cui ha bisogno e il medico, in quanto tale, può agire con le proprie competenze fin dove è possibile, oppure se necessario richiede altri servizi per esso generando quindi per suo conto domanda sanitaria, nella maggior parte dei casi attraverso la prescrizione dei medicinali. E’ proprio in quest’ultimo passaggio che tendenzialmente nasce l’atto corruttivo e più nello specifico nasce quando il medico decide di prescrivere un farmaco non necessario ad un determinato paziente solo perché spinto dalla prospettiva di ricevere vantaggi privati dall’azienda produttrice del farmaco. Spesso lo schema corruttivo si viene a creare anche di fronte all’incompetenza, dolosa o meno, di coloro che si trovano ad acquistare un servizio o un bene da una determinata azienda: spesso la Pubblica Amministrazione risulta essere poco competente rispetto alle innovazioni tecnologiche in campo sanitario, limitando la scelta di un determinato bene o servizio sanitario a criteri inadeguati e spesso obsoleti.

⁵²http://issuu.com/transparencymagazine/docs/2006_gcr_healthsector_en?mode=window&backgroundcolor=%23222222

Riguardo la complessità organizzativa del sistema sanitario, facciamo nello specifico riferimento al decentramento delle strutture sanitarie che rende inevitabilmente più difficile il controllo del complesso sanitario generale e la moltiplicazione dei centri di potere i quali risultano essere luoghi di sviluppo dei fenomeni corruttivi. Come già accennato in precedenza, la materia sanitaria è di competenza mista, vale a dire statale per quanto riguarda la gestione della spesa, regionale rispetto all'organizzazione dell'offerta e aziendale rispetto all'organizzazione interna delle ASL. Queste ultime in particolare essendo quelle che si relazionano direttamente con i cittadini e con i fornitori esterni di servizi offerti, risultano essere maggiormente complesse dal punto di vista strutturale e gestionale ed è proprio questa complessità e questa molteplicità di sedi che moltiplicano le opportunità di corruzione. Questo avviene soprattutto perché a livello locale i dirigenti amministrativi godono di ampio potere decisionale atto alla direzione dell'intera azione amministrativa sanitaria basata su atti amministrativi che spesso sfuggono ad ogni controllo; chiaramente i problemi appena elencati sono esterni rispetto alla gestione interna alle aziende sanitarie, o meglio, la divisione dei compiti ai diversi livelli di governo è cosa separata dalla buona gestione interna alle aziende sanitarie. Infatti, ciò che è endogeno alle aziende sanitarie e che non dovrebbe permettere ai fenomeni corruttivi di permeare all'interno delle strutture sanitarie è l'organizzazione delle stesse. Più che di organizzazione però, risulta più semplice parlare di disorganizzazione delle strutture che può essere fisiologica, colposa (per carenze di risorse) ma molto spesso dolosa ossia volta volontariamente a creare contesti incontrollabili all'interno dei quali conseguire atti volutamente illeciti, perché minore è l'organizzazione interna maggiore sarà la possibilità di tenere nascosti atti frutto di accordi illeciti o semplicemente di negligenza nella gestione e quindi nel lavoro.

L'ultimo driver, come accennato, da riferimento alla debolezza delle norme che riferiscono al settore sanitario. Il quadro normativo disciplinante del Ssn è composto da un'enorme quantità di norme e questo aggrava la situazione generale delle aziende sanitarie conducendole spesso ad uno stato di paralisi. Il suddetto quadro è complesso e suddiviso in norme costituzionali, statali, regionali, comunali e ancora atti di programmazione fino ad arrivare a statuti aziendali adottati dalle Aziende sanitarie; il problema più grande però, al di là della normativa variegata, è che la buona parte delle leggi risultano essere o inadeguate o rese non compiutamente esecutive ed in questo modo si aprono le porte alla corruzione in quanto non riescono a chiarire funzioni e poteri, possono inoltre non garantire l'allocazione risorse in modo meritocratico o usano un linguaggio troppo ambiguo. Nonostante le grandi riforme fatte negli anni, sembrerebbe che alcune di queste siano state spesso contornate da una serie di atti necessari ad integrare, correggere, finanziare, derogare o sanare, ma nessuna di queste può dirsi terminata in modo soddisfacente. Le difficoltà a livello legislativo si registrano soprattutto a livello regionale e sub-regionale in quanto le differenze regolamentari tra le diverse regioni risultano essere macroscopiche. In alcune regioni ad esempio le norme vengono volutamente forzate per favorire alcuni soggetti piuttosto che altri, mentre in altre regioni la mancanza di pianificazione e programmazione ha dato troppa libertà alle strutture sanitarie che hanno stipulato spesso strani accordi con i fornitori facendo discriminazione tra di essi, spesso avvantaggiando i più spregiudicati. Il difetto più grave della normativa vigente è il ricorso, troppo frequente, alla cosiddetta urgenza; essa, permettendo di derogare alle regole esistenti, costituisce spesso una vera e propria forzatura della norma.

Il sistema sanitario italiano sembra essere molto vulnerabile alla corruzione e molti dei momenti di vulnerabilità derivano da azioni che hanno come

scopo quello di aggirare i principi fondanti della corretta amministrazione o quello di invalidare qualsiasi tentativo di controllo/contrasto alla corruzione. Proprio quest'ultimo sembra essere uno dei problemi principale della vulnerabilità del sistema dato che in Italia esiste un sistema di controlli prevalentemente ex-post possibilmente esterni al sistema; i sistemi di controllo e valutazione sono raramente affidati ad organi esterni alla struttura valutata ed i sistemi interni di valutazione soffrono di corporativismo e soprattutto autotutela tanto che nella maggior parte dei casi i dirigenti vengono valutati sempre in modo positivo, così come avviene per le prestazioni che vengono erogate. I controlli ex-post sono negativi per il sistema perché questi intervengono quando esso è stato oramai compromesso avendo già subito i costi diretti (tangenti) e indiretti (servizi scarsi e costi maggiori per la Pubblica Amministrazione) del processo corruttivo. Il sistema di controllo ex post provoca una grave distorsione del sistema che non avverrebbe se vigesse un sistema di controllo ex-ante di tipo preventivo piuttosto che curativo; un sistema di controllo basato sulla prevenzione eviterebbe le infiltrazioni corruttive nel sistema, ma soprattutto eviterebbe di scaricare il compito di controllo a soggetti che in realtà l'unico compito che hanno è di controllare che il cittadino rispetti la legge come forze dell'ordine, settore giudiziario e pubblici ministeri. Il quadro che si crea è un sistema completamente deformato in cui si assiste ad un'inversione di ruoli tra le strutture giudiziarie e la pubblica amministrazione soprattutto perché la domanda di giustizia ha ormai raggiunto livelli troppo alti rispetto alle capacità che il sistema giudiziario riesce ad offrire in materia corruttiva. Preferire il rigore della pena alla prevenzione e ai controlli danneggia anche i diritti di coloro che vogliono tutelare un proprio diritto leso; parliamo ad esempio dei pazienti che per anni attendono una sentenza o delle aziende che sono costrette a decidere bene se agire o meno in giudizio dati i costi

esorbitanti che una causa porterebbe all'azienda stessa. Sia gli enti sia gli operatori del settore risultano essere raramente controllati.

Insieme all'inefficacia dei controlli, altro punto debole del sistema è l'assenza di trasparenza; fino al 1990 addirittura ogni procedimento della Pubblica Amministrazione si è svolto di nascosto da ogni evidenza pubblica, perché non esisteva nessun tipo di legge che obbligasse la PA a rendere pubblici gli atti.⁵³ Dalla Legge 241/90 qualcosa è cambiato in quanto questa ha stabilito che il cittadino può avere la possibilità di avere accesso alle informazioni in presenza di un interesse legittimo o anche solo per il requisito del possedere un diritto soggettivo. Recentemente c'è stata una grande evoluzione in materia, in particolar modo con il decreto attuativo numero 33 in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni il quale obbliga gli Enti Pubblici a pubblicare online tutti i dati riguardanti costi, organizzazione e processi; gli effetti positivi della suddetta Legge sono principalmente due: mettere in luce tutto quello che finora era oscuro ma soprattutto cercare di dissuadere il più possibile dal commettere scorrettezze. Nel settore sanitario in particolar modo il provvedimento ha migliorato l'accesso ai dati che fino ad ora venivano spesso tenuti nascosti in nome della tanto conclamata privacy (ancora oggi il sistema sanitario in nome della privacy tiene nascoste moltissime informazioni che non hanno nulla di sensibile ma che semplicemente rivelerebbero in che modo vengono spese le risorse economiche). In alcuni casi il rischio che si corre è che vi sia effettivamente una dispersione eccessiva di informazioni soprattutto se si pensa che la qualità di questi dati è spesso obsoleta e distorsiva della realtà dei fatti, spesso non veritiera, dati parziali se non del tutto assenti.

⁵³ "Libro bianco sulla corruption in sanità", 2014, pag 57-61

Ad indebolire ancor di più il sistema però c'è anche il problema della lottizzazione politica⁵⁴; questo nel contesto sanitario è talmente tanto evidente che nessuno è in grado di smentirlo. Il problema più grande in questo contesto risulta essere la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie e di tutti gli enti del Servizio sanitario regionale, tanto che la stessa commissione parlamentare ha commentato polemicamente la situazione dicendo che *“La mancanza di autonomia dell'amministrazione sanitaria, a fronte delle spinte che possono talora derivare dalla politica, in un settore dove si spende la gran parte delle risorse pubbliche a livello regionale, è certamente concausa delle cattive gestioni, sia degli acquisti che dei rapporti con gli erogatori del privato accreditato. Dall'istruttoria svolta dalla Commissione è emersa la necessità di introdurre normative che valorizzino l'autonomia dell'azienda sanitaria dalla politica, attraverso l'individuazione di criteri di selezione del direttore generale funzionali a tale obiettivo e basati unicamente sulla ricerca del merito, inteso come possesso di adeguata qualificazione tecnico-professionale.”*⁵⁵ Per fare chiarezza in questo senso, la Legge n° 158/2012 il cosiddetto *“Decreto Balduzzi”*, ha modificato la disciplina di nomina dei direttori generali attraverso la creazione di elenchi regionali di soggetti idonei costituito a valle di una procedura selettiva svolta da una commissione di esperti indipendenti, procedura a cui potranno accedere coloro che documenteranno, oltre ai titoli richiesti quali laurea e master, un'adeguata esperienza dirigenziale nel settore (minimo quinquennale per i provenienti dal settore sanitario e settennale in altri settori). Per la nomina dei dirigenti sanitari delle strutture complesse il decreto prevede che avvenga attraverso una procedura selettiva affidata a primari della stessa disciplina, sorteggiati a livello nazionale, ma

⁵⁴ “Libro bianco sulla corruption in sanità”, 2014, 55-57

⁵⁵ https://www.transparency.it/wp-content/uploads/2013/11/21x21_SprechiSanit%C3%A0_ITA.pdf

sicuramente non appartenenti alla medesima Asl. A questo punto direttore generale avrà il compito di scegliere il primario necessariamente entro la rosa dei primi tre candidati.⁵⁶

2.3 Tipi di corruzione, impatto e percezione del fenomeno

Quando si parla di corruzione bisogna tener presente che il termine contiene al suo interno diverse tipologie del fenomeno; in particolare la definizione del termine contiene sia il concetto di “*Grande corruzione*” sia il concetto di “*Corruzione burocratica*”. Il primo fa riferimento alla corruzione che si sviluppa dall’alto ossia quella che parte dagli organi deputati che sono stati eletti ed hanno il compito di governare una comunità attraverso l’allocazione delle risorse pubbliche. Questa è una delle forme di corruzione più gravi perché l’atto corruttivo potrebbe pesare dal punto di vista economico molto di più sulla spesa pubblica; oltre al problema economico però quello che preoccupa di più è che essendo un fenomeno che coinvolge la pubblica amministrazione, coinvolge di conseguenza anche l’opinione pubblica provocando inevitabilmente sfiducia da parte del cittadino nei confronti di chi lo governa, ma soprattutto un danno di grandi dimensioni per il Paese stesso. Il concetto di corruzione burocratica fa invece riferimento sempre al settore pubblico ed in particolare ai rapporti di subordinazione che si creano all’interno della Pubblica Amministrazione, o verso il privato o ancora il fornitore di servizi. A livello economico non pesa in modo massiccio sulla spesa pubblica in quanto facciamo più che altro riferimento a piccole somme di denaro che servono a non rallentare i procedimenti burocratici (*Piccola corruzione*), fino ad arrivare a vere e proprie tangenti legate all’abuso di

⁵⁶ <http://www.altalex.com/documents/news/2012/09/14/decreto-balduzzi-sulla-sanita-in-14-punti>

potere come ad esempio la corruzione presente nella cessione di appalti o i contratti con la Pubblica Amministrazione.⁵⁷ I termini corruzione e burocrazia sembrano essere una combo letale in quanto la burocrazia è spesso una tra le principali forme di corruzione con la quale i cittadini si trovano a combattere in modo diretto e giornalmente proprio come ha recentemente affermato il Presidente dell'anticorruzione Raffaele Cantone: *“Non credo affatto che i professionisti dell’anti corruzione siano allo stesso livello dei professionisti antimafia, i fenomeni sono troppo diversi per essere paragonati e tendo a diffidare di chi paragona la mafia alla corruzione, ma non c’è dubbio che su questo tema c’è qualcuno che ci specula. E lo dico con rammarico, con grande rammarico, perché è evidente che i cittadini considerano ancora oggi il problema della corruzione come un dramma [...] Lo fanno perché gli effetti della corruzione spesso vengono vissuti direttamente in prima persona, soprattutto **quando un cittadino si ritrova a fare i conti con quelle amministrazioni pubbliche che affogano in un mix letale, in cui si combinano inefficienza disarmante, burocrazia infernale e sacche radicate di corruzione.** I problemi esistono ma non vanno strumentalizzati né speculando politicamente sull’anticorruzione né dimenticandosi che la vera risposta che la politica deve dare ai cittadini è provare a fargli recuperare il rapporto di fiducia con le istituzioni”*⁵⁸

Oltre ai concetti contenuti nel termine corruzione, esistono però tre tipi specifici di corruzione: *corruzione nel sistema privato, impiego cattivo/criminoso dei fondi pubblici e la corruzione nel sistema pubblico e politico.* La prima nasce solitamente quando c’è uno squilibrio del potere contrattuale tra cliente e fornitore; in questo caso l’atto corruttivo si esplica

⁵⁷ Libro bianco sulla Corruption in sanità, 2014, pag 87-88

⁵⁸ Fonte: <https://www.ilfoglio.it/politica/2017/07/15/news/raffaele-cantone-intervista-contro-corruzione-meno-burocrazia-144705/>

o nella corruzione del cliente da parte del fornitore per ottenere ordini e lavori, o diversamente può accadere quando le attività commerciali sono controllate dalla criminalità organizzata ed in questo caso le conseguenze sono un po' più complesse in quanto provocherebbe un inevitabile impoverimento delle vittime e la dipendenza dai loro estorsori. Riguardo l'impiego cattivo/criminoso dei fondi pubblici, facciamo riferimento ad un tipo di corruzione che nasce dallo scorretto uso delle risorse pubbliche portando ad una diminuzione della spesa pubblica e di conseguenza del prelievo fiscale. È un tipo diverso di corruzione che in realtà non si sostanzia in vere e proprie azioni corruttive ma in sprechi, inefficienze e disfunzioni che provocano, oltre alla diffusione del fenomeno corruttivo, anche un'alterazione del mercato del lavoro e dell'ambiente. L'ultima e più diffusa al mondo tipologia di corruzione, è quella del sistema pubblico e politico; questo tipo di corruzione può avvenire in due modi differenti a seconda del punto di partenza del patto illecito ed in particolare parliamo di *concessione* o di *corruzione* vera e propria. La prima fa riferimento all'estorsione ossia all'uso esplicito del potere derivante dalla posizione di privilegio di un pubblico ufficiale o di un incaricato di un pubblico servizio per costringere qualcuno a dare o promettere del denaro per se stessi o per terzi; nel secondo caso invece è il pubblico ufficiale o un incaricato di un pubblico servizio a ricevere in modo diretto del denaro o un'altra utilità, sempre in cambio di un ritorno, il cosiddetto "investimento".⁵⁹ In entrambi i casi quindi il danno economico iniziale è del corruttore che otterrà però un vantaggio in seguito anche se chiaramente il danno più importante oltre che economico sarà soprattutto sociale dato che l'aumento del prelievo fiscale modificherà ancor di più la distribuzione della ricchezza e quindi il gap all'interno della società.

⁵⁹ Tra la corruzione del sistema privato, l'impiego criminoso dei fondi pubblici e la corruzione nel sistema pubblico e politico questi ultimi hanno un'incidenza molto superiore rispetto alla prima esposta.

La conclusione è che di qualsiasi tipo di corruzione si parli l'effetto complessivo ricadrà comunque sulla collettività. Il motivo principale per il quale la corruzione provoca dei cambiamenti economici importanti è che nella maggior parte dei casi l'atto attraverso cui si sostanzia la corruzione è il cosiddetto *Bribing* ossia il pagamento di una tangente. Questo può avvenire sia attraverso una transazione impossibile da tracciare (rientra nell'economia sommersa), sia con metodi tracciabili. Nel primo caso quello che avviene sarà sicuramente un aumento dei consumi da parte dei corrotti e una diminuzione dei consumi da parte del corruttore. Nel secondo caso invece spesso non si tratta di un vero e proprio scambio di denaro bensì si sostanzia spesso nell'aumento dei prezzi di un prodotto, nella formazione di cartelli specifici o nelle connessioni sostanziali (si creano quando i partecipanti a gare d'appalto stipulano accordi interni che si sostanzieranno in scambi e subfornitura a prescindere dell'esito della gara). Abbiamo detto però che spesso l'atto corruttivo si sostanzia in *sprechi e disfunzioni* che sono atti e manovre pubbliche ben precise: investimenti e acquisti da parte dello Stato non necessari, accordi tra Enti Pubblici e privati che in realtà nascondono interessi personali, inserimento eccessivo di personale ed infine la lottizzazione politica delle assunzioni e delle nomine. Sia nel caso delle tangenti che degli sprechi quello che queste azioni corruttive innescano è un meccanismo che modifica radicalmente gli equilibri sia del settore pubblico che di quello privato; il suddetto meccanismo è ben preciso e coinvolge diversi aspetti del settore pubblico e privato sia economici che sociali quali la spesa pubblica, i prezzi, il PIL fino ad arrivare alla disoccupazione, all'impoverimento generale e alla contrazione del settore d'impresa. Come si evince dal confronto delle Tabelle 4 e 5, la sequenza degli effetti che seguono ad un pagamento di tangenti e a sprechi e disfunzioni è molto simile, innescando quindi una sequenza di cause ed effetti ripetitiva nel tempo.

(*) I prezzi delle forniture aumentano per compensare le tangenti e il fatturato delle aziende corruttrici aumenta
(*) Per la causa precedente, il PIL cresce
(*) Causa l'aumento dei prezzi, la spesa pubblica aumenta e accresce il PIL
L'aumento del fatturato delle aziende corruttrici è tassato
Il prelievo fiscale e/o il debito sovrano cresce per sostenere l'aumentata spesa pubblica
Crescono gli interessi sul debito, quindi le tasse
(*) Causa le tasse più alte, diminuiscono i consumi
(*) In conseguenza della contrazione dei consumi, le imprese interessate possono ridurre la vendita e/o l'organico, e il PIL diminuisce

Tabella 4 Sequenza degli effetti che si innescano dopo il pagamento di una tangente

Fonte: Libro Bianco - ISPE Sanità

La spesa pubblica cresce per sprechi, inefficienza e aumento del costo di forniture e appalti
Il prelievo fiscale cresce per compensare l'aumento della spesa pubblica
La compensazione della spesa con le nuove entrate del fisco non è immediata, il debito cresce
Per effetto dell'eccessivo e crescente indebitamento, il rating nazionale diminuisce
Per il peggioramento del rating, l'accesso al credito diviene più difficile e costoso
Avvengono tagli ai servizi pubblici
I consumi diminuiscono per effetto dell'impoverimento causato dai precedenti fattori
Il settore d'impresa si contrae
La disoccupazione aumenta
Crescono i costi per ammortizzatori sociali quindi la spesa pubblica

Tabella 5 Sequenza degli effetti che si innescano dopo uno spreco o un una disfunzione del sistema

Fonte: Libro bianco – ISPE Sanità

Quello che risulta evidente dalle tabelle riassuntive è che i fenomeni corruttivi danneggiano indistintamente sia il pubblico che il privato; in particolare però in seguito alla modifica nella distribuzione della ricchezza si hanno dei riscontri ancor più negativi per i meno agiati economicamente gravando quindi in modo più massiccio sulla collettività. Un'altra conseguenza negativa viene poi in seguito all'aumento inevitabile del prelievo fiscale: questo porterebbe sicuramente le famiglie ad indebitarsi e a prendere difficili decisioni riguardo la vita quotidiana. Se per il cittadino la corruzione ha degli effetti estremamente negativi, la situazione risulta essere ancora peggiore per la catena delle forniture la quale verrebbe di sicuro danneggiata dalla diminuzione degli acquisti subendo quindi una grandissima contrazione.

Riguardo il livello di percezione della corruzione da parte dei cittadini verrebbe da pensare che vi sia una massiccia percezione del fenomeno sapendo che esso incide così tanto sulla collettività. L'indagine sulla percezione della corruzione viene svolta annualmente dall'associazione "Transparency International", che attraverso l'Indice di Percezione della Corruzione (CPI), riesce a raccogliere dati nazionali su quanto effettivamente il fenomeno sia percepito all'interno dello Stato e per la precisione "Misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo. Lo fa basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli "puliti". La metodologia cambia ogni anno per riuscire a dare uno spaccato sempre più attendibile della realtà locali", questo quanto spiegato dall'associazione riguardo il CPI. Nei dati raccolti nell'anno 2016 l'Italia risulta essere 60° su 167 Paesi analizzati da Transparency International, guadagnando quindi solo una posizione rispetto

al 2015 che vedeva l'Italia al 61° posto. Analizzando le indagini effettuate dal 2006 al 2016 si evince che la posizione dell'Italia è nettamente peggiorata: nel 2007 si posiziona 41° nella classifica mondiale per poi cadere a picco nel 2012 anno in cui la si vede addirittura al 72° posto; la situazione sembra essere migliorata negli ultimi anni (segna un miglioramento per il terzo anno consecutivo) ma sicuramente manca molto per raggiungere le posizioni degli anni passati (Figura 7)

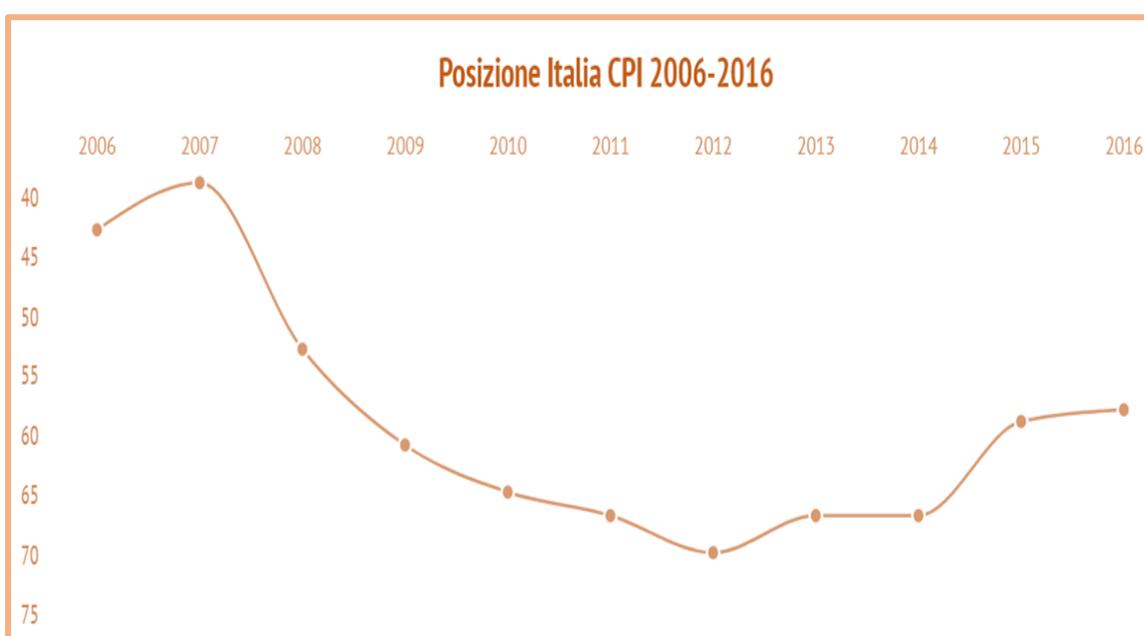


Figura 7 Evoluzione della posizione nella classifica CPI dell'Italia dal 2006 al 2016

Fonte: *Transparency International Italia*

Se dal punto di vista mondiale la situazione potrebbe sicuramente essere peggiore, stessa cosa non può essere detta riguardo al confronto con i Paesi Europei: l'Italia infatti risulta essere il fanalino di coda, seguita solo da Grecia e Bulgaria (Figura 8)

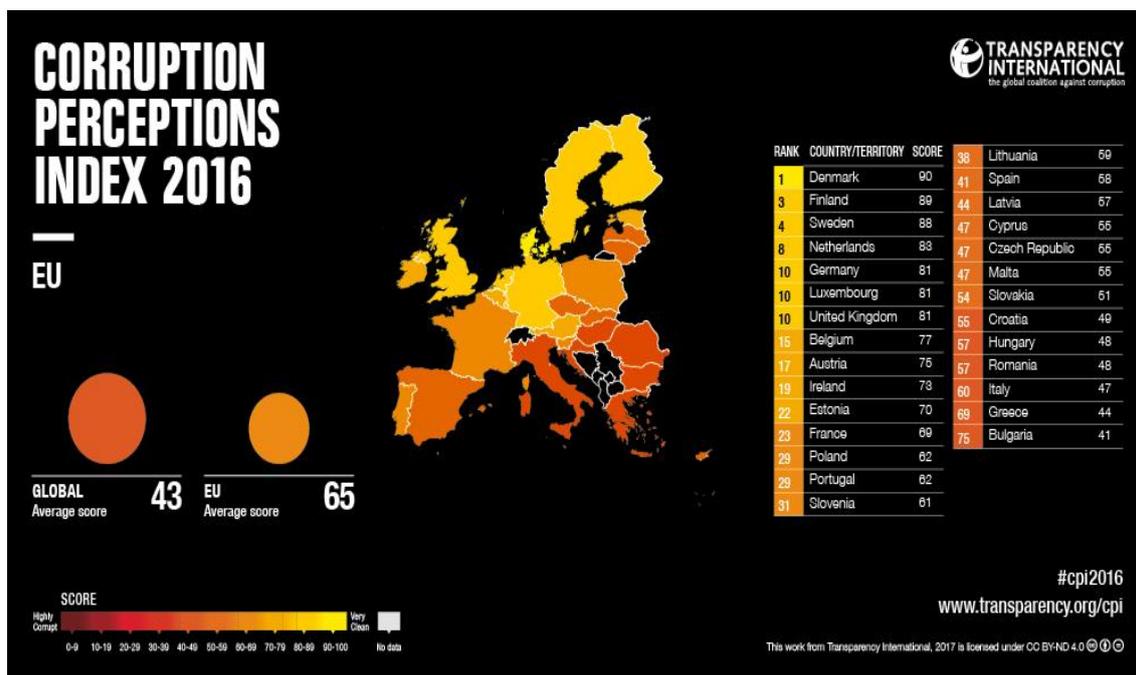


Figura 8 Classifica CIP 2016 dei soli Paesi Europei

Fonte: *Transparency International*

Da notare che nella figura 8 il Paese più virtuoso non solo a livello europeo ma anche a livello mondiale sia la Danimarca, seguita da Nuova Zelanda, Finlandia e Svezia. Tra le prime quattro posizioni al mondo tre di questi Stati sono europei, verrebbe quindi da chiedersi da cosa siano caratterizzati questi Stati tanto da permettergli di essere in cima alla classifica degli Stati meno corrotti al mondo. L'unica spiegazione piuttosto coerente col risultato è che questi siano gli Stati con le legislazioni più avanzate riguardo l'accesso all'informazione, apertura e trasparenza dell'amministrazione pubblica.

Nonostante la corruzione sia un fenomeno sommerso, quindi difficile da valutare dal punto di vista quantitativo, diverse sono le associazioni che nel tempo si sono interessate all'analisi della percezione del fenomeno; ad esempio nel 2013 il "Global Corruption Barometer", alla specifica domanda

“Ritiene il seguente settore molto corrotto?” circa il 24% degli intervistati ha ritenuto essere maggiormente corrotto il settore sanitario insieme ai partiti politici, il Parlamento e la PA. (Figura 9)

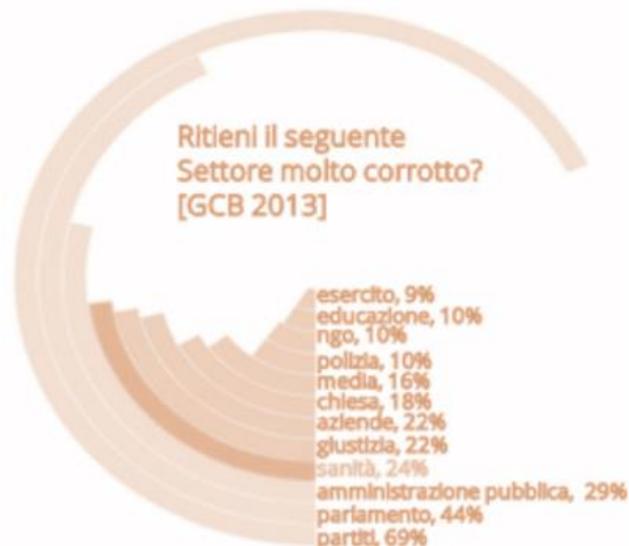


Figura 9 Indagine effettuata da “Global Corruption Barometer” nel 2013

Fonte: Transparency International Italia

Una delle indagini più recenti riguardo l'argomento, è stata svolta dal progetto *Curiamo la Corruzione* messo in atto da Transparency International Italia in collaborazione con Censis e ISPE sanità. Il metodo attraverso il quale sono stati raccolti i dati è un semplice questionario predisposto dal Censis composto di 21 domande a risposte chiuse. Le strutture alle quali è stato inviato il suddetto questionario sono state Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere sia integrate con università sia integrate con il Servizio Sanitario nazionale, enti di ricerca, IRCCS pubblici ed istituti qualificati come i presidi delle USL. Il questionario, articolato in quattro sezioni, era così articolato: nella prima sezione vi erano domande riferite alla percezione

del fenomeno corruttivo in generale nella pubblica amministrazione; nella seconda sezione, formata da 4 domande di valutazione, ciò che veniva chiesto faceva riferimento alla presenza o meno del fenomeno corruttivo nel settore sanitario; nella terza sezione invece le domande si riferivano agli strumenti adottati dalle strutture riguardo l'applicazione della normativa vigente in materia di corruzione; nell'ultima sezione le domande erano prettamente personali rispetto al profilo dell'intervistato. Il suddetto questionario, inviato a partire dal 2015, è stato ricevuto da tutti i direttori generali delle strutture sanitarie con richiesta di compilazione dello stesso solo ed esclusivamente da parte di personale altamente qualificato come lo stesso direttore generale, il responsabile acquisti o il responsabile anticorruzione. La caratteristica particolare del questionario era che non è stata fornita una definizione specifica del termine corruzione, lasciando gli intervistati liberi di rispondere in base alla propria sensibilità rispetto all'argomento e alla propria percezione del fenomeno. La somministrazione del questionario è partita il 15 settembre 2015 ed i risultati sono arrivati circa un anno dopo, nello specifico il 23 febbraio 2016. I risultati ottenuti fanno riferimento a 151 questionari ritornati al mittente ovvero circa il 45,3% del totale dei questionari inviati alle strutture sanitarie. Le strutture dai cui provengono questi 151 questionari nello specifico sono 58 strutture sanitarie che hanno sede a nord ovest dell'Italia, 40 appartengono al sud e alle isole, 33 sono del nord est Italia e 20 del centro (75 sono aziende ospedaliere, ospedali e aziende assimilate mentre 76 strutture sono Aziende Sanitarie Locali o assimilate).

Riguardo le risposte ottenute per la prima sezione di domande, ovvero quelle facenti riferimento alla corruzione generica della pubblica amministrazione, la maggior parte degli intervistati considera il problema come grave, che inevitabilmente continuerà a persistere. Innanzitutto la corruzione viene

percepita dai professionisti intervistati come un problema trasversale che interessa tanto il settore privato quanto il settore pubblico; circa il 48% sostiene che il fenomeno corruttivo sia maggiormente diffuso nel settore privato mentre il 52% i pensa che al contrario sia diffuso maggiormente nel settore pubblico. Riguardo l'ambito di diffusione gli intervistati pensano che non esista un'area specifica in cui il fenomeno sia particolarmente diffuso, dato che circa l'89% ritiene che il fenomeno sia diffuso in tutti gli ambiti riferiti alla pubblica amministrazione. È stato inoltre chiesto quali siano i soggetti pubblici maggiormente esposti ai fenomeni corruttivi: la graduatoria che è risultata dalle interviste vede al primo posto i ministeri e altri organismi pubblici a livello centrale a pari merito con regioni ed enti locali; seguono immediatamente nella classifica le strutture sanitarie, le università e solo molto più in basso nella classifica troviamo le forze dell'ordine e la scuola. (Tabella 6)

COMPARTI	PUNTEGGIO MEDIO (DA 1 A 10)
MINISTERI E ALTRI ORGANISMI PUBBLICI DI LIVELLO CENTRALE	7,9
REGIONI, PROVINCE, COMUNI	7,9
SANITÀ	7,4
UNIVERSITÀ	6,3
FORZE DELL'ORDINE	4,8
SCUOLA	4,5

Tabella 6 Rischio di corruzione dei diversi comparti della PA (Punteggio da 1 a 10)

Fonte: Report *Curiamo la Corruzione*

Secondo gli intervistati la massiccia presenza della corruzione nella pubblica amministrazione sarebbe dovuta alla troppa ingerenza della politica nelle

nomine dei vertici della pubblica amministrazione e quindi dell'eccessivo controllo che quest'ultima può avere rispetto ai comportamenti dei dirigenti pubblici. Inoltre, altri motivi esposti dagli intervistati, sembrano essere la confusa e poca chiarezza delle procedure amministrative ed infine la scarsa attenzione nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

Come soprannominato la seconda sezione di domande del questionario prevedeva 4 domande di valutazione riguardo la presenza del fenomeno corruttivo, nello specifico nel settore sanitario. Il risultato generale dell'analisi è che quattro strutture su 10 hanno ed hanno avuto problemi negli ultimi anni. Ciò che è risultato evidente nei questionari è che l'ambito più a rischio è quello delle gare d'appalto, ossia quando le strutture sanitarie si confrontano con committenti esterni alla struttura per affidare dei contratti per l'acquisto di beni servizi o per la realizzazione di opere. Circa l'83% degli intervistati pensa che questo sia il settore più esposto ed in particolare coloro che percepiscono maggiormente questo problema sono i dirigenti delle strutture ospedaliere proprio perché risultano essere le strutture che si confrontano con gare d'appalto molto importanti soprattutto dal punto di vista economico. Il settore ritenuto maggiormente a rischio è quello dell'assunzione del personale infatti circa il 31% degli intervistati sostiene sia a rischio corruzione e circa il 27% pensa che sia un problema anche l'argomento delle nomine dei vertici delle strutture sanitarie. Degli ambiti troviamo rispettivamente l'accreditamento delle strutture private, l'utilizzo improprio dei farmaci, le consulenze esterne e la formazione, le liste d'attesa, la richiesta di prestazioni non dovute, lo smaltimento dei rifiuti ed infine il rilascio di false certificazioni. (Tabella 7)

AMBITI	TIPOLOGIA DI STRUTTURA		
	ASL	OSPEDALE / AO	TOTALE
ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	73,3	92,0	82,7
REALIZZAZIONE DI OPERE	56,0	76,0	66,0
ASSUNZIONE DEL PERSONALE	32,0	30,7	31,3
NOMINE DEI SOGGETTI APICALI	30,7	22,7	26,7
ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE PRIVATE	26,7	13,3	20,0
UTILIZZO IMPROPRIO DI FARMACI	14,7	16,0	15,3
FORMAZIONE E CONSULENZE	12,0	14,7	13,3
LISTE DI ATTESA	6,7	9,3	8,0
PRESTAZIONI NON DOVUTE	13,3	2,7	8,0
SMALTIMENTO DEI RIFIUTI	8,0	5,3	6,7
FALSE CERTIFICAZIONI	6,7	4,0	5,3

Tabella 7 Valori in percentuale degli ambiti maggiormente esposti al rischio di corruzione

Fonte: Report Curiamo la Corruzione

La conferma della grande estensione del problema all'interno delle strutture sanitarie è che buona parte delle strutture hanno confermato di aver registrato negli ultimi cinque anni almeno un episodio di corruzione e che nella maggior parte dei casi questi non siano stati affrontati nella maniera appropriata; infatti, circa il 44% del totale ammette di non essere assolutamente stati in grado di affrontare i casi di corruzione così come avrebbero dovuto⁶⁰. (Figura 10)

⁶⁰ Report "Curiamo la corruzione", 2016, pag 16-21

FIG. 9 | AZIENDE SANITARIE CHE HANNO FATTO REGISTRARE UNO O PIÙ EPISODI DI CORRUZIONE NEGLI ULTIMI 5 ANNI (VAL.%)

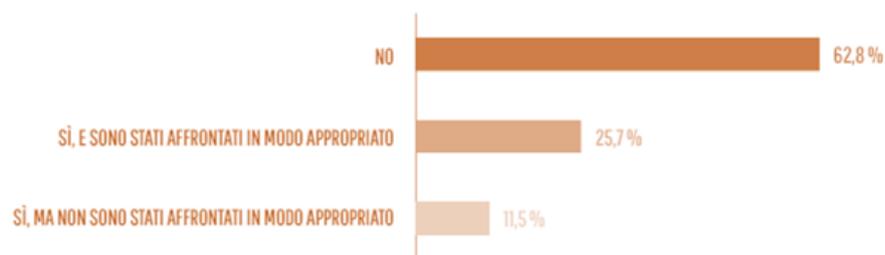


Figura 10 Percentuale di aziende in cui si è verificato un episodio di corruzione negli ultimi 5 anni

Fonte: Report *Curiamo la Corruzione*

Se si prendono in considerazione indagini effettuate da altri organismi non si riscontrano dati più confortanti. Ad esempio il rapporto sulla corruzione in Italia, messo a punto dalla commissione per lo studio e le di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione della PA, sostiene che il settore sanitario è uno di quelli maggiormente suscettibili alla corruzione, soprattutto dal punto di vista finanziario. Anche la Guardia di Finanza, attraverso la sola valutazione dei reati certi, ha stimato una perdita economica di circa 1.6 miliardi a causa di fenomeni corruttivi nella sanità; a questi vanno aggiunti fenomeni economici come comparaggio, sovrapprezzamenti e le tangenti negli appalti, ma anche fenomeni prettamente scientifici e clinici come la somministrazione di prestazioni non necessarie (dannose per il paziente). Anche le valutazioni dei NAS dei carabinieri parlano di circa 30.000 medici abusivi e ancora di 1000 casi di abusivismo tra il gli infermieri.⁶¹

⁶¹ F. Fraioli, "Prevenzione della corruzione e la trasparenza: strumenti per il contenimento della spesa sanitaria e per la salvaguardia della fiducia dell'utenza", 2014,

”In effetti, la corruzione sistemica, oltre al prestigio, all'imparzialità ed al buon andamento della pubblica amministrazione, pregiudica, da un lato, la legittimazione stessa delle pubbliche amministrazioni e, dall'altro(.....) l'economia della Nazione”.

Presidente della Corte dei Conti

Discorso di apertura anno 2013

CAPITOLO 3

Misure di prevenzione

Il tema della corruzione, proprio per il suo svilupparsi in modo sommerso, è stato affrontato in modo massiccio a partire dagli ultimi vent'anni; in particolare è stata rivolta maggiore attenzione al problema proprio quando gli scandali hanno cominciato a coinvolgere esponenti della classe politica. Proprio questi ultimi, a seguito dei suddetti scandali, attirando l'attenzione dei mass media, costringevano la classe politica a proporre riforme - frettolose e spesso discutibili - con l'unico scopo di avere un effetto 'annuncio' che mettesse a tacere elettori e cittadini. Quello che la pubblica amministrazione ha cercato di fare in questi anni è stato far luce su un tema così oscuro quale la corruzione. Tra le normative più importanti messe in atto recentemente vediamo la *Legge n° 190/2012* la quale ha come scopo quello di semplificare processi normativi e snellire la procedura dei controlli interni ed esterni alla pubblica amministrazione attraverso istruzioni riferite ad enti ed istituzioni pubbliche. Oltre alla suddetta legge, molto importante è anche il *Piano Nazionale Anticorruzione*; in particolare all'interno di questo vengono indicate soluzioni organizzative utili a preservare il Servizio Sanitario Nazionale dal rischio di atti corruttivi ed innalzare generalmente il livello di competenza, integrità e produttività del sistema stesso, attraverso l'aumento dell'efficacia e dell'efficienza delle unità operative in cui esso è suddiviso.

3.1 Legge 190 del 2012

La legge N° 190 del 2012 impone per la prima volta a tutti gli enti pubblici un insieme di regole e procedure orientate a prevenire e contenere i fenomeni corruttivi. Attraverso la suddetta legge il legislatore ha predisposto delle “*Barriere Interne*” al sistema di ogni pubblica amministrazione le quali si esplicano attraverso diverse misure preventive. In particolare: *la definizione di un codice di comportamento di tutti i dipendenti pubblici*, la cui violazione comporterebbe inevitabilmente responsabilità disciplinare, civile, amministrativa e contabile le quali potrebbero avere come risultato quello del licenziamento; *elevati livelli di trasparenza* disciplinati oltre che dalla legge 190/2012 anche dal Decreto Legislativo 33 del 2013; *l'obbligo di astensione del pubblico dipendente* in conflitto di interessi e *l'obbligo di un eventuale comunicazione di dati utili* relativi ai soggetti con incarichi esterni; *istituzione di una “Whitelist”* in ogni prefettura, utile ad individuare quali siano i settori maggiormente esposti al rischio di infiltrazione mafiosa; *la tutela del cosiddetto Whistleblower* attraverso il divieto di infliggere sanzioni ai dipendenti pubblici che denunciano eventuali condotte illecite di altri in ragione del rapporto di lavoro; *l'avvio di percorsi di formazione* riguardanti i fenomeni corruttivi utili ad incentivare il rispetto delle regole e dell'etica pubblica; *l'approvazione di un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione* che ha come fine quello di accordo e coordinamento del sistema ed infine l'introduzione della figura del *Responsabile della Prevenzione* della corruzione.⁶²

⁶² Report “Buone pratiche e strumenti anticorruzione per il settore sanitario”, 2014, Transparency International Italia

3.1.2 Il responsabile della prevenzione della corruzione

Il Responsabile anticorruzione ha il compito principale di proporre e stilare il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, adottato entro il 31 Gennaio di ogni anno dall'organo di indirizzo politico specifico; sempre entro la stessa data vengono definite quindi le procedure necessarie alla selezione e formazione dei dipendenti che avranno il compito di operare in tutti quei settori molto esposti al fenomeno della corruzione. Nello specifico il responsabile anticorruzione è normalmente individuato tra i dirigenti amministrativi di ruolo di prima fascia in servizio. Oltre a proporre e a redigere il Piano, il responsabile ha anche i compiti di seguito elencati: verifica l' idoneità e la giusta attuazione del suddetto piano; propone eventuali modifiche dello stesso nel caso in cui vi siano significative violazioni, importanti cambiamenti della struttura organizzativa e nelle attività amministrative; verifica, insieme al dirigente competente, se viene effettuata la rotazione obbligatoria degli incarichi negli uffici che sono impegnati a svolgere tutte le attività altamente esposte ai reati di corruzione; infine, ha anche il compito di individuare il personale che necessita di essere inserito nei programmi di formazione.⁶³

⁶³ "Con provvedimento del 5 febbraio 2013, il Ministro della salute – in conformità alle indicazioni fornite dal Dipartimento della funzione pubblica con circolare n.1 del 2013 – ha designato quale responsabile della prevenzione della corruzione, con il compito di proporre il PTPC del Ministero e di monitorarne l'applicazione, il Dott. Giuseppe Viaggiano, dirigente di I fascia appartenente al ruolo della medesima amministrazione, in atto preposto alla Direzione generale della vigilanza sugli enti e della sicurezza delle cure. Tale designazione è stata comunicata alla CIVIT, ora ANAC, per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito internet della medesima Autorità."

3.1.3 Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

“La legge 6 novembre 2012, n.190 ... prevede un piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) che indichi gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio di corruzione. Il PTPC è adottato dall’organo di indirizzo politico entro il 31 gennaio di ogni anno, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC)” ... “Il PTPC costituisce il secondo livello del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione delineato dalla citata legge ed effettua, preliminarmente, l’analisi dei rischi specifici di corruzione. Conseguentemente, esso individua gli interventi volti a prevenire gli stessi sulla base del Piano nazionale anticorruzione (PNA), originariamente predisposto dal Dipartimento della funzione pubblica (DFP) secondo le linee di indirizzo del Comitato interministeriale”, questo quanto predisposto dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione del Ministero della Salute.

Esso, redatto ad hoc dal Responsabile Anticorruzione, va incontro a diverse esigenze: innanzitutto individua le principali attività suddivise per settori, nelle quali vi è una percentuale più elevata di rischio di incorrere in atti di corruzione spesso raccogliendo anche le proposte dei dirigenti amministrativi stessi; prevede obblighi di informazione per i responsabili chiamati a vigilare su tutto il funzionamento del piano stesso; controlla che siano rispettati i termini previsti da legge o dai diversi regolamenti di conclusione dei procedimenti; controlla i rapporti tra le diverse amministrazioni e i privati con i quali stipulano contratti, concessioni o erogazioni economiche di qualsiasi genere siano regolari verificando inoltre eventuali relazioni di parentela e/o affinità tra i privati, gli amministratori, i soci, i dipendenti degli stessi soggetti, i dirigenti e i dipendenti

dell'Amministrazione Pubblica; infine individua altri obblighi di trasparenza rispetto a quelli previsti dalla Legge.

Una delle cose più importanti che ci indica il Piano è la valutazione del rischio dove *“per rischio deve intendersi l’effetto dell’incertezza sul corretto perseguimento dell’interesse pubblico e, quindi, sull’obiettivo istituzionale dell’ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento, definendo quest’ultimo come “il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell’obiettivo istituzionale dell’ente”*.⁶⁴ Secondo l’aggiornamento del Piano al 2015 infatti bisogna avere particolare attenzione agli atti e ai comportamenti che, anche se non si esplicano in veri e propri reati, vanno comunque a contrastare la cura dell’interesse pubblico pregiudicando così l’affidamento dei cittadini all’imparzialità delle pubbliche amministrazioni e dei soggetti che svolgono regolarmente attività di pubblico interesse. Il percorso di valutazione del rischio prescelto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione risulta essere piuttosto complesso ma ha come preciso scopo quello di garantire uniformità e obiettività al processo di individuazione dei rischi nei diversi settori. Il processo, che vede attivamente coinvolti gli uffici interessati ai fenomeni corruttivi, è stato finalizzato all’acquisizione principale di tre elementi utili: l’ identificazione dei possibili rischi di corruzione per ciascuna area di rischio individuata; l’ analisi del rischio - la ossia valutazione della probabilità che il rischio stesso si verifichi con l’eventuale impatto che il rischio potrebbe avere sul sistema - volta a determinare il livello di rischio rappresentato da un valore numerico; l’ individuazione delle misure di prevenzione del rischio stesso. Il suddetto parte con la consegna di una scheda destinata agli uffici competenti che si occupano della gestione delle

⁶⁴ Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza 2017-2019, MINISTERO DELLA SALUTE

diverse aree di rischio, in particolar modo concernenti la discrezionalità, la rilevanza esterna ed il valore economico del rischio. Una volta conclusa la fase di acquisizione delle suddette schede compilate, queste ultime vengono scrupolosamente analizzate da coppie di esaminatori ognuna composta da componenti del gruppo di lavoro multidisciplinare del Ministero della Salute; a tali coppie spetta il compito di mettere in luce i rischi prevalenti nelle diverse aree e di effettuare una misurazione iniziale del livello di rischio sulla base dei dati contenuti nelle schede di rilevazione. Per concludere il processo di valutazione, alla luce dei risultati individuati, viene stilata una classifica dei processi secondo un ordine decrescente rispetto ai livelli di rischio denominata “Registro dei Rischi” in cui sono indicati: l'ufficio responsabile, il nome del processo, il rischio o i rischi riguardanti il processo, il livello di rischio ed infine le *misure di prevenzione specifiche*. (Figura 11)

GESTIONE DEL RISCHIO										
AREA A RISCHIO CONCORSI, PROVE SELETTIVE PER L'ASSUNZIONE DI PERSONALE E PROGRESSIONI DI CARRIERA E GESTIONE RISORSE UMANE										
MAPPATURA DEI PROCESSI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO				TRATTAMENTO			MONITORAGGIO MISURE	
PROCESSO	EVENTO RISCHIOSO	VALORE PROBABILITA'	VALORE IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO (PROBABILITA' X IMPATTO)	PONDERAZIONE DEL RISCHIO (RATING)	MISURE SPECIFICHE	STATO E TEMPI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESPONSABILE	MODALITA' DI CONTROLLO	INDICATORI DI ATTUAZIONE
<i>Gestione risorse umane</i>										
Gestione stipendi paghe	Attribuzione di emolumenti non dovuti	1.9	1.2	2.2	basso	Controllo incrociato dei dati e verifiche a campione	Mensile	Responsabile del servizio	Controllo da parte del Dirigente Gestione Economica	Controllo del 100% dei cedolini paga
	Agevolazioni pensioni liquidazione	2.7	1.4	3.8	basso	Controllo incrociato	Semestrale	Dirigente Gestione Economica	Controllo da parte del Segretario	Numero dei controlli sulle pratiche di pensione e liquidazione pari al 100%
Gestione presenze	Omesso controllo sulle presenze e assenze	2.1	2.1	4.4	medio	Iniziativa formative sulle conseguenze dell'alterazione, formazione sul codice di comportamento Espressa previsione sul codice di comportamento	Nel 2017	Dirigente Risorse Umane	Ispezioni e controlli da parte della struttura competente Avvenuta implementazione del Codice di comportamento	N. 2 ispezioni mensili da effettuare in diverse sedi comunali Report di avvenuta formazione Proposta di approvazione della modifica del codice di comportamento
	Assenza arbitraria dal posto di lavoro	2.1	2.4	5	medio	Verifica a campione	Nel 2017	Dirigenti competenti	Verifiche sui controlli a campione effettuati dai Dirigenti, da parte del Dirigente Risorse Umane	Verificare che i dirigenti abbiano effettuato controlli su almeno il 50% dei servizi a semestre

Figura 11 Esempio di “Registro dei Rischi” del Comune di Benevento riguardante i concorsi, prove selettive per l’assunzione di personale e progressioni di carriera e gestione risorse umane

Fonte:http://www.comune.benevento.it/bn2_pagine/trasparenza/23Altri%20contenuti%20Corruzione/Piano_Anticorruzione_2017_2019.pdf

Riguardo quest'ultimo punto, il compito di ipotizzare delle possibili misure di prevenzione viene affidato anch'esso alle stesse coppie di esaminatori i quali, una volta calcolata la media dei valori numerici rappresentanti i livelli di rischio, individuano una *soglia* al di sopra della quale si collocano i processi con una percentuale di rischio più elevata, meritevoli quindi di essere considerati con priorità per quanto riguarda l'applicazione delle misure di prevenzione. (Figura 12)

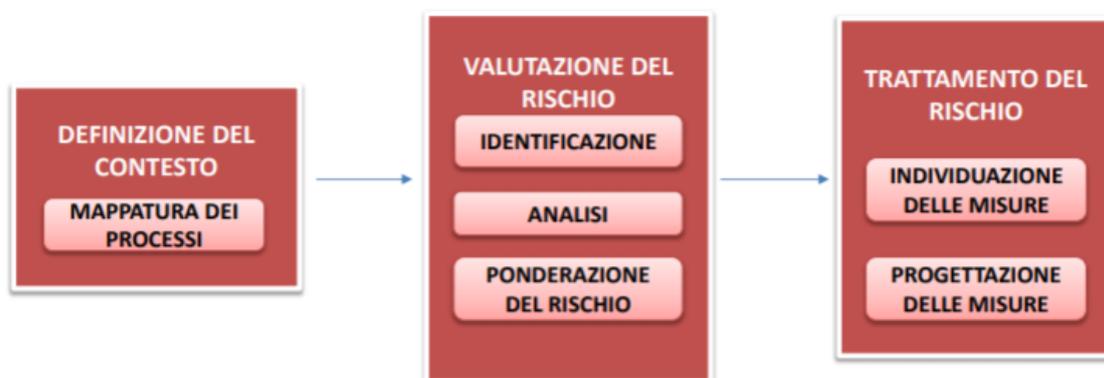


Figura 12 Processo completo di "Gestione del rischio"

Fonte: http://eventipa.formez.it/sites/default/files/allegati_eventi/monteduro_4dicembre_corretto_0.pdf

Queste ultime necessarie per neutralizzare o comunque ridurre il rischio, si dividono in obbligatorie e ulteriori⁶⁵: le prime, previste dalla legge, devono obbligatoriamente essere attuate dalla Pubblica Amministrazione; le seconde divengono obbligatorie nel caso in cui sono previste nel PTPCT (Piano

⁶⁵ Tra le misure ulteriori quella più importante c'è sicuramente il cosiddetto Codice di comportamento delle pubbliche amministrazioni. "Il Governo definisce un codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico".

triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza). Le misure obbligatorie hanno un ruolo molto importante, esse sono:

1. **Rotazione del personale** (L. 190/2012, Art. 2, Comma 10, lett. b);
Rotazione dei dirigenti (D. Lgs. n° 165/2001, Art. 19, Comma 3);
Rotazione del personale non dirigenziale (L. 190/2012, Art. 1, Comma 5 lett. b)
2. **Astensione in caso di conflitto d'interessi.** *“Responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.”* (L. 190/2012, Art. 1, Comma 41)
3. **Svolgimento d'incarichi d'ufficio o attività e incarichi extra-istituzionali** *“Ai fini previsti dal comma 2, (...) sono individuati, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche(...)”* (L. 190/2012, Art. 1, Comma 42)
4. **Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali** (L. 190/2012, Art. 1, Commi 49-50)
5. **Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro con l'amministrazione** *“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni ... non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.”* (L. 190/2012, Art. 1, Comma 42, lett. l)

6. **Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento d'incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione** *“Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel libro secondo del codice penale ... non possono fare parte ... di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati”* (L 190/2012, Art. 1, Comma 46)
7. **Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, il cosiddetto whistleblower.** *“Il pubblico dipendente che... denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione.”* (L190/2012, Art.1, Comma 51)
8. **Formazione** *“Le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al Dipartimento della funzione pubblica ... procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari.”* (L. 190/2012, Art. 1, Comma 5, lett. b)

9. **Patti d'integrità negli affidamenti** *“Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo.”* (Piano Nazionale Anticorruzione);
10. **Azioni di sensibilizzazione** e rapporto con la società civile tramite riunioni organizzate periodicamente dal Responsabile della prevenzione della corruzione con le associazioni dei consumatori e associazioni di categoria;
11. **Monitoraggio dei tempi procedurali** *“Il PTPCT deve definire le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti”* (L. 190/2012, Art.1, Comma 9, lett. D)
12. **Monitoraggio dei rapporti tra amministrazioni e soggetti esterni** *“Il PTPCT deve definire le modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti ... verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione”* (L.190/2012, Art. 1, Comma 9, lett. e)
13. **Trasparenza**, considerata uno dei mezzi più efficaci di prevenzione del rischio di corruzione dato che consente innanzitutto il controllo sull'attività e sulle scelte della PA, ma anche in che modo vengono impiegate le risorse pubbliche. Il controllo trasparente dei dati è reso possibile dal Ministero della Salute il quale attraverso l'obbligo di pubblicazione online garantisce *“l'integrità dei dati, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità,*

nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità.”⁶⁶

3.2 Il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.)

L'ANAC, l'11 Settembre 2013, ha adottato il primo Piano Nazionale Anticorruzione, su proposta del dipartimento della funzione pubblica come previsto dalla legge 190/2012. Il piano contiene gli obiettivi governativi necessari allo sviluppo delle strategie preventive a livello centrale e indica le linee di indirizzo utili come supporto alle amministrazioni pubbliche per l'attuazione delle misure preventive della corruzione e per la stesura del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione. L'ultimo aggiornamento del piano è stato effettuato il 22 novembre 2017 con la delibera n° 1208; prima del 2015 l'aggiornamento del piano spettava al Dipartimento della Funzione Pubblica, ma con la nascita dell'ANAC la suddetta funzione è passata nelle mani di quest'ultima. La funzione principale del P.N.A. è quella di *“Assicurare l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione, elaborate a livello nazionale e internazionale. Il sistema deve garantire che le strategie nazionali si sviluppino e si modifichino a seconda delle esigenze e del feedback ricevuto dalle amministrazioni, in modo da mettere via via a punto degli strumenti di prevenzione mirati e sempre più incisivi. In questa logica, l'adozione del P.N.A. non si configura come un'attività una tantum, bensì come un processo*

⁶⁶ Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2017-2018 PAG. 42

ciclico in cui le strategie e gli strumenti vengono via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione”⁶⁷

La struttura del piano è complessa come l'argomento da esso trattato ed è suddiviso principalmente in tre sezioni distinte:

1. Contiene gli obiettivi strategici e le azioni previste da implementare a livello nazionale; la realizzazione di queste azioni, come già accennato, è spettato al Dipartimento della Funzione Pubblica fino al 2015, da quest'anno in poi il compito è passato all'ANAC. In questa prima sezione vengono inoltre elencati i traguardi attesi in seguito alla diffusione del P.N.A.;
2. Illustra le strategie di prevenzione del fenomeno corruttivo a livello decentrato quindi a livello di ogni singola amministrazione pubblica. Contiene inoltre le direttive necessarie all'applicazione delle misure di prevenzione tra cui quelle obbligatorie per legge; infine prevede che ciascuna amministrazione adotti un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.), contenente le diverse strategie di prevenzione del fenomeno.
3. Elenca le modalità di comunicazione delle informazioni. (Figura 13)

⁶⁷ Fonte: Piano Nazionale Anticorruzione 2013/2016, PAG. 6

Link:<http://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/Anticorruzione/PianoNazionaleAnticorruzioneLineeIndirizzo/PNA.2013.pdf>

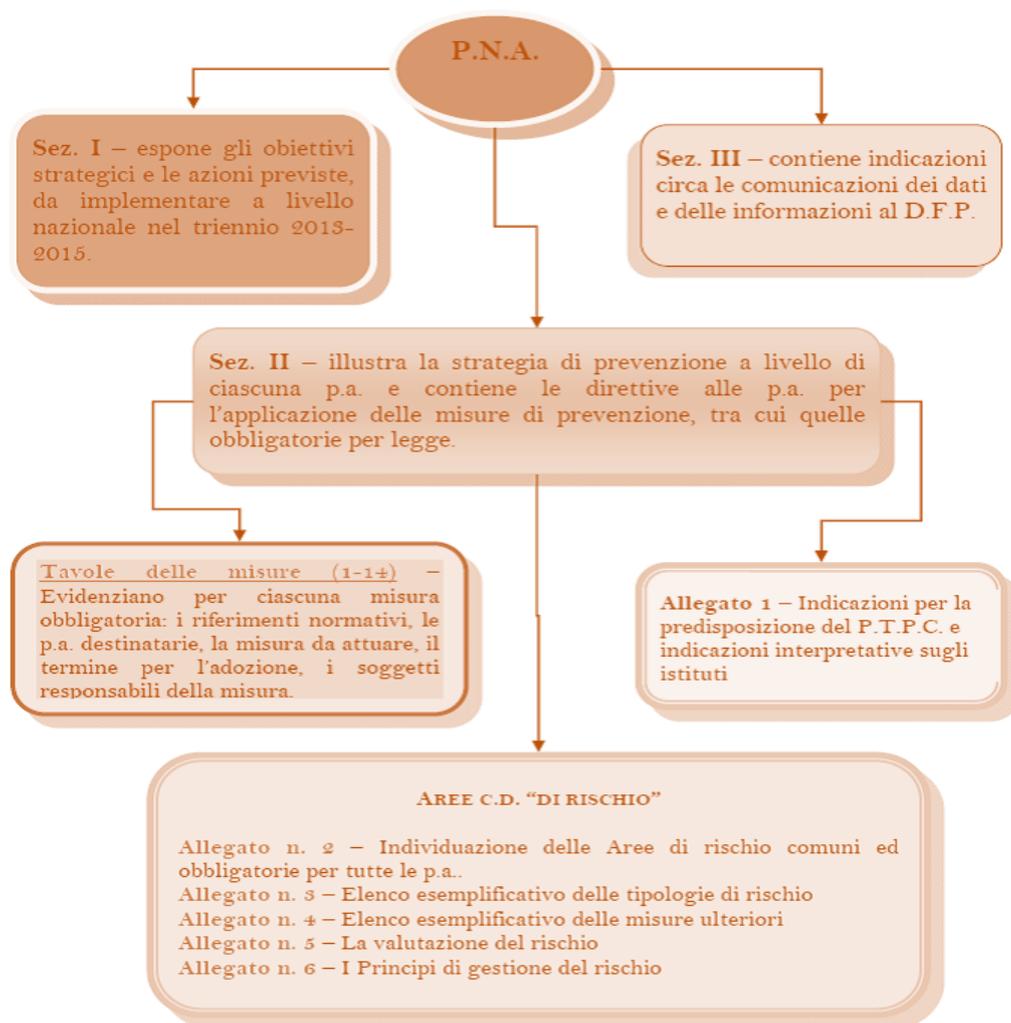


Figura 13 Come si struttura il Piano Nazionale Anticorruzione

Fonte: Piano Nazionale Anticorruzione 2013/2016, Pag. 10

Le tre sezioni, in cui le indicazioni fornite alle Pubbliche amministrazioni sono espone in modo sintetico, non sono però il cuore del P.N.A. in quanto gli approfondimenti interpretativi, procedurali e metodologici sono messi a disposizione tramite gli Allegati. Essi si dividono in:

- *Allegato 1* “Soggetti, azioni e misure finalizzati alla prevenzione della corruzione”
- *Allegato 2* “Le aree di rischio”
- *Allegato 3* “Elenco esemplificativo delle misure ulteriori”

- *Allegato 4* “Elenco esemplificativo di rischi specifici”
- *Allegato 5* “La valutazione del livello di rischio”
- *Allegato 6* “I principi per una efficace gestione del rischio”

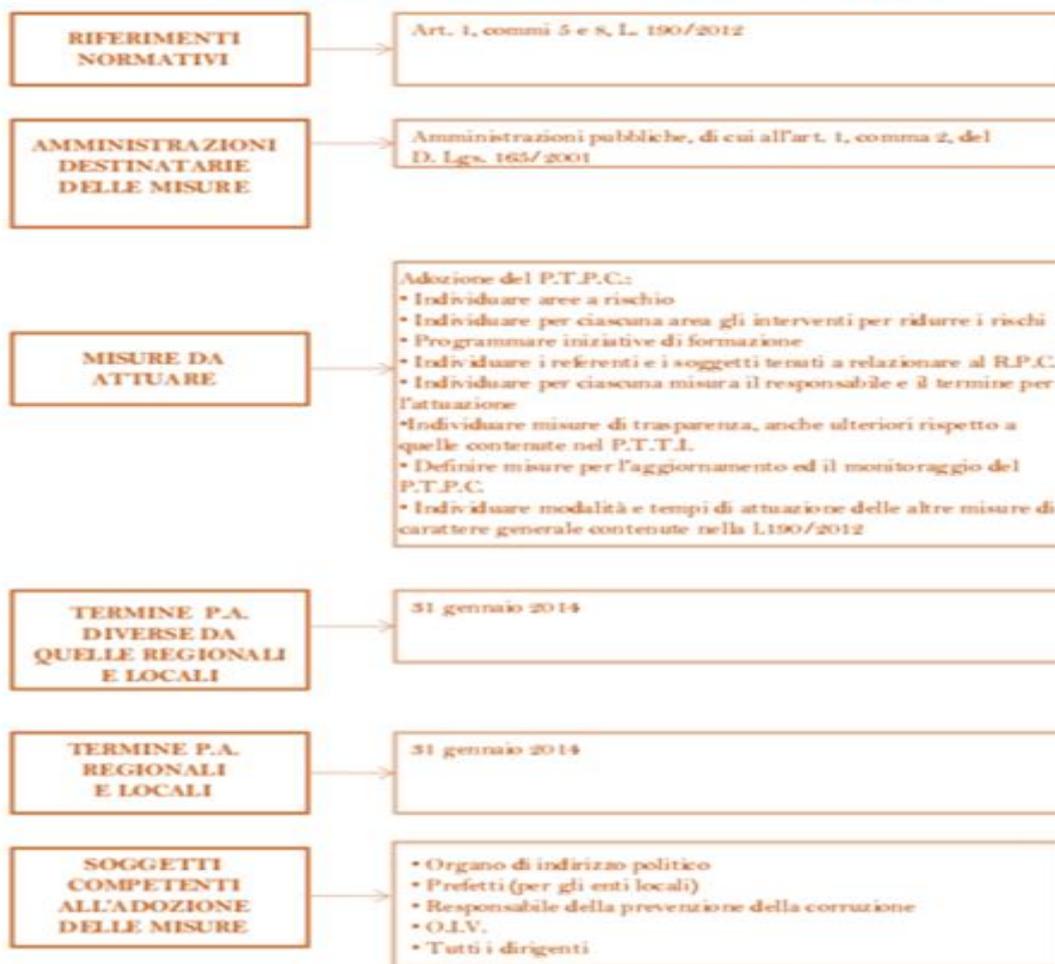
Nello specifico i sopraelencati allegati risultano essere molto importanti in quanto in essi sono contenute le misure di accompagnamento che supportano le Pubbliche Amministrazioni nella gestione del rischio.⁶⁸

Oltre agli allegati sono presenti delle Tavole (Figura 14) le quali, assieme agli Allegati, contengono le misure che le amministrazioni debbono applicare con la giusta tempistica.

⁶⁸ Allegati al Link:

<http://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/Anticorruzione/PianoNazionaleAnticorruzioneLineeIndirizzo/all.1.prevenzione.pdf>

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE



DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA
SERVIZIO STUDI E CONSULENZA TRATTAMENTO DEL PERSONALE

Figura 14 Esempio di Tavola allegata al Piano Nazionale Anticorruzione

Link:<http://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anadocs/Attivita/Anticorruzione/PianoNazionaleAnticorruzioneLineeIndirizzo/tavole.pna.pdf>

3.3 L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC)

L'ente più importante che si occupa del contrasto, della prevenzione e della trasparenza riguardo i fenomeni corruttivi è l'ANAC. Quest'ultima però, esplica queste funzioni solo dal 2014: il compito di vigilanza riguardo ai fenomeni corruttivi inizialmente era infatti affidato ad un altro organismo pubblico, la cosiddetta CIVIT Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche. Questa, istituita dal D. Lgs. n° 150/2009, insieme al Dipartimento della Funzione Pubblica, ha avuto il compito di contrasto alla corruzione e di valutazione delle performance della pubblica amministrazione fino all'estate del 2014. Il problema più grande del lavoro che svolgevano insieme questi due organismi, sembrava essere quello di non garantire abbastanza chiarezza nei compiti ad essi spettanti, facendo sorgere la necessità di rivedere la divisione di questi. Con la legge n° 125/2013, la CIVIT si è trasformata in Autorità Nazionale Anticorruzione per la Valutazione e la Trasparenza delle Amministrazioni Pubbliche, la cosiddetta ANAC. Questo nuovo organismo è dotato di una grande autonomia in quanto si compone di un proprio organico formato da un presidente, nominato su proposta della pubblica amministrazione, e quattro membri selezionati tra una rosa di esperti in materia di contrasto alla corruzione, gestione del personale e misurazione di performance. Coerentemente col concetto di lotta alla corruzione, i quattro professionisti membri dell'autorità, non possono essere selezionati tra soggetti che hanno o abbiano avuto nei tre anni precedenti, incarichi pubblici elettivi, cariche in partiti o in sindacati.

L'ANAC, svolge diverse funzioni riguardo la prevenzione e il contrasto alla corruzione:

- Vigila sulla reale applicazione di tutte le misure anticorruzione e di trasparenza adottate dalla Pubblica Amministrazione;
- Esprime pareri riguardo la conformità dei comportamenti dei funzionari pubblici rispetto alle leggi, ai codici di comportamento e ai contratti;
- Individua interventi necessari alla prevenzione e al contrasto della corruzione;
- Definisce i criteri necessari per la rotazione dei dirigenti e del personale;
- Definisce norme e metodologia per la prevenzione della corruzione;
- Coordina la messa in pratica di tutte le strategie necessarie alla prevenzione della corruzione nel contesto pubblico sia a livello nazionale che internazionale;
- Aggiorna Piano Nazionale Anticorruzione;
- Riceve i Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione;
- Esercita poteri sanzionatori nel caso in cui un ente pubblico non adotti il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e dei Codici di Comportamento delle Pubbliche Amministrazioni;
- Riceve segnalazioni di attività amministrative non regolari sia provenienti dai semplici cittadini sia provenienti dai dipendenti pubblici e gli avvocati dello stato;
- È obbligato a dichiarare al Parlamento in che modo si è svolta l'attività annuale riguardante il contrasto alla corruzione.⁶⁹

⁶⁹<http://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/AmministrazioneTrasparente/Organizzazione/ArticolazioneDegliUffici/PianoRiordino/TabFunzAtt.pdf>

*“La corruzione incide su ogni cosa,
su ogni aspetto della vita, anche sulla felicità
Nel nostro Paese c'è una sovrastruttura
ideologica per cui tutto è colpa della
corruzione anche quando questa
non c'entra niente.*

*Tema fuga dei cervelli: chiunque partecipi
a un concorso pubblico, se poi non lo vince
dà la colpa alla corruzione”.*

*La felicità, dipende anche dalla
maggiore fiducia dei cittadini nelle istituzioni”.*

Raffaele Cantone, Presidente dell’Autorità Nazionale Anticorruzione

CAPITOLO 4

Possibili proposte risolutive e casi specifici

4.1 Il caso Lazio

La regione nella quale si verificano la maggior parte degli episodi di sprechi volontari legati al fenomeno della corruzione, è la regione Lazio. Secondo uno studio, effettuato dal dottor Carlo Eugenio Vitelli e pubblicato nel Libro Bianco nel 2016, il maggior numero dei casi di spreco volontario nelle aziende sanitarie è dovuto innanzitutto alle mancate responsabilità dei medici nello svolgimento delle proprie attività giornaliere all'interno delle strutture stesse, ma buona parte delle colpe è da attribuire anche alla cattiva gestione amministrativa delle stesse strutture. Il concetto di spreco, definito come impiego improprio, errato, scorretto delle risorse disponibili, può essere a sua volta suddiviso in quattro gruppi differenti, a seconda delle cause che lo vanno a provocare. In particolare essi sono:

- *Sprechi di necessità.* Si fa riferimento a tutte quelle attività che gli operatori sanitari e i medici sono costretti a portare avanti per tamponare errori di tipo organizzativo. Nel caso del Lazio la raccolta di dati segnala al primo posto la necessità minima di garantire l'accesso al paziente che ha necessità di essere operato; la giusta regola prevedrebbe che il momento del ricovero coincidesse con il giorno dell'intervento permettendo quindi al soggetto di essere ricoverato ed operato lo stesso giorno provocando ad esso meno disagi possibile e

alla struttura che lo ospita la possibilità di risparmiare sul costo superfluo di giornate di ricovero in più. La realtà però risulta essere ben diversa in quanto molto spesso, per mancanza di letti, i medici sono costretti a bloccare dei posti attraverso stratagemmi consistenti ad esempio nel far passare il paziente dal pronto soccorso come paziente urgente, o ancora nel ricoverare il soggetto in anticipo rispetto al giorno programmato, in modo da impedire ad altri pazienti di occupare quel posto letto e renderlo quindi inaccessibile al paziente nel giorno programmato per l'operazione. Il motivo per il quale questo processo non adeguato risulta essere uno spreco è principalmente che spesso la degenza preoperatoria del paziente costa alla struttura sanitaria più dell'operazione stessa dato che il costo di un posto letto per i malati acuti oscilla tra gli 800 e 1000 euro al giorno.

Oltre a quello dei ricoveri, un altro problema che affligge nel complesso la sanità Laziale è la normativa le ASL in debito al piano di rientro; questo chiaramente ha portato a molte carenze strutturali come ad esempio la diminuzione dei posti letto, la riduzione della disponibilità degli spazi operatori, lo snellimento del numero del personale associato inoltre all'invecchiamento della forza lavorativa ancora attiva. Quello che ne viene fuori è che non solo le strutture sanitarie vanno ad erogare servizi di minore qualità, ma va a diminuire anche il guadagno della struttura stessa in quanto è un dato riconosciuto che gli ospedali guadagnino in modo particolare quando i reparti chirurgici lavorano in modo intenso. Per ovviare a quest'ultimo problema sarebbe quindi necessario rendere maggiormente attive le sale operatorie, sincronizzando il lavoro con sistemi differenti come ad esempio con il cosiddetto *week surgery* consistente nell'attivare le sale operatorie anche durante il

fine settimana, concentrando gli interventi maggiormente impegnativi all'inizio della settimana e spostando quelli meno impegnativi durante il fine settimana; in questo modo si andrà ad alleggerire il lavoro del personale sanitario e dei medici che riusciranno quindi ad erogare anche servizi più efficienti.

- *Sprechi per medicina difensiva.* L'obiettivo principale della medicina difensiva è quello di tentare di minimizzare il rischio di incorrere in contenziosi legali. È bene precisare che esistono due tipologie di medicina difensiva, quella positiva e quella negativa. La prima si verifica quando si incorre in un comportamento di tipo cautelativo o comunque preventivo da parte di un medico; il suddetto comportamento consiste nel ricorso a servizi aggiuntivi non sempre necessari come ad esempio visite, trattamenti o analisi che servono quindi a diminuire il rischio che si possano avere dei risultati negativi. La seconda si manifesta invece nel caso in cui un medico eviti o comunque rifiuti dei pazienti particolarmente a rischio per evitare qualsiasi tipo di eventuale contenzioso legale in caso di esito negativo in seguito ai trattamenti/cure effettuati sul paziente. Esistono quindi due tipi di comportamento difensivo: uno attraverso il quale si tendono ad effettuare procedure in esubero rispetto al normale, l'altro al contrario prevede l'elusione di tutti quei trattamenti considerati particolarmente a rischio. La sola definizione di medicina difensiva fa già capire il motivo per il quale essa risulti essere un grande spreco economico per le strutture sanitarie, basti pensare che nel caso della medicina difensiva positiva il surplus economico derivante dai servizi

aggiuntivi non necessari costa annualmente circa *10 miliardi di euro* all'anno ossia lo 0.75% del PIL.⁷⁰

Secondo un'indagine effettuata dal centro studi Federico Stella dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, il fenomeno della medicina difensiva è ampiamente diffuso in tutte le strutture sanitarie tanto che la raccolta dei dati basata su questionari a campione, ha dimostrato che circa il 78% dei medici ha ammesso di aver avuto comportamenti riferiti alla medicina difensiva nell'ultimo periodo lavorativo, circa il 69% ha invece disposto il ricovero di soggetti che potevano tranquillamente essere trattati a livello ambulatoriale ed infine circa il 61% dei medici ha effettuato un numero di trattamenti superiore rispetto al necessario per arrivare ad una diagnosi del paziente. L'indagine ha inoltre raccolto informazioni riguardo le motivazioni alla base di questi comportamenti di medicina difensiva come dimostrato nella Tabella 8.

MOTIVAZIONE espressa dai medici	PERCENTUALE
<i>Corre un rischio maggiore di procedimenti giudiziari rispetto agli anni passati</i>	78.2 %
<i>Risente dell'influenza di colleghi che sono stati coinvolti in passato in un contenzioso legale</i>	67.5%

⁷⁰ In particolare, la medicina difensiva incide sulla spesa sanitaria in misura pari al 10,5% * del totale. Le voci più significative riguardano: farmaci per l'1,9%, visite per l'1,7%, esami di laboratorio per lo 0,7%, esami strumentali lo 0,8% ed infine ricoveri per il 4,6%.

<i>Si sente sotto pressione durante lo svolgimento del lavoro quotidiano al solo pensiero che possa trovarsi in una situazione di procedimento giudiziario</i>	65.4%
<i>Ha paura di ricevere richieste di risarcimento</i>	59.8%
<i>È stato personalmente coinvolto in passato in contenziosi legali</i>	51.8%
<i>Ha timore di poter ricevere pubblicità negativa da parte dei mass media</i>	43.5%
<i>Ha paura dell'eventualità di incorrere in sanzioni disciplinari</i>	15%

Tabella 8 Elenco delle motivazione espresse dai medici per le quali sostengono di aver avuto comportamenti di medicina difensiva nell'ultimo mese

Fonte: Indagine effettuata dal "Centro studi "Federico Stella", Università Cattolica el S. Cuore di Milano. Dati al Link http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1994_listaFile_itemName_0_file.pdf

Come dimostrato dai dati riportati in tabella la maggior parte dei medici interpellati ha come timore più grande quello di incorrere in contenziosi legali, timore dovuto o ad una passata esperienza personale o a quella di un proprio collega di lavoro; chiaramente, oltre alla paura di trovarsi coinvolti in un procedimento giudiziario, si evidenzia come una buona parte dei medici sia preoccupato in realtà anche dell'aspetto economico che gli si presenterebbe in seguito ad un eventuale contenzioso legale. Tra tutti questi dati, quello che però fa particolarmente riflettere, è che solo il 15% dei medici ha paura di incorrere in sanzioni disciplinari, dimostrando quindi quanto sia maggiormente considerato come prioritario il problema di un eventuale risarcimento al paziente piuttosto della possibilità di pregiudicare la propria carriera di medico. Quello che ne viene fuori è che la maggior

parte dei medici, attuando un'azione di medicina difensiva per paura di incorrere in prassi giurisprudenziali, spostati la propria attenzione dall'obiettivo principale quale la cura del paziente, rischiando inoltre di mettere in serie difficoltà la vita stessa del paziente. In un contesto organizzativo caratterizzato da una visione estremamente orientata alla ricerca delle responsabilità individuali, tendono a svilupparsi con molta facilità questi tipi di comportamenti difensivi; infatti, nel caso in cui si verifichi un incidente la prima cosa che viene in mente di fare è tendenzialmente quella di individuare i soggetti coinvolti nello stesso, mettendo in secondo piano i propri doveri di medici per concentrarsi solo ed esclusivamente sulle conseguenze disciplinari e sanzionatorie che su di essi potrebbero ricadere, minando il normale svolgimento delle attività lavorative, riducendo la qualità del servizio/cure offerte e aumentando inevitabilmente i costi. Questi ultimi, presentati in un rapporto di Cosmec nel 2013 presso il TAR del Lazio, sono stati stimati in circa 10 miliardi di euro pari allo 0,75% del PIL ossia il 10.5% della quota stanziata per la sanità.

Sempre la stessa indagine ha inoltre rilevato in che percentuale i medici abbiano ecceduto nella somministrazione di trattamenti medici non necessari. (Tabella 9)

AZIONE di medicina difensiva	Percentuale
<i>Ha chiesto o chiede consulti a colleghi specialisti anche se non lo ritiene strettamente necessario</i>	58.6%
<i>Ha prescritto farmaci non necessari</i>	51.5%
<i>Ha escluso almeno un paziente da determinati trattamenti</i>	26.2%

<i>Ha prescritto trattamenti non indispensabili ossia oltre a quelli previsti dalle Linee Guida o dai Protocolli</i>	26.2%
<i>Ha evitato di portare avanti procedure particolarmente rischiose su pazienti che avrebbero potuto trarne beneficio</i>	14%

Tabella 9 Percentuale di medici che hanno dichiarato di aver almeno una volta attuato un'azione di medicina difensiva durante la propria carriera.

Fonte: Fonte: Indagine effettuata dal "Centro studi "Federico Stella", Università Cattolica del S. Cuore di Milano.

Dati al Link

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1994_listaFile_itemName_0_file.pdf

Anche in questo caso notiamo come la percentuale di medici che ha messo in atto un'azione di medicina difensiva durante la propria carriera sia molto alta. Le percentuali che meritano particolare attenzione sono sicuramente il 51% dei medici che prescrivono farmaci non necessari, azione che come accennato in precedenza è strettamente legata al fenomeno della corruzione, ricordiamo infatti che il settore farmaceutico è uno dei settori che dovrebbe essere tenuto maggiormente sotto controllo per quanto riguarda le infiltrazioni di tipo corruttivo in quanto il risultato potrebbe essere innanzitutto quello di recare un danno al paziente somministrandogli farmaci non congrui alla sua terapia e secondariamente provocare una distorsione del settore dal punto di vista economico che avrebbe come risultato finale quello di provocare l'aumento dei prezzi dei farmaci.⁷¹

- *Sprechi per investimenti professionali mancati.* Facciamo riferimento a tutti quei medici specializzandi che attendono che si liberi un posto di

⁷¹ Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE,

Link: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1994_listaFile_itemName_0_file.pdf

lavoro; il grande problema che affligge la sanità italiana è l'invecchiamento della classe medica che ha raggiunto ad oggi un livello patologico. Il fatto che vi siano reparti ospedalieri colmi di medici ultrasessantenni, è dovuto principalmente all'esplosione di laureati in medicina negli anni 60 e 70 in cui non era previsto, al contrario di oggi, alcun tipo di test di ammissione. Il risultato è che la maggior parte degli oggi laureati si ritrova a vagare all'interno degli ospedali in attesa che qualche medico gli ceda il posto, nulla di sbagliato se non fosse che quest'attesa, per legge, costa circa 1700 euro al mese per 6 anni (durata della specializzazione) per ogni singolo specializzando. Risulta evidente in questo contesto il grandissimo spreco, se non addirittura danno economico che viene arrecato alla società. Le colpe, chiaramente, non sono da imputare né ai vecchi medici né tantomeno ai giovani medici, quanto alla legge, che non dà nessun tipo di riconoscimento giuridico agli specializzandi i quali potrebbero invece svolgere il proprio lavoro in strutture ospedaliere risolvendo il tangibile problema della carenza di medici evitando inoltre di costringerli ad emigrare in altri Paesi oppure di ritrovarsi a svolgere mansioni sottopagate come sostituzioni o guardie in cliniche private.

- *Sprechi per ignoranza.* Con quest'ultima tipologia di spreco facciamo strettamente riferimento alla *conoscenza scientifica* che ogni medico acquisisce durante il periodo di formazione medica; la suddetta conoscenza è principalmente di due tipi: la **conoscenza tacita** e la **conoscenza esplicita**. La prima, che purtroppo sembra prevalere di gran lunga sulla seconda, fa essenzialmente riferimento al “*si è sempre fatto così*”, parliamo quindi di una conoscenza tramandata basata unicamente su consuetudini non scritte. La seconda invece, è la conoscenza prettamente scientifica fatta quindi dai ricercatori e pubblicata in testi scientifici. (Tabella 10)

TACITA	ESPLICITA
Fatta da clinici, pazienti e managers	Fatta da ricercatori
Raramente pubblicata a volte neanche scritta	Pubblicata in testi scientifici
Stabilisce “come fare”	Stabilisce “cosa fare”
Può essere applicata a volte solo “localmente”	Generalizzabile
Considerata di “Basso Valore”	Considerata di alto valore

Tabella 10 Caratteristiche/differenze fondamentali che intercorrono tra la conoscenza tacita e la conoscenza esplicita

Fonte: Libro Bianco Ispes Sanità, pag 96

Risulta evidente dalla descrizione dei due tipi di conoscenza che la conoscenza esplicita dovrebbe essere di gran lunga presa in considerazione rispetto a quella tacita in quanto conoscenza di qualità, basata su fonti scientifiche e quindi certe, in cui è essa stessa a stabilire cosa fare. La realtà purtroppo è che si dà molta più importanza alla conoscenza tacita, chiaramente molto meno affidabile, provocando un'inevitabile distorsione di quello che è il concetto medico, ma soprattutto chiarisce il perché spesso e volentieri si sente parlare di sfiducia nei confronti di quella che potrebbe essere una sanità di alto livello come quella italiana.

I risultati di un'indagine condotta in un reparto di chirurgia di un centro canadese, ha dimostrato come i casi di spreco dovuti alla diffusione della

conoscenza tacita, siano diffusi notevolmente anche nei centri di eccellenza; non solo, dalla stessa indagine si evince che dal punto di vista economico, gli sprechi dovuti all'ignoranza medica, pesano moltissimo sul bilancio degli ospedali, ciò significa che seguire i protocolli validati a livello scientifico, comporterebbe ad un grande risparmio dal punto di vista economico in pochissimo tempo. La soluzione a questo tipo di problematica in molti Stati è il cosiddetto “Health Technology Assessment” (HTA) che in ogni tipo di azienda contribuisce a superare la conoscenza tacita per far posto a quella esplicita quindi quella di alto valore scientifico. In particolar modo, nel settore medico, l’HTA risulta essere un ottimo metodo di valutazione economica, scientifica, organizzativa ed etica di tutte quelle macro aree che vanno a formare il comparto delle tecnologie mediche (settore farmaceutico, dispositivi medici, sistemi di supporto, sistemi di organizzazione e gestione e procedure terapeutiche, di diagnosi e di prevenzione). Il sistema di valutazione HTA risulta essere molto intuitivo e quindi alla portata di tutte le aziende complesse; esso si esplica attraverso 9 passaggi principali:

1. Identificazione del soggetto da valutare;
2. Chiarire quale tipologia di problema è presente;
3. Determinazione dei soggetti che porteranno avanti la valutazione;
4. Raccolta di dati e prove;
5. Appraisal (interpretazione) dei dati;
6. Sintesi dei dati raccolti e consolidamento di essi;
7. Formulazione delle raccomandazioni da dare al soggetto valutato;
8. Distribuzione le raccomandazioni di cui al punto 7;
9. Controllo qualitativo del risultato ottenuto dopo la distribuzione delle raccomandazioni.

Il problema, è che questo processo teorico viene spesso intaccato, come dimostrato dalla figura 15, da pressioni esterne che non permettono la giusta valutazione delle tecnologie mediche in campo sanitario. Ad esempio il processo di valutazione dell'area farmaceutica può essere intralciato dalle pressioni da parte dell'Industria; stesso discorso per le procedure terapeutiche e di diagnosi che possono subire pressioni dalla comunità scientifica e dei mass media.

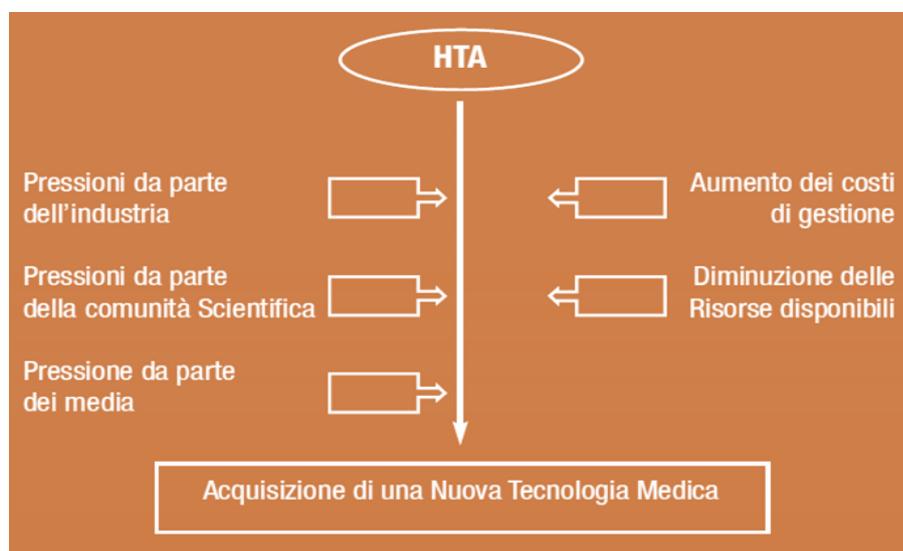


Figura 15 Pressioni esterne esercitate sul processo di valutazione delle tecnologie mediche in campo sanitario

Fonte: Libro bianco ISPE Sanità

Oltre alla problematica riguardante la grande diffusione della conoscenza tacita in campo medico, un'altra fonte di spreco riguarda la mancanza di una rigida programmazione da parte di chirurghi in sala operatoria; quest'ultima infatti rappresenta l'ambiente più importante a livello ospedaliero dove effettivamente converge il lavoro di tutto il personale con l'unico obiettivo

di risolvere il problema del paziente. Il fatto che non esista una rigida programmazione provoca spesso intoppi a livello organizzativo aumentando ulteriormente gli sprechi economici molto difficili da individuare. L'unica soluzione in questo caso è quella di analizzare i difetti di sistema e correggerli ad esempio attraverso l'introduzione di un codice a barre da assegnare ad ogni paziente nel momento in cui viene ricoverato, permettendo quindi alla struttura di quantificare con precisione quanto viene speso per ogni singolo paziente. Questo procedimento permetterebbe ad ogni capo reparto di avere un report per ogni singolo chirurgo, dandogli inoltre la possibilità di confrontare i risultati ottenuti con quelli di altri chirurghi per studiare strategie utili a dirottare le risorse risparmiate in altri acquisti utili alla struttura stessa. Questo processo definito come “*Audit interno*” sarebbe utile non solo a correggere gli errori medici e assistenziali ma aiuterebbe a lo sviluppo dell'informatizzazione stessa la quale permetterebbe ai medici di consultare qualsiasi tipo di dato in tempo reale evitando quindi ulteriori sprechi di tempo (l'accesso al sistema ospedaliero risulterebbe sicuramente più rapido) e di carta (giornalmente vengono richieste un'enorme quantità di cartelle cliniche cartacee).

4.2 Il caso Campania

La deliberazione del 28 luglio 2009 ha dato inizio al lungo percorso di commissariamento della Regione Campania. Nel 2007 è stato siglato per la prima volta il *Piano di rientro dal disavanzo* della regione Campania che inesorabilmente ha persistito fino ad oggi; a seguito di una riunione del Consiglio dei Ministri nell' Ottobre del 2008, il Presidente dello stesso con nota del 11 novembre 2008 a definitivamente diffidato la regione Campania non avendo raggiunto gli obiettivi prefissati sia a livello economico sia a

livello di efficienza, per quanto riguarda il comparto della sanità. Da questo momento in poi la regione Campania è stata obbligata ad adottare tutti gli atti amministrativi, gestionali e normativi necessari per la correzione della spesa sanitaria per gli anni successivi. Nonostante l'impegno della Regione, nel corso del 2009 tavolo e comitato regionale hanno confermato la sopra indicata applicazione della procedura di rientro dal disavanzo economico in quanto non ci furono evidenti cambiamenti a livello finanziario.

Nella tabella 11 sono riportati tutti gli avvenimenti riguardanti l'evoluzione del processo di commissariamento dal 2009 al 2014.

<u>DATA</u>	<u>AVVENIMENTO</u>
<u>LUGLIO 2009</u>	Il Presidente della Regione Campania ANTONIO BASSOLINO viene nominato commissario ad acta per l'attuazione de Piano di Rientro
<u>OTTOBRE 2009</u>	Giuseppe Zucatelli viene nominato sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro
<u>APRILE 2010</u>	Il neo Presidente pro-tempore della regione Campania, Stefano Caldoro, è nominato commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro
<u>MAGGIO 2010</u>	La regione Campania invia il PROGRAMMA OPERATIVO 2010 atto a dare seguito al Piano di Rientro del triennio2007/2009
<u>MARZO 2011</u>	Il Dottor Zucatelli si dimette dal suo incarico di sub commissario e nel contempo vengono nominati come commissari ad acta Mario Morlacco e Achille Coppola
<u>GIUGNO 2011</u>	Viene approvato il PROGRAMMA OPERATIVO 2011/2012
<u>MARZO 2012</u>	Il sub commissario Achille Coppola si dimette e l'incarico di sub commissario diviene unico ed affidato al solo Mario Morlacco
<u>GIUGNO 2012</u>	Viene approvato l'adeguamento per l'anno 2012 del PROGRAMMA OPERATIVO 2011/2012

<u>DICEMBRE 2012</u>	Viene approvato il PROGRAMMA OPERATIVO 2013/2015 il quale verrà successivamente modificato dal Commissario con il D.Lgs. n° 24 del 15 marzo 2013 e n° 82 del 5 luglio 2013
<u>OTTOBRE 2013</u>	Il Consiglio dei Ministri nomina anche Ettore Cinque come Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro, il quale svolgerà il suo compito insieme al già commissario Morlacco
<u>OTTOBRE 2014</u>	Viene approvato il PROGRAMMA OPERATIVO 2013/2015

Tabella 11 Avvenimenti salienti che hanno caratterizzato il processo di commissariamento della sanità Campana

Fonte: Ministero della Salute Link
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1908&area=pianiRientro&menu=obiettivi

Il processo di monitoraggio formale eseguito dal Ministero della salute, ci permette, soprattutto a livello economico, di capire in che modo sia variata la situazione finanziaria della sanità campana dal momento dell'attuazione del Piano di Rientro.

Anno	Risultato di gestione strutturale(mln/€)	Risultato di gestione dopo le coperture(mln/€)
2007	-862,177	-72,830

Nel 2007, anno in cui è stato previsto per la prima volta il Piano di Rientro per la regione Campania, il conto presentava un deficit di circa 680 mila euro, cifra che a fine anno è scesa a circa 73 mila euro, facendo notevolmente diminuire il deficit di gestione. Il giudizio in questo caso, anche se ancora negativo a livello economico, può dirsi nel complesso favorevole ai fini del Piano di rientro.

Anno	Risultato di gestione strutturale(mln/€)	Risultato di gestione dopo le coperture(mln/€)
2008	-899,566	-223,622

Nel 2008 la situazione sembra non migliorare: ad inizio anno la sanità campana registra un deficit di gestione di quasi 900 mila euro, che si ridurranno a fine anno a circa 220 mila. In questo anno infatti il comitato di gestione affermerà il grande ritardo della sanità rispetto agli obiettivi posti dal piano di rientro in quell'anno.

Anno	Risultato di gestione strutturale(mln/€)	Risultato di gestione dopo le coperture(mln/€)
2009	-997,475	-322,386

Nel risultato di gestione del 2009 è necessario distinguere la parte strutturale del piano dalla parte procedurale. Per quanto riguarda la prima nel suddetto anno è stata rilevata la mancanza delle riorganizzazioni della rete ospedaliera e dei laboratori; per la seconda invece è stato rilevato un miglioramento per quanto riguarda la gestione dei rapporti con gli erogatori privati delle prestazioni sanitarie. Nel complesso comunque a livello finanziario il deficit economico di gestione persiste partendo da circa 998 mila euro per arrivare a 322 mila a fine anno.

Anno	Risultato di gestione strutturale(mln/€)	Risultato di gestione dopo le coperture(mln/€)
2010	-496,2	-70,9

Nel 2010, con l'adozione del Programma Operativo, la situazione comincia a migliorare realizzando parzialmente gli obiettivi previsti per l'anno

precedente: riguardo la rete ospedaliera, la regione Campania ha presentato un importante processo programmatico contenente diversi piani attuativi aziendali da attuare nelle diverse Aziende Ospedaliere; riguardo la rete dei laboratori, attraverso l'approvazione del Decreto Commissariale n° 55 del 30.09.2010, sono stati prodotti effetti significativi sul piano di risanamento strutturale. Nonostante il deficit economico persista, esso è diminuito di circa 425 mila euro.

Anno	Risultato di gestione strutturale(mln/€)	Risultato di gestione dopo le coperture(mln/€)
2011	-317,7	60,0

Il 2011 ha visto un netto miglioramento della situazione a livello economico, tanto grande da riportare in positivo il livello finanziario della sanità campana. Con un bilancio in positivo di 70 mila euro, il Decreto Commissariale n° 68/2011 ha riportato le Asl soggette a commissariamento da oltre un biennio nella situazione istituzionale ordinaria con conseguente nomina dei Direttori Generali.⁷²

Il 2015 sembra essere l'anno della svolta per la sanità campana; l'evento che sembra dar forma a nuove convinzioni di risanamento della sanità è stato la nomina del nuovo commissario per la sanità Joseph Polimeri, insieme al sub commissario Claudio D'Amario. Il nuovo commissario nel giorno dell'insediamento in conferenza stampa dichiarava *“La Campania, dal 2007 a oggi, ha perso qualcosa come 16mila unità di personale in campo sanitario quando la Campania è entrata nel piano di rientro. Ora, dopo aver centrato gli obiettivi di risanamento economico finanziario bisogna puntare ad*

⁷² Fonte:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1870&area=pianiRientro&menu=campania

elevare la qualità e quantità delle prestazioni assistenziali". In questa dichiarazione del commissario, si evinceva tutta la volontà di ricominciare a garantire una sanità efficiente ormai segnata dai nove anni di tagli ai fondi, serviti indubbiamente a risanare i bilanci regionali, ma che hanno però comportato grandi carenze dal punto di vista dell'offerta clinica spingendo la Campania tra gli ultimi posti rispetto la quantità di cure erogate ai cittadini. L'agenda degli obiettivi dell'ormai ex commissario Polimeri prevedeva: introduzione di diversi piani ospedalieri, il riordino degli atti aziendali di Asl e Ao, il riassetto dei dipartimenti, l'assegnazione di primari e dirigenti alle diverse unità operative, sblocco del turn-over, stabilizzazione dei precari e riordino dei servizi per i nuovi turni di lavoro, la riforma del 118 e la realizzazione delle reti dell'emergenza, fino all'attuazione delle Unità complesse di cure primarie sul territorio ed infine la riprogrammazione delle attività in accreditamento, le liste di attesa e il budget per i convenzionati.⁷³ Il progetto avanzato dai due commissari viene portato avanti fino al marzo del 2017, momento in cui attraverso un lettera indirizzata al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e Finanza, esso dà le sue dimissioni a partire dal 3 aprile dello stesso anno.

Una volta appresa la notizia il Presidente De Luca, non avendo mai nominato un Assessore alla Sanità tenendo e così per lui la delega, decide di prendere in mano la sanità campana annunciando *«Si va verso una situazione di normalità, perché la responsabilità della gestione e in capo alla Regione e quindi non c'è spazio per i commissariamenti ... Ci stiamo avviando alla piena responsabilizzazione della regione nella gestione del suo sistema sanitario. Noi siamo impegnati in un lavoro di risanamento a partire dalla approvazione dei bilanci consuntivi dal 2012 e sui passi in avanti nella*

⁷³Articolo al Link http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=35235

*griglia dei LEA»; riguardo i commissari uscenti invece afferma «Di fronte alle tante questioni emerse nella sanità nessuno in questi mesi si era accorto della presenza dei commissari».*⁷⁴

Il fatto che il Presidente della regione Campania abbia tenuto per se la delega per la sanità ha il suo perché: dopo un lungo braccio di ferro con la Ministra Beatrice Lorenzin il Presidente De Luca riesce ad assumere doppio il incarico, quello di Presidente della Regione Campania e quello di commissario alla sanità Campana. Il Presidente ha ricevuto il suddetto incarico grazie ad un nuovo emendamento della Legge di Bilancio 2017 il quale permette ai Governatori di diventare Commissari per la sanità. Gli obiettivi annunciati da De Luca al momento del suo insediamento come Commissario della sanità campana erano molteplici:

- Ratificare il Piano ospedaliero, contenente la pianificazione di 4 mila assunzioni di camici bianchi;
- Sblocco dei primi 170 milioni del Piano per l'edilizia sanitaria a valere sui fondi dell'articolo 20 della legge 67 del 1988 non ancora utilizzati
- Cancellazione del ticket regionale da 10 euro sulle ricette per le prestazioni specialistiche entro il tetto di spesa di 56,15 euro, l'accordo con l'Aiop per la definizione e l'adeguamento dei contratti (biennali) con le Case di cura private accreditate per cui vengono messi nel piatto 25 milioni di euro in più (con l'aggiunta di altri 10 milioni per l'alta specialità come premio per il contrasto alla migrazione sanitaria);
- Approvazione di cinque ulteriori decreti approvati per la semplificazione amministrativa all'autorizzazione, all'apertura e all'esercizio di nuove attività mediche private;
- La riconversione delle cliniche accreditate di neuropsichiatria;

⁷⁴ Articolo al Link

https://www.ilmattino.it/napoli/politica/sanita_campania_de_luca_polimeni_dimissioni-2331786.html

- Adeguamento delle tariffe per l'assistenza e il recupero dei tossicodipendenti (da parte di onlus e cooperative);
- Riforma delle piante organiche delle farmacie con lo sblocco dell'iter per l'apertura di 64 nuove sedi cui saranno aggiunte altre 20 in programma da qui al 2019 con conseguenti centinaia di posti di lavoro.
- Accordi con i centri accreditati - laboratori e strutture di riabilitazione - parametrati non più su un tetto di spesa economico ma sulla base del ricalcolo del fabbisogno dei volumi di attività e di assistenza e dunque nell'arco di un biennio per garantire qualità e investimenti.⁷⁵

Con questi obiettivi il Presidente De Luca in veste di Commissario della sanità campana annunciava il suo grande scopo: *"La sfida resta quella annunciata: uscire dal commissariamento della Sanità entro la fine del 2017. Impresa al limite della follia ma ce la faremo. Stiamo recuperando sul tempo perduto negli ultimi anni, abbiamo nominato i direttori generali che hanno degli obiettivi precisi da raggiungere, lavoriamo ogni giorno per fare della sanità campana la prima in Italia e la rivoluzione è sotto gli occhi di tutti. Mai più padrini politici e fiducia massima nelle grandi competenze e professionalità dei medici campani"*.⁷⁶

Oltre ai grandi propositi previsti per la sanità campana, non mancano chiaramente i casi di corruzione; l'ultimo episodio rilevante si è verificato a giugno del 2017, quando Enrico Coscioni, consigliere del presidente della Regione Campania nel settore sanità, è stato rinviato a giudizio con l'accusa di tentata concussione. Il suddetto consigliere veniva infatti accusato di aver esercitato pressioni nei confronti di alcuni dirigenti di aziende ospedaliere perché rinunciassero all'incarico per fare posto ad altri; infatti agli atti

⁷⁵Articolo al Link http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=58158

⁷⁶ <http://www.regione.campania.it/imprese/it/news/primo-piano/-uscire-dal-commissariamento-della-sanita-entro-il-2017>

dell'inchiesta è presente anche un appunto a conferma che il braccio destro del Governatore avrebbe consegnato a un collaboratore di De Luca stesso un elenco con una serie di nominativi di persone che si intendeva nominare manager di Asl. Il processo avviato il 6 ottobre 2017 è ancora in corso ma il Presidente De Luca ha dichiarato “Ho piena fiducia nella magistratura”.

4.3 Strumenti anticorruzione e possibili proposte risolutive del fenomeno della corruzione

Il rapporto *Buone pratiche e strumenti anticorruzione per il settore sanitario*, pubblicato da Transparency International Italia, ci fornisce una particolare visione di come la sanità dovrebbe realmente essere per contrastare nel modo migliore i fenomeni corruttivi. Esso, attraverso cinque temi specifici, ci suggerisce quali sono e potrebbero essere gli strumenti necessari a liberare la sanità dalla corruzione. I suddetti temi sono:

-Apertura;

-Responsabilità;

-Etica;

-Trasparenza;

-Integrità.

-Sanità aperta significa dare la possibilità al cittadino di avere accesso ai dati pubblicati dalle pubbliche amministrazioni in formato open attraverso il cosiddetto accesso civico dando inoltre una nuova definizione di trasparenza atta a permettere la totale accessibilità alle informazioni riguardanti le attività svolte dalle pubbliche amministrazioni. Il suddetto accesso civico, è stato introdotto con il decreto legislativo 33/2013 cui l'articolo 2 indica che “*Le*

disposizioni del presente decreto disciplinano la libertà di accesso di chiunque ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni e dagli altri soggetti di cui all'articolo 2-bis, garantita, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tramite l'accesso civico e tramite la pubblicazione di documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la loro realizzazione ”. Rafforzare il concetto di trasparenza risulta essere utile per due motivazioni principali, innanzitutto consente ai responsabili anticorruzione di comparare dati provenienti da diverse amministrazioni, avendo quindi la possibilità di rilevare anomalie di tipo gestionale in modo molto più semplice, poi consente al cittadino un'ampia possibilità di controllo civico attraverso l'utilizzo degli Open data. L'unica pecca è che non è ancora stato individuato un modello standard per la pubblicazione dei dati il quale permetterebbe di accedere in modo semplice alle informazioni ricercate trasformandosi in un vero e proprio strumento di prevenzione della corruzione.

-Sanità responsabile. In questo caso facciamo riferimento a tutte quelle procedure necessarie alla promozione delle segnalazioni di casi corruttivi garantendo al contempo una maggiore tutela dei segnalatori stessi, i cosiddetti “whistleblower”. Questi ultimi nello specifico sono tutti coloro che testimoniano un illecito sul posto di lavoro segnalandolo alle autorità, dando ad esse la possibilità di intervenire; nonostante il decreto legislativo 190/2012 abbia introdotto le prime misure di tutela per i segnalatori esse risultano essere ancora insufficienti in quanto essi, ogni qualvolta denunciano le suddette irregolarità, rischiano atti di ritorsione da parte degli accusati. L'articolo 54 bis introdotto dalla Legge 179 del 2017, in merito alle misure di tutela del segnalatore recita “*L'identità del segnalante non può essere rivelata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del*

segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale. Nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria. Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità". Quello che attualmente manca in Italia, è l'adozione di procedure e strumenti utili a raccogliere le segnalazioni; esistono diversi modelli già adottati soprattutto in Gran Bretagna⁷⁷ che si sono rivelati molto efficaci per quanto riguarda la raccolta delle suddette segnalazioni. In particolar modo, lo strumento maggiormente efficace è quello informatico che permette al segnalatore di mantenere l'anonimato e all'ente ricevente permette di dialogare con esso, parliamo del cosiddetto anonimato tecnologico; questo sistema inoltre prevede una valutazione riguardo l'esito della segnalazione accompagnato da un report generale delle segnalazioni accessibili anche ai cittadini. Proprio per la mancanza di uno strumento simile i dipendenti pubblici in Italia, secondo i dati pubblicati nel 2013 dal Global Corruption Barometer di Transparency International, sono restii ad esporsi infatti solo il 56% degli intervistati si dice propenso a segnalare un illecito contro la media UE del 75%. Ciò che preoccupa di più sono però le motivazioni per le quali gli intervistati decidono di non esporsi con nessun

⁷⁷ In Gran Bretagna, attraverso l'Employment Disclosure Act nel 1966, sono state introdotte innumerevoli norme a garanzia dei cittadini che si espongono con una segnalazione.

tipo di segnalazione: circa il 40% ritiene inutile farlo in quanto non servirebbe comunque a niente mentre circa il 41% dichiara di avere timore dei possibili atti di ritorsione da parte degli accusati.

Risulta evidente la necessità di una maggiore promozione dello strumento di controllo del whistleblower purtroppo ancora troppo poco conosciuto nel nostro Paese.

-Sanità etica. Il tema dell'etica in sanità si basa principalmente su due concetti: formazione e valorizzazione.

Riguardo il primo, come già previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'ANAC nel 2013, tutti i complessi sanitari sono obbligati ad organizzare incontri di formazione specialistici per i propri dirigenti e dipendenti, in particolar modo per imparare a conoscere il concetto di corruzione, a riconoscere tutti i possibili atti corruttivi e a contrastarli per quanto possibile. La suddetta formazione dovrà essere sia valoriale, atta quindi a sostenere e guidare i dipendenti nei processi operativi, che tecnica riferita alle competenze e agli strumenti necessari per contrastare il fenomeno della corruzione, cercando di inculcare a tutti gli operatori delle Aziende Ospedaliere i concetti di trasparenza, integrità e responsabilità per far sì che i cittadini acquisiscano maggiore fiducia nelle strutture ospedaliere. Il secondo concetto, quello della valorizzazione, non si riferisce alla valorizzazione delle strutture e dei processi rivolti ai pazienti, bensì è da accostarsi al concetto di *premiabilità* verso i dipendenti e dirigenti che lavorano con maggiore efficienza in quanto è giusto diffondere l'esempio positivo, dove premiare non significa solo incentivi economici ma valorizzazione del soggetto dal punto di vista lavorativo. Ad esempio una figura importante che meriterebbe maggiore attenzione, è quella del responsabile anticorruzione, che come già accennato in precedenza, ha l'importante compito di stilare il Piano Triennale Anticorruzione e difendere

le strutture sanitarie dalle infiltrazioni di tipo corruttivo. Il problema più grande è che spesso i responsabili anticorruzione risultano essere non sufficientemente preparati, ma soprattutto lasciati soli di fronte alle proprie responsabilità e per quanto la formazione possa essere utile, ad essi spesso non basta, soprattutto in problematiche tecniche. Per ovviare al problema dell'abbandono, si potrebbe pensare di creare un network nazionale grazie al quale tutti i responsabili anticorruzione sparsi nel territorio nazionale possano connettersi tra di loro e condividere nuove pratiche anticorruzione e le proprie esperienze sul campo; connettersi chiaramente significa anche organizzazione di incontri dal vivo, assolutamente necessari per lo scambio di conoscenze utili a colmare le proprie lacune in materia anticorruzione perché una delle armi più importanti di contrasto alla corruzione è la condivisione della conoscenza e delle informazioni.

-Sanità trasparente. Come già accennato parlando della sanità aperta, la trasparenza è il perno attorno al quale ruota il concetto di limitazione dei fenomeni corruttivi. Molti responsabili anticorruzione hanno dichiarato che ancora non si riscontra la possibilità di accesso totale ai dati sensibili da parte dei cittadini. Si apre così il dibattito riguardante il diritto all'informazione, che a livello internazionale è regolato dalle cosiddette FOIA Freedom of Information Acts, norme secondo le quali ogni cittadino ha il diritto di chiedere qualsiasi tipo di informazione in possesso delle pubbliche amministrazioni, non contrastando né la privacy né la sicurezza nazionale. Sarebbe auspicabile la creazione dello stesso tipo di norme a livello nazionale, soprattutto per tutelare quegli enti pubblici che non hanno nulla da nascondere. Già solo il fatto di sapere che chiunque possa eventualmente avere accesso a qualsiasi tipo di documentazione è già un grande deterrente contro la corruzione.

-Sanità integra. In questo caso facciamo riferimento al cosiddetto Patto di Integrità per gli Appalti; esso, stipulato tra pubblica amministrazione e tutte le imprese che decidono di partecipare ad una qualsiasi gara d'appalto, obbliga entrambe le parti ad avere comportamenti conformi ai *Principi di Correttezza, trasparenza e lealtà*. La legge 190/2012 all'Art1 comma 17 stabilisce infatti che *“Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara”*. Questo perché, il settore dei contratti pubblici continua ad essere uno delle aree maggiormente a rischio di infiltrazioni mafiose e atti corruttivi, in qualsiasi settore; quello che lo rende uno degli ambiti maggiormente a rischio è il fatto che nelle gare d'appalto vengono chiaramente coinvolti un gran numero di operatori economici attratti dalle grandi somme di denaro che derivano dalla vincita della gara. L'adozione del patto di integrità assume compiti importanti:

1. Inserimento nei bandi di gara le clausole riguardanti il patto di integrità;
2. La sottoscrizione obbligatoria del Patto di ogni azienda interessata a partecipare a qualsiasi tipo di gara d'appalto (il Patto deve essere obbligatoriamente allegato alle pratiche di partecipazione delle gare d'appalto)
3. Aiuta ad inculcare agli operatori e ai funzionari pubblici il concetto di contratto ai comportamenti illeciti o corruttivi e soprattutto li indirizza verso il ruolo di addetti alla prevenzione;
4. Sottolinea la reciprocità dell'obbligo, ciò significa che la pubblica amministrazione non si trova in una posizione privilegiata rispetto alle imprese partecipanti alle gare; all'ente pubblico infatti, attraverso il patto di

integrità, viene dato il compito importante di rendere più trasparente possibile le azioni riguardanti il rapporto con le imprese attraverso la pubblicazione degli avvisi di gara sul portale, dei progetti con tutti gli allegati, i relativi esiti delle gare e tutte le date utili riguardanti la gara d'appalto.

CONCLUSIONI

Alla luce dei dati consultati, risulta evidente come nonostante il Servizio Sanitario Nazionale Italiano sia uno di quelli più efficienti a livello mondiale, risulti essere al contempo uno di quelli con il maggior numero di infiltrazioni di fenomeni corruttivi. Il problema più grande è sicuramente quello di una mancanza di controllo specifico riguardante i processi lavorativi all'interno delle strutture sanitarie. La prima difficoltà da superare sarebbe sicuramente quella di alleggerire il quadro normativo in quanto quello vigente risulta essere composto da un'enorme quantità di norme spesso inadeguate o comunque non compiutamente esecutive incapaci quindi di chiarire funzioni e poteri non garantendo l'allocazione delle risorse in modo meritocratico. Un altro importante cambiamento da apportare al sistema è quello dei controlli, che in Italia vengono effettuati Ex Post e da soggetti interni al sistema, intervenendo quindi quando esso è stato non solo già compromesso dai costi diretti ovvero quelli delle tangenti, ma altresì già comportato un danno al cittadino stesso. Il cambio di rotta che dovrebbe essere effettuato sta principalmente nel favorire la prevenzione al rigore della pena. Ciò che inevitabilmente indebolisce ancor di più il sistema di controllo è la lottizzazione politica che spinge sempre di più a nominare i vertici delle strutture sanitarie non per merito ma per favore, con l'unico risultato di ritrovare alla guida di strutture ospedaliere importanti soggetti assolutamente disinformati in materia di corruzione. Altro errore che viene comunemente fatto nel settore sanitario è dare tendenzialmente maggiore importanza alla grande corruzione rispetto alla piccola corruzione: seppure la prima possa sembrare più importante perché proveniente dall'alto, la seconda è quella che realmente provoca la distorsione del processo di cura del paziente portando

inevitabilmente alla distruzione della sanità giusta, perché nella piccola sanità non è in gioco una quantità di denaro bensì la salute del paziente, di gran lunga più importante.

La necessità sta anche nel diminuire gli sprechi volontari in quanto portatori di corruzione ed in particolar modo eliminare gli sprechi di medicina difensiva per ricominciare a valorizzare non solo le risorse economiche disponibili ma soprattutto il diritto alla salute di ogni singolo cittadino. Quello che più di tutto risulta evidente è che le conseguenze della corruzione sono disastrose per il sistema, per il cittadino e per la salute. Esse spesso vanno al di là di ciò che può essere considerato un danno; la corruzione avvelena la società, elimina la fiducia verso il proprio stato, limita lo sviluppo, aumenta la povertà e le differenze sociali, alimenta investimenti e spese inutili, mette a rischio la salute dei cittadini, aumenta i rischi, allontana gli investitori e i cittadini, aumenta il debito mettendo a rischio il futuro delle nuove generazioni. L'Italia si sarebbe potuta risparmiare molti dei sacrifici che vengono oggi richiesti alla collettività, se solo avesse scelto di percorrere la strada dell'etica e dell'anticorruzione negli anni passati: avremmo avuto un debito pubblico inferiore, avremmo avuto una migliore immagine internazionale, la nostra credibilità internazionale sarebbe certamente più lusinghiera. Di qualsiasi tipo di corruzione si parli l'effetto complessivo ricadrà comunque sulla collettività.

INTERVISTA

Intervista al Dottor Pucillo, Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda Sanitaria Locale di Benevento

11 Gennaio 2018

1. *Quanto e in che modo viene percepito il fenomeno della corruzione nel settore sanitario a livello locale?*

a. Attraverso l'AG

2. *Secondo lei la corruzione si sviluppa con più facilità in ambienti come le Aziende Sanitarie Locali, o in strutture complesse?*

a. Entrambe

3. *In quale ambito secondo lei si verificano i fenomeni corruttivi più gravi? Appalti, nomine del personale e dirigenti, rapporti con le case farmaceutiche, altro?*

E in quali ambiti si hanno casi di abusi più frequenti? false dichiarazioni, omessi versamenti, dirottamento di utenti verso la sanità privata, liste d'attesa, altro?

a. Appalti

4. *Crede che il Piano Triennale Anticorruzione nel complesso sia una misura sufficiente? C'è qualcosa che andrebbe modificata del Piano?*

a. No. Ha tutti i contenuti per implementare una corretta prevenzione.

5. *Pensa che lo Stato debba fornire un maggior numero di indicazioni/strumenti utili alle amministrazioni locali per la gestione del fenomeno?*

a. Non credo. E' una questione culturale

6. *Riguardo il processo della gestione del rischio quali sono i processi potenzialmente più vulnerabili ai fenomeni corruttivi? Ed una volta individuati in che modo sono stati trattati? (Appalti, nomine del personale e dirigenti, farmaceutica, scorrettezze da parte del personale)*

a. Gli appalti sono sicuramente più vulnerabili

7. *Secondo lei la corruzione ricade sui costi di gestione? Possiamo fare qualche esempio?
(Anche teorico, non necessariamente riferito al suo ambito lavorativo)*

a. Si. Incentivare la formazione in materia di prevenzione della corruzione

8. *Quali misure anticorruzione sono state concretamente adottate a livello locale nelle aziende sanitarie?*

a. La rotazione del personale

9. *È a conoscenza di qualche caso concreto di corruzione/abuso riguardante la Asl di Benevento o comunque la sanità (beneventana, campana o in genere)?*

a. Sono a conoscenza che ci sono state delle indagini. Non le posso dire degli esiti, poiché non sono ancora definitivi

10. *Crede che la sanità beneventana sia ad un buon livello di efficienza? Perché?*

a. Sì. E' un'Azienda di piccole dimensioni

11. *Qual è secondo lei il modo migliore per sconfiggere il fenomeno della corruzione nel settore sanitario in una realtà come la nostra?*

a. Non credo che ci sia un modo migliore. E' una questione culturale!

BIBLIOGRAFIA

- F. Toth, “La sanità in Italia”, Bologna, il Mulino, 2012
- V. Mapelli, “Il sistema sanitario italiano”, Bologna, il Mulino, 2012
- R. Giorgetti, “Legislazione e organizzazione del servizio sanitario”, Maggioli editore, 2016
- Piano Sanitario Nazionale 1994-1996
- Libro bianco sulla Corruption in Sanità, 2014
- Report “Curiamo la corruzione”, 2016
- F. Fraioli, “Prevenzione della corruzione e la trasparenza: strumenti per il contenimento della spesa sanitaria e per la salvaguardia della fiducia dell’utenza”, 2014,
- Report “Buone pratiche e strumenti anticorruzione per il settore sanitario”, 2014, Transparency International Italia
- Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza 2017/2019
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2017-2018

SITOGRAFIA

- <http://www.salute.gov.it>
- <http://www.fondazionethebridge.it>
- <http://www.gazzettaufficiale.it>
- [https://www.digital4.biz/executive/business-case/centro-medico-universita castrense_4367215192.htm](https://www.digital4.biz/executive/business-case/centro-medico-universita_castrense_4367215192.htm)
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2978&area=sistemaInformativo&menu=presentazione
- <http://www.istat.it/it/files/2011/12/futuro-demografico.pdf>
- <http://www.oecd.org/health/preventing-ageing-unequally-9789264279087-en.htm>
- http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=35237
- [http://www.repubblica.it/economia/affari-e-finanza/2017/11/20/news/lo stato non basta pi per una sanit efficiente serve quella integrativa-181590192/](http://www.repubblica.it/economia/affari-e-finanza/2017/11/20/news/lo_stato_non_basta_pi_per_una_sanit_efficiente_serve_quella_integrativa-181590192/)
- <http://anticorruzione.eu>

- http://europa.formez.it/sites/all/files/eu_anticorruption_report_0.pdf
- <http://www.tecnicaospedaliera.it/corruzione-frodi-sanita-paesi-europei-confronto/>
- <http://espresso.repubblica.it/attualita/2017/02/15/news/mani-pulite-i-10-verbali-che-hanno-cambiato-l-italia-le-confessioni-nelle-carte-originali-1.295481>
- <http://www.lapresse.it/sanita-25-anni-di-scandali-da-poggiolini-al-caso-rizzi.html>
- http://issuu.com/transparencyinternational/docs/2006_gcr_healthsector_en?mode=window&backgroundColor=%23222222
- <http://www.altalex.com/documents/news/2012/09/14/decreto-balduzzi-sulla-sanita-in-14-punti>
- <https://www.ilfoglio.it/politica/2017/07/15/news/raffaele-cantone-intervista-contro-corruzione-meno-burocrazia-144705/>
- <http://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anadocs/Attivita/Anticorruzione/PianoNazionaleAnticorruzioneLineeIndirizzo/all.1.prevenzione.pdf>
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1994_listaFile_itemName_0_file.pdf
- https://www.ilmattino.it/napoli/politica/sanita_campania_de_luca_polidoro_dimissioni-2331786.html
- <http://www.regione.campania.it/impreses/it/news/primo-piano/-uscire-dal-commissariamento-della-sanita-entro-il-2017>

ABSTRACT

Il fenomeno della corruzione è tanto importante quanto sommerso, inesorabilmente cresce giorno dopo giorno nascosto agli occhi di tutti. Troppo poco si sente parlare di questo fenomeno eppure in tutti i Paesi negli anni si è venuta a creare una fitta rete di atti corruttivi dietro i quali si nascondono enormi quantità di denaro ed innumerevoli soggetti coinvolti, che nella maggior parte dei casi non fanno altro che danneggiare i cittadini di ogni Paese.

Fino agli anni 90 il fenomeno della corruzione veniva considerato un argomento tabù sia a livello internazionale che nazionale, anzi nella maggior parte dei casi, non veniva assolutamente considerato come un problema, tanto che in molti Paesi era addirittura considerato normale segnalare tutte le tangenti pagate dalle aziende nei propri bilanci. Il fenomeno della corruzione oltre ad essere considerato normale a livello aziendale sembrava essere all'ordine del giorno anche per quanto riguarda la politica, tanto che alcuni capi di Stato dell'epoca sono divenuti importanti per i grandi patrimoni accumulati grazie ai fenomeni corruttivi. In quegli anni non vi era alcun tipo di convenzione internazionale che regolasse la lotta al fenomeno, ma soprattutto non vi erano i mezzi adeguati per capire quanto il fenomeno fosse ampio.

I cittadini possono essere definiti come delle vittime ombra in quanto nella maggior parte dei casi non sono a conoscenza delle conseguenze economiche e sociali che anche un piccolo reato riferito alla corruzione possa implicare nelle proprie vite; questo principalmente perché i reati di corruzione non sono reati qualsiasi, le persone infatti corrompono o si fanno corrompere quando ci sono grandi guadagni ma soprattutto i rischi sono minimi non essendoci multe e punizioni sufficientemente grandi. In particolare, tra i

diversi settori maggiormente affetti dai fenomeni corruttivi troviamo indubbiamente quello della sanità; quest'ultimo, risulta essere uno dei settori più a rischio per molteplici motivi come ad esempio ingente spesa pubblica, l'ingerenza della politica, i rapporti tra pubblico e privato non sempre trasparenti ed infine le infiltrazioni della criminalità organizzata nelle strutture sanitarie. Il settore sanitario risulta essere appetibile non solo per i grandi corruttori come ad esempio gli imprenditori e gli intermediari finanziari, indubbiamente abili a muoversi tra appalti milionari e forniture di beni, ma per i corruttori minori come ad esempio quelli che chiedono denaro per far scalare una lista d'attesa o chiedere al paziente una prestazione nel proprio studio privato. Nel settore sanitario quindi il fenomeno della corruzione a molteplici ricadute negative: sulle casse dello Stato che vanno a perdere annualmente fino a 6 miliardi di euro, sul cittadino che potrebbe avere una sanità migliore ed infine sulla rete produttiva che perde di competitività. È chiaro che la corruzione risulta essere un ostacolo se non un blocco totale per la crescita economica del Paese ma soprattutto si impone come limite al benessere del cittadino. Il fenomeno della corruzione in Italia è tragicamente elevato, basti pensare che nel 2014 il numero degli illeciti in materia sanitaria rilevato dalla magistratura ha superato i 103 milioni di euro. L'elaborato che segue, suddiviso in quattro capitoli, si propone di capire o quantomeno indagare su come il fenomeno si sia sviluppato in Europa ed in particolar modo nelle regioni italiane, analizzando le diverse azioni messe in atto a contrasto del fenomeno sia dal punto di vista internazionale che nazionale.

Nel primo capitolo, è stata descritta la nascita del servizio sanitario nazionale italiano, le riforme che hanno contribuito allo sviluppo del servizio sanitario nazionale ed infine viene fatta una panoramica di come potrebbe e dovrebbe essere la sanità italiana del futuro. Il servizio sanitario nazionale

italiano, confrontato con i diversi servizi sanitari europei e del mondo risulta effettivamente essere uno di quelli più soddisfacenti, da qui nasce la curiosità di capire in che modo la corruzione si sia riuscita ad infiltrare in un sistema così tanto consolidato. La tutela della salute del cittadino, prima dell'inserimento dell'articolo 32 all'interno della Costituzione italiana, viene considerato come un bene privato e per questo veniva sommariamente affidato alle mani di privati; la novità inserita dall'articolo 32 è che il comparto sanitario comincia ad essere considerato come un bene pubblico la cui responsabilità ricadeva a questo punto sulle spalle dello Stato il quale era obbligato a garantire ai propri cittadini i migliori servizi in condizioni di uguaglianza. La nascita e lo sviluppo dell'odierno Servizio Sanitario Nazionale Italiano può essere suddiviso in tre modelli principali: assicurazione volontaria, in vigore dagli anni 30 fino al 1943, la quale poneva nessun obbligo assicurativo di tutela contro i rischi di malattia al cittadino; il cittadino che volontariamente decideva di assicurarsi contro i rischi di malattia aveva come uniche possibilità o quella di iscriversi alle società di mutuo soccorso (gruppi organizzati no profit che si occupavano di rimborsare ai cittadini iscritti le spese mediche sostenute), o di iscriversi ai registri degli indigenti (potevano iscriversi solo i cittadini che versavano in condizioni di difficoltà, ed una volta iscritti gli venivano erogate a titolo gratuito dalle cosiddette opere Pie); il secondo modello, in vigore dal 1943 al 1978, trasformò l'assicurazione da volontaria a obbligatoria, creando le cosiddette casse mutue interprofessionali alle quali erano obbligati ad iscriversi sia gli operai che i datori di lavoro e nel caso di infortunio esse erano obbligate a versare un'indennità al lavoratore che nel tempo aveva versato i contributi insieme al proprio datore di lavoro. L'assicurazione obbligatoria si affermò nel 1943 quando venne istituito l'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro le malattie, al quale erano obbligati ad iscriversi i

lavoratori di tutte categorie professionali. L'ultimo modello sanitario ossia l'odierno Servizio Sanitario Nazionale viene istituito con la Legge N° 833 del 1978 ed ha avuto come obiettivo quello di trasformare il sistema mutualistico-ospedaliero basato su molti enti ed istituti sanitari, ad un servizio nazionale unico per tutti i cittadini. Quello che mancava ai modelli precedenti era qualcuno che sul piano organizzativo gestisse dall'alto i diversi livelli sanitari quali: statale, regionale, e locale. Lo Stato principalmente ha il compito di emanare leggi riguardanti il comparto sanitario, stabilire i livelli essenziali di assistenza, programmare l'intera politica sanitaria, stabilire il budget da destinare al servizio sanitario nazionale e suddividere lo stesso tra le diverse regioni. A livello finanziario, molteplici sono le fonti dalle quali provengono i fondi da destinare al servizio sanitario nazionale come ad esempio le entrate proprie delle aziende sanitarie, le fiscalità generali quali IRAP e IRPEF, la compartecipazione al finanziamento delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano ed infine il bilancio dello Stato che attraverso la compartecipazione regionale (IVA E FSN). Dal 1978 ad oggi, moltissime sono state le riforme attuate al servizio sanitario nazionale per far sì che questo diventasse sempre più efficiente. La prima riforma arriva con la legge 30 dicembre 1992 e successiva modifica della 7 dicembre 1993. L'obiettivo della suddetta riforma era quello di dare un'impronta manageriale che contenesse i costi di un servizio sanitario nazionale che ormai viveva in un clima di forte crisi finanziaria. Alla base della riforma vi era inoltre la volontà di depoliticizzare la sanità attraverso quattro idee principali: la garanzia di livelli uniformi di assistenza quali assistenza sanitaria di vita e di lavoro, assistenza di base, assistenza specialistica, assistenza residenziale ai non autosufficienti; la regionalizzazione del Ssn Attraverso la cessione di parte dei poteri dello Stato al livello regionale come ad esempio la

programmazione, l'organizzazione e finanziamento dei servizi sanitari locali; il processo di aziendalizzazione il quale prevedeva che tutte le USL e i maggiori ospedali fossero trasformati in vere e proprie aziende di diritto pubblico, per cui le USL vennero trasformate in Aziende Sanitarie Locali, mentre gli ospedali vennero trasformati in Aziende Ospedaliere. Questo processo venne avviato con l'obiettivo di tenere sotto controllo lo sperpero economico e lavorativo, molto più semplice da contenere in un contesto aziendale; la separazione tra committenza e fornitori resa necessaria dalla volontà di mettere ordine tra le funzioni spettanti alle diverse strutture sanitarie per cui alle Asl venne assegnata l'esclusiva funzione di committenza intesa come acquisto di prestazioni sanitarie da terzi mentre alle aziende ospedaliere venne affidata la funzione di produzione e fornitura di prestazioni specialistiche; accreditamento e remunerazione a tariffa consistente in un sistema di pagamento a tariffa predeterminata per ogni singola prestazione. Questo sistema, introdotto nel 1995, prevedeva che le strutture sanitarie che erogavano servizi per conto del Ssn venissero remunerate a tariffa, ossia in base all'effettivo numero di prestazioni erogate. La riforma del 1992 bene presso accusata di ambiguità, Così da portare all'emanazione di una nuova riforma la cosiddetta riforma ter (o Bindi). Quest'ultima, aveva come obiettivo principale quello di mettere ordine nel rapporto di lavoro dei Medici e nello specifico obbligo gli stessi a scegliere tra l'esercitare la propria professione esclusivamente all'interno degli ospedali pubblici o in strutture private sulla base del sistema delle tre A, autorizzazione, accreditamento e accordo contrattuale. La conferma che il servizio sanitario nazionale italiano è uno dei migliori al mondo arriva negli anni 2000 quando l'OMS nella classifica qualitativa dei sistemi sanitari, basata sull'aspettativa di vita della popolazione e sulla spesa sanitaria pro capite, piazza quello italiano al secondo posto. Nonostante la valutazione

positiva dell'OMS il futuro del sistema sanitario nazionale italiano presenta ancora molte lacune dovute principalmente al fatto che la tecnologia va veloce, il numero degli anziani aumenta e i fondi destinati al comparto sanitario diminuiscono. Riguardo la tecnologia, non si fa solo riferimento alla sperimentazione di nuovi strumenti medici ma soprattutto al fatto che i pazienti, ormai abbondantemente coinvolti dall'uso sfrenato di internet, sono e saranno sempre più accorti nelle proprie scelte e di conseguenza cercheranno risposte differenti rispetto al parere univoco dei medici, proprio per questo sarà necessario fare nuovi modelli di business sanitario che vadano incontro alle richieste sempre più specifiche del paziente informato. Riguardo l'invecchiamento l'Italia si trova di fronte alla possibilità di confrontarsi con una società sempre più anziana il che significa che la popolazione del futuro sarà maggiormente colpita da patologie croniche le quali necessitano inevitabilmente di maggiori cure rispetto ad una popolazione giovane gravando a livello economico molto di più sul servizio sanitario nazionale. L'ultimo aspetto di incertezza riguardo al futuro del Servizio Sanitario Nazionale è quello economico infatti se ad oggi le risorse destinate al servizio sono insoddisfacenti, le proiezioni future sembrano essere ancor più preoccupanti proprio come si evince nel secondo rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale le cui previsioni evidenziano che nel lungo periodo si assisterà ad un enorme crollo della spesa, rendendo nulla l'idea di un incremento della stessa al 2020 di 2.5 miliardi rispetto al 2019. Dunque, se per trent'anni il Ssn ha assicurato ai propri cittadini un buon livello di cure, oggi si trova a fronteggiare problemi economici, etici e tecnici dai quali è difficile uscire.

Il secondo capitolo, ha come scopo quello di capire in che modo si sono evoluti i processi corruttivi nel settore sanitario sia a livello europeo che a livello nazionale ed in particolar modo come si è sviluppato in Italia. La

corruzione, anche se in modo non uniforme, si è sviluppata in tutti i paesi europei tanto da costringere la Commissione Europea ad adottare un piano anticorruzione atto a controllare e misurare i livelli di corruzione in tutti i settori di gestione pubblica. A livello europeo, nel settore sanitario, la corruzione si sviluppa attraverso tre principali tipi di frodi: il ricarico di cure già eccessivamente costose, il ricarico per servizi addirittura non forniti ed infine la fornitura di servizi non utili. Il problema principale nei paesi europei è che scarseggia in modo eccessivo il controllo sull'obbligo di fatturazione ovvero ciò che avviene quando le strutture sanitarie fatturano meno rispetto al prezzo del servizio erogato o quando addirittura decidono di non fatturare affatto. Lo studio dell'European HealthCare Fraud & Corruption Network ha rilevato e in un solo anno 86 casi di corruzione nel settore sanitario di cui 57 riferiti alla fornitura di dispositivi medici e prodotti farmaceutici e 17 relativi ai pagamenti illeciti. Far calare il numero di casi di corruzione non è semplice, infatti non basta applicare la legislazione in modo chiaro e coerente, bensì è necessario affiancare ad essa cambiamenti strutturali e funzionali che possono innalzare il livello di gestione ed aumentare le risorse necessarie alla ricerca medica. Per quanto riguarda il caso italiano la sanità del nostro Paese, nonostante non sia ancora possibile capire a livello quantitativo in che misura sia diffuso il fenomeno, risulta essere tra le più colpite dai fenomeni di corruzione. I grandi casi di corruzione sono venuti fuori a partire dal 1992 con gli scandali di “Mani pulite”, quando Mario Chiesa, presidente di un istituto medico Milanese, viene colto in flagranza mentre intasca 7 milioni di lire dal titolare di un'impresa incaricato della fornitura di servizi alla clinica. Le confessioni di Chiesa portarono all'apertura del famoso maxi processo chiamato Enimont che coinvolse un gran numero di imprenditori accusati di aver accettato una maxi tangente di circa 150 milioni di lire atta a finanziare i partiti in modo illecito. Da questo

momento in poi, iniziarono a susseguirsi una lunga serie di scandali nel settore sanitario: uno tra i più importanti fu quello che nel 2003 vide coinvolto l'ospedale Molinette di Torino. I direttori dei reparti di cardiocirurgia vennero indagati con l'accusa di aver impiantato valvole cardiache difettose al solo scopo di intascare tangenti per l'assegnazione della fornitura delle valvole da parte di due aziende; ancora possiamo ricordare il caso Daccò nel 2011, in cui l'imprenditore Lombardo venne accusato di aver gonfiato decine di fatture dell'ospedale San Raffaele di Milano, costringendo la fondazione dello stesso alla bancarotta. In tutti gli episodi corruttivi, al di là dello scambio di denaro, esistono delle particolari problematiche che conducono allo sviluppo del caso ed in particolare facciamo riferimento a scorrettezze nelle nomine del personale, anomalie nel settore farmaceutico, attività di procurement ed infine negligenza da parte del personale sanitario; chiaramente, il rischio di sviluppo di fenomeni corruttivi non è lo stesso per tutti gli ambiti sopracitati essendo strettamente legati a specifici fattori di rischio detti Drivers che chiaramente necessitano di un controllo più ferreo da parte delle autorità.

Ancora, nel secondo capitolo, oltre alla distinzione dei diversi tipi di corruzione, viene analizzato l'impatto e la percezione del fenomeno, sapendo che incide così tanto sulla collettività ci si aspetterebbe che vi sia una massiccia percezione del fenomeno; lo strumento atto a misurare la percezione sopracitata è il cosiddetto Indice di Percezione della Corruzione i cui dati del 2016 hanno dimostrato che l'Italia risulta essere al settantesimo posto su 167 paesi analizzati da Transparency International. Dal 2006 ad oggi, la posizione dell'Italia è andata via via peggiorando in quanto nel 2007 si posiziona al quarantunesimo posto della classifica mondiale per poi cadere a picco nel 2012 sfiorando il settantaduesimo posto in classifica. Nel confronto con i paesi europei, la situazione sembra essere peggiore. Infatti

L'Italia risulta essere il fanalino di coda dei paesi europei, seguita solo da Grecia e Bulgaria . Nel terzo capitolo, vengono esposti gli strumenti di prevenzione utili ad evitare o quantomeno limitare i casi di corruzione. Il fenomeno è stato affrontato in modo massiccio a partire dagli ultimi vent'anni, ed in particolare quando gli scandali hanno cominciato a coinvolgere la classe politica. Proprio per questo la pubblica amministrazione ha in questi anni cercato di far luce sul tema della corruzione attraverso diverse normative tra cui la più importante messa in atto da pochi anni è la legge N° 190 del 2012; attraverso quest'ultima, il legislatore ha messo in piedi delle barriere interne al sistema di ogni pubblica amministrazione; esse in particolare sono: definizione di un codice di comportamento dei dipendenti pubblici, l'aumento del livello di trasparenza, l'obbligo di astensione del pubblico dipendente in conflitto di interessi, l'istituzione di una whitelist, la tutela del whistleblower, l'avvio di percorsi di formazione utili a mettere in guardia i dipendenti pubblici dal fenomeno della corruzione, l'approvazione di un Piano Triennale di prevenzione della corruzione ed infine l'introduzione dell'importante figura del responsabile della prevenzione della corruzione. Questi ultimi in particolare hanno un compito molto importante: per quanto riguarda il responsabile anticorruzione, esso ha il principale compito di stilare e proporre il Piano Triennale di prevenzione della corruzione ma altresì il compito di verificare l'idoneità dello stesso piano, modificarlo se necessario, verificare l'attuazione della rotazione obbligatoria del personale ed infine ha anche il compito di inserire il personale nei programmi di formazione. Per quanto riguarda il piano invece, esso ci indica principalmente in che modo le pubbliche amministrazioni devono obbligatoriamente eseguire la valutazione dei rischi. Essa risulta necessaria per tre motivi principali: identificazione dei possibili rischi per ciascuna area, analisi del rischio volta

a determinare il livello del rischio stesso e individuazione di possibili misure prevenzione, tutto questo consacrato nel cosiddetto “Registro dei rischi”. Per quanto riguarda le possibili misure di prevenzione, esse si suddividono in obbligatorie ed ulteriori, anche se chiaramente quelle che vengono prese maggiormente in considerazione sono quelle obbligatorie. Altre due misure importanti per quanto riguarda il contrasto alla corruzione sono il piano Nazionale Anticorruzione e l'Autorità Nazionale Anticorruzione, la cosiddetta ANAC. Il primo, adottato per la prima volta nel 2013, contiene tutti gli obiettivi governativi necessari allo sviluppo delle strategie preventive a livello statale ed indica altresì le linee di indirizzo necessarie alle pubbliche amministrazioni per l'attuazione delle misure preventive della corruzione e per la stesura del Piano Triennale di prevenzione della corruzione. L'ultimo aggiornamento del Piano risale al 22 Novembre 2017 ed è proprio compito dell'ANAC aggiornare il piano. L'ANAC, si occupa del contrasto, della prevenzione e della trasparenza per quanto riguarda i fenomeni corruttivi. Esso nasce nel 2012 in quanto negli anni precedenti alcuni suoi compiti (in particolare in tema di trasparenza) erano affidati alla cosiddetta commissione per la valutazione la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT); la particolarità dell'ANAC è che gode di una grande autonomia in quanto si compone di un proprio organico formato da membri esperti in materia di contrasto alla corruzione e gestione del personale. Nel capitolo conclusivo vengono esposte le diverse possibili proposte risolutive al fenomeno della corruzione in Italia e vengono altresì esposti esempi concreti di regioni in cui si è maggiormente sviluppato il fenomeno. Riguardo le possibili proposte risolutive e gli strumenti anticorruzione, sono stati presi in considerazione i consigli enunciati nel rapporto buone pratiche e strumenti anticorruzione per il settore sanitario, pubblicato da transparency International Italia. Esso,

attraverso cinque temi specifici, ci dà una panoramica di come il settore sanitario dovrebbe essere per limitare al massimo i fenomeni corruttivi. I suddetti termini sono cinque: apertura, intesa come accesso civico per il cittadino ai dati pubblicati dalle pubbliche amministrazioni per rafforzare il concetto di trasparenza; responsabilità, nello specifico a tutte le procedure necessarie alla rilevazione delle segnalazioni di atti corruttivi e garantire inoltre una maggiore tutela dei whistleblower. Questi ultimi, infatti, necessitano di maggiore tutela in quanto molto spesso rischiano atti di ritorsione da parte degli accusati così come dimostrato dal Global Corruption Barometer secondo il quale circa il 41% dei soggetti intervistati dichiara di aver timore dei possibili atti di ritorsione da parte di coloro che hanno commesso un illecito; etica intesa come formazione e valorizzazione. Il primo concetto si basa principalmente sull'organizzazione di incontri di formazione specialistici per tutti i dirigenti e i dipendenti in modo da essere performanti nel riconoscere e contrastare i possibili atti corruttivi che si presentano nelle diverse strutture sanitarie. Il secondo concetto, quello della valorizzazione, non fa riferimento alle strutture o ai processi di cura, bensì si riferisce al concetto di premialità verso dipendenti e dirigenti che lavorando con maggiore efficienza riescono a diffondere il giusto esempio positivo (chiaramente premiare non significa solo incentivi economici ma valorizzazione del soggetto dal punto di vista lavorativo); trasparenza in quanto concetto cardine attorno al quale ruota la possibilità di limitare i fenomeni corruttivi questo perché nonostante le diverse normative, i responsabili anticorruzione hanno dichiarato che esistono ancora dei limiti all'accesso dei dati sensibili da parte dei cittadini. Sapere che chiunque ha la possibilità di avere accesso a qualsiasi tipo di dato è già un grande deterrente contro la corruzione; integrità, riferita al cosiddetto Patto di integrità negli appalti. Questi ultimi, risultano essere uno dei comparti maggiormente a

rischio corruzione in quanto vengono coinvolti molti operatori economici attratti dalle grandi somme di denaro che ogni singola gara d'appalto comporta.

Riguardo i casi studio, le regioni prese in considerazione sono Lazio e Campania. Riguardo la prima essa risulta essere una delle regioni nelle quali si verificano la maggior parte degli episodi corruttivi legati a sprechi volontari; secondo uno studio effettuato dal Dottor Vitelli, nelle aziende sanitarie laziali la maggior parte degli sprechi sono dovuti alle mancate responsabilità dei medici nello svolgimento delle proprie attività. Gli sprechi a cui si fa riferimento sono principalmente di quattro tipi: sprechi di necessità riferiti a quelle attività che medici e personale sono costretti ad effettuare per tamponare errori organizzativi della struttura come ad esempio l'accoglienza di un paziente che necessita di cure in mancanza di posti letto; sprechi per medicina difensiva che si sostanziano quando i medici fanno ricorso a servizi aggiuntivi non sempre necessari o quando essi rifiutano o evitano pazienti particolarmente a rischio per evitare qualsiasi tipo di contenzioso legale; sprechi per ignoranza basati principalmente sull'uso prevalente della cosiddetta conoscenza tacita (quella di basso valore scientifico) rispetto a quella esplicita fatta da ricercatori e quindi prettamente scientifica; sprechi per investimenti professionali mancati riferiti alle risorse economiche necessarie a remunerare gli specializzandi che attendono di essere assunti nelle strutture ospedaliere. La Campania, è una delle regioni dove per un gran numero di anni, in particolare dal 2007, sono stati attivati i cosiddetti Piani di rientro dal disavanzo. I diversi monitoraggi formali effettuati annualmente hanno dimostrato come la situazione economica della Regione per quanto riguarda il comparto sanitario sia particolarmente difficile da risolvere; in particolar modo, quello che ha caratterizzato la sanità campana è stata l'assunzione del doppio incarico, di governatore della Regione e di

commissario alla sanità, del presidente De Luca il quale dopo le dimissioni dell'ultimo commissario per la sanità Joseph Polimeri, decide di prendere in mano le redini della sanità campana annunciando la sfida dell'uscita dal commissariamento della sanità entro il 2017. I buoni propositi enunciati dal Presidente si piegano con l'ennesimo caso di corruzione nella sanità campana ed in particolar modo si fa riferimento al caso Coscioni: quest'ultimo braccio destro di De Luca e consigliere del presidente per quanto riguarda il comparto della sanità viene rinviato a giudizio con l'accusa di tentata concussione essendo accusato nello specifico di aver esercitato pressioni nei confronti di dirigenti di aziende ospedaliere perché rinuncia però al proprio incarico per far posto ad altri.

Il problema più grande è sicuramente quello di una mancanza di controllo specifico riguardante i processi lavorativi all'interno delle strutture sanitarie. La prima difficoltà da superare sarebbe sicuramente quella di alleggerire il quadro normativo in quanto quello vigente risulta essere composto da un'enorme quantità di norme spesso inadeguate o comunque non compiutamente esecutive incapaci quindi di chiarire funzioni e poteri non garantendo l'allocazione delle risorse in modo meritocratico. Un altro importante cambiamento da apportare al sistema è quello dei controlli, che in Italia vengono effettuati Ex Post e da soggetti interni al sistema, intervenendo quindi quando esso è stato non solo già compromesso dai costi diretti ovvero quelli delle tangenti, ma altresì già comportato un danno al cittadino stesso. Il cambio di rotta che dovrebbe essere effettuato sta principalmente nel favorire la prevenzione al rigore della pena. Ciò che inevitabilmente indebolisce ancor di più il sistema di controllo è la lottizzazione politica che spinge sempre di più a nominare i vertici delle strutture sanitarie non per merito ma per favore, con l'unico risultato di ritrovare alla guida di strutture ospedaliere importanti soggetti assolutamente

disinformati in materia di corruzione. Altro errore che viene comunemente fatto nel settore sanitario è dare tendenzialmente maggiore importanza alla grande corruzione rispetto alla piccola corruzione: seppure la prima possa sembrare più importante perché proveniente dall'alto, la seconda è quella che realmente provoca la distorsione del processo di cura del paziente portando inevitabilmente alla distruzione della sanità giusta, perché nella piccola sanità non è in gioco una quantità di denaro bensì la salute del paziente, di gran lunga più importante.

La necessità sta anche nel diminuire gli sprechi volontari in quanto portatori di corruzione ed in particolar modo eliminare gli sprechi di medicina difensiva per ricominciare a valorizzare non solo le risorse economiche disponibili ma soprattutto il diritto alla salute di ogni singolo cittadino. Quello che più di tutto risulta evidente è che le conseguenze della corruzione sono disastrose per il sistema, per il cittadino e per la salute. Esse spesso vanno al di là di ciò che può essere considerato un danno; la corruzione avvelena la società, elimina la fiducia verso il proprio stato, limita lo sviluppo, aumenta la povertà e le differenze sociali, alimenta investimenti e spese inutili, mette a rischio la salute dei cittadini, aumenta i rischi, allontana gli investitori e i cittadini, aumenta il debito mettendo a rischio il futuro delle nuove generazioni.