

REPORT 2017

CURIAMO LA CORRUZIONE

PERCEZIONE RISCHI E SPRECHI IN SANITÀ

APRILE 2017

Autori:

Prefazione

Virginio Carnevali, Transparency International Italia

Introduzione

Davide Del Monte, Transparency International Italia

Francesco Macchia, ISPE Sanità

Anna Italia, Censis

Executive Summary

Lorenzo Segato, RiSSC

Percezione della corruzione in sanità

Contributo elaborato per Censis da Anna Italia e Gabriella Addonizio per l'organizzazione dell'indagine e le elaborazioni statistiche

Analisi dei rischi di corruzione

Contributo elaborato per RiSSC da Lorenzo Segato, Monica Vianello, Nicola Capello ed Elisa Norio

Analisi economica degli sprechi in sanità

Contributo elaborato per ISPE Sanità da Francesco Saverio Mennini, Gianluca Fabiano, Lara Gitto e Francesco Macchia

Si ringraziano i membri dell'Advisory Board:

Maurizio Bortoletti, Colonnello dei Carabinieri ed ex Commissario straordinario della ASL di Salerno

Federico Nazzari, Presidente della Commissione Sanità di Confindustria

Gabriella Racca, Ordinario di Diritto Amministrativo nel Dipartimento di Management dell'Università di Torino

Lorenzo Terranova, Direttore Scientifico di Federsanità – ANCI

Per ulteriori informazioni:

comunicazione@curiamolacorrusione.it

www.curiamolacorrusione.it

Progetto supportato dalla Siemens Integrity Initiative

Un progetto di



In partnership con



INDICE

GLOSSARIO	04
PREFAZIONE	05
INTRODUZIONE	06
EXECUTIVE SUMMARY	08
PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE IN SANITÀ	11
ANALISI DEI RISCHI DI CORRUZIONE IN SANITÀ	25
ANALISI ECONOMICA DEGLI SPRECHI IN SANITÀ	45
APPROFONDIMENTI	
IL “RISCHIO CORRUZIONE” IN SANITÀ	66
NUOVI STRUMENTI PER PREVENIRE LA CORRUZIONE IN SANITÀ	71

GLOSSARIO

AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ALPI	Attività libero professionale intramoenia
ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
AO	Azienda Ospedaliera
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
AS	Azienda Sanitaria
ASL	Azienda Sanitaria Locale
AVCP	Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di lavori, servizi e forniture
CPI	Indice della Percezione della Corruzione di Transparency International
DFP	Dipartimento per la Funzione Pubblica
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PTPC	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
PTTI	Piano Triennale per la Trasparenza e Integrità
RPC	Responsabile della Prevenzione della Corruzione
SSN	Servizio Sanitario Nazionale

PREFAZIONE

Dato lo straordinario interesse suscitato dalla prima edizione del rapporto **Curiamo la Corruzione - Percezione, Rischi e Sprechi in Sanità**, il team del progetto **Curiamo la corruzione** ha deciso di ampliare ulteriormente lo scopo dell'analisi, non limitandosi ad un semplice aggiornamento delle informazioni e dei dati presentati l'anno scorso.

Per questo motivo il rapporto che vi troverete a sfogliare quest'anno è ancor più corposo e denso di indicazioni utili per erigere barriere efficaci contro corrotti e corruttori che, riprendendo le parole pronunciate l'anno scorso dal Presidente di ANAC Raffaele Cantone proprio in quest'occasione, vedono la sanità come una prateria aperta per le loro scorribande.

Purtroppo le parole del Presidente Cantone ben si riflettono nella cronaca giudiziaria, che puntualmente ci riporta casi di malaffare e corruzione in tutti i settori della vita pubblica e, particolarmente, nel settore sanitario.

Se, come avrete modo di vedere leggendo il rapporto, la percezione del fenomeno, l'analisi del rischio e la dimensione degli sprechi descrivono dei timidi passi in avanti nel senso di una maggior legalità e conoscenza del problema, non possiamo certo dirci soddisfatti dei risultati raggiunti dalla lotta alla corruzione in sanità. Molto rimane ancora da fare e noi, nel nostro piccolo, continueremo a stimolare grazie alle attività del progetto un dialogo continuo con le istituzioni e le strutture sanitarie, per rendere tutti – cittadini, medici, personale sanitario

ed amministrativo – sempre più consapevoli delle azioni che possono essere intraprese per limitare il fenomeno della corruzione.

Il progetto *Curiamo la Corruzione* entra infatti nel suo ultimo anno di studio e sperimentazione, attività rese possibili grazie al finanziamento triennale della *Siemens Integrity Initiative*, che ha permesso a diverse strutture sanitarie di accedere gratuitamente agli strumenti predisposti dai partner del progetto per facilitare il compito dei responsabili anticorruzione.

È da ormai più di due anni che **Transparency International Italia**, **Censis**, **ISPE Sanità** e **RiSSC** operano in questo senso, aprendo la sanità italiana alle pratiche più innovative in fatto di anticorruzione, sfruttando non solo le competenze create all'interno delle organizzazioni stesse, ma anche le conoscenze messe a disposizione dai molti esperti che hanno prestato il proprio tempo all'interno dell'*advisory group* o dei tavoli di lavoro.

Sperando che questo secondo rapporto *Curiamo la Corruzione* possa servire non solo a mettere meglio a fuoco il problema, ma anche a stimolare chi lavora nel settore a fare qualcosa in più e qualcosa di meglio, non mi resta che augurarvi nuovamente una buona lettura.

Virginio Carnevali

Presidente di Transparency International Italia

INTRODUZIONE

“La sanità, per l’enorme giro di affari che ha intorno e per il fatto che anche in tempi di crisi è un settore che non può essere sottovalutato, è il terreno di scorribande da parte di delinquenti di ogni risma”, lo ha affermato il presidente dell’ANAC Raffaele Cantone durante la 1ª Giornata Nazionale contro la Corruzione in Sanità che si è tenuta a Roma – e parallelamente in tutta Italia - lo scorso anno.

Un calcolo esatto del costo della corruzione non è possibile per via della natura opaca del reato, nondimeno è dovere di chi come noi studia e contrasta il fenomeno approfondire il più possibile le modalità e le dimensioni in cui questo si presenta, per meglio comprenderlo e meglio combatterlo.

Quello della sanità è per di più un settore particolare ed esposto ad un elevato rischio di corruzione, come evidenziato da diverse analisi e ricerche pubblicate negli ultimi anni, da una parte perché le risorse in gioco sono notevoli (più di 115 miliardi all’anno), dall’altra perché si tratta di un servizio essenziale, non sostituibile o eliminabile.

L’elevato rischio di corruzione a cui è esposto il settore in generale, unito al fatto che l’Italia è un Paese in cui la corruzione è di per sé molto diffusa ovunque, creano un mix letale per la nostra sanità: dalle tangenti milionarie per i grandi appalti alle piccole somme pagate sotto banco per saltare una lista d’attesa, non ci sono ambiti che possono dirsi del tutto al sicuro da infiltrazioni criminali. Questo rende le attività di prevenzione e contrasto alla corruzione ancora più complicate, perché il reato è

talmente pervasivo e diffuso a tutti i livelli da rendere le “misure standard” poco efficaci. La sanità richiede uno sforzo ulteriore e la messa in atto di strategie innovative ed evolute.

Per questo, attraverso il progetto *Curiamo la Corruzione* stiamo sperimentando con alcune aziende sanitarie ed ospedaliere - Bari, Melegnano e Martesana, Siracusa, Trento, a cui si aggiungeranno a breve Catania e Toscana Sud Est – strumenti nuovi di contrasto alla corruzione, come ad esempio moduli formativi innovativi, piattaforme per il *whistleblowing*, per il monitoraggio civico degli appalti e dei conflitti di interesse, e molto altro ancora.

La priorità che abbiamo dato sin dall’inizio al progetto è stata infatti quella di offrire ai Responsabili per la Prevenzione della Corruzione le esperienze e le competenze già acquisite in altri ambiti, settori e Paesi. Non ci interessa fare una distinzione tra buoni e cattivi, quanto piuttosto mettere a disposizione di tutti la possibilità per migliorarsi, qualsiasi sia il punto di partenza.

La difesa del nostro sistema sanitario pubblico da corrotti e corruttori deve quindi essere la priorità di tutti, cittadini, istituzioni e medici, tenendo sempre a mente l’art. 32 della nostra Costituzione, dove si afferma che *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*. Salvaguardare il Sistema Sanitario Nazionale dall’infiltrazione della corruzione e della malavita non significa quindi porsi “semplicemente” a difesa

di un servizio pubblico, per quanto essenziale, ma tutelare un vero e proprio diritto fondamentale di ogni cittadino oltretutto un interesse collettivo del nostro Paese.

Come potrete constatare addentrando nella lettura del report, con questa nuova edizione del report *Curiamo la Corruzione* proviamo a dare una spiegazione o quantomeno una forma più precisa al fenomeno, fotografandolo da tre prospettive diverse.

La prima immagine che proponiamo è quella delineata dalla percezione della corruzione, raccolta grazie all'esperienza e al vissuto di chi nella sanità lavora ricoprendo il ruolo di avanguardia contro la corruzione.

La seconda immortala invece il rischio di corruzione in sanità e le dinamiche con cui questo viene individuato e valutato, mentre la terza ci racconta infine l'andamento dei conti economici delle strutture sanitarie, evidenziando le discrepanze e le divergenze più eclatanti.

Le risposte raccolte e le analisi effettuate rappresentano una situazione ovviamente non ottimale, ma in miglioramento, forse anche in virtù del fatto che i responsabili anticorruzione stanno acquisendo esperienza sul campo anno dopo anno. Questo è tanto più visibile nell'analisi dei Piani anticorruzione, che in alcuni casi sono finalmente diventati degli strumenti "vivi" e non solo un mero adempimento formale alla legge.

Il nostro augurio è che chi si ritroverà a sfogliare questo nuovo report possa trarne degli spunti di riflessione utili non solo a comprendere meglio il fenomeno della corruzione, ma anche a mettere in pratica quei comportamenti quotidiani in grado di promuovere, sempre tornando alla nostra Costituzione, "l'interesse della collettività".

Davide Del Monte

Direttore Esecutivo di Transparency International Italia

Francesco Macchia

Presidente di ISPE Sanità

Anna Italia

Responsabile di ricerca Censis

EXECUTIVE SUMMARY

“Una parte significativa della spesa sanitaria è - nella migliore delle ipotesi - spreco, o peggio danneggia la nostra salute”. Con questa premessa l’OCSE apre il report *“Tackling Wasteful Spending on Health”*,¹ pubblicato nel 2017, che affronta i temi del presente report con una panoramica sui paesi OCSE, tra cui l’Italia.

È facile criticare la sanità, un servizio pubblico complesso, costoso, delicato e quindi per sua stessa natura esposto a rischi e problemi di efficienza e *maladministration*. Facile, ma fuorviante se non si è sufficientemente attrezzati per avere un approccio obiettivo - per quanto possibile - ai problemi.

Il progetto *Curiamo la Corruzione* nasce per supportare il servizio sanitario italiano, aiutandolo ad affrontare un tema insidioso con gli “attrezzi” della conoscenza, della formazione, del dialogo e con l’aiuto delle nuove tecnologie. Il rapporto *Curiamo la Corruzione 2017* vuole approfondire la conoscenza dei rischi di corruzione, attraverso tre distinte analisi: un’indagine di percezione dei rischi e delle strategie, effettuata da Censis tra il 2016 e il 2017, la valutazione dei rischi e l’analisi delle contromisure contenute nei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione 2016-2018 (PTPC) delle strutture sanitarie, condotta da RiSSC, e l’analisi di sprechi e inefficienze che emergono dalla valutazione dei Conti Economici 2013 delle ASL e delle AO, tenuto conto delle diverse

realità regionali, elaborata da ISPE Sanità. Il rapporto è arricchito da due contributi dell’Advisory Board, il primo che inquadra i fattori “moltiplicatori” di rischio all’interno di un’analisi accurata del funzionamento della Pubblica Amministrazione, il secondo che presenta lo strumento dell’aggregazione delle gare pubbliche come innovativa misura di prevenzione della corruzione in sanità.

Le ricerche si basano su dati che provengono direttamente dalle strutture sanitarie, siano esse Aziende Sanitarie (ASL), Aziende Ospedaliere (AO), Aziende Ospedaliere integrate con l’Università (AOU), Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS). Le tre analisi hanno coinvolto la totalità delle strutture sanitarie pubbliche e il quadro che ne emerge è abbastanza chiaro: al di là dei singoli episodi, **il sistema anticorruzione nella sanità italiana ha fatto notevoli progressi, ma siamo a metà strada**. Il sistema sanitario italiano si è attrezzato per gestire i rischi di corruzione e minimizzarne gli effetti, ma **bisogna fare di più e continuare a investire su ricerca, formazione, dialogo e nuove tecnologie** perché un fenomeno complesso come la corruzione possa essere combattuto in modo efficace. Soprattutto, **bisogna migliorare gli strumenti di analisi e la quantità e qualità dei dati disponibili**. Inoltre, **bisogna ridurre le differenze tra regioni che emergono in modo significativo anche nella lotta alla corruzione e agli sprechi**.

¹ OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>

In sintesi, le tre ricerche evidenziano in particolare:

PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE IN SANITÀ

- Nel 25,7% delle aziende sanitarie si sono verificati episodi di corruzione nell'ultimo anno.
- Il 42,6% delle aziende sanitarie ha un indice alto (14,7%) o medio-alto (27,9%) di percezione del rischio.
- Secondo il 63,2% dei responsabili per la prevenzione della corruzione intervistati, la corruzione in sanità rimane stabile.
- Il 64,7% dei responsabili per la prevenzione della corruzione intervistati ritiene che il rischio nella propria azienda sia moderato, solo il 5,9% lo giudica elevato.
- I settori ritenuti maggiormente a rischio dagli intervistati sono quello degli acquisti e delle forniture; le liste d'attesa e le assunzioni del personale.

RISCHI DI CORRUZIONE IN SANITÀ

- Il 51,7% delle aziende sanitarie non si è adeguatamente dotata di strumenti anticorruzione, come previsto dalla L. 190/2012.
- I rischi di corruzione più frequenti sono: 1) violazione delle liste d'attesa (45%); 2) segnalazione dei decessi alle imprese funebri private (44%); 3) favoritismi ai pazienti provenienti dalla libera professione (41%); 4) prescrizione di farmaci a seguito di sponsorizzazioni (38%); 5) falsificazione delle condizioni del paziente per aggirare il sistema delle liste d'attesa (37%).
- I rischi di corruzione più elevati sono: 1) sperimentazione clinica condizionata dagli sponsor (12,9/25); 2) prescrizione di farmaci a seguito di sponsorizzazioni (12,3/25); 3) violazione dei regolamenti di polizia mortuaria (11,7/25); 4) favoritismi ai pazienti provenienti dalla libera professione (11,4/25); 5) segnalazione dei decessi alle imprese funebri private (11,2/25).
- L'assenza di standardizzazione e le differenze nella classificazione dei rischi di corruzione nei PTPC, rendono più complesse sia la valutazione dei Piani stessi, sia l'attività di analisi e confronto più precisi sui rischi di corruzione in sanità.

ANALISI ECONOMICA DEGLI SPRECHI IN SANITÀ

- La stima della corruzione sommata agli sprechi, misurata con un nuovo indicatore di inefficienza, oscilla intorno al 6% delle spese correnti annue del SSN (dati 2013).
- L'ammontare delle potenziali inefficienze nell'acquisto di beni e servizi sanitari nel SSN è stimato in circa 13 mld di euro.
- Nelle ASL, la componente di spesa più a rischio di inefficienze è l'acquisto di servizi sanitari, mentre nelle AO è l'acquisto di beni sanitari.
- Le ASL del Nord Est e del Centro Italia presentano valori di spesa per residente più eterogenei tra di loro, mentre le AO del Sud Italia presentano valori di spesa per dimesso mediamente più omogenei rispetto a quelle del Nord e del Centro.
- Una maggiore inefficienza si riscontra in quelle Regioni in cui le ASL e AO sono caratterizzate da modelli gestionali completamente disaggregati, tanto dal punto di vista organizzativo che da quello economico-finanziario.

01

PERCEZIONE DELLA
CORRUZIONE IN SANITÀ

PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE IN SANITÀ

DATI E METODOLOGIA

Da settembre 2016 a gennaio 2017 è stata realizzata la seconda edizione della rilevazione sulla percezione della corruzione in sanità da parte dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione delle strutture sanitarie pubbliche.

Nell'indagine sono state coinvolte tutte le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere integrate con le Università, le Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN e gli IRCCS pubblici, per un totale di 216 strutture.

Le materie di indagine sono state rilevate attraverso un questionario predisposto dal Censis e validato dall'intero gruppo di lavoro, composto di 13 domande articolate in due sezioni:

A. La corruzione in Sanità (percezione sulla situazione in generale e nella struttura sanitaria di appartenenza, valutazione degli ambiti maggiormente a rischio);

B. Gli strumenti di prevenzione e di contrasto (tipologia strumenti attivati, principali problematiche, più efficaci misure di prevenzione e contrasto).

Il questionario è stato inviato per la prima volta il 20 settembre 2016 a tutti i Responsabili della prevenzione della corruzione delle strutture coinvolte, accompagnato da una lettera di presentazione dell'indagine e della Seconda

Giornata Nazionale contro la Corruzione in Sanità, prevista per il 6 aprile 2017. Successivamente, sono stati effettuati più recall telefonici e via e-mail che hanno coinvolto tutte le strutture, fino ad ottenere - alla chiusura dell'indagine effettuata il 31 gennaio 2017- un totale di 136 strutture rispondenti, pari al 63% del totale.

Hanno partecipato all'indagine 80 ASL (58,8% del totale dei rispondenti, con un tasso di risposta del 66,7%) e 56 Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici (41,2% con un tasso del 58,3%). 43 strutture si trovano al Sud (il 57,3% delle strutture contattate e il 31,6% delle rispondenti), 39 nel Nord Ovest, 34 nel Nord Est (che risulta essere l'area geografica con il maggior tasso di risposta, pari al 70,8%), 20 al Centro (Tabella 1, Figura 1 e Figura 2).

La somministrazione e la compilazione del questionario è avvenuta on line direttamente su piattaforma LimeSurvey cui il compilatore aveva accesso mediante password individuale.

In fase di progettazione, e sulla base dell'esperienza maturata lo scorso anno, il gruppo di progetto ha deciso di apportare le seguenti modifiche nella metodologia e nella conduzione della rilevazione:

A. Sono state coinvolte nell'indagine esclusivamente strutture pubbliche che sono tenute a redigere il Piano anticorruzione. Questo ha determinato una riduzione della numerosità dell'universo (dalle 333 strutture del 2015 alle 216 del 2016);

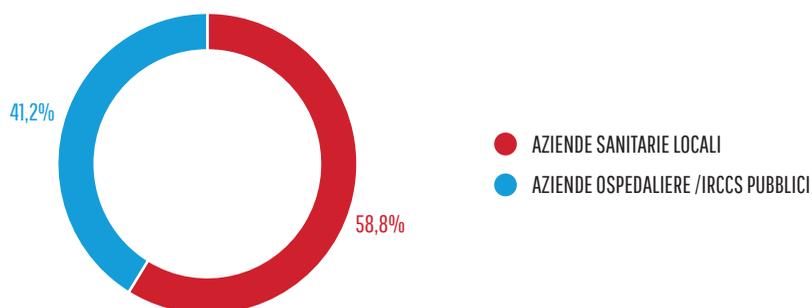
TAB. 1 | STRUTTURE TOTALI, RISPONDENTI E TASSO DI RISPOSTA, PER AREA GEOGRAFICA E TIPOLOGIA (V.A. E VAL.%)

VARIABILI	TOTALE (V.A.)	STRUTTURE RISPONDENTI (V.A.)	TASSO DI RISPOSTA
<i>AREA GEOGRAFICA</i>			
NORD OVEST	61	39	63,9
NORD EST	48	34	70,8
CENTRO	32	20	62,5
SUD E ISOLE	75	43	57,3
<i>TIPOLOGIA</i>			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	120	80	66,7
AZIENDA OSPEDALIERA PUBBLICA E IRCCS PUBBLICO	96	56	58,3
TOTALE	216	136	63,0

FIG. 1 | STRUTTURE RISPONDENTI PER REGIONE (V.A.)



FIG. 2 | STRUTTURE SANITARIE CHE HANNO PARTECIPATO ALL'INDAGINE PER TIPOLOGIA (VAL.%)



B. Sono stati contattati direttamente i Responsabili della prevenzione della corruzione delle singole strutture e non, come lo scorso anno, i Direttori e/o altri soggetti apicali.

Questo determina una non perfetta comparabilità tra i risultati delle due indagini, anche nel caso di risposte a domande analoghe.

IL PROFILO DEGLI INTERVISTATI

All'indagine hanno partecipato 136 strutture sanitarie, pari al 63% del totale delle strutture contattate.

Hanno compilato il questionario 67 donne (49,3%) e 67 uomini (49,3%) (due intervistati non hanno fornito l'informazione), con un'età media di 54 anni. Il 44,9% ha tra i 53 e i 59 anni, il 21,3% ha oltre 60 anni di età, e il 33,1% ha meno di 53 anni (Tabella 2).

L'età piuttosto avanzata è giustificata dal ruolo che essi ricoprono in azienda: in media chi ha risposto ricopre da sette anni la posizione che ha attualmente. Ai due poli opposti si trovano il 26,5% che occupa la posizione da meno di tre anni e il 26,5% che la ricopre da oltre 10 anni. L'anzianità media all'interno della struttura sanitaria è di oltre 20 anni, con il 37,5% dei rispondenti che vanta oltre 25 anni di permanenza all'interno della stessa struttura.

TAB. 2 | PROFILO SOCIO LAVORATIVO DEGLI INTERVISTATI (VAL.%)

SESSO	VAL. %
MASCHI	49,3
FEMMINE	49,3
NON INDICATO	1,4
CLASSE DI ETÀ	% VALIDA
FINO A 52 ANNI	33,1
53-59 ANNI	44,9
60 ANNI E OLTRE	21,3
NON INDICATO	0,7
ANNI DI ANZIANITÀ NELLA STRUTTURA SANITARIA	% VALIDA
MENO DI 3 ANNI	26,5
4-10 ANNI	46,3
OLTRE 10 ANNI	26,5
NON INDICATO	0,7
ANNI DA CUI RICOPRE LA POSIZIONE	% VALIDA
FINO A 15 ANNI	30,9
16-25 ANNI	30,9
OLTRE 25 ANNI	37,5
NON INDICATO	0,7
VALORI MEDI	
ETÀ	54,1
ANNI DA CUI RICOPRE LA POSIZIONE	7,0

LA PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE IN

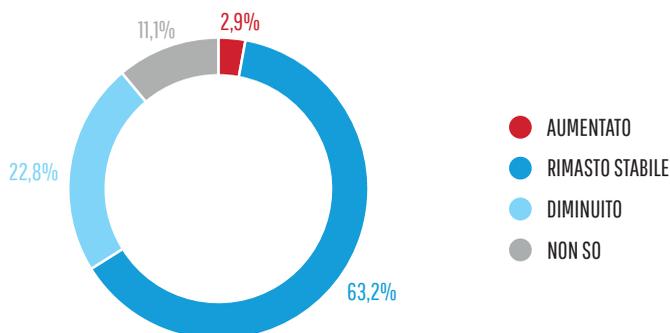
SANITÀ

LA CORRUZIONE IN SANITÀ: TIMIDI SEGNALI DI UN MIGLIORAMENTO

Sono passati quasi cinque anni dall'approvazione della Legge Anticorruzione 190/2012, cosiddetta Legge Severino, e tre anni dall'istituzione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, eppure la percezione

che hanno la maggior parte dei Responsabili anticorruzione delle strutture sanitarie pubbliche (63,2%) è che la situazione della corruzione in sanità sia rimasta stabile. C'è però da registrare positivamente come il 22,8% degli intervistati sostenga che la corruzione è diminuita (e la quota sale al 40% per le strutture delle regioni del Centro), mentre solo il 2,9% è convinto che, nonostante gli interventi normativi e le azioni di prevenzione e contrasto intraprese, a livello di sistema nulla sia cambiato: si tratta di 4 strutture, tutte collocate nel Sud del paese (Figura 3 e Tabella 3).

FIG. 3 | OPINIONE DEGLI INTERVISTATI SUL LIVELLO DI CORRUZIONE IN SANITÀ DOPO LA LEGGE 190/2012 (LEGGE ANTICORRUZIONE) (VAL.%)



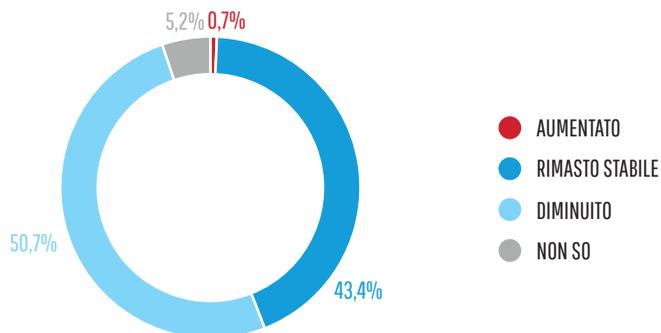
TAB. 3 | OPINIONE DEGLI INTERVISTATI SUL LIVELLO DI CORRUZIONE IN SANITÀ DOPO LA LEGGE 190/2012 (LEGGE ANTICORRUZIONE), PER AREA GEOGRAFICA (VAL.%)

LIVELLO	AREA GEOGRAFICA				TOTALE
	NORD OVEST	NORD EST	CENTRO	SUD E ISOLE	
AUMENTATO	0,0	0,0	0,0	9,3	2,9
RIMASTO STABILE	69,2	76,5	50,0	53,5	63,2
DIMINUITO	20,5	17,6	40,0	20,9	22,8
NON SO	10,3	5,9	10,0	16,3	11,1
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Se da una valutazione di carattere generale - basata più su informazioni di "seconda mano" che sull'esperienza diretta -, si passa alla valutazione di quanto accaduto negli ultimi quattro anni all'interno della struttura sanitaria di appartenenza, si ha invece un chiaro segnale di come la situazione sia

andata migliorando: infatti, il 50,7% degli intervistati pensa che, dall'approvazione della L. 190/2012 ad oggi, il rischio che si verifichi un episodio corruttivo all'interno della propria struttura sanitaria sia diminuito, mentre solo lo 0,7% (1 struttura) pensa che tale rischio sia aumentato (Figura 4).

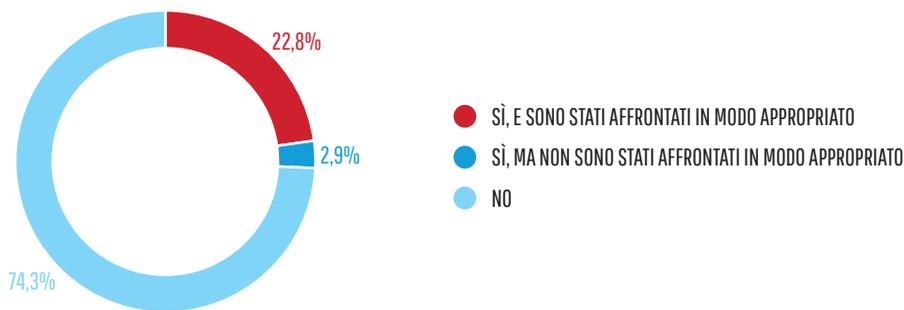
FIG. 4 | "A SUO GIUDIZIO NEGLI ULTIMI QUATTRO ANNI IL RISCHIO CHE AVVENGA UN EPISODIO DI CORRUZIONE NELLA SUA AZIENDA SANITARIA È":



Certo, la situazione rimane grave, se solo si pensa che ben il 25,7% delle strutture che hanno partecipato all'indagine, 35 in valore assoluto, dichiarano che negli ultimi 12 mesi hanno vissuto al proprio interno almeno un episodio di corruzione; ma solo in 4 casi - tutti verificatisi all'interno di ASL - l'episodio non è stato affrontato in modo adeguato. Quest'ultimo

dato sembrerebbe mostrare come le misure di prevenzione e contrasto messe in campo, a partire dall'introduzione della figura di Responsabile della corruzione e dalla redazione e pubblicizzazione del Piano anticorruzione non siano state inutili, ma abbiano contribuito, quanto meno, ad individuare le più opportune misure di intervento (Figura 5).

FIG. 5 | STRUTTURE SANITARIE CHE HANNO FATTO REGISTRARE UNO O PIÙ EPISODI DI CORRUZIONE NELL'ULTIMO ANNO (VAL.%)



Che ci sia stata un'evoluzione nelle forme e nelle modalità in cui si affrontano i casi di corruzione è evidente se solo si guarda ai risultati dell'indagine dello scorso anno, quando il 37,2% dei dirigenti affermava che negli ultimi cinque anni la propria struttura era stata direttamente coinvolta almeno in un episodio di corruzione, e che nell'11,5% dei casi questo non era stato affrontato nella maniera più appropriata.

A registrare un timido segnale di miglioramento

di una situazione che, comunque, rimane grave, è anche il giudizio riguardo alla concreta possibilità che in futuro si possa verificare un episodio di corruzione all'interno della propria azienda sanitaria: anche in questo caso prevalgono quelli che dichiarano che il rischio è tutto sommato moderato (64,7% del totale), mentre solo il 5,9% degli intervistati ritiene che vi sia un rischio elevato (lo scorso anno la quota di quanti rilevavano un rischio elevato era pari al 10%) (Figura 6)

FIG. 6 | "SECONDO LEI, QUAL È IL LIVELLO DI RISCHIO CHE AVVENGA UN FENOMENO CORRUTTIVO ALL'INTERNO DELLA SUA STRUTTURA?" (VAL.%)



Ancora quest'anno l'ambito che viene indicato come quello in cui è più facile che si verifichino episodi di corruzione è quello degli appalti e delle procedure ad essi collegate: al primo posto sono segnalate le procedure per l'acquisto di beni e servizi, al secondo

la fornitura di beni e servizi; segue - come ambito potenzialmente a rischio di corruzione - quello delle liste d'attesa, e poi quello delle assunzioni di personale (Tabella 4).

TAB. 4 | AMBITI CHE GLI INTERVISTATI RITENGONO SIANO MAGGIORMENTE A RISCHIO DI CORRUZIONE (DA 1 MIN. RISCHIO A 9 MAX RISCHIO. PUNTEGGIO MEDIO)

AMBITI	PUNTEGGIO MEDIO
1. PROCEDURE DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI	6,83
2. FORNITURA DI BENI E SERVIZI	6,46
3. LISTE DI ATTESA	5,56
4. ASSUNZIONE DEL PERSONALE	4,98
5. NOMINE DEI SOGGETTI APICALI	4,71
6. PRESCRIZIONI IMPROPRIE DI FARMACI	4,33
7. FALSE CERTIFICAZIONI/RICHIESTA PRESTAZIONI NON DOVUTE	4,23
8. ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE PRIVATE	4,16
9. FORMAZIONE E CONSULENZE	3,75

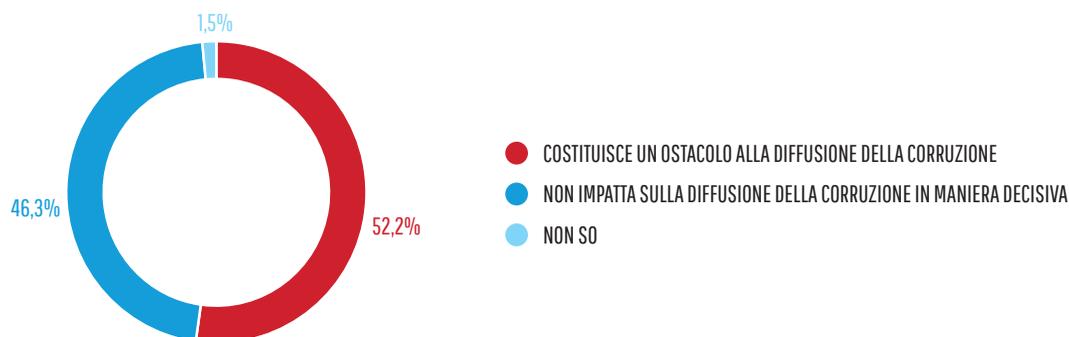
SENSIBILIZZAZIONE E DIFFUSIONE DELLE PRATICHE VIRTUOSE, STRADE MAESTRE PER IL CONTRASTO

La legge 190/2012, anche se ancora non è riuscita a sconfiggere la corruzione, indubbiamente ha fatto da apripista all'introduzione di una serie di interventi che, in alcuni casi, hanno profondamente modificato il modo di lavorare all'interno del sistema sanitario, e si configurano come vere e proprie pratiche virtuose che si sono diffuse e sono cresciute, anche a prescindere dalla normativa.

Il Piano di prevenzione della corruzione rappresenta

il minimo comune denominatore che sono tenute a redigere tutte le strutture sanitarie, e i dati presentati in altra parte di questo report dimostrano come queste ultime si stiano via via emancipando da una redazione concepita come puro adempimento formale e come siano sempre più numerose quelle che effettuano un'analisi di contesto, dei rischi, e dei bisogni personalizzata sulla propria situazione. Nonostante ciò, rimane altissima, e pari al 46,3% del totale, la quota di quelli che ritengono che il Piano non rappresenti un deterrente decisivo per contrastare la diffusione della corruzione (Figura 7).

FIG. 7 | OPINIONE DEGLI INTERVISTATI SULL'EFFICACIA DEL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (VAL.%)



Accanto al Piano, la maggior parte delle aziende sanitarie si sono dotate di una serie di strumenti che dovrebbero scongiurare la possibilità che si verifichino episodi di corruzione: l'85,7% delle strutture ha un suo Codice di comportamento sul tema del conflitto di interessi, che integra il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, e il 20,5% dichiara di aver applicato quanto prescritto, comminando sanzioni per le violazioni del Codice (Tabella 5).

Particolare attenzione è stata dedicata al delicato rapporto tra pubblico e privato nella regolazione degli appalti pubblici: l'85,2% delle strutture sanitarie dichiara di aver predisposto un Regolamento interno da applicare ogniqualvolta si debba procedere con un acquisto, e il 79,4% sottoscrive un Patto di integrità con le imprese che partecipano alle gare d'appalto, che costituisce parte integrante della documentazione di gara e obbliga entrambe le parti ad agire secondo i principi della lealtà, dell'informazione e della trasparenza.

Proprio la trasparenza e la condivisione delle informazioni sono ritenuti passaggi fondamentali per permettere all'utenza di conoscere gli standard qualitativi del servizio e scegliere a quale struttura rivolgersi: il 99,3% delle strutture sanitarie ha redatto il Piano triennale per la trasparenza e l'integrità, obbligatorio ai sensi dell'art.10 del D. lgs 33 del 14 marzo 2013.

Dopo il riconoscimento in Italia, con la legge 190 del 2012, della figura del segnalante (o *whistleblowing*), e la previsione di forme di tutela nei confronti di chi segnala, crescono le aziende sanitarie che hanno strutturato al proprio interno un sistema di raccolta e segnalazione delle violazioni delle norme e dei comportamenti: quest'anno sono il 96,3% del totale, contro il 85,4% della scorsa rilevazione. Per tutelare l'anonimato di chi segnala, il 44,4% delle aziende ha predisposto una piattaforma informatica su cui è possibile far pervenire le segnalazioni. Tra queste anche le ASL pilota del progetto *Curiamo la Corruzione* di Bari, Melegnano e Martesana,

TAB. 5 | MISURE ANTICORRUZIONE ADOTTATE DALLE STRUTTURE SANITARIE CHE HANNO PARTECIPATO ALL'INDAGINE (VAL%)

MISURE	SÌ	NO	NON SO	TOTALE
HA UN CODICE DI COMPORTAMENTO	85,7	12,8	1,5	100,0
HA COMMINATO SANZIONI PER VIOLAZIONE CODICE DI COMPORTAMENTO	20,5	72,3	7,2	100,0
HA UN SISTEMA INTERNO DI RACCOLTA E SEGNALAZIONE DELLE VIOLAZIONI DI NORME E COMPORTAMENTI	96,3	3,7	-	100,0
HA UNA PIATTAFORMA INFORMATICA PER LE SEGNALAZIONI	44,4	54,8	0,8	100,0
HA PREDISPOSTO UN REGOLAMENTO PER LE PROCEDURE D'ACQUISTO	85,2	13,3	1,5	100,0
PREVEDE LA ROTAZIONE DEI DIRIGENTI E DIPENDENTI CHE SONO IN POSIZIONI A RISCHIO	64,4	32,6	3,0	100,0
SOTTOSCRIVE UN PATTO DI INTEGRITÀ CON LE IMPRESE CHE PARTECIPANO AD UNA GARA D'APPALTO	79,4	13,0	7,6	100,0
HA REDATTO IL PIANO TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ	99,3	0,7	-	100,0

Siracusa e Trento, che hanno potuto usufruire della piattaforma appositamente predisposta nell'ambito del progetto.

Infine, crescono rispetto allo scorso anno, e sono il 64,4% del totale, le aziende sanitarie che prevedono la rotazione per coloro che ricoprono posizioni delicate in cui è più facile praticare illeciti e frodi.

Sempre nell'ambito delle attività incentivate dalla legge 190 e previste anche all'interno del progetto *Curiamo la Corruzione*, si segnalano i percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità che nell'ultimo anno sono stati effettuati dal 90,4% delle

strutture sanitarie, pur se con un'intensità diversa a seconda delle aree geografiche, per cui si va da oltre il 97% del Nord al 79,1% del Sud e isole (Figura 8 e Tabella 6). Se poi si considerano le strutture che hanno effettuato percorsi di sensibilizzazione rivolti a tutti i dipendenti, e non solo a quelli che operano negli ambiti più a rischio, la percentuale scende al 55,9% (con una variabilità che va dal 70% del Centro al 44,2% del Sud e isole). In questo caso occorre segnalare una riduzione della quota di strutture che dichiarano di aver svolto percorsi di formazione che, nella prima annualità erano il 94,6% del totale.

FIG. 8 | STRUTTURE SANITARIE CHE NELL'ULTIMO ANNO HANNO EFFETTUATO PERCORSI DI FORMAZIONE SUI TEMI DELL'ETICA E DELLA LEGALITÀ (VAL.%)



TAB. 6 | STRUTTURE SANITARIE CHE NELL'ULTIMO ANNO HANNO EFFETTUATO PERCORSI DI FORMAZIONE SUI TEMI DELL'ETICA E DELLA LEGALITÀ, PER AREA GEOGRAFICA (VAL.%)

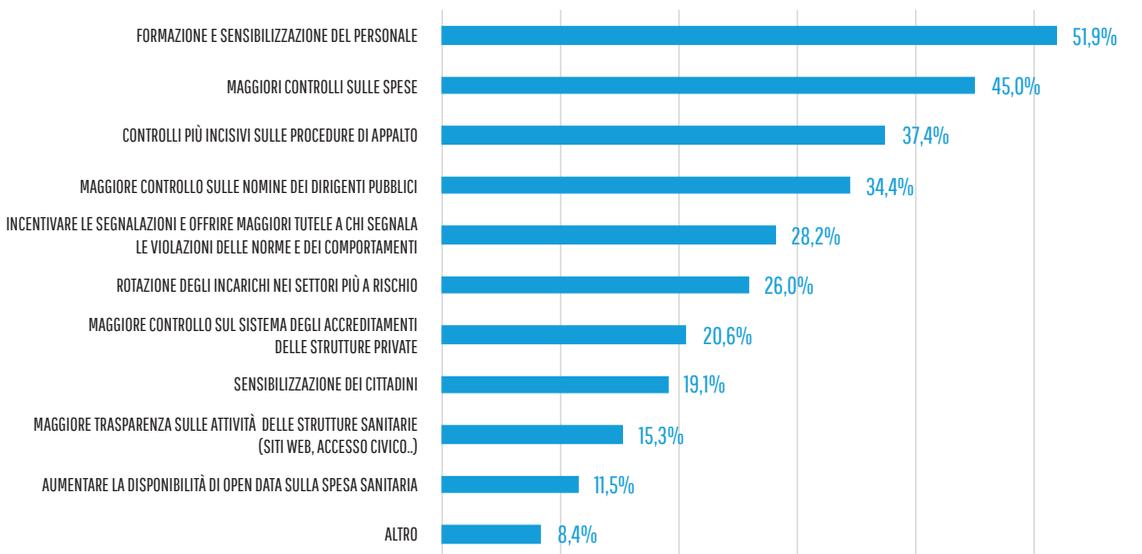
CORSI SU ETICA E LEGALITÀ	AREA GEOGRAFICA				TOTALE
	NORD OVEST	NORD EST	CENTRO	SUD E ISOLE	
SÌ, PER TUTTI I DIPENDENTI	66,6	50,0	70,0	44,2	55,9
SÌ, MA SOLO PER I DIPENDENTI CHIAMATI AD OPERARE NEGLI AMBITI A PIÙ ALTO RISCHIO DI CORRUZIONE	30,8	47,1	20,0	34,9	34,6
NO	2,6	2,9	10,0	20,9	9,5
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

E sono proprio la formazione e la sensibilizzazione del personale ad essere ritenute, anche quest'anno, le misure più efficaci per contrastare la corruzione: lo segnala il 51,9% degli intervistati; ritenendole più importanti rispetto ai controlli sulle spese (indicati dal 45%), ed a controlli più incisivi sulle procedure d'appalto (37,4%) (Figura 9). I Responsabili della prevenzione della corruzione sembrerebbero

dunque essere sempre più convinti che per arginare frodi e illeciti ad esse collegati sia necessario in primo luogo agire sulle coscienze di chi, ogni giorno, lavora per garantire le prestazioni del servizio pubblico. Meno segnalate, risultano, invece, quelle misure che mirano a dare una maggiore trasparenza al sistema, attraverso la diffusione di dati (11,5%) e di notizie relative all'attività delle strutture (15,3%).

FIG. 9 | MISURE PIÙ EFFICACI PER CONTRASTARE LA CORRUZIONE IN SANITÀ (VAL.%)

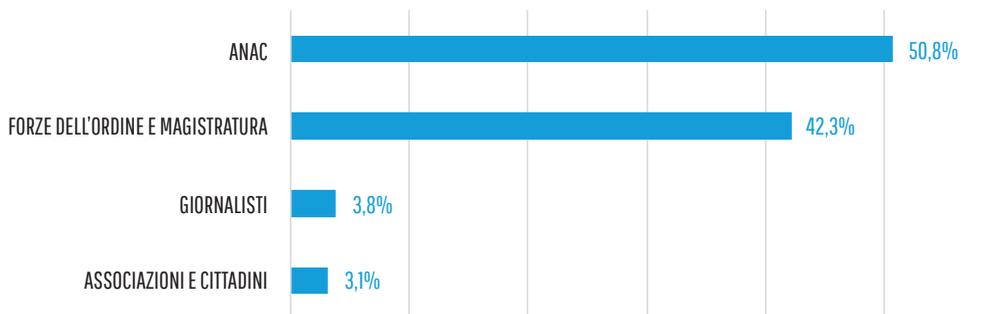
* IL TOTALE NON È UGUALE A 100 PERCHÉ ERANO POSSIBILI PIÙ RISPOSTE



Se all'interno del luogo di lavoro è necessario soprattutto procedere attraverso la sensibilizzazione del personale, è pur vero che gli intervistati riconoscono che i maggiori risultati li hanno ottenuti i due soggetti deputati, rispettivamente, al controllo e al contrasto: ANAC viene indicato al primo posto

per i risultati ottenuti nella lotta alla corruzione in sanità dal 50,8% degli intervistati, mentre le Forze dell'ordine e la Magistratura dal 42,3%. Del tutto residuali gli intervistati che segnalano il ruolo svolto in questo campo dai giornalisti (3,8%) e dalle associazioni civiche (3,1%) (Figura 10).

FIG. 10 | OPINIONI DEGLI INTERVISTATI SUI SOGGETTI ESTERNI AL SISTEMA SANITARIO CHE HANNO RAGGIUNTO I MIGLIORI RISULTATI NELLA PREVENZIONE E NEL CONTRASTO DELLA CORRUZIONE IN SANITÀ (VAL%)



L'INDICE DI PERCEZIONE DEL RISCHIO DI ACCADIMENTO DI FENOMENI CORRUTTIVI

A partire dalle risposte fornite alle domande del questionario, è stato costruito un indice sintetico della percezione del rischio di accadimento di fenomeni corruttivi all'interno di ciascuna struttura sanitaria.

L'indicatore sintetico è la sintesi di tre sotto-indici, che analizzano tre aspetti differenti che emergono dai risultati dell'indagine:

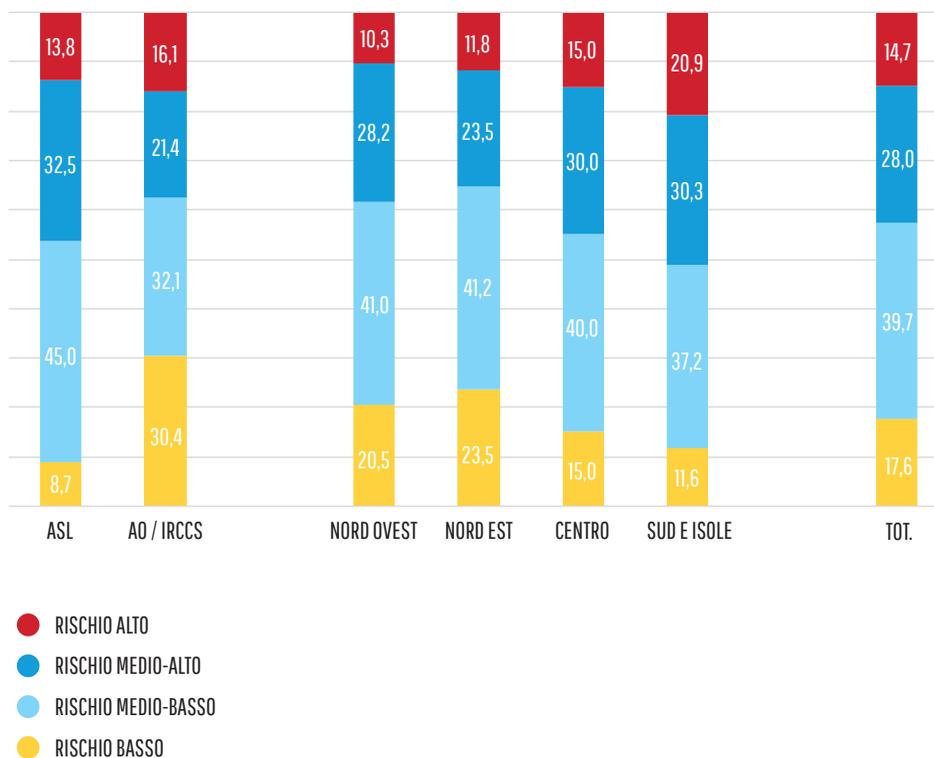
- A. Indice sintetico di percezione:** la percezione del Responsabile anticorruzione circa il livello di corruzione della struttura sanitaria a cui appartiene;
- B. Indice sintetico degli strumenti attivati:** gli strumenti di prevenzione e contrasto alla corruzione attivati dalla struttura;
- C. Indice sintetico di corruzione:** gli episodi di corruzione nella struttura sanitaria a cui ha assistito o di cui è venuto a conoscenza il Responsabile anticorruzione nell'ultimo anno.

L'indicatore e le sue componenti sono stati costruiti in modo che a valori bassi corrisponda un basso rischio e viceversa.

Una volta calcolati i tre sotto-indici, questi sono stati sintetizzati in uno unico con media 100 e deviazione standard 10, e le strutture sono state raggruppate in base al valore ottenuto in 4 classi di rischio:

- 1. Rischio basso,** indice fino a 89.9: appartengono a questa classe 24 strutture, pari al 17,6% del totale. Si tratta di 7 ASL e 17 tra Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici; 3 sono al Centro, 5 al Sud, 8 nel Nord Ovest e 8 nel Nord Est;
- 2. Rischio medio-basso,** indice da 90.0 a 99.9: rappresenta la classe più numerosa, cui appartengono 54 strutture, pari al 39,7% del totale. Si tratta di 36 ASL e 18 tra Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici;
- 3. Rischio medio-alto,** indice da 100.0 a 109.9: appartengono a questa classe 38 strutture, pari al 27,9% del totale: 26 sono ASL e 12 Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici;
- 4. Rischio alto,** indice oltre il 109.9: appartengono a questa classe 20 strutture, ovvero il 14,7% del totale. Si tratta di 11 ASL e 9 Aziende Ospedaliere o IRCCS pubblici; 9 si trovano al Sud, 4 al Nord Ovest, 4 al Nord Est e 3 al Centro.

FIG. 11 | INDICE DI PERCEZIONE DEL RISCHIO DI ACCADIMENTO DI FENOMENI CORRUTTIVI



L'INDICATORE DI RISCHIO SINTETICO

A partire dalle risposte fornite alle domande del questionario, è stato costruito un indice sintetico della percezione del rischio di accadimento di fenomeni corruttivi all'interno di ciascuna struttura sanitaria.

L'indicatore sintetico è stato costruito a partire da tre sotto-indici, che analizzano tre aspetti differenti emergenti dai risultati dell'indagine:

- A. Indice sintetico di percezione:** la percezione del Responsabile anticorruzione circa il livello di corruzione della struttura sanitaria a cui appartiene;
- B. Indice sintetico degli strumenti attivati:** gli strumenti di prevenzione e contrasto alla corruzione attivati dalla struttura;
- C. Indice sintetico di corruzione:** gli episodi di corruzione nella struttura sanitaria a cui

ha assistito o di cui è venuto a conoscenza il Responsabile anticorruzione nell'ultimo anno.

L'indicatore e le sue componenti sono state costruite in modo che a valori bassi corrisponda un basso rischio e viceversa.

Di seguito è descritta la costruzione di ciascun indice.

A - INDICE SINTETICO DI PERCEZIONE [DOMANDE 1, 3 E 4]

Sono state considerate:

- ▶ Domanda 4: "A Suo giudizio negli ultimi 4 anni il rischio che avvenga un episodio di corruzione nella sua struttura sanitaria è". La domanda è stata codificata attribuendo i seguenti valori:
 - 1, se la risposta è stata "Aumentato";
 - 0, se la risposta è stata "Rimasto stabile";
 - -1, se la risposta è stata "Diminuito".

TAB. 7 | INDICE SINTETICO DI PERCEZIONE DOMANDA 1 E 4

DOMANDA 4 (ANDAMENTO RISCHIO CORRUZIONE NELLA STRUTTURA SANITARIA)	DOMANDA 1 (ANDAMENTO LIVELLO CORRUZIONE NELLA SANITÀ IN GENERALE)	FATTORE DI CORREZIONE
AUMENTATO	AUMENTATO	0
AUMENTATO	RIMASTO STABILE	+0,3
AUMENTATO	DIMINUITO	+0,6
RIMASTO STABILE	AUMENTATO	-0,3
RIMASTO STABILE	RIMASTO STABILE	0
RIMASTO STABILE	DIMINUITO	+0,3
DIMINUITO	AUMENTATO	-0,6
DIMINUITO	RIMASTO STABILE	-0,3
DIMINUITO	DIMINUITO	0
NON INDICATO OPPURE	NON INDICATO	0

Al punteggio così ottenuto è stato sommato un fattore di correzione, in base alle risposte date alla domanda 1 (“Sono passati quattro anni dall’approvazione della legge anticorruzione. A suo giudizio, da quel momento sino ad oggi il livello di corruzione in Sanità è”), in relazione alla domanda 4, secondo lo schema di seguito riportato, ottenendo valori compresi tra -1,6 e 1,6:

- ▶ Domanda 3: “A prescindere da quanto già avvenuto, secondo lei, qual è il livello di rischio che avvenga un fenomeno corruttivo all’interno della sua struttura”. La domanda è stata codificata attribuendo i seguenti valori:
 - 0, se la risposta è stata “Scarso, il rischio che si verifichi un’azione corruttiva è minimo”;
 - 0,5, se la risposta è stata “Moderato, esiste la possibilità che si verifichi un’azione corruttiva”;
 - 1, se la risposta è stata “Elevato, c’è un alto rischio che si verifichi un’azione corruttiva”.

I due valori derivanti dalle domande 1-4 e 3 sono poi stati standardizzati in indici con media 100 e deviazione standard 10 e poi sintetizzati nell’indice sintetico di percezione, applicando il metodo della penalità per coefficiente di variazione dell’Istat.

B - INDICE SINTETICO DEGLI STRUMENTI ATTIVATI [DOMANDE 8 E 9]

Sono state considerate:

- ▶ Domanda 8: definisce quali degli strumenti di prevenzione e contrasto alla corruzione sono stati attivati nella struttura sanitaria (8 tipologie differenti). La domanda è stata sintetizzata semplicemente considerando quanti strumenti sono stati fino ad ora attivati;
- ▶ Domanda 9: “Nell’ultimo anno nella sua struttura sono stati effettuati percorsi di formazione sui temi dell’etica e legalità?”. La domanda è stata codificata attribuendo i seguenti valori:
 - 1, se la risposta è stata “Sì, per tutti i dipendenti”;
 - 0,5, se la risposta è stata “Sì, ma solo per i dipendenti chiamati ad operare negli ambiti a più alto rischio di corruzione”;
 - 0, se la risposta è stata “No”.

Il valore ottenuto dalla ricodifica di questa domanda è stato aggiunto al valore totale derivante dalla domanda 8.

Il valore sintetico (compreso tra 0 e 9) è stato trasformato in una nuova variabile, compresa tra 0 e 1, dove 1 indica l’assenza di strumenti attivati (corrisponde allo 0 della variabile originaria) e 0 indica l’attivazione di tutti gli strumenti (quindi corrisponde a 9 della variabile indicata). La variabile è stata poi standardizzata in un indice con media 100 e deviazione standard 10 (indice sintetico degli strumenti attivati).

C - INDICE SINTETICO DI CORRUZIONE [DOMANDA 2]

- ▶ Per questo indice è considerata la sola domanda 2, che chiede al Responsabile: “Nell’ultimo anno ha assistito o è venuto a conoscenza di uno o più episodi di corruzione nella struttura in cui lavora?”. La domanda è stata codificata attribuendo i seguenti valori:
 - 0,5, se la risposta è stata “Sì, e sono stati affrontati in modo appropriato”;
 - 1, se la risposta è stata “Sì, ma non sono stati affrontati in modo appropriato”;

- -1, se la risposta è stata “No”.

D - INDICE DI RISCHIO DI ACCADIMENTO DI FENOMENI CORRUTTIVI

Una volta calcolati i tre sotto-indici, è stato costruito un indice sintetico generale, sintesi dei tre: l'indice di rischio di accadimento di fenomeni corruttivi all'interno della struttura sanitaria.

I tre indici sono quindi stati sintetizzati in uno unico, riapplicando il metodo della penalità per coefficiente di variazione. Ciascun sotto-indice, inoltre, ha contribuito all'indice finale con un peso differente:

- 0,9, per l'indice di percezione;
- 1,1, per l'indice degli strumenti;
- 1, per l'indice di corruzione.

L'indice finale è stato standardizzato in un indicatore con media 100 e deviazione standard 10, e le strutture sono state raggruppate in 4 classi di rischio, in base al valore ottenuto:

1. Rischio basso, indici fino a 89.9;
2. Rischio medio-basso, indici da 90.0 a 99.9;
3. Rischio medio-alto, indici da 100.0 a 109.9;
4. Rischio alto, indici oltre il 109.9.

È importante precisare che:

- Gli indici sono calcolati sulla base delle risposte al questionario; si tratta quindi soprattutto di valutazioni personali, anche se date da referenti autorevoli in materia;
- L'attribuzione dei punteggi alle diverse risposte alle domande considerate è stata fatta secondo un criterio soggettivo;
- La suddivisione nelle 4 classi è da intendersi solo come un fattore di rischio di maggiore o minore possibilità che accadano fenomeni di corruzione all'interno della struttura sanitaria, in base ad un numero di parametri definito, e che quindi non può in ogni caso essere esaustivo di tutte le componenti che facilitano la maggiore o minore presenza di corruzione nelle strutture sanitarie.

CONCLUSIONI

L'impegno per fare in modo che la corruzione e le frodi non dilagino all'interno del sistema sanitario pubblico si mantiene alto e, rispetto a quanto rilevato lo scorso anno, sembra essere in crescita. Un primo dato che lo testimonia è quello della partecipazione all'indagine, che quest'anno ha avuto un tasso di risposta del 63%, contro il 45,3% dello scorso anno.

La situazione complessiva sembra essere in lento, ma costante miglioramento e, soprattutto, sembrano essere aumentate tanto la consapevolezza rispetto alla gravità del problema quanto la capacità di far fronte agli episodi di corruzione con gli strumenti più appropriati, qualora essi si verificano.

Le diverse misure introdotte negli ultimi anni, dal Piano di prevenzione della Corruzione, ai Codici di regolamento interni, ai Patti d'integrità con le imprese, sembrano via via trasformarsi da puri adempimenti formali a concreti strumenti per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno. Soprattutto, e anche grazie ai percorsi di sensibilizzazione e formazione sui temi dell'etica e della legalità che si stanno realizzando nella quasi totalità delle strutture, si sta diffondendo una cultura della legalità tra tutti gli operatori, che cominciano ad esercitare la propria capacità di controllo e ad utilizzare anche gli strumenti interni che hanno a disposizione, primo tra tutti quello delle segnalazioni.

Ancora quest'anno l'ambito che viene segnalato come quello maggiormente suscettibile di illeciti è quello degli appalti, che è il settore dove si incontrano gli interessi del pubblico e del privato e dove la posta economica in gioco è ingente, segue il delicato ambito delle liste d'attesa, dove si sfruttano gli interessi ad avere una cura efficace nel più breve tempo possibile da parte dei malati e dei loro familiari, e poi quello delle nomine, tanto del personale di base, quanto delle figure apicali.

Tra le misure per arginare il fenomeno i Responsabili della prevenzione sottolineano anche quest'anno l'importanza della formazione e sensibilizzazione del personale interno, chiamato a tenere comportamenti eticamente responsabili ed a sorvegliare perché non accadano fatti illeciti. Allo stesso tempo, però, gli intervistati riconoscono il ruolo delle istituzioni chiamate ad intervenire con il controllo e contrasto, ovvero ANAC e la Guardia di finanza.

02

ANALISI DEI RISCHI
DI CORRUZIONE

ANALISI DEI RISCHI DI CORRUZIONE IN SANITÀ

DATI E METODOLOGIA

La legge 190 del 2012 ha posto l'attenzione sul tema della prevenzione e del contrasto alla corruzione nelle pubbliche amministrazioni, coinvolgendo direttamente i soggetti responsabili alla tutela dell'azienda sanitaria, attraverso strumenti di analisi dei rischi che richiedono una buona conoscenza sia dell'organizzazione interna dell'ente sanitario, sia del dettato normativo, in continua evoluzione. Con la Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, ANAC ha indicato il contenuto essenziale dei PTPC 2016-2018:

1. Un'effettiva analisi del contesto esterno e interno;
2. Una mappatura dei processi effettuata su tutta l'attività svolta dall'amministrazione, non solamente con riferimento alle c.d. "aree obbligatorie", ma anche a tutte le altre aree di rischio ("aree specifiche");
3. Una valutazione del rischio che tenga conto delle cause degli eventi rischiosi;
4. Il trattamento del rischio, che deve consistere in misure concrete, sostenibili e verificabili;
5. L'indicazione delle modalità con cui è stato redatto il nuovo Piano e l'individuazione dei responsabili.

L'attività di ricerca del progetto *Curiamo la Corruzione* ha analizzato le metodologie di mappatura, valutazione e trattamento del rischio (punti 2, 3, e

4) contenute nei PTPC 2016-2018, esaminando le criticità ed i progressi rispetto ai PTPC 2015, sia per monitorare il livello di attuazione della L. 190/12, sia per fornire elementi utili per la stesura dei prossimi PTPC in ambito sanitario.

L'oggetto di analisi è rappresentato dai PTPC 2016-2018 adottati da Aziende Sanitarie (AS), Aziende Ospedaliere (AO), Aziende Ospedaliere integrate con l'Università (AOU), Istituti di Ricerca (IRCCS), per un totale di 228 Piani.² Una volta raccolti i dati, si è proceduto a una prima rilevazione delle tipologie di rischio individuate dalle strutture per tutte le aree e i processi interni, seguita dall'analisi dei singoli elementi del Piano. Partendo dalle indicazioni proposte da ANAC nel PNA 2013 e nei suoi successivi aggiornamenti, i ricercatori hanno individuato una serie di componenti essenziali di un PTPC, che non solo devono essere presenti, ma devono mostrare una qualità di contenuto sufficiente per essere valutati positivamente. Per la parte di valutazione del rischio:

- L'identificazione di "ciascun processo o fase di processo" (PNA 2013);
- Il "numero medio di processi censiti" (PNA 2016);
- La descrizione degli "eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi" (PNA 2015);
- La ponderazione degli "eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi" (PNA

2015);

Per la parte di trattamento del rischio, l'identificazione di:

- “Misure con le caratteristiche indicate (chiarezza, articolazione di responsabilità)” (PNA 2016);
- Il responsabile dell'attuazione delle misure di prevenzione del rischio;
- Tempi di attuazione, ovvero “articolazione temporale” (PNA 2016);
- Monitoraggio, ovvero la “verificabilità quanto all'effettiva attuazione e quanto all'efficacia” (PNA 2016).

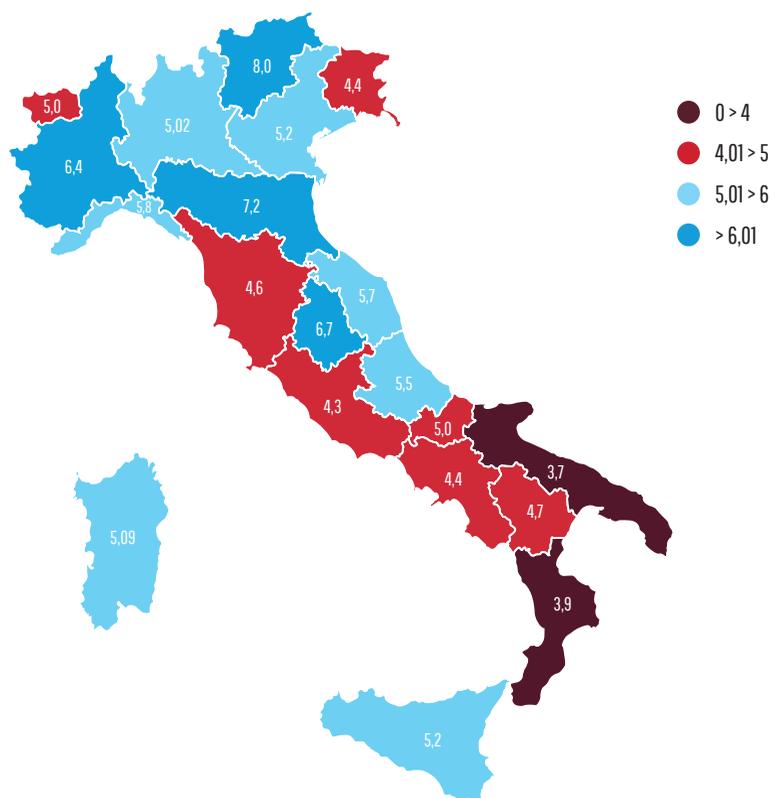
Sulla base dei dati, è stata elaborata la mappa³ del rischio 2016 e valutata la qualità dei PTPC 2016-2018, in particolare nel confronto tra regioni. Successivamente, la ricerca ha approfondito tre settori particolarmente esposti al fenomeno corruttivo: liste di attesa, sponsorizzazioni e attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

LA NUOVA MAPPA DEL RISCHIO

La mappa del rischio, disponibile sul sito di *Curiamo la Corruzione*⁴ e nel report 2016, è stata aggiornata mantenendo per ragioni di uniformità la suddivisione in “macro categorie” quanto più omogenee a seconda del livello di completezza della compilazione. Le categorie individuate sono tre, per mantenere una maggiore coerenza con la mappa elaborata lo scorso anno⁵:

1. Mancanza dell'aggiornamento del PTPC o PTPC aggiornati ma privi dell'analisi delle aree di rischio, dei processi, dei rischi specifici e delle misure di mitigazione;
2. PTPC aggiornati che contengono l'analisi delle aree di rischio, dei processi, la descrizione o la ponderazione del rischio (alternativi) e le misure di mitigazione;
3. PTPC aggiornati che contengono le aree e i processi, la descrizione e la ponderazione del rischio e le misure.

FIG. 12 | RATING MEDIO SULLA QUALITÀ DEI PTPC A LIVELLO REGIONALE



LA QUALITÀ DEI PTPC 2016

La metodologia utilizzata quest'anno per valutare la qualità dei Piani ha seguito alcune regole generali:

- I PTPC 2016-2018 delle aziende sanitarie sono stati valutati sulla base della completezza e qualità delle informazioni contenute, non sulla presenza formale degli elementi costitutivi del Piano. Ad esempio, una tabella denominata “mappatura dei processi” che contiene una descrizione generica dei processi, o solo un elenco di procedimenti, è stata valutata negativamente;
- Sono stati valutati negativamente gli enti (3%) che non hanno provveduto all'aggiornamento 2016;
- Sono stati considerati i processi di fusione e aggregazione tra le aziende del settore sanitario. Ad esempio, nel caso in cui il PTPC dell'azienda costituita dalla fusione di due aziende non abbia un contenuto proprio ma faccia riferimento ai PTPC delle aziende di partenza, sono stati valutati i Piani originari;
- Non sono state prese in considerazione la data di approvazione del Piano, il formato del file, la pubblicazione nel sito e la relativa directory;
- Per ogni componente del Piano è stata valutata la qualità e la coerenza logica delle informazioni contenute. Ad esempio, sono stati valutati negativamente i Piani contenenti la ponderazione dei rischi senza l'identificazione dei processi e la descrizione sufficiente dei rischi stessi;
- Tre sezioni all'interno del Piano sono considerate fondamentali: la descrizione dei rischi, la ponderazione dei rischi e l'individuazione delle misure.

FIG. 13 | CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DELLA QUALITÀ DEI PTPC 2016

NULO / SCARSO	No aggiornamento PTPC 2016-2018				
	Si aggiornamento PTPC 2016-2018	No aree / processi			
	Si aggiornamento PTPC 2016-2018	Si aree / processi	No valutazione rischio	No misure di prevenzione	
	Si aggiornamento PTPC 2016-2018	Si aree / processi	No valutazione rischio	Si misure di prevenzione	
PARZIALE	Si aggiornamento PTPC 2016-2018	Si aree / processi	Si ponderazione e/o descrizione rischio	No misure di prevenzione	
	Si aggiornamento PTPC 2016-2018	Si aree / processi	Si ponderazione o descrizione rischio	Si misure di prevenzione	
COMPLETO	Si aggiornamento PTPC 2016-2018	Si aree / processi	Si ponderazione e descrizione rischio	Si misure di prevenzione	
ESTESO	Si aggiornamento PTPC 2016-2018	Si aree / processi	Si ponderazione e descrizione rischio	Si misure di prevenzione	Si > 40 processi, tempi di attuazione, responsabile, indicatori/monitoraggio

Inoltre, ad ogni sezione è stato assegnato un punteggio 0 o 1 in base all'analisi dei contenuti: 0 se la sezione del Piano non risponde alle previsioni del dettato normativo, così come specificate da ANAC nei PNA; 1 se la sezione risponde allo spirito della

norma e delle indicazioni dell'Autorità. In questo modo, ogni Piano ha ricevuto un punteggio da 0 a 8, parametrato sulla completezza e qualità delle informazioni contenute.

IL RISCHIO DI CORRUZIONE IN SANITÀ

Secondo quanto riportato nel primo report *Curiamo la Corruzione*, ANAC, mediante l'Aggiornamento 2015 del PNA, ha denunciato l'insufficiente livello qualitativo della compilazione dei PTPC 2015-2017, evidenziando le seguenti criticità:

- Grande disomogeneità dei Piani, che rende impossibile un confronto sistematico tra i rischi rilevati dalle diverse aziende;
- Analisi del contesto interno o esterno insufficiente o inadeguata nel 92% dei casi;
- Mappatura dei processi poco analitica nel 73% dei casi;
- Identificazione del rischio non esaustiva nel 67% dei casi;
- Trattamento del rischio adeguato solo nel 37% dei casi;
- Monitoraggio insufficiente nel 75% dei casi.

L'adozione dei PTPC 2015-2017 era vissuta come un adempimento formale, più che sostanziale al dettato normativo anti-corruzione: molti Piani riportavano stralci del PNA su come fare i Piani, o contenevano tabelle vuote, o paragrafi con il titolo ma senza contenuto.

In tema di trasparenza emergeva una maggiore attenzione alla pubblicazione delle informazioni più che alla loro qualità. Ad esempio, la disponibilità dei dati qualitativi sugli esiti dei bandi – cruciali per un effettivo controllo delle eventuali anomalie – era carente.

MIGLIORA LA QUALITÀ DEI PIANI MA I PROBLEMI PERMANGONO

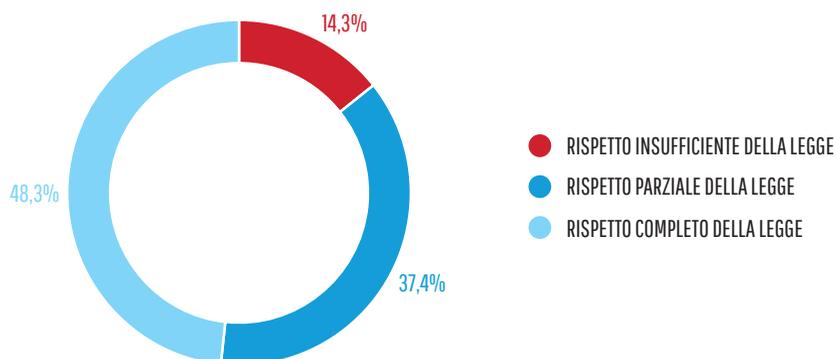
L'analisi sui PTPC 2016-2018 delle aziende sanitarie mostra un quadro in miglioramento, sia dal punto di vista formale che sostanziale. Il ruolo di indirizzo svolto da ANAC, attraverso gli aggiornamenti del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), la collaborazione con AGENAS e le iniziative organizzate per gli RPC e l'intensa collaborazione, formale e informale, tra RPC, possono spiegare questi progressi.

Dal punto di vista formale, i PTPC 2016-2018 in ambito sanitario hanno raggiunto un buon livello di maturità: solo il 3% degli enti non ha effettuato l'aggiornamento al Piano, in parte per processi di fusione in corso tra aziende, che di fatto rendono difficile la mappatura dei processi e l'analisi dei rischi nella fase di transizione. Il mancato aggiornamento potrebbe trovare parziale giustificazione nella valenza triennale del Piano 2014-2016, anche se ANAC ha più volte ribadito la necessità di monitorare e aggiornare il Piano con regolarità.

In altri casi, il PTPC è stato aggiornato solo in apparenza, perché sostanzialmente vuoto. Alcuni Piani, ad esempio, riportano solo gli articoli del codice penale che individuano i reati contro la pubblica amministrazione, o solo il programma per la trasparenza, o solo tabelle senza contenuto.

Nonostante i miglioramenti, i Piani continuano a presentare le problematiche rilevate lo scorso anno, anche se in misura minore. I PTPC con giudizio negativo scendono dal 40,3% del 2015 al 14,3% del 2016 ed aumentano i Piani con giudizio positivo dal 25,8% del 2015 al 48,3% del 2016.

FIG. 14 | QUALITÀ DEI PTPC 2016-2018



STANDARDIZZAZIONE E RISCHIO “COPIA E INCOLLA”

La grande disomogeneità tra Piani rilevata lo scorso anno è sostanzialmente scomparsa, evidenziando – al contrario – un fenomeno di omologazione molto accentuato, probabile effetto delle indicazioni dettagliate contenute nei PNA di ANAC.

Nella prima fase della ricerca, la maggiore criticità evidenziata è stata la grande disomogeneità delle tabelle di analisi dei rischi dovuta, in gran parte, alla generalità delle indicazioni contenute nel PNA. Tale generalità vuole avere, però, anche un’accezione positiva, ossia quella di flessibilità, lasciando spazio alla personalizzazione delle tabelle a seconda del diverso contesto territoriale, dell’organizzazione interna e del livello di esposizione al fenomeno corruttivo. Se in questi primi anni di applicazione della L. 190/2012 è stato utile un processo di standardizzazione nell’elaborazione del PTPC, ora si rischia un effetto di “copia e incolla” tra Piani che rischia di vanificare l’analisi dei rischi e l’efficacia delle misure anticorruzione.

Tale rischio è aggravato dalla c.d. standardizzazione apparente, legata alla modalità di valutazione del rischio, come verrà descritto più avanti.

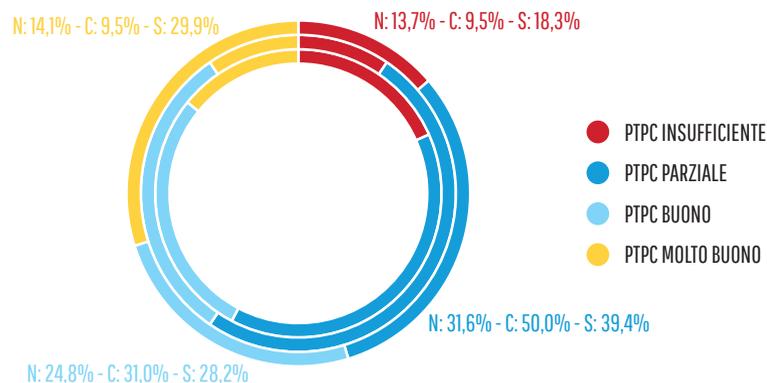
PERMANE LA QUESTIONE NORD-SUD

Il giudizio positivo sulla qualità dei Piani va calibrato su base geografica. L’analisi a livello macro regionale offre uno spaccato che vede una migliore qualità dei PTPC al Nord, con una percentuale maggiore di Piani BUONI o MOLTO BUONI (29,9% e 24,8%, totale 54,7%), una generale arretratezza al Centro Italia (9,5% e 31%, totale 39,4%) e al Sud (14,1% e 28,2%, totale 42,6%), dove la percentuale di Piani INSUFFICIENTI è più alta.

Nel Nord Italia,⁶ quasi un terzo dei PTPC ottiene il massimo punteggio. Se si esclude la Valle d’Aosta, che ha una sola azienda (voto PARZIALE), tutte le regioni del Nord hanno almeno un’azienda sanitaria – quasi sempre più di una – con un PTPC valutato MOLTO BUONO. Alla luce delle differenze dei sistemi sanitari tra regione e regione, queste aziende possono costituire un benchmark per le altre aziende della stessa regione. In Centro Italia,⁷ lo scenario è variegato: anche in questo caso, i PTPC MOLTO BUONI possono essere presi come benchmark a livello regionale, ma diverse regioni non hanno alcun PTPC che ha ottenuto il giudizio più elevato. Anche in Sud Italia⁸ la situazione è più critica: quasi un Piano su cinque è incompleto o INSUFFICIENTE. Va tuttavia rilevata una percentuale maggiore di Piani MOLTO BUONI.

FIG. 15 | CONFRONTO PTPC NORD-CENTRO-SUD

* ANELLO INTERNO: SUD; ANELLO CENTRALE: CENTRO; ANELLO ESTERNO: NORD



REGIONI IN CHIAROSCURO

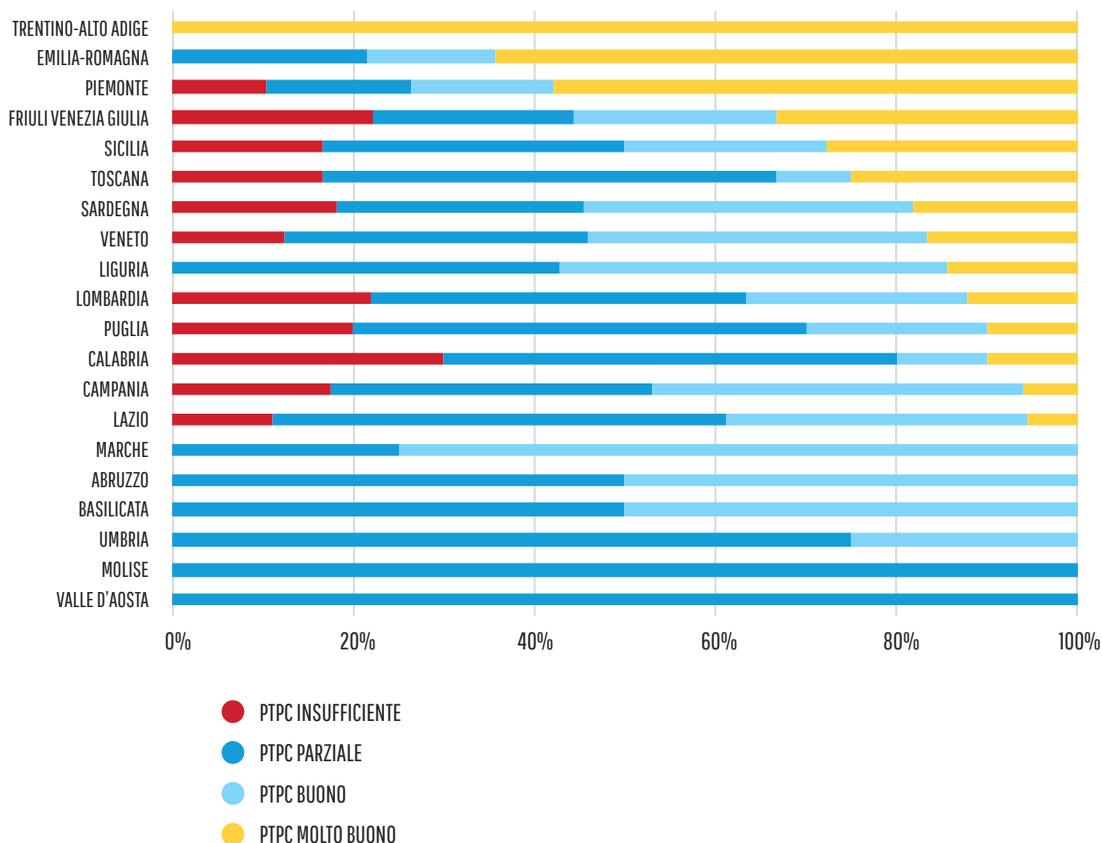
Le tre regioni che hanno ottenuto le migliori valutazioni (% di Piani MOLTO BUONI) sono Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna e Piemonte, dove emerge una forte collaborazione tra RPC ed emergono le sinergie con il sistema regionale, mentre le tre regioni con la peggiore performance (% di Piani INSUFFICIENTI) sono Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Puglia all'ultimo posto.

Il Trentino-Alto Adige (2 aziende), l'Emilia-Romagna (14 aziende), la Liguria (7 aziende) e la Valle d'Aosta (1 azienda) non presentano alcuna criticità. L'azienda sanitaria della Valle d'Aosta ed il 40% delle aziende della Liguria conseguono un risultato PARZIALE, mancando all'interno del Piano uno dei tre elementi fondamentali. Un quinto dei Piani delle aziende tra Lombardia (9 aziende su 41) e Friuli Venezia Giulia (2 aziende su 9) non raggiunge la sufficienza, mentre in Veneto (3 aziende su 24) e Piemonte (2 aziende su

19) i Piani insufficienti sono uno su dieci.

Nelle Marche, tre aziende su quattro hanno un PTPC BUONO, la Toscana ha la maggior percentuale di Piani INSUFFICIENTI (16,7%) e di Piani MOLTO BUONI (25%). L'Umbria ha una situazione intermedia, con PTPC che oscillano tra il PARZIALE (75%) e il BUONO (25%). In Lazio, il 40% dei PTPC ha raggiunto una valutazione uguale superiore a BUONO, anche se solo un PTPC ha raggiunto la valutazione MOLTO BUONO. In Abruzzo, nessun Piano raggiunge il massimo risultato. In Puglia, il 30% dei PTPC sono stati valutati INSUFFICIENTI e solo il 20% di Piani BUONI o MOLTO BUONI. Nessun Piano analizzato in Molise e Basilicata è stato classificato MOLTO BUONO. La situazione delle due isole è simile, con il 16-18% di Piani INSUFFICIENTI, il 30% circa di Piani PARZIALI e una metà circa dei PTPC BUONI o MOLTO BUONI.

FIG. 16 | DISTRIBUZIONE DEI PIANI PER REGIONE



IL RATING DELLA 190/2012

Il lavoro svolto nel 2015 dagli RPC e da ANAC mostra i suoi frutti: in una scala da 0 a 8 (zero punti per i Piani non aggiornati o privi di contenuto e otto punti per

i PTPC migliori), la maggior parte dei Piani ottiene un buon punteggio: il 21,3% dei Piani ottiene 8 punti, un terzo ottiene 6 o 7 punti, il restante 50% si distribuisce tra 0 e 5 punti.

FIG. 17 | DISTRIBUZIONE PTPC 2016-2018 PER RATING

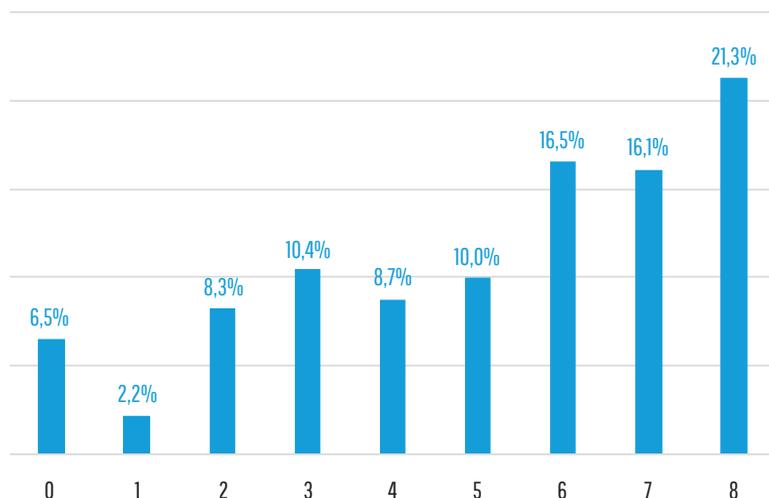
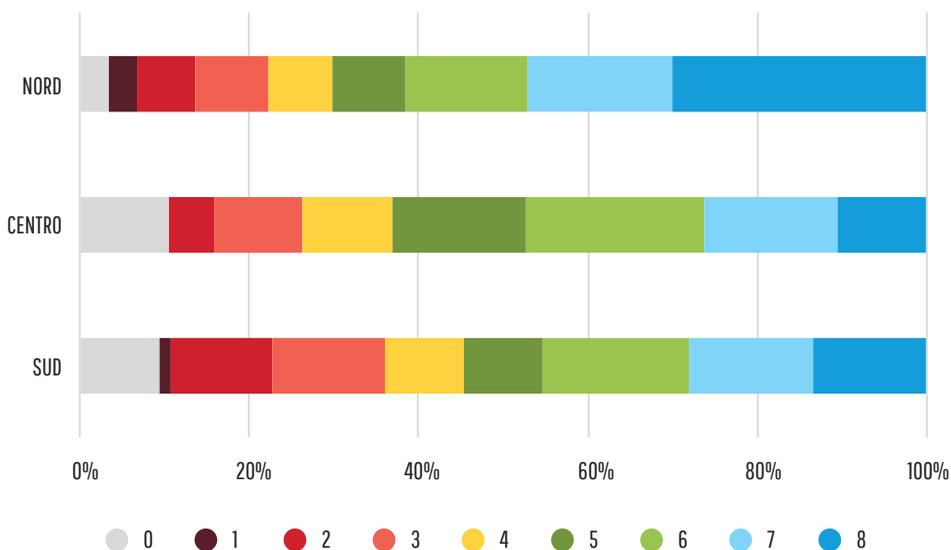


FIG. 18 | RATING PTPC 2016-2018 PER MACRO AREA



Il dato conferma che le regioni del Nord dimostrano una maggiore qualità dei Piani anticorruzione: il 15,22 % dei PTPC al Nord ottiene la massima

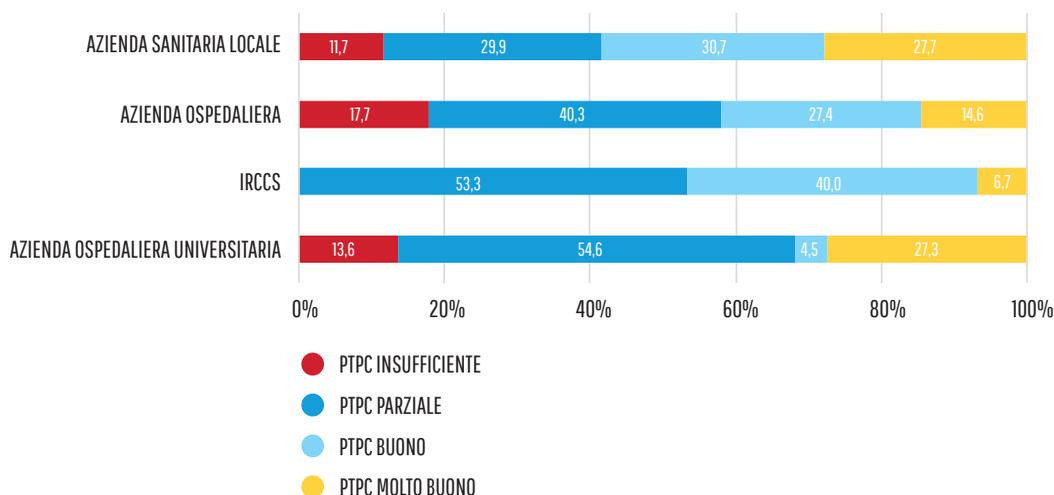
valutazione, contro il 4,35% al Sud e solo l'1,74% dei Piani al Centro.

PIANI MIGLIORI TRA AZIENDE SANITARIE E AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE

I PTPC 2016-2018 delle Aziende Sanitarie ottengono una valutazione media leggermente migliore rispetto a quelli delle Aziende Ospedaliere Universitarie, soprattutto per il maggior numero di Piani completi (30,66% contro 4,5%). Un'Azienda Ospedaliera su due ha un PTPC completo o ottimale

e la percentuale scende a una su tre quando si tratta di Aziende Ospedaliere Universitarie. Il 17,7% delle Aziende Ospedaliere italiane ha adottato un Piano INSUFFICIENTE e questo è il dato più preoccupante. Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico IRCCS hanno una bassa percentuale di Piani MOLTO BUONI (6,6%).

FIG. 19 | DISTRIBUZIONE PTPC 2016-2018 PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA



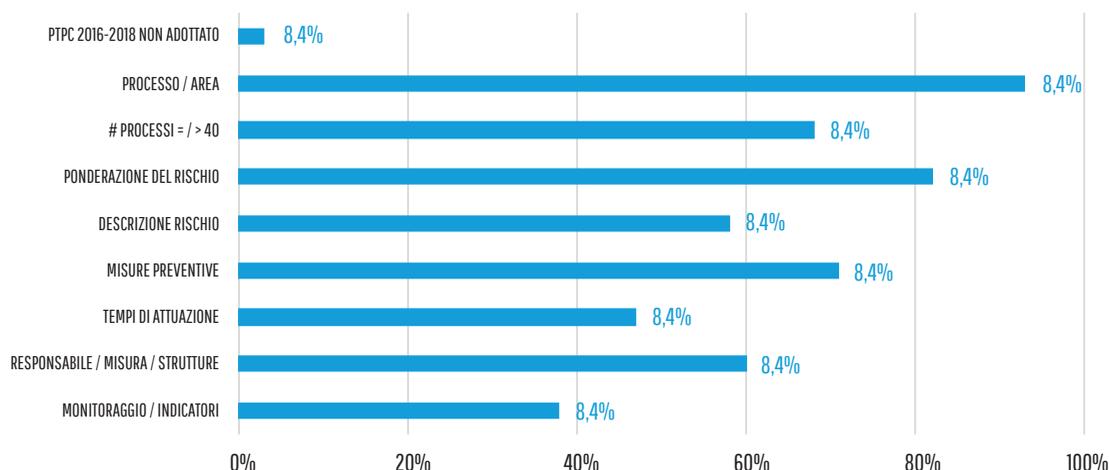
TEMPI E MONITORAGGIO DELLE MISURE ANTICORRUZIONE RIMANGONO PUNTI DEBOLI

Analizzando i PTPC delle aziende sanitarie, l'analisi del rischio rimane tra i punti più deboli. Poco più di metà dei responsabili ha effettuato una descrizione precisa dei rischi specifici di corruzione, limitandosi negli altri casi a individuare rischi generici di corruzione (es. conflitto di interessi), senza collegare il rischio al processo nel quale il rischio può manifestarsi.⁹ Va rilevato che la situazione, rispetto ai Piani 2015-2017, è nettamente migliorata.

Rispetto al trattamento del rischio l'indicazione precisa dei tempi di attuazione delle misure e degli strumenti o indicatori di monitoraggio dell'applicazione delle misure descritte nel Piano presentano le criticità maggiori. Infatti, meno di metà (47%) dei Piani contiene indicazioni precise dei tempi di attuazione, e solo uno su tre (38%) ha indicato in modo chiaro ed esaustivo come viene effettuato il monitoraggio delle misure".¹⁰

I dati confermano quanto evidenziato nel PNA 2016: "Ancora critica, seppure in miglioramento, appare la fase relativa al trattamento del rischio, sia con riferimento all'individuazione delle misure sia alla loro programmazione. L'individuazione delle misure generali risulta prevalente rispetto a quelle specifiche, la cui presenza nei PTPC delle amministrazioni analizzate oscilla tra l'88,2% (codice di comportamento) e il 33,3% (sensibilizzazione e rapporto con la società civile). La programmazione delle misure generali ha registrato un miglioramento, anche se in diversi PTPC risultano solo elencate e solo in una minoranza di Piani sono indicati tempi, responsabili, indicatori di monitoraggio e viene data evidenza della loro attuazione. Aumentano le amministrazioni che menzionano le misure specifiche, anche se è limitato il loro approfondimento". Anche qui va rilevato che la situazione, rispetto ai PTPC 2015-2017, è migliorata.

FIG. 20 | COMPONENTI PTPC SANITÀ 2016-2018



LA METODOLOGIA DI PONDERAZIONE DEI RISCHI VA MIGLIORATA

La ponderazione del rischio, secondo quanto descritto dal PNA,¹¹ rappresenta la fase conclusiva della sua valutazione. Nel 2013, ANAC ha proposto una tabella di valutazione del rischio utilizzabile dagli enti pubblici al fine di stimare il livello di rischio corruzione di ciascun processo. La metodologia proposta da ANAC non è obbligatoria, lasciando agli enti la possibilità di adottare sistemi diversi di ponderazione del rischio, e si fonda sul prodotto di due fattori per MISURARE IL RISCHIO:



In ambito sanitario, nei PTPC 2016 le aziende hanno seguito il metodo di calcolo proposto da ANAC relativamente alla predisposizione della scala di valori da 1 a 25, con qualche rarissima eccezione. Questo permette di confrontare i livelli di probabilità ed impatto in modo abbastanza agevole.

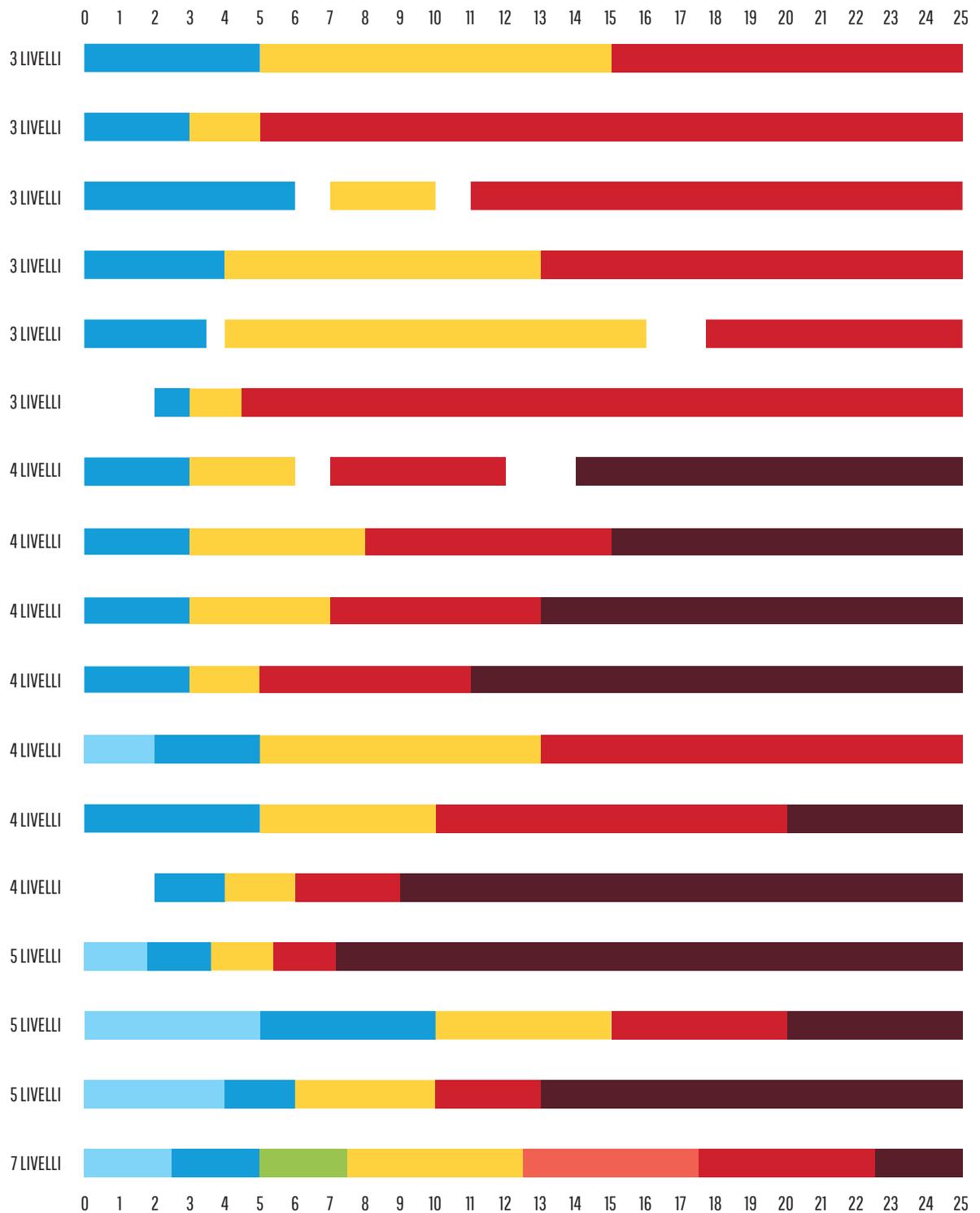
Tuttavia, le aziende si sono differenziate notevolmente nell'attribuire il livello di rischio da assegnare ad ogni punteggio, evidenziando in alcuni casi le diverse sensibilità e l'attenzione al tema corruzione. Il processo di ponderazione di probabilità e impatto risente ovviamente di una serie di valutazioni effettuate all'interno dell'ente. ANAC, ad esempio, nel suo PTPC 2016-2018 ha previsto un valore di impatto ALTO o ALTISSIMO

la PROBABILITÀ che il rischio si realizzi e l'IMPATTO che da ciò potrebbe conseguire. A ciascun fattore viene assegnato un valore crescente da 1 a 5 e la misurazione del rischio ha una scala da 1 a 25. A seconda del valore calcolato, ANAC attribuisce una valutazione qualitativa del LIVELLO DI RISCHIO: MOLTO BASSO (da 1 a 2), BASSO (da 3 a 4), MEDIO (da 5 a 9), ALTO (da 10 a 16) e ALTISSIMO (da 20 a 25). Il valore deve essere ponderato con le misure di mitigazione del rischio già in essere, mentre le nuove misure di trattamento del rischio, ove previste, dipendono dal livello assegnato.

per qualsiasi rischio, giustificando tale scelta per il ruolo istituzionale che riveste. Altre aziende hanno stabilito di considerare sempre ALTISSIMO il rischio qualora o la probabilità o l'impatto siano a 5, indipendentemente dal prodotto dei due fattori. In molti altri casi, l'attribuzione del livello di rischio appare arbitraria, di difficile giustificazione.

La Figura 21 rappresenta graficamente l'ampio ventaglio di metodologie adottate dagli enti del settore sanitario al fine di attribuire il livello di rischio di corruzione rilevate nell'analisi dei PTPC 2016-2018, da cui emerge chiaramente la tendenza delle aziende sanitarie a discostarsi dalla metodologia suggerita dall'ANAC.

FIG. 21 | LIVELLI DI RISCHIO RILEVATI NEI PTPC 2016-2018 IN AMBITO SANITARIO



Tale discostamento, da una parte, è sintomo dell'importante lavoro di analisi del rischio di corruzione posto in essere nel settore sanitario, tramite la predisposizione di un metodo di valutazione specificamente ideato dal singolo ente e adattato secondo le proprie peculiarità. Dall'altra, genera problemi di tipo metodologico e analitico. Oggi si verifica la situazione in cui due enti possono considerare BASSO o ALTO lo stesso rischio, con la medesima probabilità e impatto e un identico punteggio. A mero titolo esemplificativo, un medesimo rischio ponderato 5 è considerato CRITICO dall'azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini (dotata di metodo con tre livelli di rischio), mentre è qualificato BASSO dall'azienda sanitaria Locale Torino 1 (dotata di metodo con quattro livelli di rischio).

La problematica discende anche dal numero di livelli di rischio utilizzati: le aziende sanitarie hanno utilizzato, infatti, metodi di ponderazione che contano tre, quattro o cinque livelli del rischio. Un'azienda ha elaborato ben otto livelli di rischio.

L'eterogeneità delle metodologie adottate si manifesta anche nella terminologia utilizzata dagli enti al fine di qualificare i livelli di rischio. Il rischio più elevato, pari a 25 (altissimo per ANAC), è denominato ALTO, MOLTO ALTO, CRITICO, CERTO, ALTISSIMO, o RILEVANTE, mentre il rischio più basso (MOLTO BASSO per ANAC) è definito NULLO, BASSO, TRASCURABILE, MARGINALE, ACCETTABILE, SCARSO, MOLTO BASSO.

Questo limita la comparabilità tra i diversi Piani e genera una complessità interpretativa nel significato da attribuire, di volta in volta, ai diversi livelli di rischio alto, medio e basso.

La Figura 21, inoltre, mostra la chiara tendenza degli enti ad assestare la soglia di rischio MEDIO e ALTO nella prima metà della scala dei valori. La tendenza ad anticipare la soglia di rischio ALTO in corrispondenza dei valori minori è confermato sia dalle metodologie con cinque livelli, nei quali tendenzialmente il livello ALTO si assesta tra i valori 5 e 6 sia tra metodologie con un numero di livelli pari a quattro, in cui accade che due dei quattro livelli di rischio individuati siano tendenzialmente dedicati ad alte soglie di rischio.

INDICE DI CORRUZIONE IN SANITÀ / RISCHIO

A partire dai dati raccolti da tutti i Piani triennali per la prevenzione della corruzione in sanità è stato costruito un indice sintetico del rischio di corruzione riferito ciascuna struttura sanitaria.

L'indicatore sintetico è la sintesi di tre sotto-indici, che analizzano la mappatura dei processi, l'analisi del rischio, il trattamento del rischio in tre aree di rischio specifiche.

Nella ricerca svolta lo scorso anno¹² RiSSC si è focalizzata sull'analisi qualitativa dei rischi specifici di corruzione individuati all'interno dell'Area affidamento di lavori, servizi e forniture, una delle "aree di rischio comuni e obbligatorie" indicate dall'allegato 2 del PNA 2013, evidenziando come, nel settore sanitario, la corruzione si annidi in particolar modo negli accordi preventivi stretti tra i partecipanti ad una gara di appalto e diretti alla spartizione dei lavori in subappalto.

L'analisi del secondo anno verte sui rischi individuati nell'ambito di tre aree specifiche del settore sanitario:

- Attività libero professionale e liste di attesa;
- Sponsorizzazioni nella farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Secondo ANAC, sono aree peculiari del settore sanitario potenzialmente esposte a rischi corruttivi, verso i quali, dunque, è necessario prevedere azioni mirate di prevenzione.

L'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

Il sistema di gestione delle liste di attesa e la procedura di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni sanitarie possono rappresentare "un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio".¹³

Tale considerazione trova particolare conferma in riferimento all'attività libero professionale intramoenia (ALPI), cioè le prestazioni erogate dal medico al di fuori del normale orario di lavoro in

ospedale, mediante utilizzo di strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso, a fronte del pagamento di una tariffa da parte del paziente.

All'interno di questa specifica area sono stati individuati i seguenti rischi specifici:

TAB. 8 | RISCHI SPECIFICI CONNESSI ALL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE E ALLE LISTE D'ATTESA

<p>ABUSO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA</p>	<p>IL RISCHIO CONSISTE NELL'ASSEGNAZIONE, DA PARTE DEL MEDICO, DI UNA INDEBITA PRIORITÀ AD UN PAZIENTE, COSICCHÉ QUEST'ULTIMO POSSA GODERE DI UNA PRESTAZIONE SANITARIA CON TEMPI DI ATTESA RIDOTTI. IL MEDICO SFRUTTA IL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA PER ASSEGNARE AL PAZIENTE UNA PRIORITÀ DI CUI NON AVREBBE DIRITTO, A DISCAPITO DEGLI ALTRI PAZIENTI. COMPRENDE LE AZIONI CHE MODIFICANO DIRETTAMENTE LA CONDIZIONE SOGGETTIVA DEL PAZIENTE. RICORRE OGNI QUALVOLTA SIA PREVISTO UN SISTEMA DI PRENOTAZIONE DEI SERVIZI SANITARI, SIANO ESSI AMBULATORIALI (ES. ANALISI O VISITE MEDICHE), OSPEDALIERI (ES. TERAPIE, INTERVENTI, O RICOVERI/DEGENZE) DOMICILIARI (ES. INSERIMENTO IN STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE O PRIVATE).</p>
<p>VIOLAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA</p>	<p>PIL RISCHIO È RAPPRESENTATO DALLA CONDOTTA DEL MEDICO CHE VIOLA VOLTAMENTE LE REGOLE E L'ORDINE PREVISTO DAL SISTEMA DELLE LISTE D'ATTESA. RICORRE OGNI QUAL VOLTA IL MEDICO, AL FINE DI FAVORIRE UN PARTICOLARE PAZIENTE, SCEGLIE DI SVOLGERE LA PRESTAZIONE MEDICA SENZA RISPETTARE E UTILIZZARE IL SISTEMA DELLE PRIORITÀ. TALE RISCHIO PUÒ VERIFICARSI IN AMBITO OSPEDALIERO, AMBULATORIALE E ALL'INTERNO DELLE COMMISSIONI MEDICHE. COMPRENDE LE AZIONI CHE NON MODIFICANO DIRETTAMENTE LA CONDIZIONE SOGGETTIVA DI UN PAZIENTE. TRA GLI ESPEDIENTI UTILIZZATI PER FAVORIRE UN PARTICOLARE SOGGETTO SI SEGNA LA CREAZIONE DI FALSI PAZIENTI AL FINE DI AVERE A DISPOSIZIONE UN QUANTITATIVO DI PRESTAZIONI MEDICHE AGGIUNTIVE E LA GESTIONE INDEBITA DEI RICOVERI E DEI LUOGHI DI POST DEGENZA.</p>
<p>FAVORIRE PAZIENTI IN LIBERA PROFESSIONE</p>	<p>IL RISCHIO DESCRIVE LA PRATICA DEL MEDICO CHE FAVORISCE I PAZIENTI SEGUITI TRAMITE LA PROPRIA ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE SVOLTA ALL'INTERNO O ALL'ESTERNO DELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA. TALE RISCHIO PUÒ TRADURSI SIA IN UN TRATTAMENTO PIÙ FAVOREVOLE DEI PAZIENTI TRATTATI IN LIBERA PROFESSIONE, SIA NELL'ERRATA INDICAZIONE AL PAZIENTE PUBBLICO DELLE MODALITÀ E DEI TEMPI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI IN REGIME ASSISTENZIALE COSÌ DA DIROTTARLO VERSO IL SERVIZIO DI INTRAMOENIA. ALTRI RISCHI SONO L'ALLUNGAMENTO INTENZIONALE DELLE LISTE D'ATTESA PER DIROTTARE I PAZIENTI VERSO LA LIBERA PROFESSIONE O LE STRUTTURE PRIVATE.</p>

LE SPONSORIZZAZIONI NEL SETTORE DELLA FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE

Lo strumento della sponsorizzazione consiste nell'accordo tra un soggetto privato "sponsor" e un soggetto interno del settore sanitario pubblico, mediante il quale il primo, mirando a promuovere un marchio d'azienda o particolari prodotti di essa, conferisce al secondo denaro, beni o servizi affinché tale obiettivo sia perseguito.

Le relazioni che intercorrono tra i soggetti interni al settore sanitario e soggetti privati che intervengono nell'iter decisionale possono condizionare il comportamento del medico relativamente a molteplici processi, in particolare nell'acquisizione e nella prescrizione dei farmaci.

All'interno di questa specifica area sono stati individuati i seguenti rischi specifici:

TAB. 9 | RISCHI SPECIFICI CONNESSI AL SETTORE DELLA FARMACEUTICA

<p>INDEBITI COMPORTAMENTI PRESCRITTIVI A SEGUITO DI SPONSORIZZAZIONE</p>	<p>IL RISCHIO CONSISTE NELLA CIRCOSTANZA PER CUI UN MEDICO RICEVA UNA SPONSORIZZAZIONE AFFINCHÉ PRESCRIVA PARTICOLARI FARMACI O DISPOSITIVI, ANCHE IN QUANTITÀ, E DI TIPOLOGIE, NON CONGRUE AL FABBISOGNO. LA SPONSORIZZAZIONE PUÒ ASSUMERE DIVERSE FORME: UNA BORSA DI STUDIO PAGATA AL MEDICO DALL'AZIENDA FARMACEUTICA PRIVATA IN CAMBIO DI FUTURI ACQUISTI, LA FORMAZIONE DEL MEDICO FINANZIATA DA CASE FARMACEUTICHE, DITTE, ENTI E SOGGETTI PRIVATI AL FINE DI OTTENERE PARTICOLARI VANTAGGI, L'INVITO DIRETTO AL MEDICO A PARTECIPARE AD EVENTI ESTERNI ALLA STRUTTURA SANITARIA IN ASSENZA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA. COMPRENDE ANCHE LA PRATICA DEL COMPARAGGIO A FRONTE DI UNA SPONSORIZZAZIONE</p>
--	--

FALSE DICHIARAZIONI DIRETTE ALLA SPONSORIZZAZIONE	IL RISCHIO RIGUARDA LA PRESENTAZIONE, DA PARTE DEL MEDICO, DI FALSE DICHIARAZIONI DIRETTE AD AUTORIZZARE LA SPONSORIZZAZIONE, ATTESTANDO INDEBITAMENTE L'ASSENZA DI UN CONFLITTO DI INTERESSI COSÌ DA POTER RICEVERE LA SPONSORIZZAZIONE
SPERIMENTAZIONE CONDIZIONATA	IL RISCHIO COMPRENDE LE CONDOTTE IN CUI IL MEDICO MANIPOLA LA SPERIMENTAZIONE CLINICA AL FINE DI OTTENERE PARTICOLARI VANTAGGI. LA FALSIFICAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE PUÒ INTERESSARE OGNI: LA SELEZIONE DEL CAMPIONE (COMPRESO L'INSERIMENTO DI PAZIENTI NELLE SPERIMENTAZIONI SENZA CONSENSO INFORMATO), L'ESECUZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE, LA
	RACCOLTA O L'ANALISI DEI RISULTATI. IL RISCHIO COMPRENDE ANCHE LA PREDISPOSIZIONE DELLA RICERCA CLINICA A FINI COMMERCIALI E NELL'INTERESSE DEI SOLI SPERIMENTATORI, DA CUI POSSANO CONSEGUIRE L'ALTERAZIONE DEGLI ESITI E LA MANIPOLAZIONE DEI FONDI

LE ATTIVITÀ CONSEQUENTIALI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

In Italia, la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero e la gestione delle strutture mortuarie è affidata o alle strutture interne ospedaliere o, per la maggior parte dei casi, esternalizzata. Sul sistema di gestione di tale servizio non esistono specifiche linee guida.¹⁴

L'esigenza di prestare maggiore attenzione riguardo all'ambito dei servizi funerari è stata più volte

ribadita da ANAC.¹⁵

L'attività conseguente al decesso non è di competenza di tutte le strutture sanitarie analizzate nella presente ricerca, perché viene regolarmente svolta all'interno delle aziende ospedaliere, mentre non rientra nei servizi erogati dalle aziende sanitarie locali.

All'interno di questa specifica area sono stati individuati i seguenti rischi specifici:

TAB. 10 | RISCHI SPECIFICI CONNESSI ALLE ATTIVITÀ CONSEQUENTI IL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

SEGNALAZIONE DI DECESSO AD UNA DETERMINATA IMPRESA DI ONORANZE FUNEBRI	IL RISCHIO DESCRIVE LA CIRCOSTANZA PER CUI GLI OPERATORI DELLA STRUTTURA SANITARIA, ANCHE IN FORZA DI PROPRI RAPPORTI PERSONALI, STRINGONO ACCORDI CON TALUNE IMPRESE FUNERARIE, AFFINCHÉ QUESTE ULTIME SIANO INFORMATE TEMPESTIVAMENTE DELL'IMMINENTE, O AVVENUTO, DECESSO IN CAMBIO DELLA SPARTIZIONE DEGLI UTILI. IL RISCHIO PUÒ CONCRETIZZARSI ANCHE NELLA PRATICA DELL'INDICAZIONE AI PARENTI DI UNA SPECIFICA IMPRESA DI ONORANZE FUNEBRI, DA PARTE DEGLI ADDETTI ALLE CAMERE MORTUARIE E DEI REPARTI.
RICHIESTA O ACCETTAZIONE IMPROPRIA DI REGALI, COMPENSI O ALTRE UTILITÀ IN RELAZIONE ALL'ESPLETAMENTO DI FUNZIONI	IL RISCHIO RAPPRESENTA LA DINAMICA PER CUI GLI OPERATORI DELLA STRUTTURA SANITARIA ACCETTINO, O RICHIEDANO, LA DAZIONE DI DENARO O ALTRE UTILITÀ ALLO SCOPO DI COMPIERE ATTIVITÀ CHE RIENTRANO GIÀ NELL'ALVEO DELLE LORO FUNZIONI O DEI COMPITI PREVISTI. INOLTRE, VIENE RICONDOTTO A QUESTA CATEGORIA DI RISCHIO ANCHE LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ AL DI FUORI DEI COMPITI D'UFFICIO DELL'OPERATORE SANITARIO, A FAVORE DI UNA O PIÙ AGENZIE DI ONORANZE FUNEBRI IN CAMBIO DI INDEBITI VANTAGGI. QUEST'ULTIMO ACCORDO PUÒ RIGUARDARE ATTIVITÀ COME LA DEPOSIZIONE DELLA SALMA NELLA BARA, IL MONTAGGIO DELLA CAMERA ARDENTE O LA VESTIZIONE DEL DEFUNTO.
DIFFORMITÀ ED ANOMALIE NELLE MODALITÀ DI ACCESSO ALLA CAMERA MORTUARIA	IL RISCHIO DESCRIVE TUTTE LE SITUAZIONI NELLE QUALI SI VERIFICHINO UN IRREGOLARE INGRESSO DEGLI OPERATORI DEL SETTORE SANITARIO, O DEI DIPENDENTI DI UN'IMPRESA FUNEBRE, ALL'INTERNO DELLE CELLE FRIGORIFERE, CAMERA ARDENTE O SALE MORTUARIE.
MANTENIMENTO PROLUNGATO DELL'ASSEGNAZIONE AL SERVIZIO CAMERE MORTUARIE	IL RISCHIO DI UNA GESTIONE PROLUNGATA DEI SERVIZI INERENTI LE CAMERE MORTUARIE, AD OPERA DEI MEDESIMI OPERATORI, IMPLICA IL POSSIBILE CONSOLIDAMENTO DI SITUAZIONI DI PRIVILEGIO E L'ASPETTATIVA A RISPOSTE ILLEGALI IMPRONTATE A COLLUSIONE.
GESTIONE NON CORRETTA DEL REGOLAMENTO DI POLIZIA MORTUARIA	IL RISCHIO DI VIOLAZIONE DELLE NORME SPECIFICAMENTE PREVISTE NEL REGOLAMENTO DELLA POLIZIA MORTUARIA COMPRENDE LA VIOLAZIONE DELLE NORME DIRETTE A PREVENIRE EVENTUALI CONSEGUENZE DANNOSE PER LA SALUTE PUBBLICA A SEGUITO DI DECESSO E A DISCIPLINARE I SERVIZI DI COMPETENZA DELLA POLIZIA MORTUARIA, QUALI LA DESTINAZIONE DEI CADAVERI, I TRASPORTI FUNEBRI, LA CREMAZIONE DEI CORPI E COMUNQUE TUTTE LE ATTIVITÀ CONNESSE ALLA CESSAZIONE DELLA VITA E LA CUSTODIA DELLE SALME.

FURTO DEI BENI DI VALORE DEL DEFUNTO	IL RISCHIO CHE GLI OPERATORI DELLA STRUTTURA SANITARIA SI APPROPRIANO INDEBITAMENTE DI BENI DI PROPRIETÀ DEL DEFUNTO A SEGUITO DI AVVENUTO DECESSO.
DISTRUZIONE, SOPPRESSIONE, SOTTRAZIONE, VILIPENDIO O OCCULTAMENTO DI CADAVERE	IL RISCHIO RAPPRESENTA TUTTE LE CONDOTTE ILLECITE DIRETTE A LEDERE IL CADAVERE NELLA SUA INTERESSA, PARTI DI ESSO O LE SUE CENERI.

ANALISI DEI LIVELLI DI RISCHIO

Al fine di elaborare un dato omogeneo sui rischi nei tre ambiti di analisi, sono state standardizzate tutte le valutazioni di rischio in indici con valore 25, basato sul modello proposto da ANAC nell'allegato 5 del PNA 2013.¹⁶

Sono state estratte dai PTPC¹⁷ le valutazioni dei rischi specifici. Tutti gli indici numerici sono stati riconvertiti in qualitativi secondo la metodologia ANAC, con terminologia e valori standardizzati, individuando i seguenti livelli di rischio:

1. **MOLTO BASSO**, indice fino a 2,99;
2. **BASSO**, indice fino a 4,99;
3. **MEDIO**, indice fino a 9,99;
4. **ALTO**, indice fino a 19,99;
5. **ALTISSIMO**, indice fino a 25.

ANALISI DI FREQUENZA DEI RISCHI

L'individuazione dei rischi deve includere tutti gli eventi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi e avere conseguenze dannose per l'amministrazione. Di conseguenza, enti simili – o che erogano servizi analoghi – dovrebbero rappresentare un'identica mappatura di rischi ipotetici all'interno dei PTPC, a cui applicare un'analoga metodologia di ponderazione e una previsione di adeguate misure di trattamento dei rischi, queste sì differenziate ed adattate al contesto interno ed esterno.

La creazione di una mappatura dei rischi omogenea – o standardizzata – permetterebbe ai RPC di analizzare precisamente tutti i possibili eventi rischiosi di cui il proprio ente può essere vittima, dimostrando di aver effettuato una ricognizione completa.

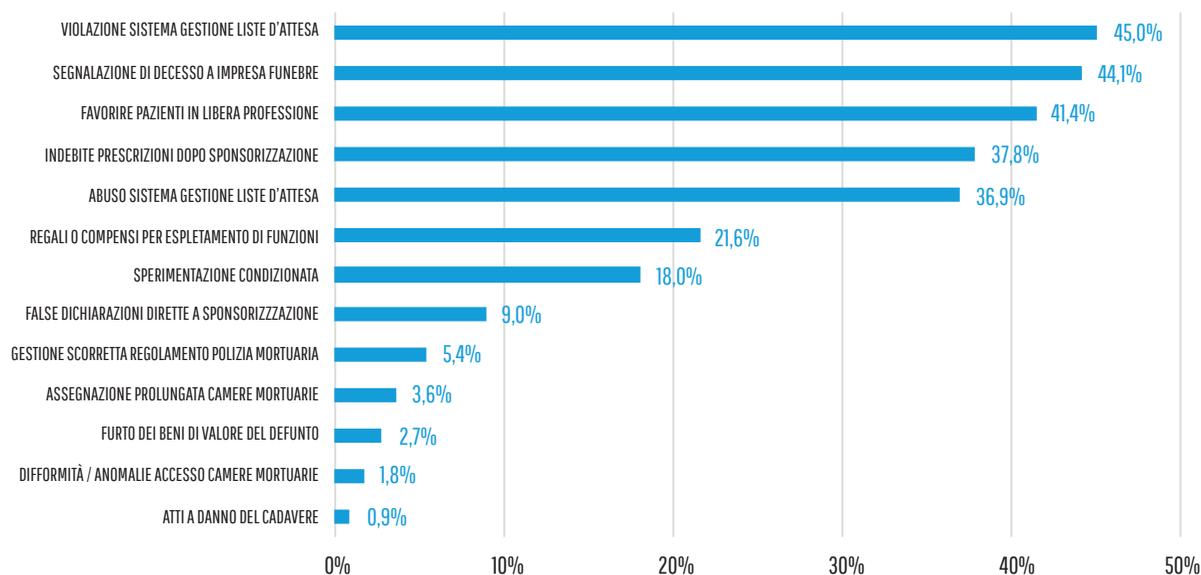
I risultati dell'analisi di frequenza dei rischi analizzati nei PTPC mostrano chiaramente come la mappatura dei rischi, anche ipotetici, sia tutt'altro che completa

od omogenea. È emblematico il dato per cui nessuno dei rischi analizzati sia stato rilevato da almeno metà degli enti.

L'area “libera professione e liste d'attesa” presenta la frequenza di rischio più elevata: la **violazione del sistema di gestione delle liste d'attesa**, mappato e ponderato nel 45% dei PTPC, l'abuso del sistema di gestione delle liste d'attesa (37%) ed i comportamenti che favoriscono i pazienti in libera professione (41%) sono tutti nella fascia alta delle frequenze. La notorietà raccolta negli ultimi anni dal tema delle liste d'attesa e nell'attenzione ad esso riservata, anche da ANAC, possono spiegare la frequenza elevata: molti, infatti, sono stati gli scandali legati a comportamenti illeciti diretti a distorcere l'ordine legittimo con cui i pazienti devono ricevere una prestazione sanitaria. Inoltre, i rischi nell'area specifica delle liste d'attesa, relativi alle dinamiche medico-paziente, riguardano condotte corruttive relativamente semplici in termini di modalità di esecuzione ed occasione di realizzazione, quindi semplici da porre in essere ma anche da rilevare. Ci si sarebbe potuti aspettare, pertanto, un dato più elevato in termini di frequenza e non si spiega perché i rischi riguardanti la gestione delle liste d'attesa, un settore comune a tutte le tipologie di enti sanitari analizzati e inerente a un ampio ventaglio servizi erogati, pur raccogliendo i valori di frequenza più alti, non siano stati individuati nemmeno dalla metà degli enti analizzati.

Relativamente ai rischi legati alle sponsorizzazioni, la ricerca ha evidenziato livelli di frequenza molto ridotti: **il rischio di indebiti comportamenti prescrittivi a seguito di sponsorizzazione** si assesta al 38%, mentre il rischio di sperimentazione condizionata – il fenomeno per cui il ricercatore è disposto ad alterare il percorso della sperimentazione in una o più delle sue fasi, ottenendo risultati graditi al *donor*, al fine di garantire nuovi finanziamenti o vantaggi di altra natura – raggiunge il 18% e quello

FIG. 22 | FREQUENZA DEI RISCHI NEI PTPC SANITÀ 2016-2018 (VAL.%)



di false dichiarazioni dirette alla sponsorizzazione solamente il 9,01%.

Questi valori difficilmente possono trovare una giustificazione nel fatto che la complessità del settore in cui questi rischi si annidano, l'ampio ventaglio di soggetti coinvolti e l'elevato contenuto di innovazione e ricerca collegato ai comportamenti possono portare il RPC a ritenere poco plausibile la loro realizzazione. Sembra invece più ragionevole escludere il rischio in assenza di sperimentazioni o sponsorizzazioni. Più diffuso – ma non abbastanza – il rischio di iper-prescrizione o comparaggio, facilmente individuabile con un sistema di monitoraggio delle prescrizioni per ogni medico, anche attraverso la fatturazione elettronica e registri informatizzati di magazzino.

Non è stata trovata una spiegazione soddisfacente per la frequenza dei rischi riguardanti le sponsorizzazioni. In particolare, si sottolinea come la fornitura di farmaci rappresenti un processo imprescindibile degli enti sanitari. Ciò dovrebbe comportare che, almeno in termini di frequenza, il rischio di “indebiti comportamenti prescrittivi a seguito di sponsorizzazione” sia individuato nella quasi totalità degli enti sanitari e non, unicamente, in un terzo di essi.

Infine, i rischi relativi ai servizi mortuari raccolgono

un dato discordante: da una parte il rischio di **segnalazione di decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri** conta il secondo valore di frequenza più alto tra tutti i rischi analizzati (44%). Esso riguarda sia il fenomeno del dipendente infedele che passa i nominativi dei defunti all'impresa, sia il caso in cui segnala ai parenti il nominativo dell'impresa. Il rischio si manifesta in prossimità del decesso, non solo successivamente. Dall'altra parte, gli altri rischi che riguardano il settore dei servizi mortuari hanno raccolto valori di frequenza minimi, con valori da 0,90% a 5,41%.

Tali dati devono essere letti in concerto con la circostanza, precedentemente descritta, per cui tali servizi non sono presenti in tutte le strutture sanitarie analizzate: essi, infatti, sono sempre previsti all'interno delle aziende ospedaliere, mentre, non è raro, che non siano di competenza delle aziende sanitarie locali. La possibile spiegazione di tale lettura discende da vicende criminali salite agli onori della cronaca e da dirette indicazioni da parte di ANAC, che ha evidenziato la necessità di presidiare meglio tale settore.

Le descritte incongruenze, fanno emergere, la necessità di un processo di standardizzazione – o meglio, codificazione - dei rischi che permetta una comune impostazione della mappatura dei rischi ed una più completa analisi da parte dei RPC.

ANALISI DI LIVELLO DI RISCHIO

Applicando la standardizzazione dei risultati ottenuti dall'analisi dei PTPC, il 70% dei rischi specifici individuati (9 su 13) risultano ALTI, mentre solo quattro presentano una valutazione MEDIA.

Gli indici assegnati ai rischi valutati come ALTI vanno da un valore medio di 10,19 a un valore medio di 12,89, quindi si posizionano nella parte bassa del livello. Infatti, in una scala da 0 a 25, nessuna delle valutazioni supera il valore 13.

Questo dato sembra confermare il fenomeno dell'analisi difensiva dei rischi da parte dei RPC, che similmente a quanto succede nella medicina difensiva, tendono ad abbassare la soglia di accesso al rischio ALTO verso valori minori. I RPC, secondo quanto emerge dall'analisi dei PTPC, elaborano il Piano assegnando ai singoli dirigenti il compito di ponderare i valori dei rischi relativi ai processi di loro competenza. Un risultato frequente è che i dirigenti responsabili di un'area o processo non attribuiscono indici di probabilità e impatto particolarmente alti, allo scopo di tutelare il proprio settore. Come risultato, la ponderazione del rischio (probabilità x impatto) risulta piuttosto bassa. A fronte di detta dinamica, i RPC, al fine di scongiurare un'eventuale sottovalutazione dei valori dei rischi e le loro

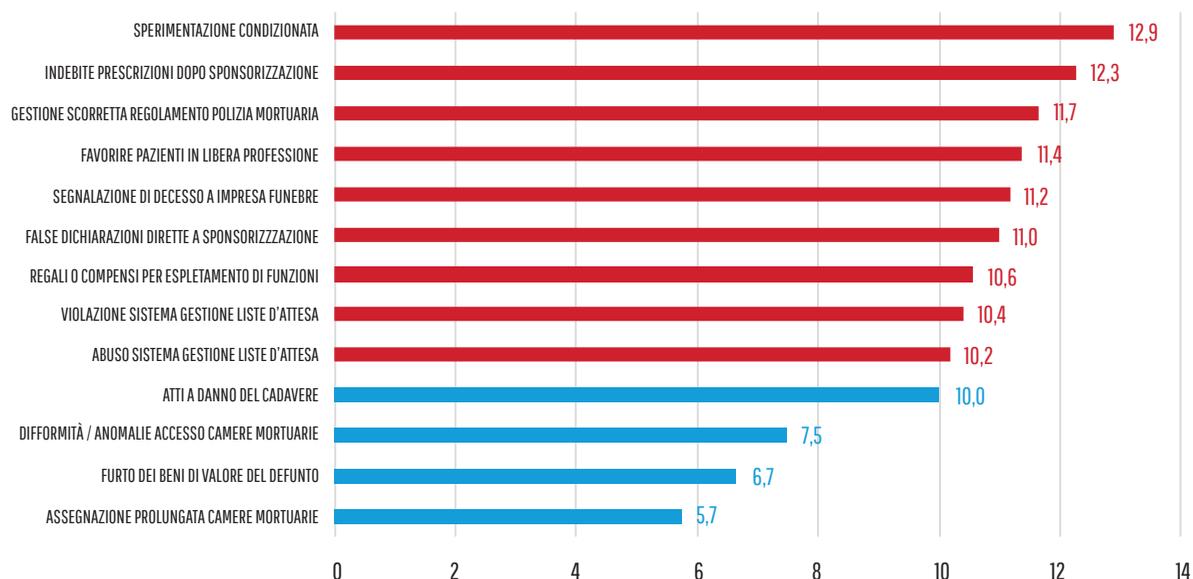
eventuali responsabilità, tendono ad anticipare la soglia del rischio ALTO in concomitanza di valutazioni numericamente basse.

Analizzando la Figura 23, emerge chiaramente come i due rischi con i livelli di ponderazione maggiori riguardano l'area delle sponsorizzazioni: in particolare la "sperimentazione condizionata" (12,89) e gli "indebiti comportamenti prescrittivi a seguito di sponsorizzazione" (12,28). Relativamente al primo rischio, si veda come la condotta del medico il quale condiziona i risultati della sperimentazione clinica, al fine di ottenere particolari benefici personali, registri il valore medio di rischio più alto nel ventaglio di rischi analizzati.

Mentre, il valore medio assegnato al rischio di comportamenti prescrittivi indebiti, assieme al dato della sua frequenza, conferma la rilevanza di tale rischio all'interno dell'area delle sponsorizzazioni.

Il terzo rischio, in termini di valore della ponderazione, è rappresentato dalla "gestione non corretta del regolamento di polizia mortuaria" (11,66). Tale dato è significativo perché, come descritto sopra, il rischio è rappresentato dalla violazione delle norme appositamente previste in tema di attività connesse alla cessazione della vita e alla custodia delle salme. I comportamenti rischiosi in questione

FIG. 23 | VALORE MEDIO DEI RISCHI SPECIFICI DI CORRUZIONE



sono costituiti da una gamma di condotte materiali eseguibili facilmente da soggetti privi di una particolare formazione, o titolo, e riconducibili a dinamiche legate al malfunzionamento della macchina amministrativa, piuttosto che a fenomeni corruttivi. A questi, tuttavia, viene assegnato un livello di rischio superiore a tutti i rischi inerenti la gestione delle liste d'attesa, i quali hanno un effetto diretto sulla salute del paziente.

Tutti e quattro i rischi MEDI sono riconducibili all'area dei servizi funebri, con valori da 5,74 a 9,99.

CONCLUSIONI

Secondo tutti i dati internazionali, la sanità permane uno dei settori a rischio corruzione, ed è necessario investire energie e risorse per tutelare il sistema da sprechi, inefficienze e corruzione.

Un quinto della spesa sanitaria nei paesi OCSE è inefficace – nella migliore delle ipotesi – o spreco, causato da prestazioni non necessarie o con costi gonfiati, dall'eccesso di burocrazia e da corruzione e frode.¹⁸

Il lavoro di analisi e trattamento dei rischi di corruzione all'interno di un'azienda sanitaria rimane un'attività estremamente complessa, per numerosi motivi, tra i quali:

- La natura oscura del fenomeno e la difficoltà di intercettarlo;
- La deframmentazione dei processi e la decentralizzazione delle responsabilità;
- I limiti organizzativi e regolamentali, la mancanza di coordinamento tra funzioni con duplicazione di compiti;
- I costi amministrativi e la privatizzazione della sanità che rendono difficile il controllo e la definizione della maladministration;
- I notevoli interessi privati in gioco, sia delle aziende che delle organizzazioni criminali;
- La mancanza di etica e integrità di parte del personale che viola le regole o non denuncia le violazioni commesse da colleghi;
- La scarsa integrità della sperimentazione, in

particolare rispetto ai trial clinici e al conflitto di interessi;

- Il “doppio monopolio” del sapere del personale sanitario, verso i pazienti e verso le strutture in cui operano.

La strategia disegnata dalla legge 190/2012 rappresenta un modello avanzato di gestione e trattamento dei rischi di corruzione. Dopo quattro anni di applicazione, il lavoro di ricerca condotto da RiSSC nel progetto *Curiamo la Corruzione* evidenzia i progressi della strategia, che inizia ad avere contorni più definiti, ma presenta ancora notevoli problemi, esterni ed interni alle aziende sanitarie.

Sono elementi positivi:

- La qualità complessiva dei PTPC – in particolare delle valutazioni e del trattamento del rischio – dimostra la raggiunta maturità degli RPC;
- La presenza, in molte regioni, di almeno una azienda che possa fungere da benchmark per le altre aziende della regione;
- Le sinergie tra RPC e Amministrazione regionale, presente in numerose regioni e dimostrate dal livellamento verso l'alto dei PTPC.

A fronte di questi segnali positivi, vanno evidenziate alcune criticità rilevanti:

- La continua evoluzione del contesto normativo, che porta all'incertezza nelle procedure e alla proliferazione delle regole, incluse le regole sull'anticorruzione, contraria all'idea stessa di semplificazione nella PA;
- I mutamenti nei modelli organizzativi, caratterizzati da tagli e riorganizzazioni, fusioni, e soprattutto dalla riforma della PA;
- La questione Nord-Centro-Sud che presenta ancora un gap significativo tra le regioni del Nord e le regioni del Centro-Sud dove il lavoro di analisi e trattamento del rischio è peggiore, pur in un contesto esterno critico;
- Il rischio di appiattimento sul modello ANAC ed il fenomeno di “copia e incolla” tra PTPC, almeno in apparenza, che riduce la qualità del lavoro di diagnosi delle aziende;
- Rispetto ai PTPC, rimangono carenze importanti nei processi di descrizione e ponderazione del

rischio. Il 67% dei PTPC contiene una mappatura di più di 40 processi, l'83% contiene la ponderazione del rischio, ma solo il 58% dei Piani contiene la descrizione del rischio. La descrizione del rischio, nell'elaborazione del PTPC, è imprescindibile ed essenziale. Le differenze nella valutazione dei livelli di rischio, quasi sempre ingiustificate e discrezionali, portano ad una disparità nel trattamento di rischi omogenei. Anche l'individuazione dei tempi e dei responsabili del trattamento appare carente;

- La mancata standardizzazione e classificazione dei rischi di corruzione, che impedisce sia di verificare la completezza dell'analisi effettuata dagli RPC, sia un lavoro di analisi e confronto più preciso. A seconda del metodo scelto, un rischio di valore 5 può essere considerato CRITICO o BASSO a seconda della scelta del RPC. In questo ambito, potrebbe essere sufficiente fornire un elenco di rischi standardizzati e un unico sistema di livelli di rischio. Alcuni software già in commercio offrono questo servizio, che andrebbe gestito a livello istituzionale;
- Un sostanziale squilibrio verso il formalismo dei Piani rispetto alla loro sostanza, che comporta limiti sia dal punto di vista della raccolta e circolazione dei dati (i Piani vanno raccolti manualmente ed i dati estratti Piano per Piano), sia dal punto di vista dell'efficacia dei Piani stessi e della loro funzione.

² Il numero di Piani tiene conto dei processi di fusione e il loro numero non coincide pertanto con il numero di aziende sanitarie oggetto di analisi, pari a 243.

³ Le differenze nella metodologia e nella composizione del campione vanno tenute in considerazione nel confronto tra la mappa 2015 e la mappa 2016.

⁴ www.curiamolacorruzione.it

⁵ L'analisi della qualità dei PTPC 2016 ha invece una distinzione in quattro categorie.

⁶ Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Veneto.

⁷ Abruzzo, Lazio, Marche, Toscana, Umbria.

⁸ Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia.

⁹ Come specificato nel PNA, "l'identificazione consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi. L'attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione. Questi emergono considerando il contesto esterno ed interno all'amministrazione, anche con riferimento alle specifiche posizioni organizzative presenti all'interno di ciascuna amministrazione." (PNA 2015). "L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, o alle fasi dei processi, di pertinenza dell'amministrazione. L'individuazione deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi e avere conseguenze sull'amministrazione".

¹⁰ Nell'Aggiornamento PNA 2015 ANAC diceva che "Le misure devono essere individuate nei PTPC e la loro attuazione chiaramente programmata. Un PTPC che fosse privo della specifica individuazione di misure con le caratteristiche indicate (chiarezza, articolazione di responsabilità, articolazione temporale, verificabilità quanto all'effettiva attuazione e quanto all'efficacia) sarebbe ritenuto dall'Autorità come PTPC mancante del contenuto essenziale previsto dalla legge".

¹¹ Nel PNA 2013 si legge come "la ponderazione consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento. L'analisi dei rischi permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato. A seguito dell'analisi, i singoli rischi ed i relativi processi sono inseriti in una classifica del livello di rischio. Le fasi di processo, i processi o gli aggregati di processo per i quali siano emersi i più elevati livelli di rischio vanno ad identificare le aree di rischio, che rappresentano le attività più sensibili e da valutare ai fini del trattamento. La classifica del livello di rischio viene poi esaminata e valutata per elaborare la proposta di trattamento dei rischi".

¹² I risultati sono raccolti all'interno del report pubblicato nell'aprile del 2016 dal titolo "Curiamo la Corruzione - Percezioni, Rischi e Sprechi in Sanità".

¹³ Aggiornamento PNA 2015, p. 46.

¹⁴ PNA 2015, p. 49.

¹⁵ Durante l'audizione del 3 marzo 2016 in Senato, Cantone ha

sottolineato la necessità di una riforma del settore delle attività funerarie, tramite cui imporre regole più precise nell'ambito di un settore in cui è accertata l'infiltrazione da parte della criminalità organizzata.

¹⁶ In caso di valutazione qualitativa (es. alto o basso), il dato è stato convertito in indice numerico secondo la metodologia adottata dall'ente nel PTPC o, se assente, secondo la metodologia ANAC.

¹⁷ Per questa parte di analisi sono stati selezionati 113 PTPC 2016-2016, che hanno ottenuto il massimo punteggio di rating, come descritto nel paragrafo precedente.

¹⁸ OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris

03

ANALISI ECONOMICA
DEGLI SPRECHI IN
SANITÀ

ANALISI ECONOMICA DEGLI SPRECHI IN SANITÀ

DATI E METODOLOGIA

Sprechi e inefficienze nel settore sanitario preoccupano oggi i Governi degli Stati e l'opinione pubblica. Le spese inutili e/o immotivate hanno molte conseguenze negative, che potrebbero essere attenuate spendendo in modo più consapevole e riducendo lo spreco (Bentley et al., 2008).

Le cause dello spreco possono essere le più disparate: è stato evidenziato come l'utilizzo inefficiente delle risorse sia spesso dovuto all'informazione limitata e alla carenza di responsabilità da parte dei decisori, fattori che comportano, a loro volta, il rischio di corruzione e frode (Parker & Newbrander, 1994).

I decisori politici hanno l'obbligo di utilizzare razionalmente ed efficientemente le risorse, obbligo che instaura anche una responsabilità di carattere etico per gli stessi decisori: è quindi importante riuscire ad identificare le cause dello spreco, al fine di apportare le modifiche opportune a livello organizzativo e manageriale volte a contrastarlo.

Lo spreco e l'inefficienza riguardano soprattutto la produzione di beni e servizi in sanità e l'impiego del personale sanitario. In particolare, l'inefficienza allocativa si verifica quando le decisioni riguardanti l'uso delle risorse (limitate) non riescono a generare i maggiori benefici possibili al minor costo; l'inefficienza tecnica si verifica, invece, quando i costi della fornitura di servizi o beni specifici sono più alti di quanto sia necessario.

L'analisi costo-efficacia e, in generale, la valutazione economica, possono essere proficuamente impiegati per quantificare inefficienza e spreco. Gli sforzi per favorire un uso efficiente delle risorse dovrebbero concentrarsi sui settori in cui possono verificarsi maggiori risparmi e dovrebbero prendere in considerazione anche i costi per apportare i cambiamenti che sono necessari.

A loro volta, i decisori in ambito sanitario dovrebbero essere informati dei costi e dell'impatto delle diverse politiche, attraverso una valutazione delle risorse disponibili e del loro uso.

Da un punto di vista spaziale, il decentramento a livello regionale o locale delle aziende sanitarie può contribuire a ridurre lo spreco, dato che migliora lo scambio di informazioni e aumenta la capacità di monitoraggio e controllo della spesa, favorendo così la responsabilità e la capacità di risposta da parte del sistema sanitario.

Queste tematiche hanno costituito l'oggetto di uno studio condotto per ISPE Sanità (Libro Bianco sulla Corruption in Sanità, 2015), in cui è stato sviluppato un modello di analisi della gestione economico-finanziaria delle ASL italiane capace di individuare, per le Regioni e le voci di spesa incluse nell'analisi, le aree di inefficienza, spreco e potenziale corruzione. Nello specifico, il modello ha permesso di valutare ed identificare modelli gestionali integrati e collegati tra loro all'interno di ogni singola regione analizzata.

Una prima applicazione del modello, pur se limitata a 5 Regioni, ha evidenziato come la Lombardia, l'Emilia-Romagna ed il Veneto siano caratterizzate da modelli gestionali integrati e come tutte le loro ASL siano strettamente connesse tra di loro, una caratteristica, quest'ultima, che evidenzia una maggiore efficienza. Infatti, l'aver organizzato una rete assistenziale regionale utilizzando il medesimo modello gestionale, oltre che consentire l'erogazione di servizi più integrati alla popolazione assistita, permette di controllare il corretto utilizzo delle risorse impiegate. Di contro, le altre Regioni esaminate, Lazio e Campania, sono caratterizzate da modelli gestionali completamente disaggregati dal punto di vista economico-finanziario, e da una spesa notevolmente elevata. Il discrimine che sembra trasformare l'inefficienza e gli sprechi nella corruzione risiede pertanto nella presenza o meno di una disaggregazione gestionale.

L'analisi dei conti economici delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO) può evidenziare le spese che risultano ingiustificate e lo spreco di risorse.

L'ipotesi da testare è che, laddove ci sono costi elevati e ingiustificati, vi è il sospetto che i meccanismi di spesa non siano trasparenti e, di conseguenza, che vi sia corruzione.

Nella presente analisi, il modello di partenza è stato ulteriormente raffinato, identificando l'inefficienza gestionale attraverso l'esame delle voci di spesa che, nell'indagine precedente, erano risultate maggiormente significative, e quantificando lo spreco delle risorse: l'identificazione di sacche di inefficienza prelude all'individuazione di un terreno fertile per l'annidarsi della *corruption* contro cui possono predisporre efficacemente delle misure di contrasto.

L'indicatore di inefficienza sviluppato nel presente lavoro tiene conto della variabilità delle voci di costo in relazione a parametri quali la popolazione residente per ASL, la popolazione di anziani (parametro utilizzato per "pesare" i dati delle ASL), e il numero dei pazienti dimessi, valutando il *case mix*, con cui vengono ponderati i dati di spesa delle AO.

La necessità di tenere presenti questi parametri si basa sulla riflessione che, in alcune ASL, possono verificarsi situazioni che rendono necessaria

una maggiore spesa. Ad esempio, gli ospedali appartenenti ad ASL situate in una zona densamente popolata, quindi con un bacino di utenza più ampio rispetto alle strutture situate in una zona montana, saranno caratterizzati da maggiori costi di congestione. Allo stesso modo, gli ospedali situati in zone meno popolate, ma con un'alta percentuale di persone anziane, che necessitano di una maggiore assistenza, dovranno affrontare costi più elevati nella fornitura dei servizi sanitari.

Il presente contributo è organizzato come segue: la prossima sezione introdurrà alcune definizioni e presenterà la metodologia di analisi che è stata sviluppata, presentando i risultati relativi ad ASL e AO. L'analisi di alcune voci di spesa e l'identificazione, in queste, delle potenziali inefficienze è stata effettuata attraverso dei boxplots. Successivamente, verrà presentata la quantificazione delle inefficienze come indicatore sintetico del fenomeno della potenziale *corruption*.

In letteratura viene effettuata una distinzione tra le modalità in cui lo spreco nell'impiego delle risorse pubbliche può presentarsi: da un lato vi è lo spreco "attivo", consistente nella "*perdita di efficienza che procura utilità (diretta o indiretta) per il decisore politico*", che conduce alla c.d. *corruption*, che, a sua volta, rappresenta lo spreco altamente ingiustificato.

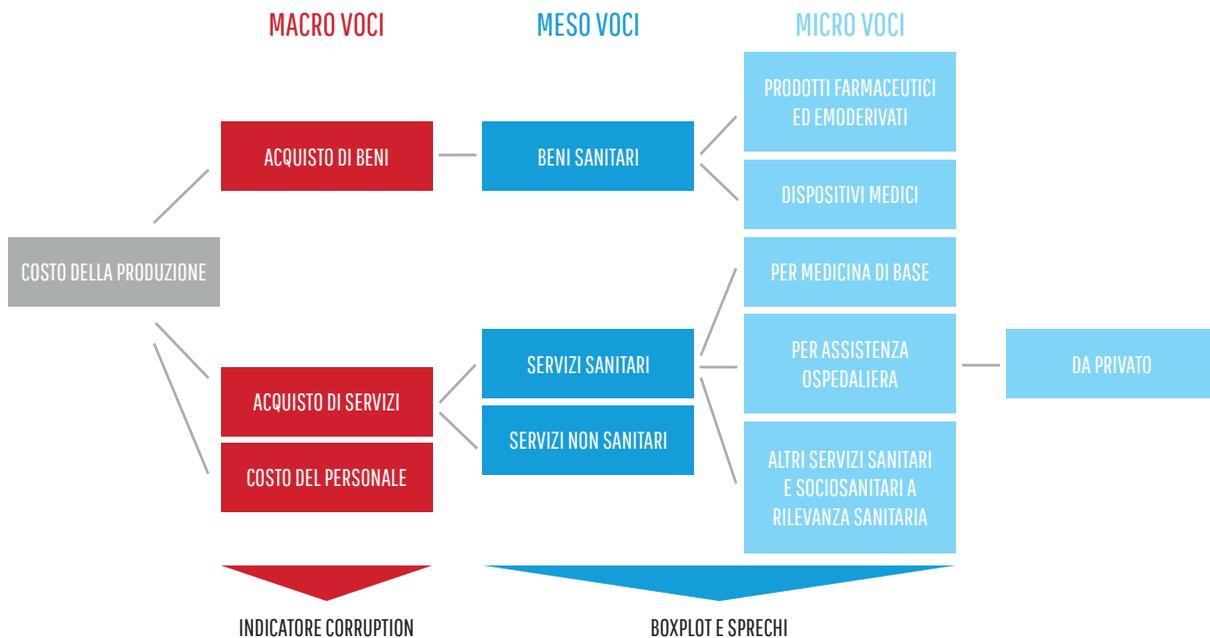
Dall'altro lato vi è lo spreco "passivo" che è, invece, la "*perdita di efficienza che non va a vantaggio di nessuno*", in altre parole, l'*inefficienza* (Bandiera et al., 2008).

L'analisi è stata svolta utilizzando i dati dei conti economici delle ASL e delle AO ed è stata svolta in più livelli: macro, meso e micro (Mennini et al., 2014a), come rappresentato nella Figura 24, nella quale le voci indicate in rosso corrispondono a quelle incluse nell'analisi.

In particolare, a livello *micro* e *meso*, le voci sono state incluse nella costruzione dei grafici *boxplot*, che sono quindi degli strumenti di potenziale identificazione della presenza di sprechi ingiustificati, rappresentata da una anomala variabilità nella spesa regionale delle ASL/AO. A livello meso, inoltre, queste stesse voci sono state utilizzate per la quantificazione dello spreco passivo (Bandiera et al., 2008).

A livello *macro*, infine, le voci sono state impiegate come *proxies* per calcolare una media delle spese

FIG. 24 | MACRO, MESO E MICRO VOCI DI SPESA



altamente ingiustificata la cui entità, sul totale della spesa, ha permesso di costruire un potenziale indicatore in termini percentuali della potenziale *corruption* che, se applicata alla spesa a livello globale offre una quantificazione del bacino dalla prospettiva del SSN.

A livello *macro* le voci di costo considerate hanno l'obiettivo di individuare la potenziale corruzione esistente nel sistema: si tratta di voci di costo particolarmente rilevanti come l'acquisto di beni (identificata, nei conti economici, con il codice BA0010), l'acquisto di servizi (BA0390) e il costo del personale (BA2080).

A livello *meso*, ossia un livello di analisi intermedio, le voci di costo che sono state considerate e analizzate in dettaglio sono: l'acquisto di beni sanitari, l'acquisto di servizi sanitari (BA0020) e di servizi non sanitari (BA0400), due voci di spesa in cui si scinde l'acquisto di servizi.

A livello *micro* l'obiettivo è quello di identificare in dettaglio le aree di inefficienza: a tal fine, si considerano, tra i servizi sanitari, la medicina di base (BA0410), l'assistenza ospedaliera da privati (BA0840), l'assistenza specialistica ambulatoriale (BA0530), i servizi non sanitari (BA1560), altri servizi

a rilevanza sanitaria (BA1490); i prodotti farmaceutici ed emoderivati (BA0030) e i dispositivi medici sono considerati nell'ambito dei beni sanitari.

Queste variabili, di recente impiegate in larga parte anche in un'analoga analisi finalizzata a stimare il *trend* e la composizione della spesa sanitaria (cfr. Atella e Kopinska, 2016), misurano i "costi di produzione", ovvero tutte le risorse che il sistema impiega sia per produrre, che per acquistare servizi.

Per il calcolo degli sprechi ingiustificati, ossia le inefficienze, è stata considerata come soglia il 75° percentile della distribuzione regionale. Per il calcolo dell'indicatore della *corruption*, è stato, invece, calcolato sia il 75° sia il 90° percentile della distribuzione a livello nazionale e con ciò, la misurazione del potenziale impatto viene rappresentata sotto forma di range.

Inoltre, due differenti ponderazioni sono state applicate rispettivamente per le ASL e le AO. Nelle prime, è stata considerata la spesa per residente pesata per anzianità; invece, riguardo alle AO, il criterio di rilevazione è la spesa per ogni paziente dimesso pesata per l'indice di *case mix*.

GLI SPRECHI E LA CORRUZIONE IN SANITÀ

L'analisi su *boxplot*, sia su dati delle ASL che delle AO, ha lo scopo di fornire una rappresentazione visuale delle aree in cui si verificano i maggiori problemi di gestione e delle Regioni italiane che presentano maggiori criticità e con ciò, può essere uno strumento di identificazione degli sprechi oltre che di analisi delle *performance* regionali.

L'analisi è stata condotta separatamente per le ASL e per le AO e i risultati vengono presentati singolarmente per voce di spesa.

L'ANALISI CONDOTTA PER LE ASL

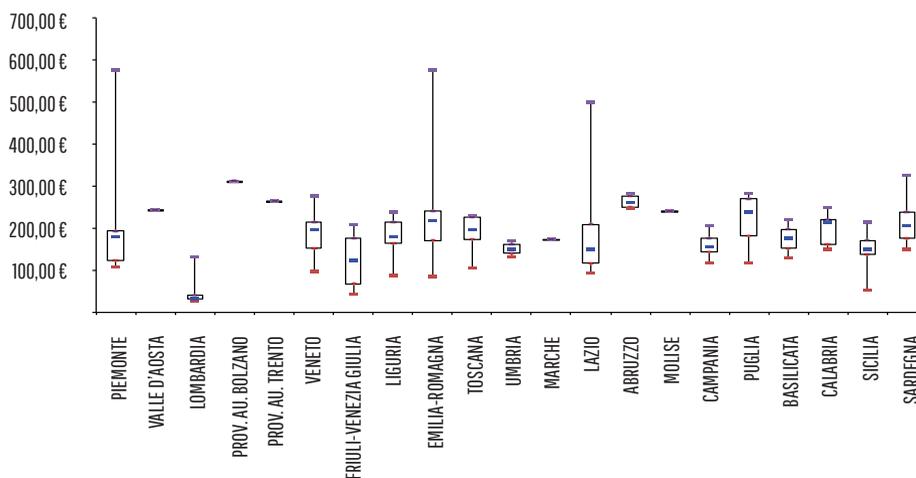
La riorganizzazione dell'acquisto di beni e servizi in sanità è avvenuta nel corso degli ultimi 5 anni. AGENAS, ai sensi della legge n.111/2011, all'articolo 17, comma 1, lett. a), è stata individuata come il soggetto che stabilisce i beni, compresi i dispositivi medici e i farmaci per uso ospedaliero, e i servizi, sanitari e non sanitari, tra quelli a maggiore impatto sulla spesa SSN, su cui elaborare i prezzi

di riferimento. La stessa norma ha previsto che, a partire dal 1° luglio 2012, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici, vengano resi noti i prezzi di riferimento, al fine di mettere a disposizione delle Regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa. Per supportare l'attività dell'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici nella rilevazione dei prezzi di acquisto, AGENAS ha redatto elenchi specifici di beni e servizi.

Successivamente, la legge n. 135/2012 all'articolo 15, comma 13, lettera b) ha ribadito la funzione di controllo della spesa, mediante l'adozione dei prezzi pubblicati dall'Osservatorio dei contratti pubblici (cfr.<http://www.agenas.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/spesa-sanitaria/riorganizzazione-degli-acquisti-di-beni-e-servizi-in-sanita>).

Partendo da queste premesse riguardo alla fonte delle informazioni, dai dati esaminati con i *boxplot* emergono i seguenti risultati per ciascuna categoria di spesa.

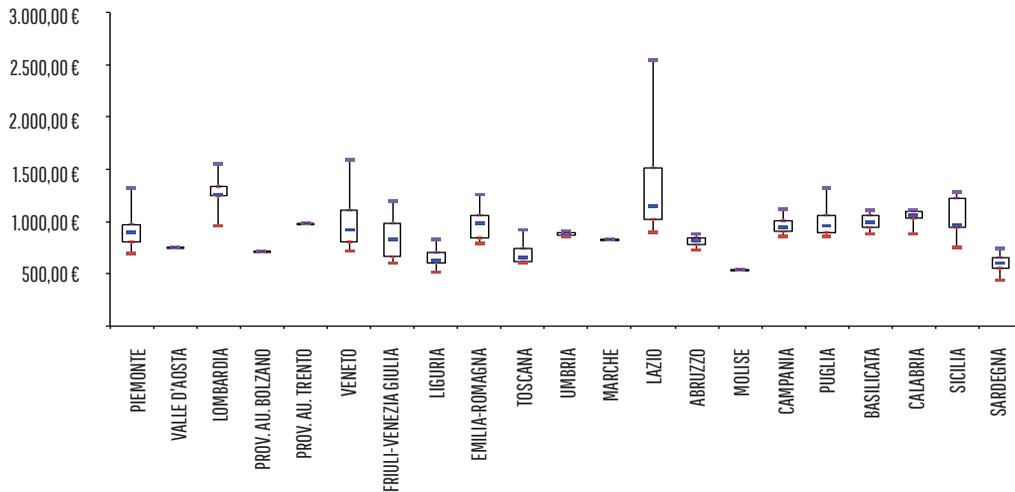
FIG. 25 | ACQUISTO DI BENI SANITARI (BA0020)



Dalla Figura 25 si evince come la spesa relativa agli acquisti di beni sanitari sia pressoché omogenea e non soggetta a grande variabilità. Regioni come Friuli Venezia Giulia, Lazio, Puglia e Piemonte presentano la maggiore variabilità. Alcune regioni sono caratterizzate dalla presenza di una sola struttura per la quale sono disponibili i dati e questo

fa sì che il boxplot non sia costruibile. In queste Regioni (tra esse vi sono Valle d'Aosta, Marche, Molise e le province autonome di Trento e Bolzano), non si registra quindi alcuna variabilità che, in questo contesto non deve però essere intesa come *good practice*.

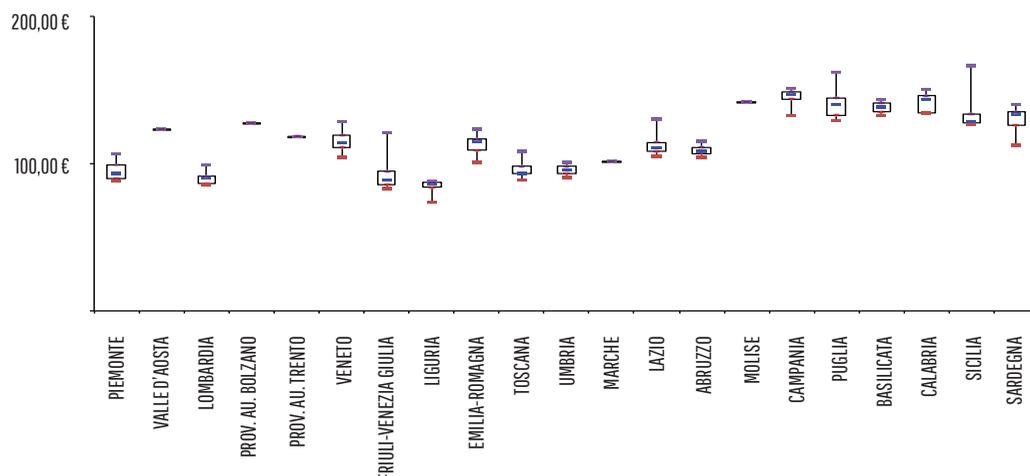
FIG. 26 | ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI (BA0400)



Invece, riguardo agli acquisti di servizi sanitari, un'elevata variabilità caratterizza la Regione Lazio,

seguita dalla Sicilia. Minore variabilità si ha in Abruzzo e in Calabria.

FIG. 27 | ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI PER MEDICINA DI BASE (BA0410)

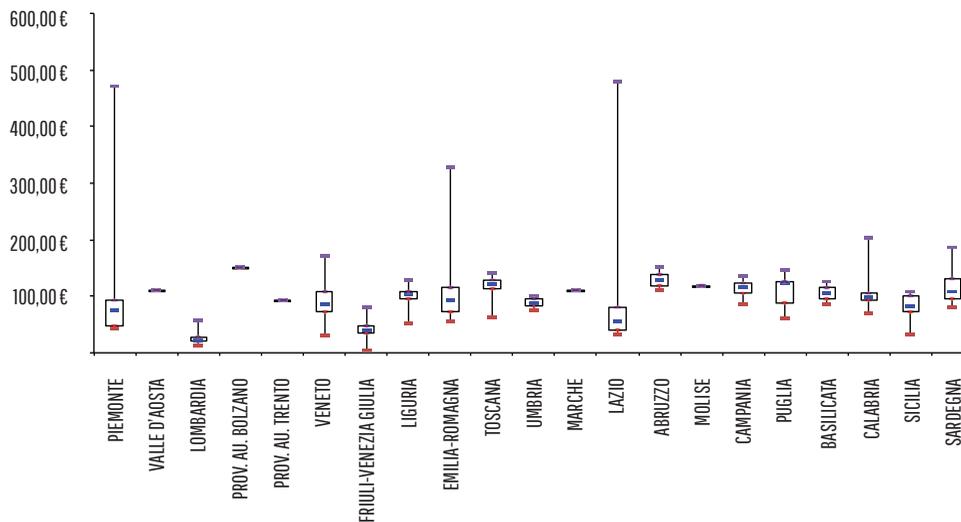


Tra questi acquisti rientrano le risorse impiegate per l'assistenza primaria, come i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali interni, etc.

Poche Regioni mostrano una certa variabilità. Può

evidenziarsi come i valori mediани siano piuttosto elevati nel Meridione e nelle Regioni insulari: Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna mostrano, infatti, tutte valori mediани superiori a 100 €.

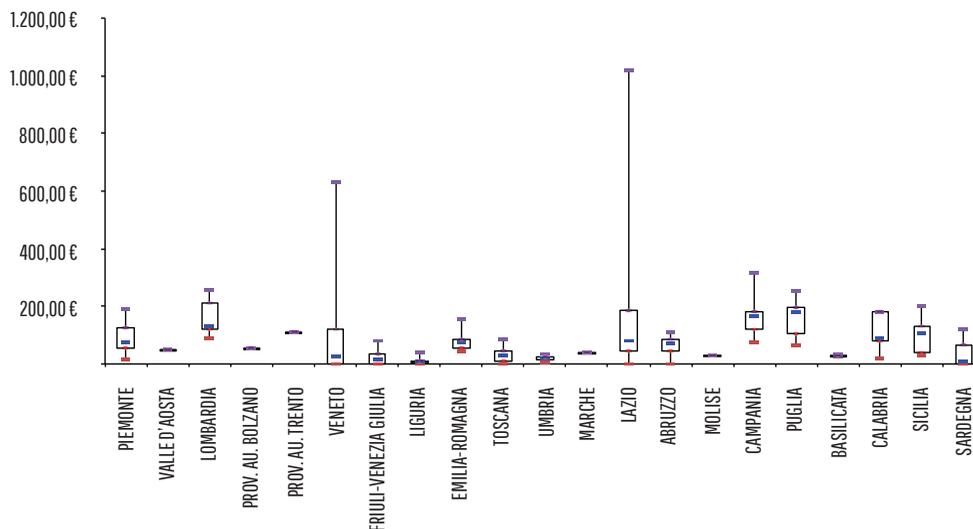
FIG. 28 | PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI (BA0030)



Un andamento discontinuo caratterizza la spesa per prodotti farmaceutici. In Lazio, tale spesa presenta un valore minimo e un valore massimo che sono tra loro notevolmente distanti, seppur la variabilità non

sia eccessiva. La spesa minore si registra per Friuli Venezia Giulia e Lombardia con una minor variabilità in quest'ultima regione.

FIG. 29 | ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATI (BA0840)

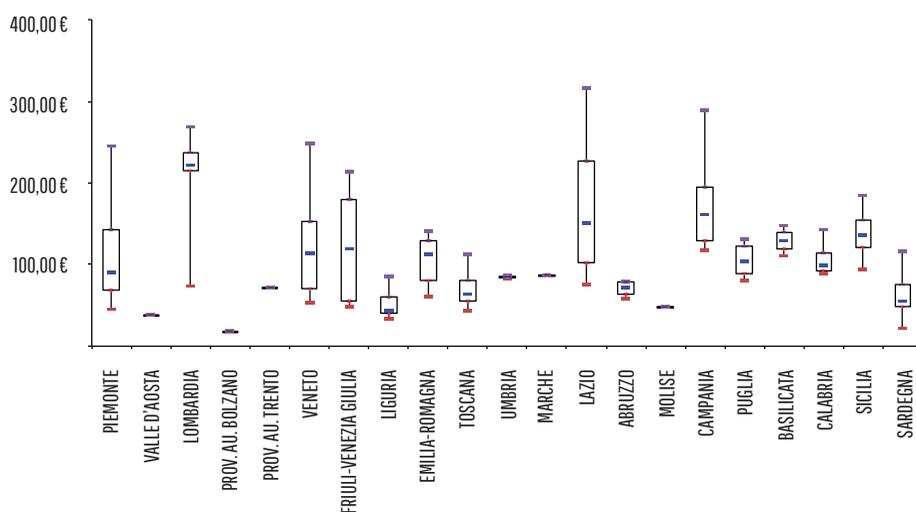


L'assistenza ospedaliera da privati riguarda tutte le prestazioni ricomprese tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogate al cittadino che ne faccia richiesta. Tali prestazioni possono essere erogate in una struttura pubblica o presso una struttura privata accreditata.

Tutte le Regioni si caratterizzano per valori mediani inferiori ai 200 €, con Puglia e Campania che si avvicinano a questa soglia. I valori più elevati si riscontrano per il Veneto (poco più di 600€) e

il Lazio (valore superiore a 1000 € pro capite). Queste due Regioni sono anche caratterizzate dalla maggiore variabilità per questa voce di spesa. Il valore più basso si riscontra per la Liguria e per le Regioni più piccole: il minimo si registra per la Valle d'Aosta (6,8% di strutture private nel periodo 2009-2012; cfr. Carbone, 2013 e, in generale, per l'assistenza ospedaliera http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1203_ulterioriallegati_ulterioreallegato_10_alleg.pdf).

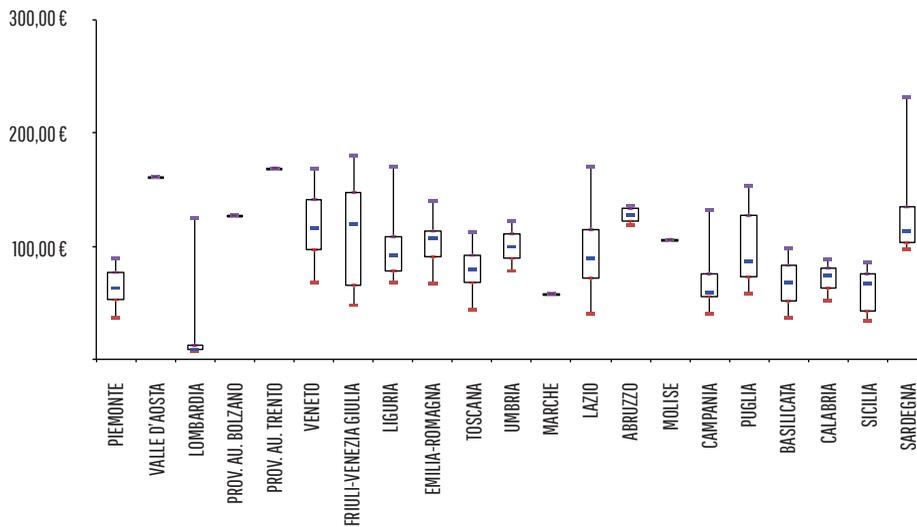
FIG. 30 | SPECIALISTICA AMBULATORIALE (BA0530)



Nell'ambito dei LEA l'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale comprende tutte le prestazioni finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione, erogate dai medici specialisti che operano negli ambulatori e nei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale: tra queste vi sono le visite, la diagnostica strumentale (RX, TAC, Ecografia, ECG, ecc.) le analisi di laboratorio, le prestazioni terapeutiche, inclusi alcuni interventi chirurgici, la riabilitazione, e altro.

Rispetto ad altre categorie di spesa, l'assistenza specialistica ambulatoriale è quella che, considerando i dati dei conti economici delle ASL, presenta la maggiore variabilità: risaltano le evidenze relative al Lazio, al Friuli Venezia Giulia, al Piemonte e al Veneto. In particolare, quest'ultima regione si caratterizza per l'applicazione di tetti economico-finanziari e sui volumi di prestazioni per combinazione ASL-ente erogatore con un più alto livello di programmazione da parte della regione (Carbone, 2013).

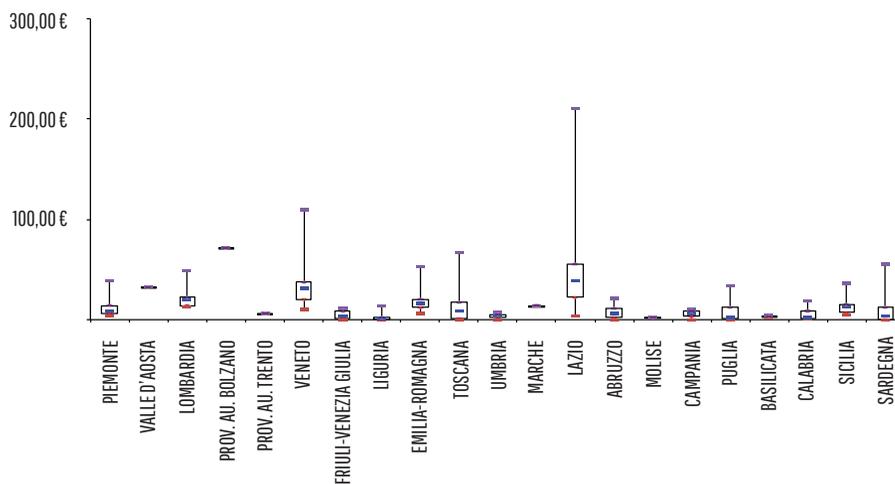
FIG. 31 | SERVIZI NON SANITARI (BA1560)



I servizi non sanitari riguardano i servizi di lavanderia, pulizia, mensa, riscaldamento, assistenza informatica, trasporti non sanitari, smaltimento rifiuti, utenze telefoniche, elettricità e premi assicurativi. Qui si vede come il Friuli Venezia Giulia, il Lazio e la Puglia registrano più ampie

variabilità interne. In precedenti analisi condotte sull'argomento, in particolare nel primo anno della ricerca, si è visto come buona parte dello spreco nelle ASL e nelle AO sia da attribuire proprio a queste voci di spesa (Mennini et al., 2014b; Mennini et al., 2016a).

FIG. 32 | ALTRI SERVIZI A RILEVANZA SANITARIA (BA1490)



Tra gli altri servizi a rilevanza sanitaria rientrano prestazioni sociali, in favore di persone che presentano delle condizioni di fragilità. Il Lazio si caratterizza per i valori più elevati e per la maggiore variabilità.

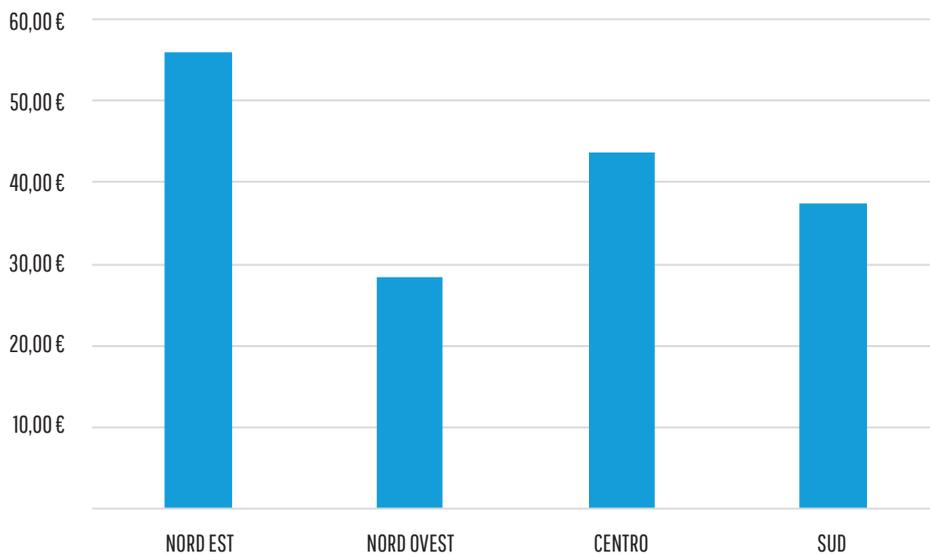
Infine, a seguito delle analisi ed elaborazioni effettuate all'interno delle ASL nazionali, si è ritenuto importante aggregare questi risultati così da poter identificare in modo sistematico le inefficienze emerse nei conti economici delle ASL situate in diverse Regioni.

Le evidenze ottenute possono osservarsi nella Figura 33 dove vengono riportate le differenze interquartili medie per residente (ampiezza media dei *boxplot*,

75°-25° percentile), ossia considerando tutte le voci incluse nella precedente analisi dei *boxplots* qui riportate per aree geografiche.

In questo caso, le medie sono state anche raggruppate per macro aree di modo da fornire un'indicazione di dove, mediamente, si è registrata più variabilità interna. Dal grafico si evince come le Regioni con maggiore variabilità interna siano quelle del Nord Est, seguite dalle Regioni dell'Italia centrale. Ciò significa che, mediamente, nelle ASL del Nord Est la spesa per residente differisce in media di circa 50€. Nel Nord Ovest, diversamente, la spesa media pro capite sembra essere la più omogenea.

FIG. 33 | DIFFERENZE INTERQUARTILI MEDIE PER AREA GEOGRAFICA - ASL



L'ANALISI CONDOTTA PER LE AO

Una fase successiva dell'analisi ha riguardato le Aziende Ospedaliere (AO) e Le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), i cui conti economici sono stati esaminati tenendo sempre presente le medesime voci di spesa.

Rispetto all'analisi svolta per le ASL, risalta la maggiore variabilità della spesa, indice di maggiore eterogeneità tra le varie strutture, anche se sono

diverse le ponderazioni applicate.

Le figure successive (Figure 34-41) mostrano, rispettivamente, l'andamento della spesa per l'acquisto di beni sanitari, servizi sanitari, servizi sanitari per medicina di base, prodotti farmaceutici, assistenza ospedaliera da privati, specialistica ambulatoriale, prestazioni non sanitarie, altri servizi a rilevanza sanitaria.

FIG. 34 | ACQUISTO DI BENI SANITARI

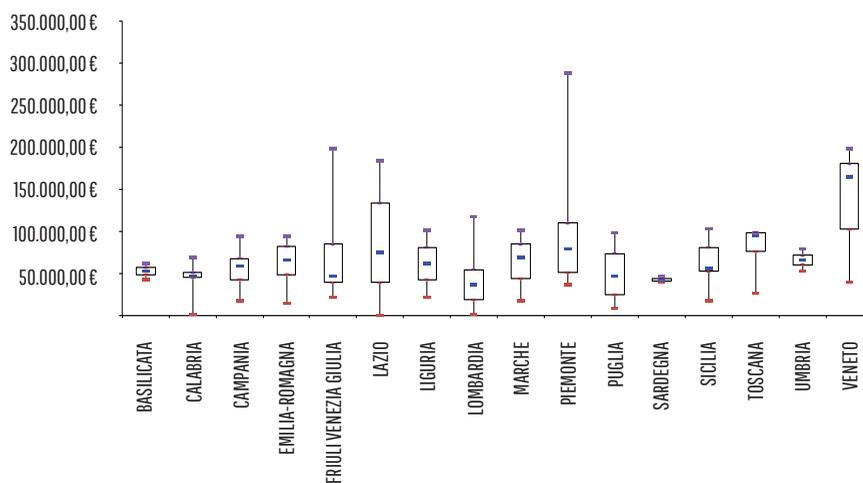


FIG. 35 | ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI

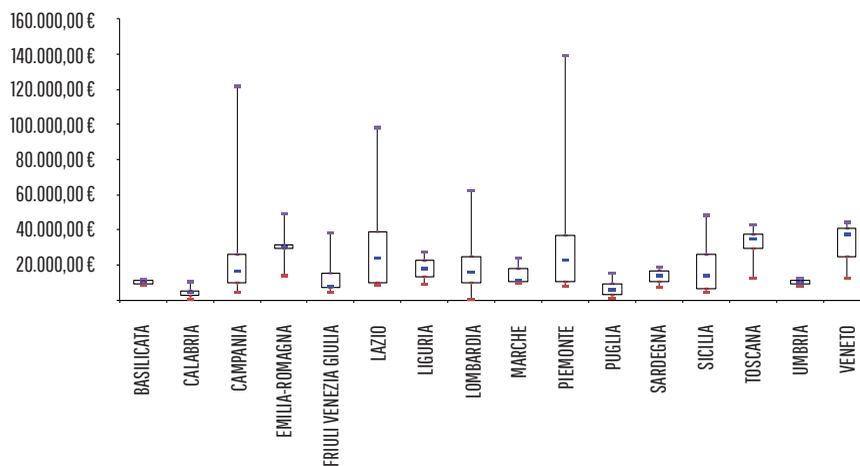


FIG. 36 | ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI PER MEDICINA DI BASE

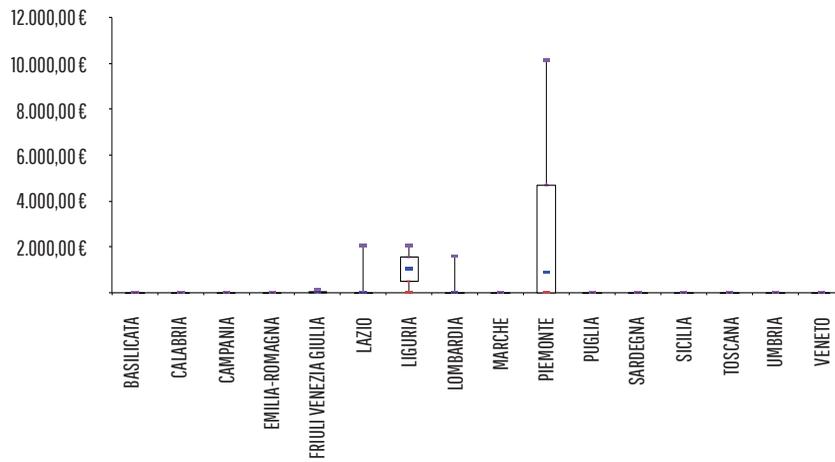


FIG. 37 | PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI

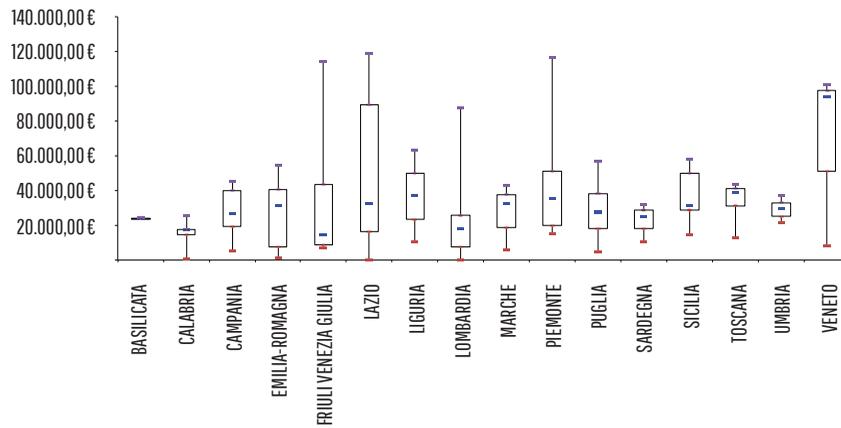


FIG. 38 | ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATI

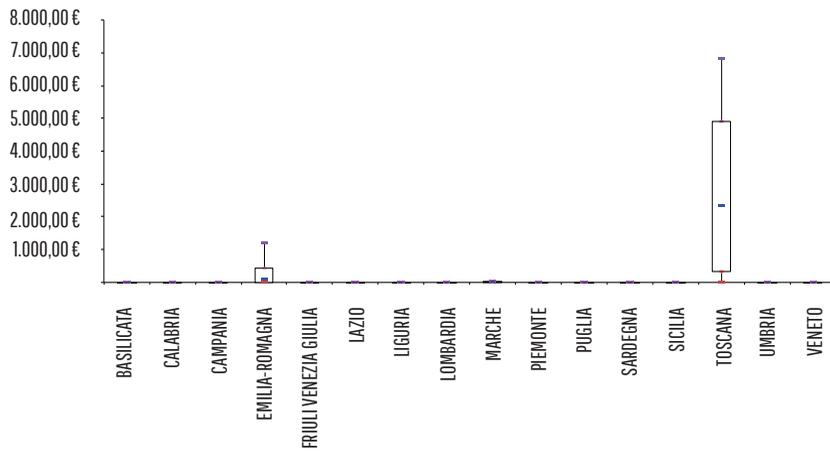


FIG. 39 | SPECIALISTICA AMBULATORIALE

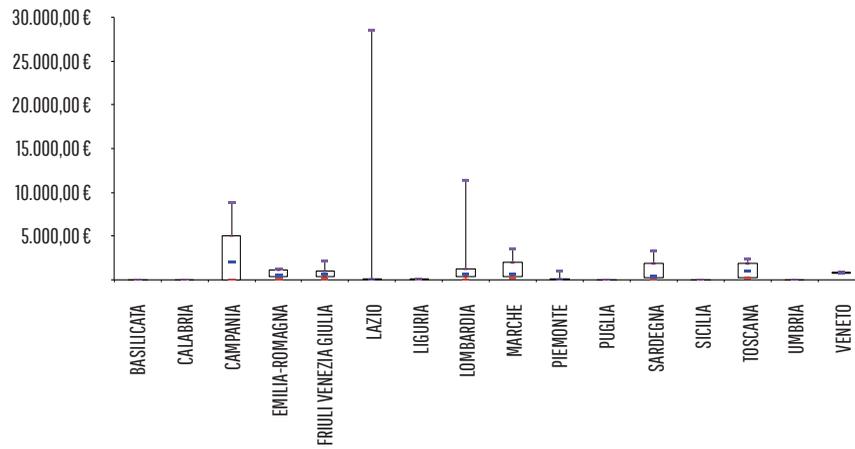


FIG. 40 | SERVIZI NON SANITARI

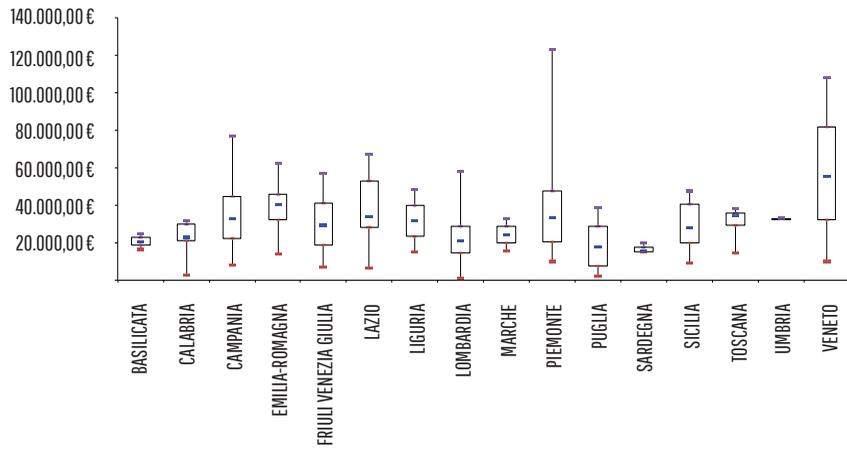
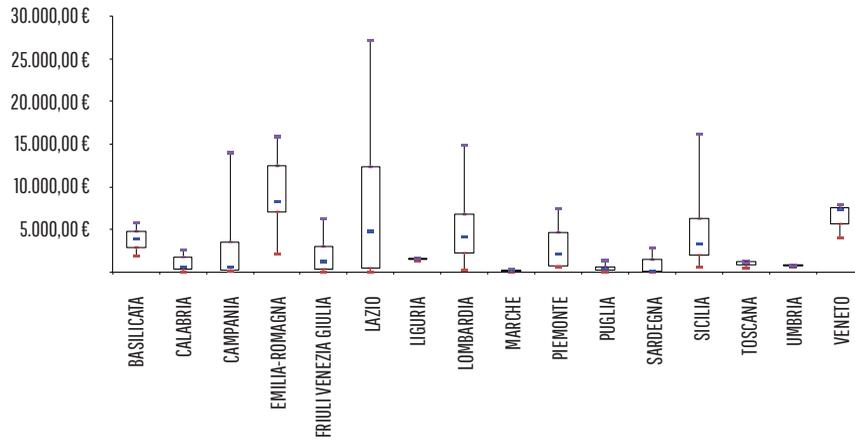


FIG. 41 | ALTRI SERVIZI A RILEVANZA SANITARIA



Dall'analisi svolta attraverso i boxplots, si osserva una certa variabilità, indice di diverse realtà e situazioni regionali, soprattutto quando si considerano prestazioni di vario tipo come i servizi non sanitari (massima variabilità nelle ASL del Veneto) e altri servizi che hanno rilevanza sanitaria (massima variabilità nel Lazio, scarsa variabilità in Liguria, Umbria e Toscana).

Complessivamente, un'elevata variabilità caratterizza Regioni come Lazio, Veneto e Piemonte. Basilicata e Calabria sono le Regioni con minore variabilità, sia con riferimento alle ASL che con riferimento alle AO e AOU.

Anche se l'analisi brevemente descritta consente di identificare quali settori presentino la maggiore variabilità e, intuitivamente, la maggiore inefficienza nella spesa sanitaria in alcune Regioni rispetto ad altre, al fine di utilizzare correttamente tutte le informazioni ottenute dall'analisi dei conti economici, occorrerebbe esaminare in dettaglio eventuali similitudini nei comportamenti di spesa delle Regioni, valutando se vi sia un trend comune e quali siano le motivazioni.

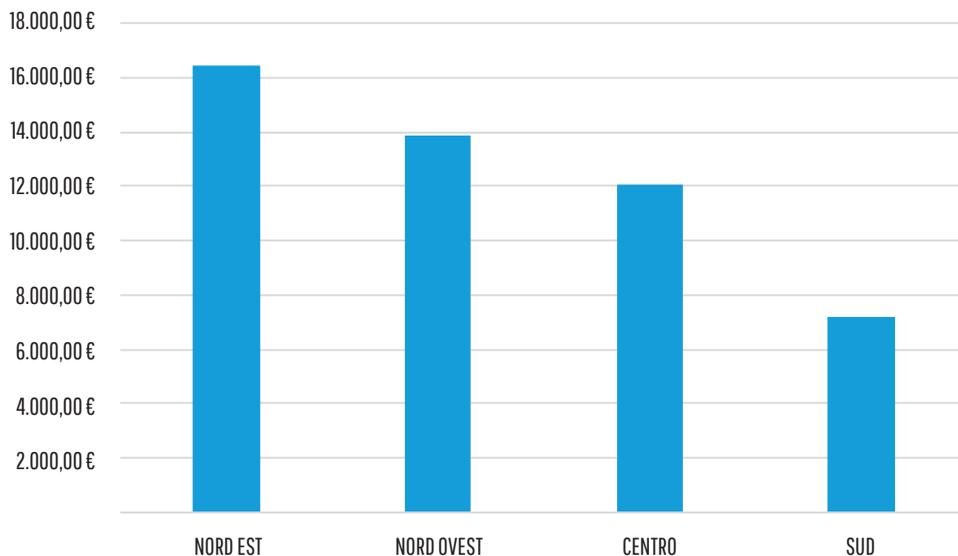
La metodologia proposta rappresenta un utile strumento per la rilevazione degli scostamenti della spesa da un livello medio e per l'individuazione delle eventuali inefficienze.

Alcuni studi pubblicati in letteratura, condotti utilizzando i dati tratti dai conti economici di ASL e AO hanno avuto ad oggetto l'identificazione delle logiche di spesa della ASL e AO (Mennini et al. 2016a; Mennini et al., 2016b), esaminate attraverso la costruzione di un sistema di reti neurali e con l'implementazione di due modelli specifici: il modello AutoCM e il modello AWIT.

La Figura 42 mostra, in analogia a quanto presentato per le ASL, le inefficienze delle AO come media della variabilità (75°-25° percentile) per le (macro) voci considerate per dimesso.

Anche qui, sembrerebbe che le Regioni caratterizzate da maggior variabilità siano quelle del Nord Est in cui per ogni dimesso si arriva a spendere in media 16mila euro in più o in meno a seconda della AO considerata. Diversamente, nel Meridione, la differenza sembra mediamente più contenuta (circa la metà).

FIG. 42 | DIFFERENZE INTERQUARTILI MEDIE PER AREA GEOGRAFICA, AO



LA QUANTIFICAZIONE DELLE INEFFICIENZE

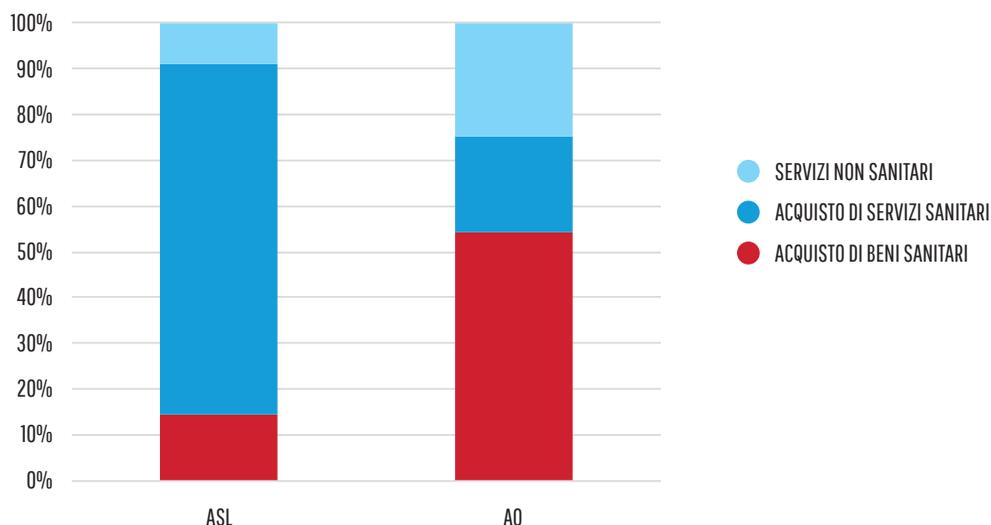
In questa sezione vengono presentati i risultati che concernono la quantificazione delle inefficienze, calcolate sulla base degli scarti tra le spese per residente/dimesso ed il 75° percentile riferito alla distribuzione di ciascuna meso voce a livello regionale.

Dall'analisi si evince come le potenziali inefficienze a livello meso, ammontino complessivamente a circa 13mld di euro, di cui circa 8mld sono spesi per gli acquisti di servizi sanitari e oltre 3mld per i beni

sanitari. Nel caso delle ASL la maggior parte di tali anomalie sembra imputabile agli acquisti di servizi sanitari (76% sul totale sprechi delle ASL), mentre nelle AO le principali inefficienze risiedono negli acquisti di beni sanitari (54% del totale sprechi AO).

Per quanto riguarda i servizi non sanitari, già oggetto di analisi in precedenti lavori (Mennini 2016a), gli sprechi sembrano maggiormente pervasivi nelle AO per le quali tali inefficienze pesano per il 25% del totale.

FIG. 43 | INEFFICIENZE SU MESOVOCI E COMPOSIZIONE ASL/AO



TAB. 11 | INEFFICIENZE SU MESOVOCI

VOCI ANALIZZATE (MESO)	STIMA INEFFICIENZE
ACQUISTO DI BENI SANITARI (BA 0020)	3.602.863.887 €
ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI (BA 0400)	7.973.615.668 €
SERVIZI NON SANITARI (BA1560)	1.874.123.790 €
TOTALE	13.450.603.345 €

INDICE DI CORRUZIONE IN SANITÀ / SPRECHI

Le evidenze riportate nel primo Libro bianco ISPE Sanità sottolineavano come, secondo i dati contenuti in un rapporto della Guardia di Finanza, in Italia, solo nel 2013, fossero state registrate truffe e danni erariali al Servizio sanitario nazionale per oltre 1 miliardo di euro. Che il dato reale fosse molto più consistente si evinceva dalla considerazione che, dei 114 miliardi di euro di spesa sanitaria per il 2013, solo 3,2 miliardi di euro fossero imputabili ad inefficienza, mentre 14 miliardi di euro dipendessero da sprechi e 6,4 miliardi di euro da corruzione, per un totale di 23 miliardi di *corruption* totale.

La sanità è un settore particolarmente vulnerabile alla corruzione e l'analisi svolta nel presente lavoro sembra confermare queste conclusioni.

Il calcolo della potenziale *corruption* ha preso

in considerazione le macro voci per l'acquisto di beni, servizi e costo del personale. Da queste, attraverso il calcolo degli scostamenti tra i valori di spesa per residente/dimesso ed il 90° percentile della distribuzione a livello nazionale (quindi considerando l'insieme di tutte le Regioni), è stata ottenuta una misura percentuale della potenziale *corruption* sul totale della spesa.

La media delle percentuali per macro voce costituisce il valore minimo dell'indicatore della *corruption*. Con lo stesso procedimento, ma impiegando, sempre a livello nazionale, il 75° percentile, è stato calcolato il valore massimo della percentuale di potenziale *corruption* e la conseguente stima in termini monetari.

Dalla Tabella 12 si evince, pertanto, come il valore minimo di potenziale *corruption* nel SSN sia pari al 3,92% e come, in media, le spese delle AO incidano maggiormente rispetto alle spese delle ASL.

TAB. 12 | SPESA PRO CAPITE/DIMESSO > 90° PERCENTILE NAZIONALE = CORRUPTION - MINIMO

VOCE	% MEDIA CORRUPTION SU SPESA TOTALE PER VOCE ASL	% MEDIA CORRUPTION SU SPESA TOTALE PER VOCE AO
ACQUISTO DI BENI	2,33	7,52
ACQUISTO DI SERVIZI	1,49	6,08
COSTO PERSONALE	0,51	5,61
MEDIA TOTALE	3,92	

Nella Tabella 13 si nota, invece, come l'applicazione della percentuale media di *corruption* corrisponda a 4,3 miliardi di euro sul totale di spesa, così come

desunta dai conti economici consuntivi, che è pari a 111.684.110.000 € per il 2013.

TAB. 13 | INDICATORE DELLA CORRUPTION (90° PERCENTILE)

VOCE	STIMA	FONTE
SPESA CORRENTE 2013 SSN	111.684.110.000 €	AGENAS SU CE CONSUNTIVI
% CORRUPTION	3,92%	
"INDICATORE CORRUPTION" SSN, ITALIA 2013	4,3 MLD	

Considerando una soglia meno severa, come quella del 75° percentile, si nota come la *corruption* media imputabile alle voci di spesa delle AO sia superiore

alla spesa delle ASL e la percentuale media totale risulti pari all'8,30%.

TAB. 14 | SPESA PRO CAPITE/DIMESSO > 75° PERCENTILE NAZIONALE = CORRUPTION - MASSIMO

VOCE	% MEDIA CORRUPTION SU SPESA TOTALE PER VOCE ASL	% MEDIA CORRUPTION SU SPESA TOTALE PER VOCE AO
ACQUISTO DI BENI	5,45	14,87
ACQUISTO DI SERVIZI	2,83	13,42
COSTO PERSONALE	2,09	11,12
MEDIA TOTALE	8,30	

Di conseguenza, applicando la percentuale dell'8,30% al totale di spesa corrente sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale, si ha che la

corruption determina una perdita massima di risorse quantificabile in 9,2 miliardi di euro.

TAB. 15 | INDICATORE DELLA CORRUPTION (75° PERCENTILE)

VOCE	STIMA	FORTE
SPESA CORRENTE 2013 SSN	111.684.110.000 €	AGENAS SU CE CONSUNTIVI
% CORRUPTION	8,30%	
"INDICATORE CORRUPTION" SSN, ITALIA 2013	9,2 MLD	

I risultati, così ottenuti, sono rappresentati in Tabella 16 come *range* di valori. Dalla stessa tabella si evince come, sul totale delle spese sostenute dal SSN, vi sia un bacino di potenziale *corruption*, in altre parole,

di sprechi legati alla presenza di un vantaggio personale per chi li origina, compreso tra i 4,3 ed i 9,2 miliardi di euro, in media il 6,1% delle spese correnti.

TAB. 16 | INDICATORE DELLA CORRUPTION (90° E 75° PERCENTILE NAZIONALE)

VOCE	STIMA (MIN - MAX)	
SPESA CORRENTE 2013 SSN	3,9%	8,3%
"INDICATORE CORRUPTION" SSN, ITALIA 2013	4,3 MLD	9,2 MLD

DISCUSSIONE

Il presente lavoro propone, rispetto alle precedenti analisi, un'analisi del fenomeno della *corruption* e delle inefficienze basata su più livelli, applicando una metodologia di stima che non include l'utilizzo di dati di percezione ma considera dati quantitativi derivati dai Conti Economici delle strutture sanitarie.

L'intento, con ciò, è stato duplice: da un lato, identificare gli sprechi o le anomalie nella spesa, dall'altro lato quantificare i possibili risparmi che deriverebbero da un'azione di contrasto mirata.

In questo studio è stato adottato in particolare un approccio multilivello, che ha permesso anche di generalizzare i risultati, ottenendo un indicatore di sintesi in grado di offrire una quantificazione del fenomeno corruttivo.

Partendo da metodologie di analisi consolidate e già utilizzate in precedenti studi (ad esempio, Mennini, 2016a), è stato effettuato un aggiornamento metodologico significativo: i risultati offrono un quadro più completo per lo studio di un fenomeno complesso e pervasivo come quello delle inefficienze e della *corruption*.

CONCLUSIONI

La Sanità è un settore particolarmente vulnerabile alla corruzione e agli sprechi.

Diversi contributi, nel corso degli ultimi anni, hanno evidenziato l'esistenza di tali fenomeni, esaminando le caratteristiche della domanda e dell'offerta che possono determinare delle situazioni di fragilità del sistema.

Il Report su "Corruzione e Sprechi in Sanità", pubblicato da Transparency International Italia nel 2013, evidenziava alcune peculiarità che rendono più agevole il verificarsi di comportamenti corruttivi. In particolare, si rilevava come l'offerta sanitaria fosse spesso caratterizzata da fattori come la forte ingerenza della politica nelle scelte tecnico-amministrative, la discrezionalità nelle scelte aziendali e ospedaliere, il basso livello di *accountability* del personale pubblico, i bassi standard etici degli operatori pubblici, l'asimmetria informativa, dovuta alla mancata comunicazione

trasparente tra pazienti, operatori e responsabili della spesa, la scarsa trasparenza nell'uso delle risorse (Labate, 2016).

In quest'ottica, la principale spinta al diffondersi di abusi e sprechi era, secondo il Rapporto, l'accettazione, o perlomeno, la tolleranza, di tali fenomeni.

Negli ultimi anni, le strategie di contrasto alla corruzione hanno visto una significativa evoluzione: da un approccio finalizzato alla sola repressione dei fenomeni corruttivi, si è passati ad una maggiore attenzione per la fase di prevenzione, promuovendo l'obiettivo dell'integrità. Fare leva sull'integrità significa sia creare e diffondere consapevolezza, nelle amministrazioni pubbliche e nella società, degli impatti negativi della *corruption*, sia introdurre meccanismi e strumenti per rendere le amministrazioni trasparenti, con ricadute virtuose sul rendimento democratico delle istituzioni (Formez, 2013).

Un comportamento etico si coglie anche nelle scelte operate quotidianamente, ad esempio nella scelta del farmaco più appropriato, nel rapporto con le aziende, con le organizzazioni e con gli altri operatori, in sintesi, nella volontà di evitare gli sprechi.

Per programmare ed implementare queste buone pratiche occorre, però, avere una stima dell'entità del fenomeno.

A livello metodologico, il presente lavoro si colloca in un ambito, quello della misurazione oggettiva, che, di per sé, costituisce un elemento innovativo. Stimare il costo della corruzione è un obiettivo ambizioso, che comporta una valutazione macroeconomica di ampio respiro, basata sull'analisi di una mole consistente di dati.

Occorre, poi, sviluppare un modello di analisi della gestione economico-finanziaria delle ASL e AO, capace di individuare le aree di inefficienza, spreco e potenziale corruzione all'interno del sistema sanitario.

Valutare ed identificare modelli gestionali integrati e collegati all'interno di ogni singola regione è sicuramente un primo indicatore di efficienza gestionale. Infatti, aver organizzato la rete assistenziale regionale utilizzando i medesimi approcci economico gestionali permette, da un

lato, di fornire servizi integrati alla popolazione assistita e, dall'altro lato, di controllare il corretto utilizzo delle risorse impiegate. Di contro, è in quelle Regioni in cui le ASL e AO sono caratterizzate da modelli gestionali completamente disaggregati, tanto dal punto di vista organizzativo-gestionale che da quello economico-finanziario, che si verificano comportamenti inefficienti.

Il fenomeno della corruzione va di pari passo con l'inadeguata gestione organizzativa e con gli sprechi ingiustificati, che si traducono in risorse sottratte ai servizi sanitari.

Il pregio del presente lavoro risiede nella considerazione che, grazie alla metodologia utilizzata, è stato finalmente calcolato, con un buon livello di approssimazione, l'indicatore della *corruption* per l'Italia. Quest'ultimo può rappresentare un importante punto di partenza per i decisori in tema di politica sanitaria: avere consapevolezza dell'entità del problema consente, infatti, di programmare le azioni di contrasto più efficaci, garantendo, da ultimo, il rispetto dei LEA.

Risultati di sintesi:

- La stima della potenziale *corruption* nel Sistema Sanitario Nazionale varia tra i 4,3 e 9,2 miliardi, che rappresentano circa il 6,1% delle spese correnti;
- L'ammontare delle potenziali inefficienze nell'acquisto di beni e servizi sanitari nel SSN è pari a circa 13 mld di euro;
- Nelle ASL, l'acquisto di servizi sanitari è la componente di spesa più a rischio di inefficienze, mentre nelle AO è l'acquisto di beni sanitari a presentare maggiori rischi;
- Le ASL del Nord Est e del Centro Italia presentano valori di spesa per residente più eterogenei tra di loro;
- Le AO del Sud Italia presentano valori di spesa per dimesso mediamente più omogenei rispetto a quelle del Nord e del Centro.

APPROFONDIMENTI

UNA PROSPETTIVA DI ANALISI, TRA “MAZZETTE”, “PIACERI”, “CORTESIE A FUTURA MEMORIA” E ALTRI “COSTI”

DI MAURIZIO BORTOLETTI,¹⁹ COMPONENTE DELL'ADVISORY BOARD DI PROGETTO

In un volume dedicato alla “cura” della corruzione in sanità, all'interno di un progetto – giunto alla seconda annualità - intitolato *Curiamo la Corruzione*, sembra anacronistico, ma spero di dimostrare come non lo sia, porsi e porre, come domanda iniziale, quella se questo sia un problema o, meglio, il problema, e, nel caso, la dimensione quali-quantitativa dell'area di rischiosità.

Per evitare equivoci e fraintendimenti, la corruzione: esiste, come confermano le condanne, non le informazioni di garanzia anticipate sui media; va combattuta senza “se” e senza “ma”, perché ha costi, diretti e indiretti, di tipo economico, funzionale e sociale, estremamente insidiosi.

Su questo punto, almeno, il circuito mediatico-convegnistico - nel quale il tema, insieme ad altri di analogo *appeal*, quali, ad esempio, meritocrazia, legalità, trasparenza, ..., appare e scompare, quasi a *surfare* tra le onde, in relazione a ciò che emerge nella quotidianità - è di estrema puntualità, confermando, così, l'idea che non si riesca ad andare oltre un periodico dibattito, nel quale trovare, quindi, una forma di autoassoluzione. Quasi a voler dare ragione a Enio Flaiano che, sessanta anni fa, sottolineava come “...in Italia i problemi non si risolvono, ma passano di moda...”.

Continuare a parlarne, soprattutto da parte di chi ha il compito di fare, cioè di chi deve prevenire, controllare e reprimere, non ha inciso, ad esempio, sulla percezione del “male da curare”, del “rischio

corruzione”, da parte degli Italiani: l'ultimo CPI, l'Indice di Percezione della Corruzione, di Transparency International, conferma una situazione, di fatto, stabile da almeno 8 anni. Nonostante gli anni di “purificazione” e di norme che finalmente hanno accolto quelle misure che tante “maestrine”, in ogni sede all'estero, utilizzavano per mettere il Paese dietro la lavagna, nel silenzio generalizzato di molti e con l'effetto eco di alcuni: come la norma sulla corruzione privata, che veniva richiesta quale uno dei capisaldi per la nostra risurrezione etica (a proposito di numeri, secondo ItaliaOggi del 21 gennaio 2017, negli ultimi due anni sono state avviate 13 indagini preliminari). Rispetto a 8 anni fa, quando sembrava che il Paese stesse per staccarsi dal resto dell'Europa per sprofondare nel Mediterraneo, l'unica differenza rilevabile è stata quella degli spazi dedicati dai media - più contenuti e meno in evidenza - alla presentazione dell'ultimo CPI (25 gennaio 2017).

Smettere di parlarne, non serve a dare torto, è ovvio, a Enio Flaiano, ma potrebbe aiutare a fare chiarezza. A beneficio dei cittadini e, quindi, di tutta la Pubblica Amministrazione e non per favorire la corruzione, come argomenterà qualche professionista dell'anticorruzione.

Basta parlarne, perché è inutile ed è dannoso.

Chi ha il compito di fare - cioè di prevenire, controllare e reprimere - dovrebbe presentare i “numeri” del proprio lavoro, anche al fine di facilitare “diagnosi”

e, quindi, l'individuazione di "terapie" sempre più adeguate.

Gli altri, dovrebbero evitare i toni allarmati e preoccupati sul "rischio corruzione", le stime impressionanti (senza alcun sottostante matematico, mentre viene conservata gelosamente l'origine dei calcoli), le previsioni ancor più apocalittiche, che non sembrano aver modificato la quotidianità degli Italiani, che non sono certamente assuefatti alla situazione, "teorema" del quale mi continuo a vergognare un po'.

Senza questo, il periodico dibattito del "rischio corruzione" ha finito con il far passare in secondo piano l'esigenza di una informazione chiara e precisa sulla fenomenologia che, in questa materia, come in altre della repressione criminale, appare irrinunciabile, per evitare inutili allarmismi e altrettanto pericolose sottovalutazioni, come hanno ripetuto numerosi protagonisti di primissimo piano nella lotta alla criminalità. Come per il medico, che si avvale dei dati degli esami clinici, oltre che della propria esperienza e competenza professionale, per formulare una diagnosi, poi per informare correttamente il paziente e, infine, per individuare la terapia più adatta.

Non vi sono, infatti, "dati" consultabili circa l'attività svolta da chi ha il compito di fare, cioè di prevenire, controllare e reprimere, e quelli che ci sono forniscono degli spaccati che non aiutano a disegnare la reale morfologia della corruzione: l'ultima visione d'insieme, pur con tutte le limitazioni che discendono dai diversi sistemi di raccolta dei dati che esistono a livello nazionale, risale al 2010.

Nonostante il tema sia di estrema delicatezza, come è intuibile.

Prima di tutto, perché sottodimensionare o sovradimensionare la minaccia, la cosiddetta "malattia", ha come naturale conseguenza quella di dare corso a soluzioni inadeguate e/o "terapie" eccessivamente onerose, non comprensibili e, a volte, inutili.

Poi, perché è sufficiente pensare al clima che si instaura in un ufficio pubblico quando arriva una informazione di garanzia per abuso d'ufficio: tutto come prima? Direi di no. Ovvio, non mi riferisco al dipendente pubblico arrestato con la mazzetta in mano o mentre rientra con la spesa, dopo essere

uscito, per l'ennesima volta, senza strisciare il badge. Parlo di tutte le altre situazioni sulle quali il cittadino che paga le tasse meriterebbe di essere informato, con dati precisi, che raccontino quello che è stato fatto, quali sono stati i risultati conseguiti, quello che non è stato possibile fare in altri settori per raggiungerli e, infine, quello che è stato speso in termini di risorse umane ed economiche.

Altrimenti, ad ogni pubblicazione sui media di un'informazione di garanzia o di un'indagine continueremo ad alimentare un'idea della Pubblica Amministrazione fatta di "banditi", tenuto conto che uno dei due soggetti dell'accordo corruttivo è sempre un dipendente pubblico. E, senza scomodare e parafrasare il Premio Nobel per l'economia North, ciò stimola a fare i "...pirati...", non a tenere comportamenti virtuosi.

Senza "dati", l'attività focalizzata sul "rischio corruzione" si muove, quindi, su un terreno che ci illudiamo di conoscere o, almeno, che tutti, pare, diano per scontato di conoscere, grazie all'esperienza e alla competenza, ma che non conosciamo affatto.

In tema di reati contro la Pubblica Amministrazione, infatti: il Ministero dell'Interno raccoglie dalle diverse Forze di polizia i dati nel momento iniziale della informativa all'Autorità Giudiziaria o della applicazione di qualche misura cautelare, ma non rende pubbliche informazioni utili per tratteggiare la morfologia della fenomenologia criminale (cioè: delitti perseguiti, soggetti denunciati a piede libero e in stato di arresto, genere, età, misure cautelari personali e sequestri eseguiti); le statistiche sulla criminalità edite dal Ministero della Giustizia e quelle della Corte dei Conti, forniscono alcuni dati complessivi sul "percorso giudiziario" delle persone indagate/citate/condannate, ma non consentono di comprendere, ad esempio, la cosiddetta dosimetria sanzionatoria attraverso le diverse fasi in cui si sviluppa un procedimento (quanti soggetti investigati nell'anno e, per anno di inizio dell'indagine, quanti procedimenti prescritti e quanti soggetti a giudizio o archiviati, assolti o condannati).

Così, per diversi anni, è potuto tranquillamente accadere che, a fronte di poche decine di milioni di euro di sequestri/danno erariale accertati per i reati di corruzione e concussione, sempre troppi - è bene ripeterlo - perché il fenomeno va contrastato senza "se" e senza "ma", si sia continuato a parlare

di cifre *ictu oculi* incredibili: slegate da qualsivoglia fondamento scientifico; ripetute, come una litania laica, in modo apodittico; divenute “vere” grazie ad un effetto eco alimentato da chi, spesso, le ripeteva in modo inconsapevole; giustificate, da chi ne era ben consapevole, attraverso una singolare valorizzazione del cosiddetto “numero oscuro” – con l’immagine evocativa ed eclatante dell’iceberg – giunto, invero, a superare, in alcune annualità, il 99,8%; divenute un’eccezionale opportunità all’estero, per colpire il *made in Italy* – così, poi, magari, da comprarlo “in saldo” - e per condizionare il Paese nelle partite più importanti, a partire da quelle degli approvvigionamenti energetici e delle forniture strategiche.

Si sono persi, in questo modo, anni preziosi, e, anche per questo, oggi non abbiamo una reale “mappatura della corruzione” a livello nazionale, pubblica, disponibile e utilizzabile (ad esempio: quante indagini preliminari avviate, quante persone coinvolte e il loro inquadramento, quale l’oggetto dell’accordo corruttivo, quale il *modus operandi*), affinché ogni azienda/ufficio/.../ possa almeno avviare una verifica interna per evitare situazioni analoghe e per apprestare le necessarie contromisure.

Il prezzo, come si vedrà, lo hanno pagato e lo stanno pagando i cittadini e, tra questi, i tanti dipendenti “per bene” della Pubblica Amministrazione centrale e locale, che sono la stragrande maggioranza e che ancora riescono a “fare miracoli” e a garantire servizi che, altrimenti, dovrebbero essere chiusi da tempo. Certo, si potrebbe fare meglio, migliorare l’organizzazione, semplificare le procedure, eliminare tutte le sovrastrutture inutili, perché noi italiani amiamo a tal punto il nostro Paese che vorremmo sempre di più, ma i 3 milioni di dipendenti pubblici hanno capacità, competenze, inventiva, flessibilità che sono merce rara, soprattutto se guardiamo a cosa succede all’estero e ai costi dei servizi pubblici oltreconfine.

Si tratta di una consapevolezza che deriva dall’esperienza quotidiana sperimentata nei 18 mesi trascorsi alla guida di una ASL che perdeva, da anni, in modo corrente, nel silenzio generalizzato, 500 euro al minuto, e nelle esperienze vissute, prima e dopo, in altri settori. Certo, ci sono corrotti, come ci sono bancarotte fraudolente, assenteismo, reati

predatori, rapine, spaccio di droga, eppure, proprio la “parte sana” della Pubblica Amministrazione, la quasi totalità di quei dipendenti pubblici che ogni giorno fanno normalmente il loro lavoro, cercando di farlo nel miglior modo possibile, appare come la principale risorsa da valorizzare.

Questa è l’unica vera medicina per “curare” la corruzione, se si punta ad aggiungere valore, a fornire un contributo prospettico di pensiero e azione, anche se questa prospettiva, con tutta evidenza, va contro il senso comune e l’abituale narrazione che si registra sul tema.

L’esito è, altrimenti, quello di dipendenti “per bene” penalizzati, come dicevo, dalla “somministrazione” di “cure” in assenza di una diagnosi fondata - e condivisa - sui “dati” della “patologia”: è sufficiente pensare a quel fiume in piena di circolari, direttive, norme di standardizzazione, procedure, protocolli e istruzioni particolareggiate, che avrebbero dovuto esprimere con geometrica precisione la bontà dei servizi offerti agli utenti e la “certezza” di una Pubblica Amministrazione “immune” da patologie quali quelle del *misuse of public power*, con l’unico risultato conseguito che appare diametralmente opposto a quello perseguito:

1. È stata compromessa, in modo grave, soprattutto negli Enti/Strutture più piccoli, l’attività degli addetti ai lavori, affogati, almeno per metà – se non di più - della loro giornata lavorativa, in adempimenti burocratici;
2. Si è persa, negli anni, la “capacità”, soprattutto quella tecnica, dei funzionari, su cui si è “scaricata”, di fatto, l’indicata crescita di una serie di concrezioni burocratiche, di sovrapposizioni e duplicazioni di competenze, che, paradossalmente, hanno finito con il rafforzare la responsabilità più verso i revisori che verso gli utenti.

Mentre per il dipendente pubblico che ha deciso di rubare o di farsi corrompere o di approfittare del proprio ruolo, non è cambiato assolutamente nulla, perché ha tutto il tempo di preparare l’illecito, di aspettare l’occasione e, al momento utile, di porre in essere la condotta illecita.

I dipendenti “per bene”, invece, sono stati spinti, così, giorno dopo giorno, criticità dopo criticità, verso la cosiddetta “burocrazia difensiva”, dove è meglio:

- Star fermi, se c'è da rischiare;
- Avere un ordine, piuttosto che prendere una iniziativa;
- Porre un quesito evitando di firmare.

Mentre tutto si blocca e la corruzione, come prima indicato, trova sempre la sua strada in un sistema istituzionale e amministrativo stratificato, che penalizza chi decide di decidere e che disincentiva l'assunzione di responsabilità.

Una situazione che, per vivere tranquilli oggi, abbatte i costi nel presente ignorando il futuro, con un'ulteriore nefasta conseguenza: la responsabilità non è di nessuno e quei pochi che fanno, che provano a rimediare a situazioni incredibili, che non si arrendono, sono gli unici ad essere indagati o citati dalla Corte dei Conti perché gli altri non hanno mai messo una firma, mentre tutto si sclerotizza lentamente e, prima o poi, diventa immobile.

È solo curando questo "male", con la somministrazione di adeguate "terapie" alla mediocrazia e alla menocrazia che, in modo consequenziale, può essere "curata" la corruzione, a meno della soluzione estrema di mettere un gendarme alle spalle di ogni dipendente pubblico, lasciando comunque irrisolta la questione di chi, poi, controllerà i gendarmi.

Se è vero che la Pubblica Amministrazione presenta certamente alcune criticità strutturali:

1. I dipendenti pubblici sono meno che in altri Paesi. Secondo i dati della Corte dei Conti, in Italia, sono 3 milioni, ovvero il 14,8% degli occupati (incluso precari ed interinali). In Francia sono il 20% e in Gran Bretagna il 19,2%. Gli impiegati nella PA sono il 5,6 % dei cittadini, mentre in Francia sono l'8,3% e in Gran Bretagna il 10,9%;
2. Sono distribuiti male (sono il 13% degli occupati in Calabria e il 6% in Lombardia), presentano una età media elevata (50 anni, con punte di 52 nella scuola, con il 10% dei dipendenti con meno di 35 anni mentre in Francia sono il 28% e in Gran Bretagna il 25%) e retribuzioni medie - allineate a quelle dei colleghi europei - più alte del 49% rispetto al settore privato (diversamente in Francia e in Gran Bretagna dove sono, di fatto, allineate), con i dirigenti sono 1 ogni 11,5 dipendenti (il triplo della Francia, dove sono 1 ogni 33 dipendenti).

L'unica via di uscita, a breve, appare quella di mettere i tanti dipendenti pubblici "per bene" nelle condizioni di poter fare serenamente, al meglio, il loro lavoro, come quei "Militi ignoti" ai quali scrive Carlo Mochi Sismondi, presidente di ForumPA, dopo l'episodio dei 35 arresti e dei 100 denunciati al Comune di Sanremo nell'ottobre 2015 per assenteismo, "[...] perché certe cose le sapevi benissimo, perché le hai dette cento volte ai tuoi capi, perché hai dovuto sopportare lo sguardo di commiserazione dei furbi [...] (eppure, n.d.a.) [...] nonostante i tuoi colleghi facessero di tutto invece di lavorare, hai fatto sempre lo stesso il tuo dovere, anzi un po' di più perché facevi anche il lavoro degli altri [...]"]".

È certamente più facile e di maggiore appeal – anche grazie all'assenza di dati pubblici e condivisi rinvenienti dalle investigazioni condotte da Forze di polizia e Magistratura - invocare patiboli e chiedere pene più elevate o la cancellazione della prescrizione o l'aumento la carcerazione preventiva. Ma non serve a nulla, se non a illudere pericolosamente i cittadini, perché - anche qui, mi dispiace andare contro il senso comune che si registra sul tema - nessuna legge penale ha mai cancellato un reato (tranne in un caso di scuola, che viene sempre ricordato, quello del "blocco dei beni" nei sequestri di persona, normativa, però, che, all'epoca, beneficiò di due concause decisive: la diminuzione del numero dei latitanti che curavano la detenzione del sequestrato e l'emersione di attività illecite più remunerative e meno pericolose) e perché l'effetto preventivo e deterrente del sistema penale non si fonda sulla pena che teoricamente potrebbe essere inflitta per questo o quel reato, ma sulla reale capacità dello Stato di irrogarla.

Si può fare, basta creare un "clima" adeguato, senza chiedere, ovviamente, ai dipendenti pubblici "per bene" di fare gli eroi, pagando, in prima persona, un prezzo altissimo solo per avere fatto il proprio dovere.

Ve lo posso assicurare, meglio, lo dice il ritorno all'equilibrio operativo della ASL che perdeva 500 euro al minuto, senza cambiare un dirigente. Lo dicono le tante storie di bella amministrazione che ognuno di noi conosce. Proprio i dipendenti "per bene", coloro che vivono la quotidianità degli uffici, vedono le anomalie, colgono la singolarità di determinate scelte o di qualche fornitura che non

funziona o finisce in magazzino senza essere mai utilizzata, vedono i dirigenti che non organizzano un sistema di rilevazione e controllo degli appalti (soprattutto quelli di servizi), sanno perfettamente perché è stata creata quella funzione inutile, conoscono di chi è parente tizio o caio, rilevano la velocità con cui viaggiano – senza motivo – alcune pratiche o da come riprendono improvvisamente – e sempre senza motivo – a correre, vi possono spiegare facilmente perché si è scelto quel tipo di pasto da mettere a gara e chi ha favorito tale scelta: loro sanno bene che cosa servirebbe fare, basta renderlo conveniente, cioè “non penalizzante”.

Nella stessa prospettiva, i dirigenti devono ritornare ad esercitare la propria responsabilità dirigenziale. E, questi sì, devono poter essere messi in condizione di non nuocere se “non vedono”, “non sentono” o si girano dall’altra parte. Per responsabilità oggettiva, dirà qualcuno? No, perché questo è il loro lavoro, garantire la funzionalità e l’efficienza della macchina amministrativa loro affidata. Altrimenti, come argomentato da Davide Giacalone, ai “195 eroi del non lavoro” del Comune ligure prima citato si dovrà riconoscere un merito, quello di aver indicato, “*dopo lustri di commissioni sulla spesa pubblica, dopo l’inconclusione della spending review, come e dove tagliare*”.

Si tratta di creare le condizioni affinché i dipendenti “per bene” non accettino, non convivano, non tollerino, fino a diventare assuefatti, alcuni comportamenti (chi si assenta sistematicamente, tutti i giorni, e ritorna in ufficio con la spesa e magari se ne vanta; chi prende soldi per fare il proprio lavoro o per andare contro i propri doveri; chi va in vacanza o in barca tutti i weekend “invitato” dai propri fornitori; chi non paga mai un caffè o una cena perché è sempre ospite di qualche “amico” guarda caso interessato alla materia; chi passa il suo tempo a fare cortesie a futura memoria), che, giorno dopo giorno, “drogano” la macchina amministrativa e che vengono “pagati” da quei cittadini che non hanno alternative, come il vecchietto o la vecchietta che percepiscono la pensione sociale e che per fare un esame medico urgente devono, magari, aspettare mesi, perché non hanno nulla da offrire in cambio e perché non possono permettersi le cliniche private.

Senza questo, si finisce, in modo ineludibile, per alimentare una “burocrazia sempre più difensiva”,

che incentiva – come vi potrà dire qualsiasi investigatore – le cd. pratiche perfette, le procedure dove tutte le norme vengono richiamate e rispettate formalisticamente e dove tutto appare spiegato e illustrato.

Con la conseguenza, purtroppo, di comprare a mille quello che nel centro commerciale vicino a casa si trova a cento o, addirittura, a meno.

¹⁹ Il lavoro ha preso spunto da saggi e da materiali disponibili su fonti aperte dei Prof.ri L. Hinna, G. Piga, A. Zito, E. Galli, E. de Carlo e M. Villani, dei dott.ri D. Giacalone, C. Mochi Sismondi, F. Delzio, N. Cartabellotta, G. Domenighetti, e di AA.VV. in ambito Ministero dell’Interno, Ministero per la Pubblica Amministrazione e per l’Innovazione, Arma dei Carabinieri, ISTAT, Transparency International Italia, Riparte il futuro.

L'AGGREGAZIONE DELLE GARE PUBBLICHE COME INNOVATIVA MISURA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE IN SANITÀ

DI GABRIELLA M. RACCA,²⁰ COMPONENTE DELL'ADVISORY BOARD DI PROGETTO

Da tempo è risultata evidente la necessità di superare la frammentazione della domanda pubblica in 250.000 amministrazioni aggiudicatrici in Europa e in oltre 37.000 in Italia con 60.000 centri di spesa (AVCP, segnalazione 12 gennaio 2012, n. 1, in tema di *Misure per la riduzione dei costi amministrativi negli appalti pubblici*), che sino ad oggi ha significativamente limitato il potere di acquisto delle amministrazioni pubbliche, dunque impedito una visione complessiva delle strategie di acquisto, nonché lo sviluppo di forme di collaborazione capaci di assicurare una migliore articolazione della domanda pubblica e di orientare le scelte verso l'ottimale impiego di tali considerevoli risorse, in favore dell'innovazione, della sostenibilità e della concorrenza. La numerosità delle amministrazioni aggiudicatrici determina una vasta frammentazione della domanda in gare pubbliche spesso di valore inferiore alla soglia di rilevanza europea²¹ con i conseguenti rischi per la qualità e trasparenza delle procedure selettive, costituendo un limite significativo alla partecipazione in particolare transfrontaliera, anche in relazione a barriere giuridiche e linguistiche che sino ad oggi hanno determinato evidenti limitazioni alla piena realizzazione del mercato interno (il dato è confermato ove si consideri che l'entità degli acquisti transfrontalieri raggiunge una percentuale pari solo all'1,6%)²².

Nel modello tradizionale di gara pubblica le amministrazioni aggiudicatrici per mancanza di risorse e di capacità raramente svolgono adeguate

analisi di mercato per la migliore strutturazione dei documenti di gara (bandi di gara e capitolati di appalto) con la definizione della qualità adeguata ai fabbisogni ed alle risorse disponibili, dunque con una strategia di gara che tenga anzitutto in considerazione il mercato di riferimento, locale, nazionale, europeo o globale. Le analisi di mercato e la definizione aggregata dei fabbisogni può favorire lo sviluppo di tali attività per assicurare la qualificazione della domanda pubblica e l'apertura del mercato degli appalti pubblici a nuove imprese innovative. Bandire molte gare di importo limitato costituisce pregiudizio per la concorrenza e rischia di determinare "rendite di posizione" sul mercato, favorendo collusioni tra imprese che si spartiscono il mercato a danno dell'amministrazione e della qualità dei servizi destinati ai cittadini, che in ambito sanitario involgono diritti costituzionalmente garantiti. La rendita di posizione, fondata sulla ripetizione di gare e sull'affidamento delle stesse alle "imprese di fiducia", favorisce taluni operatori economici, violando la concorrenza e determina nelle imprese aggiudicatarie l'aspettativa di una "domanda pubblica garantita", che per ciò stesso ne ostacola il cambiamento e la competitività nel mercato interno.

Nel perseguimento dell'indicato obiettivo di realizzazione del mercato interno, le nuove Direttive europee sui contratti pubblici (Direttive UE n. 23, 24, 25) introducono strumenti giuridici innovativi per la selezione del contraente, rafforzando le strategie

dal lato della domanda pubblica per garantire efficienza, integrità e trasparenza nell'esercizio della funzione appalti, prefigurando tra i modelli giuridici per gli acquisti aggregati forme di coordinamento rivolte alla definizione di specifiche tecniche comuni con procedure di appalto distinte, gare congiunte tra più amministrazioni aggiudicatrici, l'acquisto di beni e servizi da centrali di committenza anche ubicate in altri Stati Membri (con l'espressa affermazione per gli Stati Membri del "divieto di vietare" alle proprie amministrazioni di utilizzare attività di centralizzazione delle committenze offerte da organizzazioni professionali di acquisto ubicate in uno degli Stati Membri dell'Unione Europea (Art. 39 § 2, Direttiva n. 24/2014/UE). Infine, l'istituzione di soggetti congiunti tra cui i gruppi europei di cooperazione territoriale o altri soggetti istituiti in base al diritto nazionale o dell'Unione, riprendendo modelli da tempo sviluppati negli Stati Membri. Il riferimento è, in particolare, riguardo ad esperienze da tempo sviluppate in alcuni paesi Europei (es. Regno Unito e Francia) e caratterizzate dalla realizzazione di vaste forme di aggregazione con la conclusione di accordi quadro per più enti pubblici, talora in base ad accordi di collaborazione tra amministrazioni aggiudicatrici con delega ad una di esse delle funzioni di selezione del contraente ("modello contrattuale"), talaltra a seguito dell'istituzione di centrali di committenza (Central Purchasing Body - CPB), talune specializzate in ambito sanitario (modello "corporate") che si qualificano come strutture professionali capaci di soddisfare i fabbisogni delle pubbliche amministrazioni, mettendo a disposizione accordi quadro non vincolanti, ma di tale convenienza da essere preferibili rispetto alla contrattazione autonoma.

Tale nuova prospettiva favorisce una più ampia partecipazione e concorrenza tra operatori economici, anche professionalità adeguate nella parte pubblica per l'efficiente e corretta gestione dell'intero ciclo del contratto pubblico che trova fondamento nell'ordinamento nazionale nel principio costituzionale di adeguatezza (art. 118, c. II Cost.), di cui è attuazione la disciplina sulla qualificazione delle stazioni appaltanti (cfr. art. 38 d.lgs. n. 50 del 2016).

L'aggregazione della domanda pubblica in sanità, come già ampiamente sperimentato in altri ordinamenti europei consente la riqualificazione

della spesa, la qualità e l'innovazione. Una maggiore conoscenza del mercato permette di sviluppare benchmarking e collaborazioni che riducono i costi di transazione e superano la ripetizione delle medesime gare.

L'aggregazione della domanda permette la specializzazione e lo sviluppo di professionalità adeguate alla più efficiente selezione dei contraenti. Qualità ed efficienza uniti al confronto dei costi e all'appropriatezza dell'utilizzo di quanto acquisito, costituiscono i più efficaci strumenti di prevenzione della corruzione.

Come noto, la spesa sanitaria per i contratti pubblici raggiunge somme considerevoli (29 miliardi di Euro) e potrebbe permettere di enuclearlo come mercato europeo di peculiare rilievo e come settore di disciplina europea con proprie peculiarità (farmaci e dispositivi medicali).

L'esigenza di riqualificare la spesa per garantire efficienza e integrità può essere soddisfatta attraverso la scelta di rinunciare alla contrattazione individuale da parte delle aziende sanitarie.

Per talune categorie di beni e servizi la scelta è già stata imposta dall'amministrazione centrale,²³ tuttavia sembra opportuno sviluppare forme di cooperazione amministrativa anche a prescindere dall'imposizione amministrativa, ma come strumento di gestione dell'alto rischio di inefficienza e di corruzione, come evidenziato nei Piani di prevenzione della corruzione. È ormai convinzione diffusa che gli elevati costi di transazione, la scarsa conoscenza del mercato e l'inadeguatezza delle singole amministrazioni sanitarie determini un elevato rischio dell'attività contrattuale. La misura di gestione di tale rischio potrebbe consistere proprio nella scelta di non procedere separatamente, ma di aggregare la domanda pubblica e ripartire i settori di specializzazione in modo da accrescere significativamente la conoscenza del mercato di riferimento e svolgere gare in quel settore, per tutte le amministrazioni che lo richiedano.

Nel contesto delineato assumono rilevanza peculiare le centrali di committenza che si qualificano come organizzazioni professionali di acquisto, capaci di operare sul mercato europeo, creando anche sinergie tra centrali di diversi Stati membri che permettono di accrescere le capacità e consentire un'effettiva

riqualificazione della spesa pubblica, attraverso un innovativo utilizzo di strumenti contrattuali quali gli accordi quadro e i sistemi dinamici di acquisizione mediante piattaforme tecnologiche, per assicurare la qualità, la trasparenza e l'*accountability* nell'intero ciclo del contratto pubblico.

L'analisi di mercato da parte di centrali di committenza capaci di specializzarsi in differenti settori e di conoscere adeguatamente i mercati di riferimento, locali, nazionali, europei e globali contribuisce alla riqualificazione della domanda pubblica che è presupposto per la corretta rilevazione dei fabbisogni e per l'elaborazione delle più utili strategie di gara che si rivelano efficaci ove elaborino ripartizioni in lotti che superino i confini amministrativi dei diversi livelli territoriali, che tengano conto delle differenti caratteristiche dei settori merceologici, delle realtà produttive, distributive e delle innovazioni, superando la frammentazione e l'opacità sull'esecuzione che sino ad oggi hanno determinato scarsa qualità e costi irragionevoli e insostenibili, particolarmente evidenti nel sistema sanitario. Sotto differente profilo, una trasparente e corretta programmazione consente di anticipare al mercato le strategie future per indicare obiettivi di crescita e di innovazione soprattutto per le PMI innovative.

Le centrali di committenza, attuando differenti strategie di aggregazione dei contratti pubblici, possono garantire una governance del *public procurement*, superando, come evidenziato dalla Commissione Europea,²⁴ le lacune di policy con l'attuazione di un sistema a rete tra organizzazioni professionali di acquisto, nonché la raccolta e l'elaborazione dei dati relativi agli appalti pubblici anche relativi ai volumi degli acquisti, alle tipologie, al numero degli operatori economici ovvero delle stazioni appaltanti, che contribuiscono a far emergere le più evidenti anomalie e possibili sintomi di corruzione.

Una maggiore trasparenza e programmazione sono di interesse anzitutto per le imprese, le quali, conoscendo l'andamento del mercato in un determinato settore produttivo, possono meglio organizzare le proprie strategie in vista di una competizione per sé e per la collettività, superando un atteggiamento che in passato ha spesso pregiudicato la partecipazione, lo sviluppo e l'innovazione.

La trasparenza e l'analisi dei dati assurge a strumento essenziale per la prevenzione della corruzione, intesa nel senso più ampio del termine come *maladministration*, per la promozione dell'integrità, lo sviluppo della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

La digitalizzazione degli atti e dei procedimenti amministrativi di gara, di stipula del contratto e di sua esecuzione consente l'analisi comparativa dei dati e dei flussi della massa di beni, servizi e lavori contrattati dalla pubblica amministrazione e può assicurare una maggiore deterrenza a compiere atti corruttivi. A tal fine un ruolo significativo nel controllo della qualità delle prestazioni può essere esercitato anche dalla società civile, dai cittadini, consumatori e utenti anche associati, soprattutto ove si estendano anche alla fase di esecuzione i principi di trasparenza e pubblicità mediante strumenti IT (open data). Le banche dati possono inoltre dare consistenza e intellegibilità del dato reputazionale di coloro che hanno partecipato alle gare o eseguito contratti pubblici, sicché la conoscenza della qualità e tempestività dell'impresa, parte di un contratto pubblico, dovrebbe divenire un incentivo al conseguimento del valore aggiunto reputazionale, determinando un vantaggio competitivo, anche nel mercato privato.

I rischi di corruzione e lo sviamento della gara possono riscontrarsi nell'intero ciclo del contratto pubblico perciò, richiedendo più ampie professionalità, una riqualificazione e significativa aggregazione della funzione acquisti per assicurare ed evidenziare in particolare nei Piani di prevenzione, la corretta e dettagliata individuazione dei rischi e la conseguente definizione delle strategie per la relativa gestione in relazione al mercato di riferimento ed alla qualificazione della stazione appaltante.

In tale contesto, oltre alla richiamata esigenza di adeguatezza delle organizzazioni deputate all'acquisto (spesso non riscontrabile nella singola amministrazione aggiudicatrice) e di professionalità, emerge la necessità di garantire l'*accountability* e l'integrità dei funzionari che occorre formare per assicurarne la capacità necessaria a contrastare i fenomeni collusivi e corruttivi, anche mediante la valorizzazione di regole etiche e di comportamento richiamate nei Piani di prevenzione secondo il modello internazionale dei *compliance and ethics*

programs con i relativi modelli di gestione del rischio che assicurino effettività alle previsioni normative di contrasto alla corruzione.

Il rispetto dei principi di concorrenza, trasparenza e integrità di amministrazioni, funzionari e imprese assurge a presupposto di un sistema di appalti efficiente, capace di assicurare la qualità delle prestazioni, la legittimità e l'efficacia dell'azione amministrativa, nel rispetto del principio di solidarietà sociale per la protezione dei diritti fondamentali dei cittadini.

²⁰ Il presente lavoro sintetizza le ricerche nel settore anche su progetti europei (*Healthy Ageing – Public Procurement of Innovations* - HAPPI: <http://www.happi-project.eu/> e Capacity building to boost usage of PPI in Central Europe - PPI2Innovate: <http://www.interreg-central.eu/Content.Node/PPI2Innovate.html>), confluite nel volume G. M. Racca, C. R. Yukins (a cura di) *Integrity and Efficiency in Sustainable Public Contracts. Balancing Corruption Concerns in Public Procurement Internationally*, (Directed by J. B. Auby), Bruylant, Bruxelles, 2014 - <http://www.ius-publicum.com/> e di recente nell'articolo: G. M. Racca, *Dall'Autorità di Vigilanza sui contratti pubblici all'Autorità Nazionale Anticorruzione: il cambiamento del sistema*, in *Dir. Amm.*, n. 4/2015, 345-387, nonché nell'attività formativa del Master di II livello in *Strategie per l'efficienza, l'integrità e l'innovazione nei contratti pubblici* (SEIIC), con ANAC e la SNA, <http://www.masterseiic.it/> e del Master *Public Procurement Regulation in the EU and in Its Global Context*, del King's College di Londra.

²¹ Commissione UE, Evaluation Report: Impact and Effectiveness of EU Public Procurement Legislation, 26 giugno 2011, SEC (2011) 853 final, I, 9: secondo cui ammontano al 80% i contratti aggiudicati sulla base di procedure di importo inferiore alle soglie di rilevanza UE o comunque fuori dall'ambito di applicazione delle Direttive UE.

²² Commissione UE, Public Procurement Indicators 2014, 2 febbraio 2016.

²³ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 24 dicembre 2015, Individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell'articolo 9, comma 3 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, unitamente all'elenco concernente gli oneri informativi.

²⁴ DG Growth, Study on “Strategic use of public procurement in promoting green, social and innovation policies” Final Report, Dicembre 2015.

CONTINUA A SEGUIRE IL PROGETTO SU:

[FACEBOOK.COM/CURIAMOLACORRUZIONE](https://www.facebook.com/curiamolacorrusione)

[TWITTER.COM/CURA_CORRUZIONE](https://twitter.com/CURA_CORRUZIONE)

[WWW.CURIAMOLACORRUZIONE.IT](http://www.curiamolacorrusione.it)

