

Libro Bianco sulla Corruption in Sanità

PREFAZIONE

Gilberto Corbellini - *Ordinario di Storia della Medicina, Sapienza Università di Roma*

Ma ciò su cui più mi sta a cuore insistere, è che la storia dimostra essere impossibile garantire un governo appropriato affidandosi al mero potere della legge per controllare i funzionari, se questi non sono le persone giuste per quel compito.

Wang Anshi (1021-1086)

Statista, economista e poeta durante la dinastia Song – Imperatore Shenzong

Il costo stimato della corruzione nel sistema sanitario italiano supera i 23 miliardi di euro, senza contare i costi indiretti dovuti all’impatto che una perdita di tale rilievo, in termini di efficienza economica di un servizio che investe essenzialmente denaro pubblico, ha sulle altre dimensioni dell’economia nazionale. E’ in corso un’articolata discussione intorno al “Patto della Salute 2014-15”, che dovrebbe garantire il mantenimento e miglioramento delle prestazioni, a fronte di un aumento inevitabile dei costi della salute per un Paese con la congiuntura demografica dell’Italia. I dati ufficiali del sistema sanitario italiano, alla luce di indicatori economici e di complessità delle prestazioni, inducono a pensare che il problema non sia comunque “una spesa pubblica sanitaria eccessiva, bensì di una spesa sanitaria pubblica moderata in uno Stato con una spesa pubblica complessiva troppo alta” (G. Pellissero e A. Mingardi, *Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato*, IBL Libri, Milano, 2010).

Le regioni con più spesa e più disavanzo hanno una rete sanitaria pubblica caratterizzata da gradi di complessità delle prestazioni più bassi. E le regioni del nord svolgono un ruolo trainante a livello nazionale anche grazie alla presenza di servizi privati di qualità e competitivi. In generale, il modello italiano appare caratterizzato da una diffusa competizione tra offerte sanitarie, e le sue disfunzioni probabilmente derivano dalla mancanza di un’adeguata informazione ai cittadini per consentirgli di selezionare e quindi premiare quelle strutture, private o pubbliche che siano, le quali meglio corrispondono, in termini di qualità e complessità tecnologica, ad aspettative che si vanno sempre più diversificando. Il libro curato da Pellissero e Mingardi mostra che, alla fin fine, dinamiche spontanee di adattamento dei sistemi economico-sociali sono localmente ed efficacemente all’opera anche in questo Paese, nonostante la drammatica disinformazione e inadeguatezza di chi, ai vertici della politica, avrebbe il compito di garantire quella sana competizione che, a differenza del paternalismo, produce funzionalità ed efficienza.

La corruzione rimane però un problema apparentemente drammatico. Il libro bianco dell’ISPE-Sanità illustra come sono stati stimati i costi economici della corruzione

nella sanità nel Paese, che a dispetto dell'appartenenza ai grandi (G) si colloca agli ultimi posti per indice di corruzione generale percepita (Corruption Perception Index 2013) con la Romania (peggio solo Bulgaria e Grecia,) tra i 28 della Comunità Europea. Nella scala dei Paesi OCSE precede solo Grecia e Israele (Global Corruption Barometer 2013). La tesi di fondo del Libro Bianco ISPE, ovvero la lettura esplicativa dei dati esaminati e proposti a cittadini e decisori, è che l'impatto della corruzione caratterizzi la sanità in generale, e che in Italia questo accada in modo particolarmente grave. Inoltre, il Libro Bianco suggerisce che la causa principale della corruzione nella sanità dipenda da un deficit di etica, che potrebbe essere colmato usando appropriate strategie formative del profilo etico manageriale basate sul coaching.

E' interessante che Francesco Macchia, Presidente di ISPE, abbia chiesto di scrivere questa prefazione a me, che sulla natura dell'etica e sui rapporti tra etica ed economia ho posizioni che non coincidono con le correnti principali (mainstream) di pensiero. Condivisibile è senz'altro, e per questo ho accettato di far parte del comitato scientifico dell'ISPE sin dall'inizio (2013), l'enfasi sull'etica come quadro di riferimento formativo (in chiave di coaching) per riqualificare moralmente le figure centrali della gestione amministrativa della sanità pubblica. Rimane aperto, però, il problema del perché le scelte politiche e le pratiche amministrative in Italia, in generale, s'incanalino lungo derive che insultano i valori etici ufficialmente più apprezzati, benché ufficialmente e coscientemente poco coltivati.

L'esperienza esemplare di Maurizio Bortoletti alla guida "straordinaria" dell'ASL di Salerno dimostra che potrebbe bastare la razionalità pratica e un'idea logicamente e funzionalmente più avanzata dell'economia per risolvere i problemi creati principalmente da confusioni normative e incompetenze gestionali. Servono norme appropriate e competenze tecniche per applicarle e ottenere in tutti i contesti un simile risultato, quindi persone con le competenze e il profilo professionale adeguato (modello Bortoletti), cioè solidamente formato da capacità tecniche provate.

Ma già la sapienza cinese-confuciana aveva scoperto che l'etica, nella dimensione di una vita professionale, non è separata dalla competenza. Come interagiscono tra loro, però, etica e competenza? Chi viene prima? Come si proverà ad argomentare in questa prefazione, probabilmente un'eccellente formazione tecnica può aiutare nella costruzione di una psicologia individuale portata a far riferimento agli standard etici auspicati per prevenire la corruzione. Il richiamo all'etica e il coaching possono verosimilmente funzionare solo stante o data una solida preparazione tecnica o intellettuale in generale dei funzionari pubblici, che è condizione necessaria, benché certamente non sufficiente, per evitare che si manifestino cattive pratiche gestionali.

Alla luce dei risultati osservati, anche il sistema AWIT, elaborato dall'Istituto Semeion e presentato nel Libro Bianco, può essere uno strumento per rilevare le cause prossime e intervenire, stante la volontà politica e l'efficienza del sistema giudiziario (che sono altrettanto rare e in Italia), delle disfunzioni che favoriscono comportamenti corruttivi. Un esempio interessante che meriterebbe di essere studiato dagli esperti, e usato per ragionare su quel che serve a una buona amministrazione dello Stato, è anche quello che ci ha fornito, negli ultimi anni, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Nel gennaio 2012 AIFA introdusse un regolamento particolarmente stringente, sul modello anglosassone, per gestire i conflitti d'interesse dei consulenti che entrano in relazione con l'agenzia. Prima dell'introduzione di quel regolamento più del 20% degli esperti italiani che collaboravano con AIFA risultavano avere interessi diretti con l'industria del farmaco (livello 3), ma in due anni sono diventati lo 0,006% (riduzione pari a 3500 volte circa). Il risultato implicava la presenza di una dirigenza intenzionata ad applicare il regolamento, in quanto consapevole che in sanità pubblica, ma non solo, il "conflitto di interesse" ovvero la trasparenza è una condizione necessaria per lasciare lievitare la fiducia e migliorare l'efficienza. E in concomitanza con un uso più trasparente dei consulenti, da quando è in vigore quel regolamento anche le performance dell'agenzia nel realizzare gli obiettivi specifici definiti dalla sua mission sono costantemente migliorate. Sarebbe interessante anche studiare se si tratti solo di un'impressione o se sia vero che mentre AIFA manifestava operativamente la sua indipendenza aumentavano gli attacchi su alcuni mass media e da parte di lobby medico-scientifiche, di certi circoli pseudo-intellettuali e di politici.

Questi esempi positivi, per proliferare, necessitano di una più diffusa formazione all'adesione a regole e quindi alla trasparenza nelle decisioni di interesse pubblico. Da questa valutazione nasce l'idea che serva più etica in sanità per curare la grave patologia che l'affligge, cioè la corruzione. Ma perché e come l'etica dovrebbe curare questa patologia? Per approfondire la questione può essere utile riflettere sulle cause ultime, oltre che su quelle prossime della corruzione. E se si vogliono "ricercare le 'causae causarum' dei fenomeni corruttivi", senza davvero ripetere "schemi noti ma inefficaci" (Libro bianco ISPE), occorre provare a tragguardare il problema con riferimento a orizzonti storici e tematici che sono temporaneamente usciti, o che non sono ancora entrati all'interno dell'indagine empirica o scientifica del fenomeno corruzione. Nella restante parte di questo contributo all'inquadramento dei contenuti e dell'uso del Libro Bianco ISPE, mi soffermerò su alcune di queste prospettive.

In uno studio che è diventato un "classico", Daniel Treisman (*The causes of corruption: a cross-national study*, *Journal of Political Economics* 76 (2000), pp. 399-457) confermava un dato che era già stato rilevato da tempo, cioè che le nazioni con

tradizioni protestanti e quelle con economie più sviluppate hanno governi di qualità superiore, ed entrambi questi fattori sono significativamente e robustamente associati con una percezione di corruzione più bassa. Sulla questione dei rapporti tra religione e corruzione esiste una consistente letteratura, e dovremmo anche ricordare, noi italiani, che l'espressione "familismo amorale" e quindi le radici antropologiche, legate a religioni gerarchiche che hanno coltivato la pratica conservatrice e antiegalitaria del nepotismo, è stata coniata nel 1958 da Edward Blinfield, studiando un sistema sociale "arretrato" del Sud Italia. Per quanto riguarda i rapporti con lo sviluppo economico, la direzione causale corre dallo sviluppo economico a una più bassa corruzione percepita, così come dalla corruzione a uno sviluppo inferiore, ma cosa venga prima i dati non lo esplicitano. Qualche ipotesi, più avanti si potrà avanzare. I Paesi con una storia di legislazioni penali e civili britanniche sono robustamente classificati come meno corrotti. Chi ha visto per primo questo fenomeno, ha pensato che fosse dovuto alla superiorità del sistema legale di common law, mentre Treisman lo attribuisce all'esistenza in Gran Bretagna e nei Paesi che sono stati colonie britanniche di una cultura giuridica che apprezza il sistema della giustizia procedurale (incentrato su neutralità, fiducia e riconoscimento del proprio status) e nel quale le norme sanciscono e garantiscono dell'irrelevanza delle opinioni e sensibilità valoriali soggettive, inevitabilmente discordi in qualunque sistema sociale umano. Dall'ampia raccolta di dati e dell'approfondita analisi sugli indicatori correlati alla corruzione, risulta anche che gli Stati federali sono più corrotti di quelli unitari, a causa delle competizioni tra livelli autonomi di governo per un sovrasfruttamento delle risorse. Treisman ha scoperto anche che non è importante l'efficienza attuale delle istituzioni democratiche nel tenere bassa la percezione della corruzione, mentre conta quanto lungo è il periodo di esposizione della popolazione alla democrazia. Infine, il libero commercio riduce la corruzione, ma non è chiara la direzione del rapporto causale. Tutte queste osservazioni appaiono consistenti e più o meno robuste, indipendentemente dal settore al quale si guarda. Ergo valgono anche per la sanità.

Nella discussione sulle cause della corruzione, negli ultimi tempi sono entrati in campo anche studi che chiamano in causa la storia evolutiva del comportamento sociale umano. Per esempio, due biologi evolucionisti hanno sviluppato una simulazione dell'efficienza sociale e dei criteri di accettabilità di un sistema di esercizio del potere, come quello di pubblici ufficiali incaricati di far rispettare la legge, scoprendo che è accettabile un livello minimo di corruzione, nella forma di privilegi illegali concessi a queste figure, e che tale condizione rafforza il funzionamento e le prestazioni delle società umane (F. Úbeda, E.A. Duéñez-Guzmán, *Power and Corruption, Evolution* 2011, 65 (4), pp. 1127-39). Questa scoperta non significa che la corruzione sia un bene. Ovvero probabilmente lo è anche nelle società più vicine a

certi vincoli naturali della psicologia sociale umana, nel senso che può servire a ridurre abusi di potere. Nelle nostre società complesse è tutt'altra faccenda. In ogni caso, si conferma che quando si applica una logica evolucionistica all'origine e alla funzione dei comportamenti umani, si può scoprire che le cose che davvero tengono insieme le nostre società non sono sempre quelle che desidereremmo secondo quel che ci è stato insegnato, o che crediamo vere perché le giudichiamo intellettualmente o astrattamente superiori. Ci sono altresì le prove sperimentali di quel che diceva Lord Acton, cioè che il "potere corrompe". Un gruppo di ricercatori ha infatti dimostrato che l'esperienza psicologica del potere è associata alla ricerca del proprio interesse particolare. Ma l'esperimento ha anche mostrato che questo vale soprattutto per coloro che hanno una "debole identità morale", nel senso che chi ha una solida identità morale vede aumentare la consapevolezza morale attraverso l'esperienza psicologica del potere (DeCelles, Katherine A.; DeRue, D. Scott; Margolis, Joshua D.; Ceranic, Tara L., Does power corrupt or enable? When and why power facilitates self-interested behavior, *Journal of Applied Psychology*, Vol 97(3), May 2012, 681-689). Questo può certamente implicare un ruolo importante per l'etica nella prevenzione della corruzione, ma la costruzione dell'"identità morale", alla luce degli studi di "neuroscienze dell'etica" (G. Corbellini, E. Sirgiovanni, *Tutta colpa del cervello. Introduzione alla neuroetica*, Mondadori, Milano, 2013) è un processo complesso e verosimilmente si gioca in una fase della maturazione cerebrale ancora molto aperta, rispetto all'età adulta, che è quella in cui normalmente le persone esercitano potere all'interno di uffici pubblici. E, comunque, non andrebbero sottovalutati i dati che mostrano come sia soprattutto l'intelligenza (misurata dal QI) il determinante apparentemente più predittivo di una bassa probabilità di corrompere (P. Shaw, W.F. Vásquez, M. Le Clair, *Intelligence and bribing behavior in one-shot game*, *The Journal of Socio-Economics* 2013; 44: 91-96).

La scoperta degli psicologi evolucionisti e cognitivi riporta alla luce una discussione sulla natura della corruzione che era in auge negli anni Sessanta, quando Nathaniel H. Leff scrisse (1964) un'allora influente saggio che leggeva in chiave positiva l'uso della corruzione nei paesi in via di sviluppo per aiutare la crescita economica (vedi A.J. Heidenheimer, M. Johnston, eds. *Political Corruption. Concepts and Contexts*, Transaction Publishers, New Brunswick, 2002). Quell'idea è stata superata e più correttamente qualcuno, come l'economista Peter Bauer (*Reality and Rethoric: Studies in the Economic Development*, Harvard University Press, Cambridge-Mass., 1986) ha osservato che i Paesi di tradizione anglosassone, quando erano agli inizi del loro sviluppo economico e sociale erano colpiti dalla corruzione, non meno di quanto lo sono oggi i Paesi in via di sviluppo, ma con la differenza che la dimensione dei loro governi era piccola o minima. Mentre nei Paesi oggi in via di sviluppo e in quelli con elevati livelli di corruzione i governi sono grandi e molto invadenti in rapporto alle dimensioni delle economie di questi Paesi.

Tornando agli studi sperimentali sulle basi comportamentali dei fenomeni di corruzione, alcuni studiosi di neuroscienze sociali hanno rilevato che una proporzione non irrilevante di individui del mondo occidentale, si comportano come pazienti frontali, se sottoposti ai principali test che valutano il profilo morale del controllo delle emozioni e della cooperazione, come Iowa, Dictator e Ultimatum (M. Sobhani, A. Bechara, A somatic marker perspective of immoral and corrupt behaviour, Soc Neurosci. 2011; 6(5-6): 640–652). Questo può significare che esiste una variabilità naturale nei profili morali del comportamento, che può richiedere più appropriate valutazioni sulla predisposizione individuale anche alla corruzione.

Uno studio condotto da Niklas Potrafke su 125 Paesi (Intelligence and Corruption, Economics Letters 2013; 114: 109-112) ha rilevato che dove ci sono livelli di prestazioni intellettuali più alti, la corruzione è più bassa. Si tratta dell'ennesima correlazione che va nel senso di indicare come il capitale cognitivo è il fattore chiave per lo sviluppo economico di un Paese. Da diversi anni si effettuano studi comparativi su decine di Paesi, confrontando le prestazioni scolastiche, misurate attraverso i vari test di valutazione (ad esempio Pisa), o la proporzione di «capitale cognitivo», cioè di competenze scientifiche e tecniche in senso lato ma soprattutto nei settori di frontiera della ricerca scientifica e tecnologica, presente in una data nazione, mettendo questi parametri in relazione con i livelli di libertà economica, di efficienza istituzionale (in particolare il livello di salute dello Stato di diritto) e di gradimento della democrazia. Il rapporto tra livello di intelligenza nazionale, intesa come misura del “capitale cognitivo”, e un più efficace controllo sulla corruzione, oltre che sull'efficienza del governo e dello stato di diritto, è confermato anche da un recentissimo studio dell'economista sudafricano Isaac Kalonda Kanyama, che nel discutere i dati sottolinea come questo non significhi che ci sono Paesi abitati da persone più intelligenti, che quindi realizzano istituzioni più efficienti, e Paesi abitati da stupidi che mettono a punto istituzioni più povere. Bensì il concetto che emerge da questo e molti altri studi sul ruolo del capitale cognitivo nella progettazione e nel governo dei sistemi liberali e capitalisti, è il livello di comprensione cognitiva delle regole e dei principi che fanno funzionare le istituzioni liberaldemocratiche. E la stretta cooperazione tra il capitale cognitivo e le istituzioni nazionali è molto importante per la qualità della vita istituzionale di quel Paese (Quality of institutions: Does intelligence matter?, Intelligence 2014, 42: 44-52.) Verrebbe da commentare sulla scarsa intelligenza usata dal Governo e dalla maggioranza politica italiana, nel progettare e realizzare le riforme istituzionali. Il ritardo intellettuale dei politici e dei politologi italiani su come le leggi possano o riescano a rendere efficiente il governo delle istituzioni è drammatico. E' chiaro che le leggi sono indispensabili, ma chi ha teorizzato e praticato la depenalizzazione del falso in bilancio, oltre che dai conflitti d'interesse è stato ed è condizionato da una

psicologia cognitiva deviata. La quale però può entrare più facilmente in risonanza con i bias naturali che caratterizzano la psicologia sociale umana. Perciò, se non c'è una sufficiente diffusione di pensiero critico e educazione civica ai valori e vantaggi della legalità, è facile che si finisca tutti trascinati dalle correnti che si creano tra la Scilla del familismo e la Cariddi del giustizialismo. Che sono poi due facce della medesima psicologia sociale "arretrata".

I risultati degli studi psicologici non dovrebbero sorprendere chi abbia un minimo di familiarità con il pensiero di certi illuministi, primi fra tutti i Padri Fondatori della democrazia statunitense, o frequenti la letteratura più recente nei campi della psicologia sociale e cognitiva o della neuroeconomia e dell'economia evolutivista. Stupisce, piuttosto, che le élite intellettuali, incluse quelle politiche ed economiche, non ne siano informate, o non sappiano trarne le inevitabili conseguenze dalla convergenza di studi empirici dai quali emerge che gli investimenti in formazione culturale eccellente, soprattutto istruzione al pensiero critico e/o tecnico-scientifica, somministrata nelle fasi critiche della maturazione "psicomorale" dei giovani concorrono a migliorare gli indicatori del buon funzionamento delle società complesse. Tutti gli studi mostrano che nei Paesi nei quali le performance scolastiche, misurate attraverso i test attitudinali, sono più elevate e dove si investe per garantire la presenza di una consistente smart fraction, si registrano i livelli più alti di efficienza istituzionale, di funzionamento meritocratico, di libertà economica e di reddito pro capite. E gli indici di corruzione percepita e verosimilmente reale, sono più bassi.

In conclusione, la cura e la prevenzione della corruzione richiedono di agire sulla formazione della psicologia cognitiva e morale nelle fasi di stabilizzazione delle capacità decisionali individuali. Questo significa che è nelle scuole e possibilmente nelle famiglie che si costruiscono i presupposti perché anche il coaching etico possa agganciare sentimenti e ragionamenti potenzialmente virtuosi e allo stesso tempo emotivamente premianti. Perché vale ancor più, alla luce delle neuroscienze, l'intuizione spinoziana, per cui la felicità non è il premio che ci si deve aspettare per pratiche virtuose; ma essa stessa, se significa un'autorealizzazione nella trasparenza ed efficienza di un'attività socialmente funzionale, è virtù.

Libro Bianco sulla Corruption in Sanità



[Sommario]

Prefazione di Gilberto Corbellini	I - VII
Sommario	3
Introduzione	4
[Executive Summary	8
[PARTE PRIMA: Scenario in Corruption	17
1 Il contesto internazionale e l'evoluzione dei processi corruttivi in Sanità	18
2 Gli scenari della sanità italiana in chiave sociale	26
3 La corruzione nella sanità italiana	42
4 Il quadro europeo sulla corruzione in Sanità	63
5 Analisi degli sprechi in Sanità e stima economica dell'impatto della corruzione	71
6 Impatto sistemico complessivo della corruzione in Sanità	83
7 Una panoramica sui casi di spreco volontario in Medicina: il caso Lazio	94
8 190 vs 231: normative anticorruzione a confronto	107
[PARTE SECONDA: Analisi delle possibili proposte risolutive	119
9 Modello per l'individuazione di inefficienze e corruzione in Sanità	120
10 Proposta di uno strumento di monitoraggio del processo di acquisto in azienda	146
11 Proposte per il superamento della logica illogica dei Piani di Rientro	169
12 L'Etica in Sanità Pubblica	185
13 Il contributo trasformativo del Coaching per l'Etica in Sanità	193
Postfazione di Marco Magheri	210

INTRODUZIONE

Francesco Macchia e Walter Forresu – ISPE-Sanità

Appena un anno fa, nell'evento di lancio dell'Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità, ci impegnammo ad iniziare un percorso di studio sulla corruzione e sugli sprechi in Sanità.

Questo **LIBRO BIANCO** sulla Corruption in Sanità è il frutto del lavoro svolto durante questo anno ma è soprattutto il punto di partenza per il lavoro che dovremo fare con ancora maggiore entusiasmo e dedizione da adesso in poi.

E sempre un anno fa ci presentammo con un obiettivo chiaro ed ambizioso: contrastare le disfunzioni del nostro straordinario Servizio Sanitario Nazionale e salvaguardarne i capisaldi fondativi attraverso la promozione di un'etica virtuosa tra tutti gli operatori.

Il campo dell'etica, se siamo consapevoli, è sconfinato, la sua storia lunga quanto quella del pensiero. Il significato del termine è ampio, simile a quello di morale, anche se non ne è sinonimo.

Etica: *insieme delle norme di condotta pubblica e privata che, secondo la propria natura e volontà, una persona o un gruppo di persone scelgono e seguono nella vita, in un'attività e simili.* Vocabolario della lingua italiana, Zingarelli.

Morale: *concerne le forme e i modi della vita pubblica e privata in relazione alle categorie del bene e del male.* Vocabolario della lingua italiana, Zingarelli.

Nell'ambito dell'etica dell'impresa, il termine è utilizzato in modo coerente con il suo significato, ma associato a principi morali positivi. Un'azienda, infatti, sia essa pubblica o privata, non è libera di scegliere e, soprattutto, applicare qualsiasi etica i suoi fondatori e dirigenti abbiano concepito e i collaboratori accettato. Il sistema legale regola la sua azione e delinea lo spazio in cui può e deve operare. L'etica, però, è un valore sentito e condiviso e potrebbe non essere completamente ed esclusivamente definibile per legge. In proposito, si possono indicare due posizioni¹:

- Esiste soltanto l'etica contrattuale: realizzare quanto si è stabilito – o è dovuto – e in ottemperanza alle leggi che regolano il settore di attività o il ruolo dell'Ente preposto a svolgerle.
- L'Etica è l'obbedienza a ciò che non può essere imposto. Esistono, infatti, requisiti addizionali, che non sono determinati dalla legge e dai contratti.

È opinione sempre più diffusa che il *management* debba essere valutato non solo per le sue prestazioni ma anche per la sua condotta. Infatti, un numero crescente di norme comportamentali è assegnato dal Sistema legale alle aziende, per esem-

pio nell'ambito del contrasto alla corruzione. Come nel caso precedente, anche sul dilemma se sia l'Etica o la Legge a dover guidare la gestione di un'impresa esistono due posizioni opposte²:

- L'Etica aziendale non esiste. È necessario soltanto uno *standard* di prudenza, attenzione e due *diligence*, al di sopra e oltre i requisiti contrattuali e legali.
- Esistono principi etici nella conduzione delle attività e metodi per definirle in nuove situazioni o in quelle non esplicitamente regolate dalla legge.

In entrambi i casi precedenti, non sarebbe giusto mediare fra le coppie di posizioni opposte:

tutte sono corrette nel loro ambito, ma nessuna di loro è riferita alla realtà completa: quindi, esse devono essere applicate sino in fondo.

In termini più orientati alla Sanità pubblica è ragionevole assumere che i principi etici più importanti siano quelli direttamente attinenti alla Mission dell'Azienda, cioè la salute pubblica. Pertanto, i principi etici di base, quelli che dovrebbero essere condivisi e mai violati da tutti, neppure in modo indiretto, sono i contenuti della Deontologia medica.

Qualsiasi obiettivo, anche di natura deontologica o etica, può essere raggiunto con gradi di efficacia ed efficienza diversi. L'efficacia determina la qualità del servizio sanitario ed è in diretta relazione con la salute collettiva. L'efficienza è collegata con l'uso delle risorse che, a sua volta, può essere interpretato in due modi: l'ottimizzazione – o la contrazione – della spesa sanitaria pubblica, oppure – a parità di costi – la possibilità di rendere servizi in quantità maggiore, in modo più tempestivo e con maggiore successo.

L'integrità delle scelte manageriali sul piano organizzativo, della selezione, nomina e avanzamento del personale, della gestione di appalti, acquisti e servizi e di quella economica e finanziaria, quindi, è un dovere manageriale imprescindibile.

La lottizzazione politica ha conseguenze di varia natura, che influenzano negativamente l'efficacia e l'efficienza. La posizione di Direttore generale delle ASL esprime una forzatura nell'attribuzione di poteri eccessivi che non si riscontra in alcun altro ruolo direttivo del Sistema Pubblico. I criteri di esclusione dal ruolo sembrano progettati allo scopo di impedire alle persone veramente competenti di concorrere per la posizione. La lottizzazione delle posizioni, che spesso conduce a interventi illeciti sui concorsi, nega troppo spesso l'elementare principio ispiratore della buona selezione (dall'interno come dall'esterno): identificare la persona il cui profilo di competenze ed esperienze sia il più idoneo per soddisfare i requisiti professionali della posizione. L'eccesso di politica nella gestione sanitaria, definito con ironia appropriata, "un'esondazione", modula l'evoluzione fisiologica dell'organizzazione e della struttura sui tempi talvolta ristretti e frenetici delle cadenze elettorali. A ogni

avvicendamento, segue una riorganizzazione, una nuova assegnazione delle cariche e una mobilità forzata. L'effetto negativo sull'efficienza e sull'efficacia, in entità complesse come quelle sanitarie che dovrebbero essere gestite con attenzione alla continuità sul medio lungo periodo, è inevitabile. Spesso, si sente giustificare tale pratica con il diritto che i politici deputati alla Sanità abbiano il diritto dei "comporre la loro squadra". L'affermazione è strumentale e di parte. In una sana gestione, le attività si svolgono con le risorse di cui si dispone, ed è compito del *management* e del potere politico, migliorare e adeguare costantemente la loro professionalità con lo sviluppo e la formazione.

Un'osservazione essenziale è pertinente al sistema dei concorsi. L'eccesso nell'uso di tale metodo, che spesso conduce ad assunzioni basate su prove scritte o addirittura a quiz senza che i candidati siano neppure intervistati professionalmente da reclutatori competenti, appare un'abdicazione del *management* alle proprie responsabilità.

Sul piano della corruzione, si possono identificare due categorie generali di atti:

- Violano la Legge, come il pagamento di tangenti, cioè la corruzione in senso stretto intesa come "abuso del potere per fini personali".
- Violano principi etici che, sebbene non sempre perseguibili dalla Legge o, addirittura da essa tollerati, permessi o sanciti generano inefficienze, perdite di efficacia e di qualità del servizio.

L'insieme delle due categorie di azioni è riassunta nel termine anglosassone "corruption" e il suo valore complessivo è molto più che doppio rispetto alla corruzione in senso stretto. Oltre agli evidenti danni qualitativi ed economici, le inefficienze, le disfunzioni e gli sprechi indicano un'aberrazione morale. Inoltre, come illustrato nel seguito del rapporto ISPE, quei fenomeni sono nella maggior parte dei casi conseguenti a episodi di corruzione o a essi collegati; quindi, per avidità, conducono inevitabilmente a ulteriore corruzione, in una spirale degenerativa.

Violazione dell'Etica	Danno Economico	Inefficienze, disfunzioni, sprechi	➔ Aberrazione morale ↓
Violazione della Legge		Corruzione in senso stretto	←

Combattere sprechi, disfunzioni e inefficienze è possibile, per un'azienda dotata degli strumenti di controllo appropriati e, soprattutto, di una volontà manageriale compatta e impegnata a raggiungere quell'obiettivo e sostenuta dall'appropriata professionalità. Per converso, la pratica abusata dei tagli lineari è scarsamente efficace e, inoltre, sembra denotare incapacità o mancanza di volontà nel perseguire lo scopo di migliorare l'efficienza aziendale in Sanità.

Infine, le considerazioni precedenti conducono anche a un'altra riflessione: le leggi devono essere giuste e, nel caso della Sanità pubblica, coerenti con la deontologia medica.

L'obiettivo di eliminare la *corruption* è utopistico, ma la mobilitazione del pensiero, anche sostenuta dalla gravità del problema, può condurre a gradualità e parziali miglioramenti i cui risultati sarebbero di enorme valore per la collettività.

Con il necessario realismo, ma con una forte spinta morale, questo è l'intento di ISPE-Sanità nella promozione dell'Etica, con la certezza che le leggi, le norme, i processi, i controlli e i sistemi siano necessari ma non sufficienti per il miglioramento, in assenza del necessario impegno etico a livello legislativo, politico, manageriale e professionale.

EXECUTIVE SUMMARY

a cura di *ISPE Sanità*

Questo primo Libro Bianco di ISPE-Sanità vuole rappresentare un punto fermo, seppur certamente un punto di partenza, nel contrasto a corruzione, sprechi ed inefficienze che minano, in un'ottica di medio termine, la sostenibilità del nostro sistema sanitario. Il testo è fondamentalmente diviso in due parti, una prima parte di analisi e scenario ed una seconda di proposte per il contrasto ai fenomeni di *corruption*.

Nella prima parte la Prof.ssa **Taryn Vian** *Boston University* descrive uno scenario internazionale della corruzione in Sanità in continua evoluzione. La corruzione è infatti un virus che si evolve e si adatta continuamente sviluppando nuove difese alle politiche di contrasto e nuove forme di attacco.

La Vian sottolinea anche come le strategie per rilevare la presenza di corruzione prevedano spesso un controllo esterno, ma meno del 5% degli episodi venga alla luce attraverso queste procedure di accertamento della frode. Secondo uno studio dell'Association of Certified Fraud Examiners (ACFE), il 40% degli episodi di frode che avvengono negli Stati Uniti viene scoperto, invece, attraverso le segnalazioni da parte di privati. Questa circostanza dimostra l'importanza delle leggi che favoriscono e proteggono le denunce anonime come fa (seppur solo in parte) la nostra 190.

Nel suo quadro sulla nostra sanità la Dott.ssa **Carla Collicelli** *Fondazione Censis* presenta un sistema sanitario che ha ancora i numeri per competere tra i migliori al mondo ma che l'analisi del 2012 dell'Università di Gothenburg sulla qualità del governo locale in 18 Paesi europei, inizia a collocare in posizioni meno ragguardevoli soprattutto nel merito delle voci correlabili a corruzione e mancanza di trasparenza.

Appare del tutto evidente che alcune significative incongruenze tra domanda di salute ed offerta di sanità, e tra evoluzione della società ed evoluzione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie, cominciano ad affacciarsi sulla scena italiana ed internazionale, dando luogo a squilibri ed a criticità ancora oggi in gran parte irrisolti. Tra questi la diffusione di stili di vita negativi per la salute, un approccio persistentemente "familistico" degli assetti assistenziali complessivi, una risposta insufficiente ai problemi posti dal prolungamento della vita; gli effetti perversi della medicalizzazione del disagio; la crescita continua di alcune voci di spesa per la produzione dei servizi; la difficoltà a perseguire il necessario equilibrio tra obiettivi di salute e politiche ambientali e sociali, i ritardi accumulati nel tentativo più volte di-

chiarato di spostare le risorse impegnate dalla medicina per le acuzie, prevalentemente in regime di ricovero, a quella per le cronicità e le disabilità, in regime di prevenzione, riabilitazione, territorio e assistenza domiciliare.

Una situazione sulla quale si innestano gli effetti devastanti delle manovre economico-finanziarie sulle regioni in deficit di bilancio (Piani di rientro) e dalle varie Spending review con impatto negativo su equità, accessibilità ed appropriatezza delle cure, come emerso da alcune indagini condotte dal **Censis**.

Dall'estratto del report su "Corruzione e Sprechi in Sanità", pubblicato da **RiSSC e Transparency International Italia**, nel 2013 nel settore sanitario emergono alcune caratteristiche che rendono la Sanità particolarmente vulnerabile alla corruzione. Dal punto di vista della domanda sanitaria: l'asimmetria informativa tra utente ed Sistema Sanitario; l'elevata parcellizzazione della domanda sanitaria e la fragilità nella domanda di servizi di cura.

Dal punto di vista dell'offerta sanitaria: la forte ingerenza della politica nelle scelte tecnico-amministrative; l'elevata complessità del sistema; gli ampi poteri e 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 tra Sistema Sanitario e fornitori privati; la crescita della sanità privata; e la scarsa trasparenza nell'uso delle risorse.

L'indagine individua cinque ambiti particolarmente permeati da fenomeni corruttivi: **nomine, farmaceutica, procurement, negligenza e sanità privata**.

Ed in dettaglio per ogni ambito sono stati individuati diversi potenziali fenomeni:

NOMINE: ingerenza politica, conflitto di interessi, revolving doors, spoil system, insindacabilità, discrezionalità, carenza di competenze

FARMACEUTICA: aumento artificioso dei prezzi, brevetti, comparaggio, falsa ricerca scientifica, prescrizioni fasulle, prescrizioni non necessarie, rimborsi fasulli

PROCUREMENT: gare non necessarie, procedure non corrette, gare orientate o cartelli, infiltrazione criminale organizzato, carenza di controlli, false attestazioni di forniture, inadempimenti-irregolarità non rilevate

NEGLIGENZA: scorrimento liste d'attesa, dirottamento verso sanità privata; false dichiarazioni (intramoenia); omessi versamenti (intramoenia)

SANITÀ PRIVATA: mancata concorrenza, mancato controllo requisiti, ostacoli all'ingresso e scarso turnover, prestazioni inutili, false registrazioni drg, falso documentale

La lotta contro la corruzione ha ormai assunto un valore prioritario anche per la Commissione Europea: prova ne è la pubblicazione del Rapporto a cura di **ECORYS & EHFNC** sulla corruzione nella Sanità in Ue.

Nel Rapporto si prende atto che la corruzione nel settore sanitario si verifica in tutti gli Stati Membri della UE, anche se la natura e la diffusione delle tipologie di corruzione sono diverse da uno Stato Membro all'altro.

Lo studio UE ha messo in evidenza sei tipologie di corruzione nelle aree di assistenza sanitaria prese in esame:

- corruzione nell'erogazione dei servizi medici;
- corruzione nell'aggiudicare gli appalti;
- rapporti commerciali illeciti;
- uso improprio di posizioni di prestigio;
- richieste di rimborso ingiustificate;
- truffe e malversazioni relative a medicinali e a dispositivi medici.

Le principale spinta al diffondersi di abusi in tutti questi campi è, secondo il Rapporto, l'accettazione, o perlomeno la tolleranza, del fenomeno.

Nel Rapporto si fanno alcune raccomandazioni ai Paesi membri. Innanzitutto una legislazione contro la corruzione chiara ed applicata in modo efficace; ma anche forme di centralizzazione degli acquisti; fino anche a modifiche all'intero sistema sanitario per affrontare fragilità che hanno un impatto sulla corruzione quali: strutture gestionali inefficaci, meccanismi di finanziamento inadeguati, capacità insufficiente nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, fondi insufficienti per la ricerca medica indipendente, distribuzione diseguale delle risorse.

Inoltre si promuovono le positive esperienze di alcuni Stati Membri UE che hanno istituito specifici organismi all'interno della sanità per il controllo di corruzione e le truffe: tra questi Belgio; Francia, Regno Unito e Portogallo.

Ma anche campagne di sensibilizzazione e le linee telefoniche dirette di segnalazione delle truffe e degli abusi, sono anch'esse un buon esempio di mobilitazione dei meccanismi di compensazione. Nel Regno Unito, la hotline di denuncia delle truffe sanitarie della NHS Protect, costituisce un esempio sicuramente efficace per sensibilizzare la popolazione e raccogliere in modo concreto le lamentele. Il sito web ellenico **Edosa Fakelaki** è un buon esempio di un'iniziativa privata in questo settore.

Le stime più accreditate circa il tasso medio di corruzione e frode in sanità sono quelle di Leys e Button che nel 2013 lo hanno stimato in 5,59%, con un intervallo che varia tra il 3,29 e il 10%. Per la sanità Italiana, se si applicassero questi valori, che vale circa 110 miliardi di Euro annuo, questo si tradurrebbe in un danno di circa 6 miliardi di euro all'anno.

Si tratta però come detto di una stima basata su interviste e valutazioni di esperti. Il gruppo di lavoro del Prof. **Francesco Saverio Mennini** *CEIS EEHTA, Università di Tor Vergata* e Prof. **Americo Cicchetti** *ALTEMS, Università Cattolica, Roma* ha tentato di superare, almeno per l'Italia, l'aleatorietà di questa stima ed ha cercato di effettuare un primo tentativo di calcolo.

Il punto di partenza è stata l'analisi delle differenze tra ASL e AO nei costi non sanitari ovvero non direttamente legati ad esiti di salute, e i tre macro-aggregati considerati sono stati: Beni e Servizi; Personale sanitario; Personale amministrativo. Successivamente, all'interno della macrovoce "Beni e Servizi" sono state prese in considerazione singolarmente le voci di costo relative a: Prodotti farmaceutici (relativi alle AO e AOU), Servizi farmaceutici (relativi alle sole ASL), Lavanderia, Pulizia, Mensa, Elaborazione dati, Smaltimento rifiuti, Utenze telefoniche, Premi assicurativi, Spese legali.

Dai risultati dell'analisi si evince come i risparmi totali legati alle 8 voci di spesa esaminate ammontino ad una cifra pari a circa € 896.217.674 per le ASL e € 964.350.254 per le AO. Tali voci rappresentano approssimativamente il 4,3% della spesa sanitaria pubblica (dati 2010): di conseguenza, lo "spreco" di risorse per punto percentuale di spesa sanitaria pubblica ammonta a € 208.422.715 per le ASL e € 224.267.501 per le AO.

A livello Macro si è tentato l'obiettivo più ambizioso di stimare il costo della corruzione, considerando i valori oltre il 75° percentile che riguardano la spesa fortemente in eccesso non giustificata: la corruzione è stata perciò definita come lo scarto tra la spesa per residente delle singole ASL italiane ed il valore di spesa corrispondente al 75° percentile calcolato sugli stessi valori di spesa (bisogna considerare, infatti, che i valori mediani si trovano tutti al di sotto del 75 percentile).

Complessivamente, la spesa in eccesso non giustificata, riferita alle voci comprese all'interno dei modelli CE, alla base delle decisioni di carattere economico-finanziario, è stimabile essere pari a circa 5,5 miliardi di Euro.

Questo primo tentativo di procedere ad una stima del costo della corruzione può essere ulteriormente ampliato considerando, oltre che dati statistici provenienti dai Conti Economici, anche l'evidenza registrata in ambito giurisdizionale (indennizzi per i danni erariali provocati da episodi di corruzione).

Tenendo presenti questi ulteriori dati, si può affermare che il costo della corruzione, stimato sulla base dei modelli CE e dalla considerazione degli sprechi e dei danni erariali liquidati in favore dello stato, raggiunge la soglia di 5,6 miliardi di Euro, pari a circa il 5% della spesa sanitaria pubblica in Italia.

Il Dott. **Walter Forresu** *ISPE-Sanità* si è spinto oltre cercando di valutare l'impatto complessivo della corruption in Sanità ovvero la corruzione in senso stretto sommata ad inefficienze e sprechi.

Partendo dal dato di Leys e Button pari in Italia a € 6,4 MLD di corruzione in senso stretto, vi ha sommato l'inefficienza della spesa pubblica nel comparto sanitario che è dell'ordine del 3% del totale della spesa secondo Piacenza e Turati (2013). Ed ancora gli sprechi nella spesa sanitaria sono stati dell'ordine del 18% della spesa totale, di cui il 13% direttamente conseguente alla corruzione secondo PriceWaterHouseCooper.

La *corruption* totale, quindi, è stimabile, secondo questo calcolo, in € MLD 23,6. Non solo, l'effetto economico complessivo della corruption per la collettività risulterebbe ancora superiore per effetti quali:

- L'aumento della spesa pubblica dovuto alla corruption: eventuali maggiori costi per forniture, investimenti e sprechi.
- Crescita del debito pubblico per la causa precedente, qualora l'aumento della spesa non sia sostenibile autonomamente.
- L'aumento del prelievo fiscale dovuto a quello della spesa pubblica.
- La contrazione dei consumi per l'aumento del prelievo fiscale.
- La contrazione del settore d'impresa, la conseguente disoccupazione e l'ulteriore aumento della spesa pubblica per gli ammortizzatori sociali.

Con una catena di cause ed effetti generati in cascata dalla corruzione, che si estendono al di fuori dell'ambito sanitario, modificando grandezze che interessano l'economia nazionale e la sua ricchezza.

Entrando nello specifico dell'analisi dei fenomeni di corruzione e spreco, Prof. **Carlo Eugenio Vitelli** ha tentato di individuare e catalogare gli sprechi imputabili alla attività e volontarietà dei medici: una sorta di panoramica di tutti quegli atti che scientemente i clinici ogni giorno compiono per le motivazioni più varie generando inefficienze. Basandosi sul caso studio della Regione Lazio e sulla propria esperienza Vitelli ha individuato quattro cause per questo tipo di sprechi: 1) sprechi di "necessità", 2) sprechi per "ignoranza", 3) sprechi per "medicina difensiva" 4) sprechi per "investimenti professionali mancati".

Il Prof. **Paolo Esposito** *Università del Piemonte Orientale* ha messo a confronto le due "legislazioni anticorruzione" ovvero la 231/2001 e la 190/2012 derivandone l'impressione che la legge anticorruzione e i decreti delegati, sebbene abbiano avuto il pregio di tracciare il sistema ideale di Paese e siano state capaci di portare il nostro Paese a scalare la classifica mondiale di Transparency International, tuttavia non hanno tracciato con chiarezza ed inerosabilità, modalità applicative in favore degli operatori, né inciso in termini di repressione o prevenzione dei fenomeni corruttivi;

questo soprattutto in mancanza di una diffusa cultura e formazione manageriale. Guardando all'esperienza della scarsa efficacia della "231" il rischio è che si continui "a fare come quel tizio che cercava le chiavi sotto un lampione non perché le avesse perse lì, ma perché quello era l'unico punto illuminato della strada" (Fitoussi, 2013); ovvero che non si vadano a ricercare le "causae causarum" dei fenomeni corruttivi, né analizzare gli stessi, ma ci si limiti a guardare solo laddove si conosce ripetendo schemi noti ma inefficaci.

Nella seconda parte del Rapporto ci siamo concentrati sulle proposte di azioni o strumenti migliorativi del fenomeno corruttivo.

In particolare il team del Prof. **Mennini** CEIS EEHTA, Università di Tor Vergata e del Prof. **Massimo Buscema** Semeion e Colorado University ha sviluppato un modello di analisi della gestione economico-finanziaria delle ASL italiane capace di individuare, per le Regioni e le voci oggetto dell'analisi, le aree di inefficienza, spreco e potenziale corruzione all'interno del nostro sistema sanitario.

Nello specifico, il modello utilizzato ha permesso di valutare ed identificare modelli gestionali integrati e collegati all'interno di ogni singola Regione analizzata.

Questa prima applicazione del modello, 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. E questo è sicuramente un primo indicatore di efficienza gestionale. Infatti, aver organizzato la rete assistenziale Regionale utilizzando i medesimi approcci economico gestionali permette da una parte di fornire servizi più integrati alla popolazione assistita e dall'altra di controllare il corretto utilizzo delle risorse impiegate. Di contro, e a conferma di quanto appena affermato, Lazio e Campania sono caratterizzate da modelli gestionali completamente disaggregati, tanto dal punto di vista organizzativo-gestionale che da quello economico-finanziario.

Se ne deduce che il discrimine che trasforma l'inefficienza e gli sprechi nella corruzione è determinata dalla presenza o meno di una strategia che persegua la disaggregazione gestionale.

Le analisi fatte con il **sistema AWIT**, messo a punto da Semeion, dimostrano che si può intervenire laddove c'è inefficienza grazie ad informazioni importanti ed utili per i decisori, con riferimento al totale delle voci per costo della produzione. Nel confronto tra le diverse Regioni si nota come l'applicazione del modello lombardo, con l'eccezione di alcune poche ASL, permetterebbe alle altre Regioni di raggiungere migliori risultati in termini economico gestionali con evidenti ricadute positive per l'efficacia e l'efficienza del sistema. Questo è stato ulteriormente confermato dai risultati relativi all'analisi, ancora più specifica, su alcune singole voci di costo.

Anche in questo caso, con alcune eccezioni, l'applicazione di un modello gestionale lombardo comporterebbe importanti riduzioni di spesa soprattutto nelle ASL delle Regioni Lazio, Veneto ed Emilia Romagna.

Il modello di analisi proposto sembra avere tutte le carte in regola per affrontare la sfida di analizzare tutte le ASL delle 20 Regioni italiane, per avere una mappa completa della strategia di gestione economico finanziaria dei servizi sanitari nel nostro Paese.

Anche la Dott.ssa **Astrid Pietrosi** *ISMETT Palermo* ed il Dott. **Carlo Milli** *Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana* hanno analizzato i processi di acquisto aziendale con il fine ultimo di creare e proporre uno Strumento Operativo di Controllo per il monitoraggio dei livelli di Corruzione aziendale.

Il **SOCC** (questo l'acronimo), applicato al processo Acquisti, comprende oltre 50 indicatori standard relativi al processo acquisti la cui lettura ed analisi supporta l'Azienda nella valutazione del processo e delle attività ad esso afferenti. La quantità e la profondità degli indicatori è correlata alle caratteristiche organizzative e gestionali dell'azienda a cui fanno riferimento.

L'utilizzo degli indicatori del SOCC, nell'ambito di un processo scomposto nelle sue fasi principali, consente una visione precoce di eventuali fenomeni da monitorare che altrimenti potrebbero rimanere celati.

Questo strumento operativo di controllo è applicabile a tutti i processi aziendali e conserva la potenzialità di divenire uno strumento "standardizzabile". Questo requisito è utile anche ai fini delle analisi di benchmarking per rendere oggettive le valutazioni dei risultati degli indicatori coerentemente all'ambiente in cui l'Azienda opera.

Il SOCC si presenta, dunque, come una metodologia sempre applicabile al contesto della PA per la certificazione dei processi di controllo etico messi in atto dall'organizzazione, e per la valutazione di eventuali fenomeni di corruzione esistenti.

Il colonnello **Maurizio Bortoletti**, protagonista quale Commissario straordinario del ritorno all'equilibrio operativo di una ASL, quella di Salerno, che perdeva da anni 500 euro al minuto, cioè oltre 700mila euro al giorno, il "misuse of public power", che Transparency International cataloga come corruzione, inteso invece come maladministration, emerge dall'esperienza quotidiana vissuta alla guida di una delle aziende sanitarie più complesse d'Italia (13 ospedali, 9mila dipendenti, 1,6 miliardi di euro di bilancio). Un'analisi che deve partire, responsabilmente, rispondendo ad una domanda: come è stato possibile? Come è stato possibile che per anni – nel caso salernitano, si siano accumulati oltre 1,5 miliardi di perdite iscritte a bilancio,

con migliaia di ricorsi contro l'Asl, mesi e mesi di ritardo nei pagamenti che crescevano di trimestre in trimestre, ... - nessuno sia intervenuto per chiudere i rubinetti? Anche perché, poi, si è dimostrato, e lo dimostra l'attuale risultato ottenuto dal Direttore Generale che ha proseguito l'opera di infrastrutturazione gestionale avviata, i soldi bastavano e avanzavano, tanto da pagare in anticipo le fatture, anche quelle non scadute dei propri fornitori colpiti dal sisma in Emilia Romagna o avviando i weekend operatori per ridurre le liste di attesa.

Il problema è, quindi, duplice: evitare che riaccada e apprestare strumenti più efficaci per porvi rimedio, prevedendo, in tali contingenze, l'avvio di un serio, e realistico, nel senso di sostenibile, programma commissariale che restituisca a tali Regioni livelli di funzionalità sostenibile entro 24 – 36 mesi, senza trasformare, come sta accadendo, uno strumento straordinario, i “piani di rientro”, in un mezzo ordinario.

E se è vero come sostengono la Prof.ssa **Maria Luisa Di Pietro** ed il Prof. **Walter Ricciardi** *Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma* che la risposta ad alcuni dei mali del nostro sistema sta nella centralità della domanda etica. Se è vero che non si può prescindere dalla dimensione etica che deve divenire non solo uno dei pilastri su cui fondare il funzionamento dei sistemi sanitari, ma anche la misura per le scelte economiche e per la valutazione delle evidenze scientifiche.

Allora il coaching è per sua natura lo strumento migliorativo che più si addice ad interventi di tipo relazionale nelle organizzazioni complesse. **Francesco Di Coste** ed il suo team ICTF ne analizzano finalità, strumenti ed applicabilità al settore sanitario. In particolare rispetto all'Etica nella Sanità Pubblica sono diversi gli attori chiamati in causa con differenti ruoli: una volta definito il quadro normativo al cui interno possono muoversi i Manager sanitari, il coaching diventa per Di Coste lo strumento più adatto per interventi edu-formativi finalizzati ad incidere sugli aspetti comportamentali e competenziali, a vari livelli organizzativi nelle ASL e nelle A.O.

E se la consapevolezza è in generale “la conoscenza di quanto accade attorno a noi, la Consapevolezza di noi stessi è la conoscenza di ciò che proviamo dentro di noi”. È proprio su questo aspetto che lavora il coaching: la consapevolezza che, in ultima istanza, conferisce senso alle professioni in Sanità e genera apprendimento nel Sistema.

Tanto più che, come afferma la Prof.ssa Vian *Boston University*, in Sanità “*È stato dimostrato come esista una stretta correlazione tra la mancanza di fiducia dei lavoratori nei confronti dei propri superiori diretti e l'incidenza di comportamenti scorretti nell'ambiente di lavoro. Pertanto, è molto importante per i leader “plasmare il messaggio” del comportamento etico e della correttezza nei rapporti con i lavoratori*”.



PARTE PRIMA

[Scenario in Corruption]



IL CONTESTO INTERNAZIONALE E L'EVOLUZIONE DEI PROCESSI CORRUTTIVI IN SANITÀ

Taryn Vian *Boston University School of Public Health*

La corruzione costituisce un grave problema tanto nei Paesi ricchi, quanto in quelli in via di sviluppo, all'interno della sfera pubblica e di quella privata. Definita come "abuso del potere conferito a vantaggio del privato", la corruzione causa perdite finanziarie, limita la crescita e gli investimenti, riduce la spesa a favore dei servizi sociali, come la sanità e l'istruzione: tutto questo mina il benessere sociale e la fiducia dei cittadini [1-4].

Le cifre sono da capogiro: nel 2003, negli Stati Uniti, la Health South, una società che gestisce ospedali di riabilitazione e ne è proprietaria, è stata accusata di frode per 2,7 miliardi di dollari [5]. Di recente, nel 2012, tra i 12 casi più importanti di corruzione disciplinati dal Foreign Corrupt Practices Act (FCPA), sono state coinvolte cinque società farmaceutiche condannate, complessivamente, al pagamento di 259 milioni di dollari [6].

Il sistema sanitario è particolarmente esposto all'abuso per motivi strutturali e sistemici, quali l'asimmetria informativa tra paziente e servizio sanitario (domanda e offerta), la complessità dello stesso sistema e il coinvolgimento di molti provider e finanziatori pubblici e privati, nonché la domanda di servizi scarsamente flessibile [7-9].

Nei Paesi europei il settore sanitario rappresenta tra il 3% e l'11% del PIL [10].

Uno studio dell'OCSE ha stimato che la corruzione nel settore sanitario ha un costo di 56 miliardi di euro all'anno o di circa 160 milioni di euro al giorno [11]. Per dare un'idea dell'entità delle risorse economiche sprecate, con la stessa cifra si potrebbero vaccinare 3,2 miliardi di bambini nei paesi in via di sviluppo, finanziare 5,9 milioni di interventi di chirurgia sostitutiva del ginocchio oppure acquistare più di 180.000 monolocali sul Canal Grande a Venezia¹.

Come indicato nella **Figura 1**, nell'Indice di Percezione della Corruzione di Transparency International (TI) l'Italia rappresenta il fanalino di coda tra i Paesi dell'Europa occidentale. Questo indice misura la percezione della corruzione nel settore pubblico all'interno di una nazione. I dati desumibili dal Barometro Mondiale della Corruzione di Transparency International (**Tabella 1**) descrivono l'esperienza e l'opinione dei cittadini sulla corruzione. Secondo questa indagine, il 4% degli italiani intervistati ha riferito di aver pagato, nel corso del 2012, una tangente per accedere al servizio sanitario: è una percentuale più alta del Belgio, della Germania, della Spagna e del Regno Unito, che si attestano, invece, tra l'1% e il 3%. Tuttavia, in Francia, Spagna

¹ Costo dei vaccini per bambino nella regione OMS-Europa, stima della banca dati dell'FSP 2010 http://www.who.int/immunization_financing/indicators/en/; costo degli interventi di chirurgia sostitutiva del ginocchio in Francia, documento OCSE, 2007 dollari, <http://dx.doi.org/10.1787/5km91p4f3rzw-en>; costo di un appartamento, <http://www.prestigeproperty.co.uk/property/132487/Apartment-Venice-Italy/> a gennaio 2013.

e Regno Unito vi è un maggior numero di cittadini rispetto all'Italia che percepisce un peggioramento della corruzione, mentre il 61% dei cittadini italiani crede che la gente comune possa fare la differenza nella lotta alla corruzione.

Per comprendere perché la corruzione costituisce un problema reale in ambito sanitario, occorre fare riferimento a come è governato il settore sanitario stesso e a come viene esercitata l'autorità al suo interno, in modo da poter analizzare ciò che non funziona. Come ha dichiarato l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la governance influisce sul funzionamento degli elementi costitutivi dei sistemi sanitari [12].

Quando si governa bene, è possibile offrire servizi efficienti ed efficaci ai cittadini, si riesce a motivare il personale sanitario in modo che fornisca un servizio di buona qualità, è possibile procurare prodotti adeguati e attrezzatura sanitaria a prezzi contenuti, nonché allineare le risorse finanziarie con gli obiettivi prefissati, al fine di ridurre la morbosità e la mortalità e gestire le malattie croniche.

Purtroppo, la corruzione mina il sistema sanitario al suo interno (Figura 2) e lo indebolisce. Le tangenti che debbono essere pagate dai pazienti e i furti di materiale sanitario da parte del personale riducono la richiesta di servizi e la qualità degli stessi, che, invece, dovrebbe sempre essere garantita. Ad esempio, secondo uno studio condotto negli Stati Uniti, il 37% dei dipendenti degli ospedali ammette di aver sottratto materiale sanitario, mentre ogni mese l'11% del personale è coinvolto in furti [13]. L'assenteismo e le assunzioni non trasparenti che producono clientelismo fanno sì che le persone competenti non siano collocate nelle giuste posizioni le risorse umane non vengano, di conseguenza, impiegate con efficienza [14, 15]. I sistemi sanitari deboli favoriscono l'appropriazione indebita, gli interessi personali o i conflitti di interessi nelle forniture, come, ad esempio, è accaduto nello scandalo che, nel 2012, ha coinvolto il reparto di cardiologia del Policlinico di Modena [16].

Pur non essendo l'unico limite al conseguimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia nel servizio sanitario pubblico italiano, la corruzione rappresenta un fenomeno da contrastare per tutte le conseguenze brevemente viste sopra.

Per rendere il sistema sanitario meno vulnerabile occorre individuare, innanzitutto, quali sono i fattori che provocano la corruzione.

Essi possono variare in base al modo in cui è strutturato il settore sanitario (il ruolo dello Stato nella fornitura dei servizi, le dimensioni del settore privato, il livello di decentramento)[17], alla forma di finanziamento dei servizi sanitari (l'adeguatezza dei

fondi, le politiche di contribuzione ed esenzione) e perfino secondo le preferenze, i bisogni e i valori dei pazienti [18, 19].

Normalmente, tre elementi concorrono alla corruzione:

- l'opportunità dell'abuso (la vulnerabilità o il rischio),
- la pressione o l'incentivo (una motivazione)
- la razionalizzazione (il modo in cui l'agente giustifica le azioni).

Vi sono maggiori probabilità che la corruzione si verifichi laddove esista un elevato grado di monopolio e vi sia, conseguentemente, una ridotta possibilità per i consumatori-pazienti di scegliere un provider diverso e meno corrotto, una discrezionalità nelle scelte pubbliche incontrollata e uno scarso senso di responsabilità e trasparenza da parte dei cittadini.

Le strategie per rilevare la presenza di corruzione sono spesso sottoposte a un controllo esterno, ma meno del 5% degli episodi viene alla luce attraverso questa procedura di accertamento della frode. Secondo uno studio dell'Association of Certified Fraud Examiners (ACFE), il 40% degli episodi di frode che avvengono negli Stati Uniti viene scoperto, invece, attraverso delle segnalazioni da parte di privati. Questa circostanza dimostra l'importanza delle leggi che favoriscono e proteggono le denunce anonime. La revisione del management è il secondo metodo più utilizzato per individuare la frode (15%), seguito dal controllo interno (14%).

La corruzione può essere prevenuta attraverso l'uso di sistemi che rafforzano la responsabilità e la trasparenza. Con l'iniziativa *Good Governance in Medicines*, l'OMS fornisce una guida per la valutazione della vulnerabilità sistematica nel settore farmaceutico pubblico, e suggerisce regole per aumentare la trasparenza nella registrazione dei farmaci, nella loro promozione, nella fornitura e nella vigilanza [20]. Un gruppo di valutatori crea un "punteggio di vulnerabilità" per funzioni specifiche come la registrazione dei farmaci, la fornitura, etc.. I Paesi sono spesso vulnerabili nell'area della promozione dei farmaci, nell'ambito della quale un'interazione impropria tra medici e industria farmaceutica può compromettere l'imparzialità delle decisioni o procurare vantaggi economici ai primi². Strumenti di valutazione come questi possono aiutare i centri decisionali a individuare i criteri di integrità che non vengono rispettati e a svolgere azioni mirate. Inoltre, occorre sottolineare l'importanza della pubblicazione delle relazioni di valutazione [21].

Gli strumenti di trasparenza dei prezzi sono particolarmente efficaci per rivelare la presenza di corruzione nelle forniture. Tra il 2002 e il 2006 sono state individuate

² In merito a questo aspetto è interessante consultare il seguente blog sulle tangenti che una società farmaceutica ha pagato a dei medici in Croazia <http://www.fcpablog.com/blog/2012/11/14/croatian-police-investigating-hundreds-of-doctors-for-graft.html> o questo articolo sul vecchio problema dei medici cinesi che accettano tangenti per le prescrizioni di farmaci al link: <http://www.fcpablog.com/blog/2013/1/22/tv-expose-shows-famous-china-hospital-in-kickbacks-scheme.html>

80 forniture di farmaci anti-HIV con prezzi anomali, dimostrando che le agenzie di forniture pubbliche avevano pagato prezzi molto più elevati della media internazionale, un chiaro indizio che si erano verificate situazioni di collusione o il pagamento di tangenti. Le differenze di prezzo nella fornitura sono state valutate utilizzando i dati pubblici disponibili relativi a 5.000 forniture di farmaci anti-HIV/AIDS su base nazionale (2002-2006), per un totale di oltre 250 milioni di dollari [22].

Si è visto, in particolare, come il prezzo mediano pagato per la nevirapina (un farmaco antiretrovirale) pari a 0,13 dollari, abbia oscillato, in realtà, tra i 3,43 e i 7,14 dollari per compressa. Anche se un livello di prezzo così elevato può dipendere da altre cause oltre alla corruzione (ad esempio una legge che impone l'acquisto di farmaci prodotti localmente può farne aumentare il prezzo), gli strumenti di trasparenza consentono di evidenziare le aree maggiormente esposte all'abuso di tangenti o collusioni.

Per aumentare il senso di responsabilità occorre esercitare una pressione sui sistemi sanitari. Le sollecitazioni esterne spesso costituiscono un forte stimolo. Ad esempio, il Vice Presidente del Dana Farber Cancer Institute di Boston ha, di recente, evidenziato l'impegno della sua organizzazione nel ridurre gli errori in campo medico; gli investimenti dell'Istituto nel miglioramento della qualità sono stati fortemente motivati da errori medici, commessi molti anni prima, che avevano causato la morte di un giornalista [23]. Gli articoli del quotidiano come risposta al decesso improvviso del giornalista avevano rivelato, all'origine degli errori medici, una fragilità sistemica del Dana Farber Cancer Institute, comportando serie conseguenze sia dal punto di vista finanziario che nella reputazione dell'Istituto. Come ha ironicamente ammesso un funzionario: "Senza ombra di dubbio, quei 56 articoli sul Boston Globe ci hanno ferito profondamente e hanno fornito un forte incentivo al cambiamento, stimolando il nostro senso di responsabilità."

L'International Budget Partnership ha collaborato con le ONG di molti Paesi, compresa la Croazia, per insegnare ai cittadini come richiedere i documenti pubblici al fine di controllare la spesa pubblica. Il video apparso su YouTube: *It's Our Money, Where's it Gone* (<http://www.youtube.com/watch?v=z2zKXqkrf2E>) mostra dei gruppi di "Audit civico" che si recano in una città nella quale avrebbe dovuto essere costruita una struttura sanitaria. In alcuni Paesi i funzionari dello Stato lavorano con questi gruppi di cittadini e utilizzano le loro relazioni per fissare obiettivi di miglioramento. I membri della comunità spesso collaborano persino nell'implementazione dei programmi.

Infine, è importante evidenziare che per contenere la corruzione e promuovere l'integrità occorre cambiare anche la cultura organizzativa e favorire l'adesione dei

cittadini a questi nuovi modelli. Uno degli obiettivi di un programma di promozione sociale deve essere quello di instillare i valori etici e generare una motivazione interiore; si dovrebbe agire con correttezza non per timore della sanzione, ma perché il cittadino avverte che vi sono valori eticamente importanti da tutelare³. In questo modo non si ha bisogno di una guida autoritaria che indichi come comportarsi in ogni singolo momento (ulteriori regole e controlli). Sarà il senso di correttezza personale ad indicare agli individui il modo giusto di agire. Un esempio è costituito dal comportamento dei dipendenti del Taj Hotel in India i quali, nel corso di un attentato, si sono preoccupati di proteggere gli ospiti da un incendio, mettendo a repentaglio la propria vita.

Il Taj Hotel aveva selezionato accuratamente il personale e lo aveva addestrato a essere cordiale, comprensivo e rispettoso. I dipendenti non hanno avuto bisogno di essere istruiti per sapere come comportarsi durante le situazioni di emergenza. E' stato dimostrato come esista una stretta correlazione tra la mancanza di fiducia dei lavoratori nei confronti dei propri superiori diretti e l'incidenza di comportamenti scorretti nell'ambiente di lavoro. Pertanto, è molto importante per i leader "plasmare il messaggio" del comportamento etico e della correttezza nei rapporti con i lavoratori.

Una nuova ricerca condotta da Dan Ariely, del Massachusetts Institute of Technology (MIT), suggerisce che, trasmettendo ai lavoratori messaggi e spunti che facciano emergere i loro valori, è possibile creare un processo decisionale etico e stimolare una maggiore onestà. Nel suo libro di recente pubblicazione, Ariely descrive un esperimento in cui gli individui dovevano compilare una dichiarazione dei redditi [24]. Normalmente, in questo documento la gente sottoscrive che le dichiarazioni in esso riportate sono "veritiere". Tuttavia, quando il gruppo di Ariely spostava quella dichiarazione all'inizio del documento, cioè quando le persone dovevano leggerla e firmarla prima di compilarlo, piuttosto che in seguito, dichiaravano un numero inferiore di detrazioni fiscali. In altre parole, è possibile sostenere come le persone si comportassero con maggiore onestà semplicemente perché erano condizionate dalla dichiarazione.

Se ridefiniamo la compliance in termini di dovere sociale – ad esempio, trasmettendo il messaggio che noi operatori sanitari salviamo la vita alle persone agendo in modo etico e che è giusto comportarsi così – rafforziamo la motivazione interiore delle persone e facciamo sì che agiscano con onestà anche quando non sono osservate.

Quando ho cominciato a lavorare nel settore della sanità pubblica, 30 anni fa, la corruzione non era stata ancora messa in correlazione con lo sviluppo economico.

³ Devo questa riflessione a Scott Killingsworth, un avvocato esperto in etica e compliance. E' possibile fare riferimento al suo articolo "Modeling the Message: Communicating Compliance through Organizational Values and Culture", pubblicato nel 2012 in The Georgetown Journal of Legal Ethics (Vol 25: 961-987).

Non eravamo in grado di capire che la corruzione costituisse il vero problema del servizio sanitario pubblico: essa determina un costo raramente quantificato nelle nostre analisi di efficienza economica, un rischio di cui spesso non si tiene conto nei rapporti di valutazione dei progetti. In qualità di professionisti sanitari, funzionari dello Stato e cittadini dobbiamo tutti lavorare con maggiore impegno per comprendere perché accadano fenomeni di corruzione e cercare di prevenirli.

Figura 1: Indice di Percezione della Corruzione di Transparency International

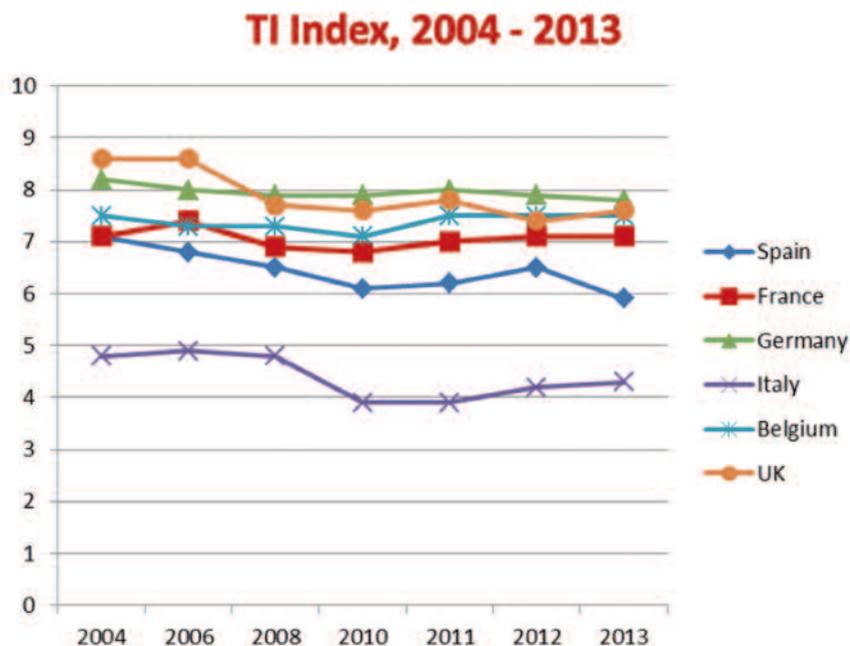


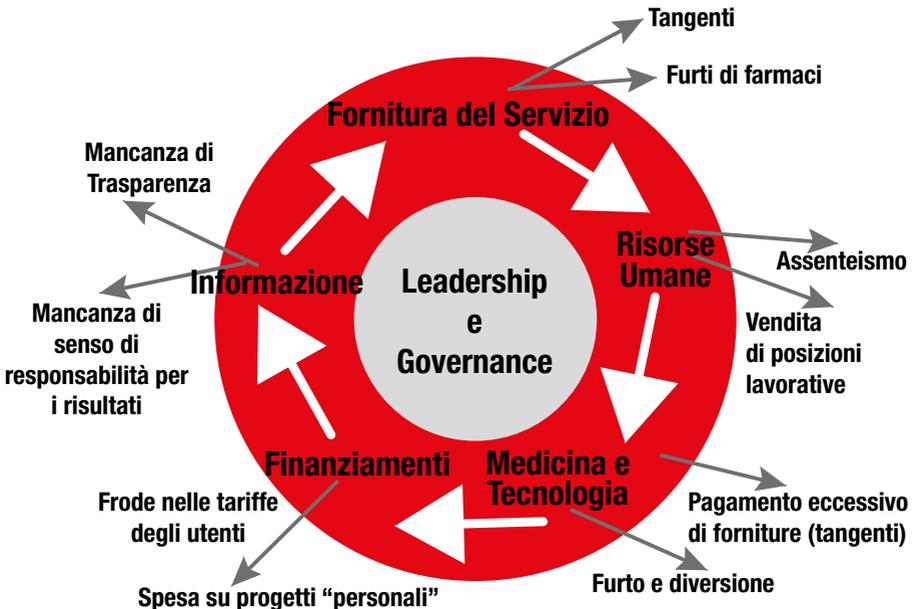
Fig.1 Fonte: Indice di Percezione della Corruzione di Transparency International, <http://www.transparency.org/research/cpi/overview> La scala dell'indice è stata portata nel 2012 a 100 punti. Per un'analisi comparativa, in questo grafico i dati del 2012 e del 2013 sono stati divisi per 10.

Tabella 1: Dati comparativi del Barometro di Corruzione di Transparency International del 2013.

Percezione dell'esperienza	Spagna	Francia	Germania	Italia	Belgio	UK
La corruzione è aumentata negli ultimi 2 anni	66%	72%	57%	64%	11%	65%
Il settore sanitario è corrotto o estremamente corrotto	14%	28%	48%	54%	22%	19%
Sono state pagate tangenti per l'espletamento di servizi sanitari durante lo scorso anno	1%	5%	1%	4%	3%	3%
Concordano che la gente comune possa fare la differenza nella lotta alla corruzione	60%	54%	49%	61%	54%	68%

(sondaggio).

Figura 2: Minacce di corruzione nei sistemi sanitari



Fonte: Autore (adattamento dall'Health System Framework dell'OMS, 2007)

Riferimenti

1. Mauro P: The effects of corruption on growth, investment, and public expenditure: a cross-country analysis. In: Corruption and the Global Economy. edn. Edited by Elliott KA. Washington, DC: Institute for International Economics; 1997.
2. Lewis M: Governance and corruption in public health care systems. Working paper number 78. In. Washington, DC: Center for Global Development; 2006.
3. Savedoff WD: The causes of corruption in the health sector: a focus on health care systems. In: Global Corruption Report 2006: Special Focus Corruption and Health. edn. Edited by International T. London: Pluto Press; 2006.
4. Radin D: Does corruption undermine trust in health care? Results from public opinion polls in Croatia. *Social Science & Medicine* 2013, 98:46-53.
5. Associated Press: Accountant describes how HealthSouth fraud happened. In: USA Today. January 28, 2005 edn. Birmingham, AL: Gannett, Co.; 2005.
6. Cassin RL: 2012 Enforcement Index. In: The FCPA Blog. www.fcpablog.com; 2013.
7. Holmberg S, Rothstein B: Dying of corruption. *Health economics, policy, and law* 2011, 6(4):529-547.
8. Transparency International: Global Corruption Report 2006: Special Focus on Corruption and Health. London: Pluto Press; 2006.
9. Vian T: Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy Plan* 2008, 23(2):83-94.
10. Francia L, Gitto L, Mennini FS, Polistena B: An Econometric Analysis of OECD Countries Health Expenditure. iHEA 2007 6th World Congress: Explorations in Health Economics Paper. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=992828>
11. European Commission: Commission Staff Working Paper. Accompanying document on the draft Commission Decision on Establishing an EU Anti-corruption Reporting Mechanism ("EU Anti-Corruption Report"). In. Brussels: European Commission; 2011: 1-69.
12. World Health Organization: Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. In.: World Health Organization; 2007.
13. Colling R, York T. Burlington, MA: Elsevier; 2010.
14. Chaudhury N, Hammer J: Ghost doctors: Absenteeism in Bangladeshi rural health facilities. *The World Bank Economic Review* 2004, 18(3):423-441.
15. Garcia-Prado A, Chawla M: The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica. *Health Policy & Planning* 2006, 21(2):91-100.
16. Husten L: Nine Italian Cardiologists Arrested in Broad Investigation of Research Fraud and Misconduct. *Forbes* 2012(November 11, 2012).
17. Mennini FS, Gitto L, Vian T: Corruption, taxation and their effects on social expenditure in OECD countries, in progress, abstract submitted for the 5th Biennial Conference of the American Society of Health Economics.
18. Monte A, Papagni E: The determinants of corruption in Italy: Regional panel data analysis. *European Journal of Political Economy* 2007, 23:379-396.
19. de Belvis GA, Ferre F, Specchia M, Valerio L, Fattore G, Ricciardi W: The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector. *Health Policy* 2012, 106:10-16.
20. Kohler J, Ovtcharenko N: Good governance for medicines initiatives: Exploring lessons learned. U4 Issue Paper 3. In. Bergen, Norway: U4 Anti-Corruption Resource Center; 2013.
21. Jommi C, Costa E, Michelon A, Pisacane M, Scroccaro G: Multi-tier drugs assessment in a decentralised health care system. The Italian case-study. *Health Policy* 2013, 112:241-247.
22. Waning B, Vian T: Transparency and accountability in an electronic era: the case of pharmaceutical procurements. Brief 10. In. Bergen, Norway: U4 Anti-Corruption Resource Center; 2008.
23. Allen S: With work, Dana-Farber learns from '94 mistakes. In: *Boston Globe*. November 30, 2004 edn. Boston, MA; 2004.
24. Ariely D: *The (Honest) Truth about Dishonesty: How We Lie to Everyone—Especially Ourselves*. New York, NY: Harper Collins Publishers; 2012.



CAPITOLO 2

GLI SCENARI DELLA SANITÀ ITALIANA IN CHIAVE SOCIALE

Carla Collicelli *Fondazione Censis*

I dati Ocse - relativi al 2011 ma pubblicati recentemente – sulla sanità dei Paesi industrializzati, confermano il posizionamento positivo dell'Italia rispetto agli altri Paesi avanzati, sia dal punto di vista della speranza di vita alla nascita, indicatore considerato altamente indicativo rispetto alle condizioni di salute della popolazione, che da quello della efficienza misurata attraverso la spesa impegnata per i servizi sanitari.

Per quanto riguarda la speranza di vita alla nascita, l'Italia mantiene una posizione più che buona, con quasi 83 anni di vita attesa alla nascita nel 2011, superata in ciò in quell'anno solo dalla Svizzera, pareggiata dal Giappone, e superiore di alcuni decimali rispetto alla Spagna ed all'Islanda.

Per ciò che attiene alla spesa, quella totale (pubblica e privata) pro-capite, a parità di potere d'acquisto, è vicina alla media europea, ma al di sotto del valore della maggior parte dei più avanzati Paesi dell'area industrializzata. Senza considerare gli Stati Uniti d'America, dove si sono spesi nel 2011 ben 8.509 US \$ pro-capite per prestazioni sanitarie, si riscontrano infatti 5.699 US\$ in Norvegia, 5.643 in Svizzera, 5.099 in Olanda, e valori superiori ai 4.000 US\$ in Austria, Belgio, Canada, Francia, Germania, contro i 3.012 US\$ dell'Italia.

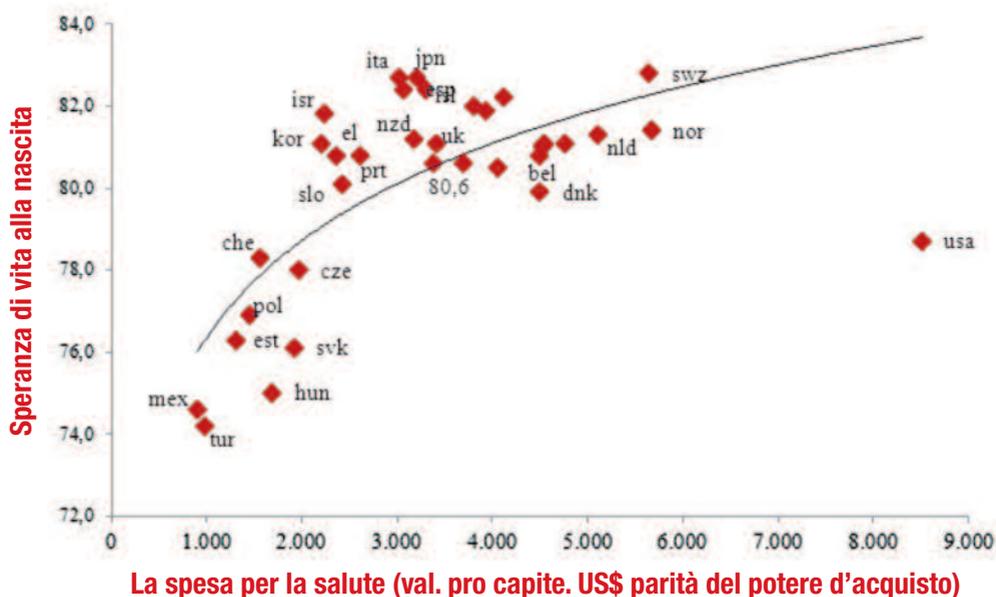
Pur nella correzione del dato 2010 a 3.019 US\$ (rispetto ai 2.964 precedentemente stimati), continua peraltro la lenta decrescita del valore italiano, effetto evidente dell'impatto della crisi economica sul settore, sia dal punto di vista della riduzione della spesa pubblica, che da quello del contenimento dei consumi privati. E ciò mentre la spesa privata sostenuta dalle famiglie e dai cittadini di tasca propria (out of pocket), cresce in Italia in percentuale, rispetto al totale della spesa, dal 17,5% nel 2010 al 18% del 2011, essendo tale andamento da collegare al più accentuato decremento della spesa pubblica rispetto a quella privata. La spesa privata sostenuta dalle famiglie e dai cittadini di tasca propria risulta di fatto ancora più alta di quella di Francia, Germania, Regno Unito (e di altri Paesi del Nord Europa), ma più bassa di quella di Belgio, Finlandia, Grecia, Islanda, Irlanda, Polonia, Portogallo Slovacchia, Spagna e Svizzera.

Indicatore particolarmente positivo è quello che collega stato di salute e spesa. Il rapporto tra spesa pubblica e stato di salute della popolazione (grafico 1) ci colloca infatti, nel confronto Ocse, nel novero dei Paesi più virtuosi, quelli cioè che con una

spesa relativamente bassa ottengono livelli di longevità, e dunque di salute, della popolazione particolarmente elevati.

A fronte dei due parametri citati, particolarmente positivi, è importante però ricordare che, uscendo dall'alveo delle misurazioni più tradizionali, altri dati di confronto internazionale rettificano almeno parzialmente il buon posizionamento dell'Italia. È accaduto negli anni passati nell'ambito di una importante indagine dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), che collocava l'Italia in 2° posizione rispetto ai risultati complessivi in campo sanitario, ma nella 22° posizione per ciò che viene definita "la risposta ai bisogni dei cittadini".

Grafico 1. Relazione tra spesa della salute e speranza di vita alla nascita nei Paesi Ocse – Anno 2011



Avviene ora nell'ambito della indagine condotta nel 2012 dalla Università di Gothenburg¹ sulla qualità del governo locale in 18 Paesi europei. Per la “*qualità della sanità pubblica*”, misurata attraverso i risultati di rilevazioni campionarie nei 18 Paesi analizzati, l'Italia si colloca in 10° posizione. Per la “*attribuzione di particolari vantaggi*” in 11°, e per “l'equità” di trattamento in 13°. Una conferma questa alle numerose verifiche effettuate recentemente in ambito nazionale sul peggioramento delle performance della sanità italiana negli ultimi anni a seguito dei problemi di bilancio di molte regioni e delle misure di *Spending review* introdotte (di cui si dirà nel paragrafo 3).

Sempre dalla indagine della Università di Gothenburg, emerge inoltre la 3° posizione dell'Italia (su 18 Paesi) per “*attendibilità dei media sulla corruzione nel settore pubblico*”, ma la 11° posizione per segnalazione da parte dei cittadini del “pagamento di un corrispettivo non dovuto” nei 12 mesi precedenti l'intervista per accedere ai servizi sanitari, e la 10° posizione rispetto all'indicatore generale di “*corruzione in istruzione, sanità e servizi pubblici*”.

Pur dovendo sottolineare che ci troviamo di fronte ad una indagine campionaria di popolazione, uno strumento cioè che può presentare incongruenze anche rilevanti soprattutto nel confronto internazionale, e risultati da verificare con maggiore puntualità, l'indagine ed i suoi dati hanno il sicuro merito di affrontare un tema, quello della corruzione e del suo impatto sulle performance dei servizi, molto importante e solitamente poco considerato e trattato, specie in Italia.

La medesima indagine di Gothenburg propone elementi interessanti anche dal punto di vista delle differenze regionali nella sanità italiana, mostrando ad esempio, tra le 172 regioni europee complessivamente prese in esame:

- un divario tra la posizione 9° ottenuta della provincia di Bolzano e quella 170° della Regione Calabria, per quanto riguarda la “qualità della sanità pubblica”;
- tra il valore 22 di Bolzano ed il valore 172 della Calabria per la “attribuzione di vantaggi”;
- tra il valore 50 di Bolzano ed il valore 170 della Calabria per “l'equità”.

Il “*pagamento di tangenti*” vede un posizionamento relativamente positivo in Italia di Valle d'Aosta (71) e di Sardegna (83), ed uno particolarmente negativo di Calabria (156) e Campania (164). L'indicatore generale di “corruzione nei servizi pubblici” vede nelle posizioni più lusinghiere Bolzano (13), Valle d'Aosta (18) e Trento (20), e nelle ultime posizioni Sicilia (148), Calabria (154) e Campania (157).

Si conferma, dunque, oltre alla problematicità dei valori medi nazionali, la differenziazione particolarmente accentuata in Italia tra regioni più o meno virtuose, anche rispetto a questo particolare aspetto.

L'osservazione degli aggiornamenti intervenuti nell'ultimo anno negli altri dati di livello regionale rispetto alle medie nazionali, consente di confermare le notevoli eterogeneità tra regione e regione e tra comparti geografici del Paese.

Per quanto riguarda lo stato di salute, ad esempio, i recenti dati Istat 2012 (basati sulle dichiarazioni del proprio stato di salute raccolte nel corso della Indagine Multiscopo 2011), indicano, fatto pari a 100 il valore medio italiano, una variabilità regionale che oscilla tra il valore 93 della Sardegna e quello 105 della Val d'Aosta (tabella 1).

Anche la spesa sanitaria pubblica pro-capite, calcolata dall'Istat in euro per abitante, mostra nel 2010 variazioni importanti: dai 1.763 euro della Sicilia ai 2.195 di Bolzano.

La spesa privata delle famiglie, e cioè l'insieme delle spese *out of pocket* (inclusa la spesa relativa ai *ticket* sia sui servizi che sui prodotti sanitari, ed esclusi gli eventuali premi assicurativi o contributi a fondi o mutue sanitarie), che tocca secondo i dati Istat nel 2010 la quota nazionale media del 19,5%, continua a presentare differenze importanti, ad esempio tra il 14,2% della Sardegna e della Campania ed il 27% del Friuli Venezia Giulia.

Complessità e nodi problematici del Servizio sanitario nazionale

Ma cosa si annida dietro alle cifre dei confronti numerici, internazionali e regionali? In Italia la sanità muove circa 115 miliardi di euro di spesa pubblica (pari al 7,3% del Pil) e circa 30 miliardi di euro di spesa privata, per un totale - tra pubblica e privata - superiore al 9% del Pil. La filiera produttiva del settore sposta più di 152 miliardi di euro (calcolati sommando il valore aggiunto diretto e indiretto), pari all'11,2% del Pil, e vede un numero totale di addetti di 1 milione 570 mila unità circa (pari al 6,4% dell'intera economia nazionale).

Poche cifre per rendere evidente l'imponenza economica ed il contributo sostanzioso dato dal settore sanitario all'economia del Paese, oltre che alla salute delle persone, nell'ambito della vita sociale. A fronte di tanto peso e di tanto significato, sta una situazione del settore complessa e densa di trasformazioni e di criticità.

Non vi è dubbio che il settore costituisca in Italia una vera eccellenza, per copertura universalistica e qualità delle strutture e delle professionalità, ed i dati brevemente citati nel primo paragrafo lo dimostrano ampiamente. Non possiamo però nasconderci che, è a partire dalla fine anni Ottanta, a 10 anni dunque dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che alcune significative incongruenze tra domanda di salute ed offerta di sanità, e tra evoluzione della società ed evoluzione delle po-

litiche sanitarie e socio-sanitarie, cominciano ad affacciarsi sulla scena italiana ed internazionale, dando luogo a squilibri ed a criticità ancora oggi in gran parte irrisolti, tra cui i più importanti possono essere riassunti come segue:

**Tabella 1. Performance sanitarie
a livello regionale (anni vari dal 2010 al 2012)**

	Stato di salute (1)	Assenza di cronicità (2)	Attrazione (3)	Soddisfazione dei cittadini (4)	Offerta per disabilità e cronicità (5)	Modernizzazione (6)
Piemonte	99	98	118	109	129	92
Valle d'Aosta	105	103	121	133	56	151
Lombardia	100	100	145	115	152	86
Liguria	103	101	121	93	116	140
Trentino Alto Adige	111	109	120	153	-	-
Veneto	102	103	165	113	150	110
Friuli Venezia Giulia	102	104	140	119	-	-
Emilia Romagna	101	100	117	143	-	-
Toscana	101	101	96	105	103	130
Umbria	95	96	99	119	94	122
Marche	100	104	114	103	69	92
Lazio	102	102	136	86	78	94
Abruzzo	97	95	96	73	80	107
Molise	100	100	140	99	92	186
Campania	104	101	64	71	66	103
Puglia	97	97	88	78	72	76
Basilicata	93	94	82	89	62	131
Calabria	89	93	55	53	-	94
Sicilia	100	99	74	66	58	108
Sardegna	93	97	112	88	55	118
Italia	100	100	100	100	100	100

- (1) Dati al 2012. Persone che forniscono una valutazione buona del proprio stato di salute.
- (2) Dati al 2012. Persone che non hanno malattie croniche e si dichiarano in buona salute.
- (3) Dati al 2011. Indice costruito in base all'indicatore di mobilità tra regioni e l'indicatore di degenze media standardizzata per case mix (il case mix è un indice comparativo di performance che mette a confronto l'efficienza operativa delle strutture della regione in relazione ai casi di ricovero rispetto a quella osservata a livello nazionale)
- (4) Dati 2011. Indice costruito in base ai seguenti indicatori: comodità di orario delle Asl dichiarata, attese non oltre i 20 minuti presso le Asl, soddisfazione per i servizi ospedalieri di assistenza medica, infermieristica e di igiene.
- (5) Dati al 2010. Indice costruito attraverso i dati sulle strutture per disabili residenziali e semiresidenziali e posti nelle strutture per disabili e la spesa assistenziale.
- (6) Dati al 2010. Ecotomografi, tac e risonanze magnetiche, centri unificati prenotazione, unità mobile di rianimazione, servizio trasporto dialisi.

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, Ministero della Salute

- la diffusione di stili di vita negativi per la salute, dal consumo eccedentario di prodotti alimentari inadatti, alla sedentarietà, al fumo di tabacco tra i giovani, all'alcol, con la conseguenza dell'aggravarsi di alcune sindromi quali la sindrome metabolica e l'obesità;
- il persistere, ed in molti casi l'aggravarsi, di forme di disagio psicofisico, legate in particolare a condizioni di lavoro e di vita negative ed alla crisi della famiglia e dei valori di riferimento, cui si collegano anche l'abuso di sostanze psicotrope e la diffusione delle forme di ansia e della depressione;
- un approccio persistentemente "familistico" degli assetti assistenziali complessivi, per cui il carico della cura dei disabili, dei malati cronici, degli anziani non autosufficienti, dei minori, ricade sempre più pesantemente sulle famiglie, e nello specifico sulle donne, con effetti devastanti nei casi di maggiore gravità e di particolare sovraccarico famiglia-lavoro;
- una risposta insufficiente ai problemi posti dal prolungamento della vita e dalla diffusione esponenziale delle patologie croniche;
- gli effetti perversi della medicalizzazione del disagio e della sanitarizzazione degli interventi sociali;
- la crescita continua di alcune voci di spesa per la produzione dei servizi, dai costi crescenti di apparecchiature sempre più complesse e sofisticate, alla gestione ospedaliera, cui si affiancano ampie aree di non ottimale utilizzazione delle risorse, con sprechi, forme di iperconsumo di farmaci e interventi diagnostici non necessari, bassa utilizzazione degli strumentari, ecc.;
- la difficoltà a perseguire il necessario equilibrio tra obiettivi di salute e politiche ambientali e sociali, attraverso cui promuovere il superamento della cosiddetta società "a somma zero", nella quale da un lato si produce malattia e disagio - attraverso le attività produttive, la circolazione stradale, la mancata prevenzione primaria, le carenze educative, ecc. - e dall'altro si fatica a reperire le risorse necessarie per combattere gli effetti negativi sulla salute;
- i ritardi accumulati nel tentativo più volte dichiarato di spostare le risorse impegnate dalla medicina per le acuzie, prevalentemente in regime di ricovero, a quella per le cronicità e le disabilità, in regime di prevenzione, riabilitazione, territorio e assistenza domiciliare;
- i fallimenti registrati nel tentativo di ricentrare il sistema sulla persona umana e sulla sua famiglia, piuttosto che sulla organizzazione dei servizi e sugli operatori.

L'elenco potrebbe continuare, ma già i punti citati bastano per farci comprendere qual sia lo spessore delle tematiche sottoposte alla riflessione dei responsabili politici ed amministrativi, nonché degli utenti e degli operatori del settore e delle loro organizzazioni di rappresentanza nel periodo attuale, rispetto alla qualità del sistema.

Una recente indagine condotta dal Censis nel 2011² ha rilevato, ad esempio, il livello elevato della percezione sociale di alcuni importanti aspetti negativi della sanità italiana, soprattutto per quanto riguarda la fruizione dei servizi (Tab. 2).

Tabella 2. I principali aspetti negativi nelle strutture sanitarie (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
La lunghezza delle liste di attesa	62,5	71,8	70,1	70,6	68,5
La lunghezza delle code nelle varie strutture (ad esempio, agli sportelli, per fare le analisi, dal medico, ecc..)	29,9	31,5	27,1	20,2	26,4
La mancanza di coordinamento tra strutture, servizi e personale, che costringe a girare da un ufficio all'altro	17,9	12,4	20,8	13,1	15,8
Una eccessiva rapidità nella dimissione ospedaliera	14,9	18,4	15,3	9,3	13,8
L'inadeguata professionalità degli operatori	8,8	6,2	7,2	15,0	10,1
L'assenza di informazioni sui soggetti/strutture alle quali rivolgersi	12,8	9,0	8,0	7,6	9,3
L'assenza nella sua area territoriale dei servizi/strutture/prestazioni di cui ha più bisogno	3,9	5,5	4,6	16,4	8,6
Un approccio poco umano degli operatori	4,5	7,1	5,5	10,4	7,2
La variabilità eccessiva delle decisioni dei medici rispetto alle stesse patologie	6,6	4,0	7,4	3,2	5,1

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Fom-Censis, 2011

L'impatto della crisi economico-finanziaria

Su una situazione quale quella fin qui brevemente descritta, si sono innestati da alcuni anni a questa parte gli effetti indotti dalle manovre economico-finanziarie sulle regioni in deficit di bilancio (Piani di rientro) e da quelle della *Spending review* in corso dal 2012, a seguito della crisi. Considerevole è stato l'impatto negativo di questi interventi su equità, accessibilità ed appropriatezza delle cure, come emerso da alcune indagini condotte rispetto al punto di vista degli utenti.

Da una di queste indagini, recentemente condotta dal Censis nel maggio 2013, risulta ad esempio un giudizio decisamente negativo da parte degli italiani rispetto alle

manovre di finanza pubblica in materia di sanità (tabella 3), che accentuerebbero, a detta del campione intervistato, le iniquità e ridurrebbero la qualità dei servizi.

A ciò si collega il fatto che, all'interno del campione di italiani intervistati (sempre nel mese di maggio 2013), meno della metà ritiene che il Servizio sanitario copra le prestazioni "di cui di fatto si ha bisogno" (tabella 4), quota che scende al 34,5% nel sud e nelle isole. Molto numerosi sono coloro che ritengono di ricevere solo le prestazioni essenziali (41,2% nella media), cui vanno sommati i giudizi decisamente negativi di ritiene di ricevere un'offerta insufficiente (14%).

Uno degli strumenti di razionamento dell'accesso ai servizi, che ha visto recentemente un notevole inasprimento, è il *ticket* di compartecipazione alla spesa. Evidenti paradossi emergono dalle indagini relativamente alla questione del rapporto tra *ticket* di compartecipazione e costi nel privato, visto che dai dati risulta che a volte sono meno costose le prestazioni effettuate nel privato rispetto al pagamento della compartecipazione nel pubblico: oltre il 27% dei cittadini intervistati nel 2013 dichiara di aver avuto l'occasione di rilevare che il ticket fosse superiore al costo da sostenere nel privato, e questa percentuale aumenta in maniera esponenziale tra gli abitanti delle regioni del Sud e delle Isole, arrivando quasi al 41%.

Spicca in particolare il divario tra il dato relativo alle Regioni sottoposte a Piano di rientro (oltre il 36%) e le altre Regioni (quasi il 20%), ad ulteriore testimonianza dei problemi indotti dai processi di ristrutturazione finanziaria della sanità regionale imposti dai Piani prima, e dalla *Spending Review* poi. Oltre a coloro che hanno fatto l'esperienza di un costo privato della prestazione inferiore al valore del *ticket*, si registra anche un ulteriore 12,4% di intervistati che rileva che, sebbene la prestazione costasse meno nel pubblico, la differenza di costo era talmente ridotta da far preferire il privato.

Tabella 3. Opinioni degli intervistati sulle manovre di finanza pubblica in materia di sanità (val. %)

	Val. %
▪ Tagliano sprechi ed eccessi e razionalizzano le spese	38,6
▪ Tagliano i servizi e riducono la qualità	61,4
Totale	100,0
▪ Finiscono per accentuare le differenze di copertura sanitaria tra regioni, ceti sociali, ecc.	73,4
▪ Contribuiscono a dare una sanità più uguale per tutti	26,6
Totale	100,0
▪ Puntano troppo sui tagli, poco a cercare di trovare nuove fonti di finanziamento (ad es. i Fondi Sanitari Integrativi, le polizze malattia)	67,1
▪ Fanno bene a puntare sui tagli, c'è poco spazio per trovare nuove fonti di finanziamento	32,9
Totale	100,0

Tabella 4. Opinioni dei cittadini sul grado di copertura del Ssn, per area geografica (val. %)

Come valuta il grado di copertura del servizio sanitario nazionale, cioè tenuto conto della sua esperienza recente, il Servizio sanitario offre le prestazioni di cui ha bisogno?	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Si	87,8	98,6	86,2	77,8	86,0
di cui:					
Si, offre le prestazioni di cui di fatto ho bisogno	48,1	60,8	43,3	34,5	44,8
Si, ma solo quelle essenziali, le altre ormai me le pago	39,7	37,8	42,9	43,3	41,2
No, ormai la copertura per me e la mia famiglia è insufficiente	12,2	1,4	13,8	22,2	14,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis Previmedical, 2013

Da cui la propensione crescente, a volte la vera e propria necessità, per motivi di urgenza e di gravità, a rivolgersi alla sanità privata ed alle prestazioni in regime di intramoenia, che si riverbera nell'aumento della spesa privata *out of pocket* di cui abbiamo detto. Secondo le analisi del Censis, sono oltre 12,2 milioni gli italiani che dichiarano³ che negli ultimi anni hanno fatto ricorso, più frequentemente che del periodo precedente, alla sanità a pagamento, e sia alla sanità privata che a quella in intramoenia. In particolare è pari al 25% la quota di italiani che ha intensificato il proprio ricorso alla sanità privata, mentre è pari a quasi il 12% la quota di coloro che si rivolgono di più all'intramoenia. Inoltre si rivolgono di più alla sanità privata gli abitanti del Sud e delle isole (quasi il 35% vi ha aumentato il ricorso), ed all'intramoenia gli italiani tra i 30 e i 45 anni (oltre 14%) e gli abitanti del Sud e delle isole (17%). Il ricorso alle prestazioni private è dettato spesso, poi, oltre che dal costo della compartecipazione alla spesa nel pubblico, anche dalla lunghezza delle liste di attesa, denunciata in particolare dai cittadini dell'Italia centrale (tabella 5). Accanto a ciò l'importante ulteriore elemento che risiede nella possibilità di scegliere il medico da cui farsi curare nel privato ed in intramoenia, scelta non sempre possibile nelle strutture pubbliche.

A proposito dell'impatto della crisi sulla sanità, non va dimenticato che esiste anche un effetto di ben diversa natura, quello delle persone che dichiarano di avere ridotto il proprio ricorso alla sanità a pagamento in questi ultimi anni; si tratta di oltre

[34] ³ Dalla ricerca condotta dal Censis nei primi mesi del 2013 per conto di Previmedical su di un campione rappresentativo di italiani

Tabella 5. Motivi per cui si ricorre alla sanità privata, per area geografica (val. %)

Se ha fatto ricorso alla sanità privata per quale motivo lo ha fatto?	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Nel pubblico bisognava aspettare troppo a lungo	63,9	57,1	69,6	59,2	61,6
Perché nel privato ho potuto scegliere il medico da cui farmi curare	36,6	21,7	21,6	41,7	32,7
Se paghi, sei sempre trattato meglio	19,4	16,2	8,8	22,8	18,2
Mi è stato indicato da persone di fiducia	18,1	20,7	9,5	11,4	14,7
Mi garantiva flessibilità di orari	8,3	7,6	9,5	13,5	10,3
Non avevo alternative nel pubblico nella mia area di residenza	2,8	13,1	6,8	13,5	9,7
Perché ho trovato un'occasione e ho acquistato servizi/prestazioni a prezzi vantaggiosi	1,4	6,1	4,1	2,1	3,1
Altro motivo	1,9	-	1,4	0,3	0,8

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis Previmedical, 2013

5 milioni di italiani, poco più dell'11% per la sanità privata, e poco meno del 10% per l'intramoenia, valori che rimangono simili lungo tutto l'arco della penisola. Una entità questa che si colloca nell'ambito dell'insieme degli italiani (oltre 9 milioni nel 2012) che dichiarano di aver rinunciato *tout court* ad una prestazione sanitaria nell'ultimo anno per motivi legati alla erogazione (costo, *ticket*, lista di attesa). Chi ha diminuito il ricorso alla sanità privata e/o intramoenia lo ha fatto principalmente perché ha minori disponibilità economiche (87%), motivazione che tra coloro che hanno più di 64 anni è indicata dal 95,2% degli intervistati.

Si può quindi dire che, tenuto conto di coloro che dichiarano di avere aumentato il ricorso alla sanità a pagamento e coloro che invece l'hanno ridotta, si registra un saldo netto di oltre 7,2 milioni di italiani che, per usufruire di prestazioni sanitarie in tempo e modalità utili, mettono mano al portafoglio, pagando per intero il costo della prestazione.

Se la rinuncia e lo slittamento nel privato sono al momento il problema principale nell'ambito della sanità specialistica e diagnostica, non vanno dimenticati altri due importanti aspetti, spesso collegati: le carenze di un sistema che opera quasi esclusivamente sulla base delle richieste degli utenti, mediate dai professionisti della

medicina di base, e non è in grado di scovare sul territorio la domanda inespressa, e la questione delle cronicità.

A tale proposito si sostiene ormai da molti anni che un miglioramento della qualità e delle performance della sanità italiana, oltre che della sua sostenibilità, vada prodotto attraverso una azione di rafforzamento della cosiddetta medicina del territorio, dalla medicina di base, alla assistenza domiciliare, alla prevenzione, alla riabilitazione. In realtà troppo poco è stato fatto in questa direzione e, come si evidenzia nella già citata **tabella 1**, le variazioni nell'offerta per disabilità e cronicità tra 2006 e 2010 e tra 2009 e 2010 sono macroscopiche, con regioni, come il Friuli Venezia Giulia, la Liguria e la Lombardia, nelle quali sono evidenti gli sforzi di implementazione di questo tipo di offerta; e regioni, come la Sicilia, la Sardegna e la Campania, nelle quali l'offerta per disabilità e cronicità mostra addirittura un *trend* decrescente.

Nello specifico della assistenza domiciliare integrata (Adi), servizio particolarmente importante per evitare ricoveri non necessari e per assicurare un corretto intervento post-acuzie e cure adeguate di malati cronici e disabili gravi, tra 2007 e 2010 si rileva un leggero incremento degli anziani trattati (dal 32,7 per mille al 41,1 per mille), per un numero di ore erogate all'anno ancora molto basso (20 ore all'anno per caso), tanto da mettere in discussione la stessa definizione di Adi, che sembra piuttosto corrispondere ad un *set* di controlli periodici di tipo socio-sanitario, più che ad una vera assistenza e per un numero insufficiente di assistiti, rispetto a quelle che l'epidemiologia ci dice essere le dimensioni della domanda. Anche le attività di continuità assistenziale, che tanta importanza hanno nel *follow-up* post-ricovero, risultano stazionarie tra 2009 e 2010, con 21 medici per 100.000 abitanti dedicati nella media nazionale, e con differenze importanti (5 a Bolzano e 62 in Sardegna), e 17.229 visite effettuate per 100 mila abitanti (4.906 nel Lazio e 42.373 in Calabria).

Il tema dell'etica in sanità

La necessità di far fronte ai meccanismi di contenimento della spesa sanitaria, senza provocare i contraccolpi negativi di cui abbiamo detto nel paragrafo che precede, ha stimolato negli ultimi tempi in Italia una attenzione decisamente inedita per le questioni attinenti il buon uso della risorse e l'etica allocativa. Da cui anche il peso assegnato alla questione della "corruzione" in sanità, in precedenza poco considerato, quanto meno nelle analisi di matrice italiana, nella considerazione delle vie di riforma da percorrere.

Secondo recenti rilevazioni del Censis, il 43,1% degli italiani attribuisce le cause della crisi economica alla "crisi morale della politica ed alla corruzione", più che al

debito pubblico (26,6%) o ad altri fattori. Al terzo posto viene indicato nella medesima indagine un altro elemento che ha a che fare con l'etica, l'evasione fiscale (24,8%).

La sensibilità nei confronti dell'argomento "corruzione ed etica pubblica", diventata particolarmente alta negli ultimi tempi, è certificata anche da una situazione più generale del Paese, quella che il Censis ha chiamato "il rischio di uno smottamento etico": quote elevate di cittadini hanno infatti la sensazione che la situazione, invece di migliorare, stia peggiorando, in termini di comportamenti scorretti per fare carriera (64,1%), evasione fiscale (58,6%), accettazione di affari di dubbia committenza (59,8%), pagamento di tangenti (55,1%).

Ma quanto tutto ciò ha a che fare con la sanità? I dati a questo proposito scarseggiano, ma la Corte dei Conti ha recentemente scritto che gran parte della corruzione del Paese si annida "nei lavori pubblici e nella materia sanitaria". E sebbene sia diffusa la convinzione, suffragata da evidenze empiriche, che la sanità italiana continui ad essere, nonostante le difficoltà, uno dei settori che funzionano meglio nel Paese, e che molti operatori e dirigenti si impegnino con grande coraggio e dedizione nel farla funzionare, e non vadano ingiustamente colpevolizzati, comincia ad essere forte la richiesta di interventi responsabili di individuazione, penalizzazione ed eliminazione delle sacche di corruzione o di comportamento scarsamente etico, laddove esse esistono.

D'altra parte non è da oggi che le agenzie internazionali hanno sollevato la questione della incidenza del fenomeno della mancata trasparenza gestionale nelle sanità, in modo particolare nei Paesi latino-mediterranei. Al di là dello studio svedese citato nel paragrafo 1, si è occupato della questione etica in sanità in particolare Transparency International, registrando ad esempio nel caso dell'Italia un 10% di cittadini che ricordano di aver pagato oltre il dovuto per accedere ad uno o più servizi sanitari. Ma lo confermano anche altri dati, come quelli di Eurobarometro, secondo cui quote superiori al 90% dei cittadini italiani, contro valori attorno al 60-70% del resto dell'Europa, dichiarano che la corruzione è presente nelle istituzioni nazionali, locali e regionali, nonché nella cultura imprenditoriale.

Il maggiore ostacolo al miglioramento dei servizi sanitari pubblici viene individuato da un campione di popolazione italiana, secondo altre indagini, nel "malcostume di politici e amministratori", con una quota del 38,6% (indagine Censis 2012), seguito da "pressione e interessi dei privati" (32,6%) e, solo a grande distanza, da altri elementi relativi alla competenza degli operatori ed alle richieste dei pazienti.

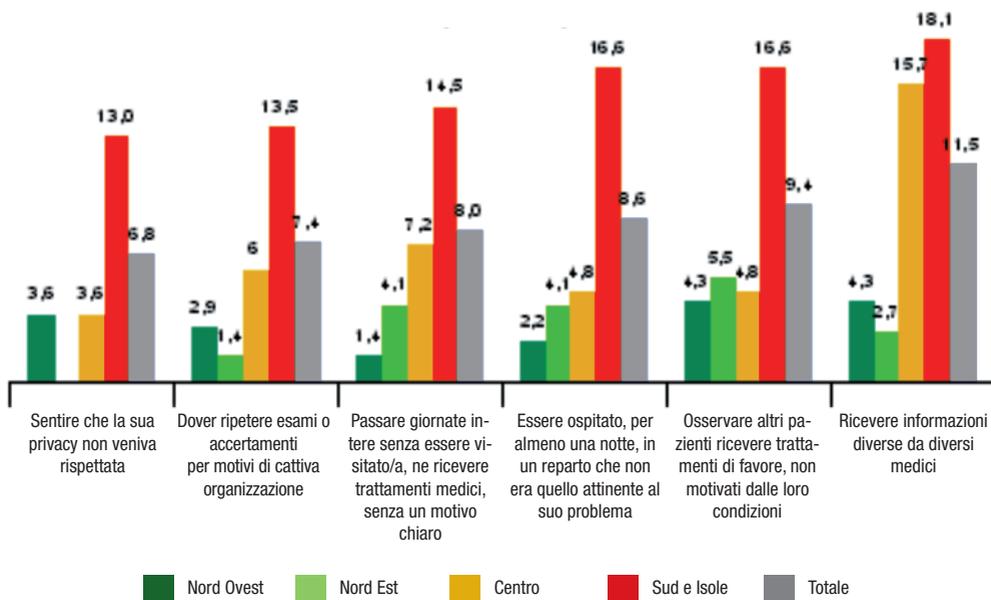
L'indagine sulla soddisfazione e la qualità percepita degli italiani nei confronti della sanità, condotta nel 2010 dal Censis per conto del Ministero della salute⁴, ha d'altra parte permesso di rilevare per la prima volta a livello nazionale che una quota di ricoverati ha avuto la sensazione che altri "pazienti ricevano trattamenti di favore"

⁴ Censis, Cittadini e salute, la soddisfazione degli italiani per la sanità, in: Quaderni del Ministero della salute, n. 5 settembre-ottobre 2010

nel corso della degenza (9,4%), e nel corso del ricovero (9,4% nella media italiana e 16,6% nel sud e nelle isole) (grafico 2). Ancora: la frequenza di casi di “malasana” nella propria zona è ritenuta alta o abbastanza alta dal 24,4% degli italiani (41,7% nel sud e nelle isole), sempre secondo il Censis, sempre secondo la medesima indagine del 2010 (tabella 6).

Nel riferire quanto detto non bisogna commettere l'errore di dimenticare i tanti dati positivi che caratterizzano il lavoro degli operatori sanitari, la funzionalità della maggior parte delle strutture, il contributo del Servizio sanitario nazionale al benessere collettivo in Italia. Quello che è certo che i dati rimandano ad una situazione di malcostume che mette a dura prova la qualità, l'equità e l'efficienza del sistema.

Grafico 2. Eventi accaduti nel corso del ricovero ospedaliero, per ripartizione geografica (val. %)



Fonte: indagine Censis-CCM, 2010

Tabella 6. Frequenza di casi di malasanità nella propria zona (val %)

Secondo lei, quanto sono frequenti nella zona in cui vive i casi di "malasanità" (errori diagnostici o terapeutici con conseguenze significative sulla salute dei pazienti?)	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Molto	0,6	2,3	3,6	7,2	3,8
Abbastanza	6,3	10,0	27,1	34,5	20,7
Poco	73,6	71,3	52,6	46,9	59,9
Per nulla	19,5	16,4	16,7	11,4	15,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis-CCM, 2010

Quali prospettive

Come affrontare il problema dell'etica in sanità, se la situazione è quella descritta? Tutti sembrano concordare, come d'altra parte è ovvio che sia, che occorre individuare, isolare e sanzionare coloro che si macchiano di atti illegali, e i tanti fatti di cronaca giudiziaria che, soprattutto nell'ultimo periodo, sono stati portati alla ribalta, ci confermano che le azioni di denuncia e giudizio sono più frequenti che in passato da qualche tempo a questa parte.

Il dibattito sollevato da Ispe Sanità (Istituto per la promozione dell'etica in sanità) attraverso il convegno di gennaio 2013 e poi con questa pubblicazione intende, però, richiamare la attenzione sulla necessità di promuovere una coscienza etica più diffusa e meno legata alla dimensione ispettiva e giuridica, che operi piuttosto nel senso di una responsabilizzazione ampia di tutti i soggetti coinvolti rispetto agli obiettivi collettivi - costituzionali, scientifici e professionali - che riguardano il settore della sanità. Consapevoli del fatto che è soprattutto del malcostume diffuso, più che della grande corruzione, che soffrono i cittadini, ed anche che è nel brodo di coltura della irresponsabilità morale quotidiana che trovano facile terreno di sviluppo anche le forme di grande corruzione.

Soprattutto occorre prendere coscienza del fatto che non è tanto con le denunce e le condanne che è possibile combattere la corruzione diffusa, per la quale occorre promuovere piuttosto una mutazione culturale ed un recupero sul piano dell'etica

Tabella 7. I Valori degli italiani (val %)

Secondo lei, quali sono le cose più importanti per migliorare la convivenza sociale in Italia?	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Moralità/Onestà	58,9	53,8	60,5	50,8	55,5
Rispetto per gli altri	48,6	57,1	58,0	52,6	53,5
Solidarietà	39,1	33,9	29,4	31,1	33,5
Serietà	26,5	23,5	25,3	25,8	25,4
Impegno Politico	19,3	21,4	23,8	24,7	22,4
Laboriosità (far bene il proprio mestiere)	22,1	25,3	20,5	17,8	21,0
Fede religiosa	12,3	17,3	16,5	17,1	15,7
Gusto della vita	7,9	10,5	4,3	4,9	6,7
Autorità	5,6	5,4	6,1	4,1	5,2

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis 2012

dei comportamenti, quella etica che trova ancora spazio nei valori degli italiani (tabella 7). La sanità italiana, come l'intero sistema della pubblica amministrazione e la società tutta, in sostanza, dovrebbero essere attraversati da uno sforzo, condiviso a tutti i livelli, di presa di coscienza dei valori comuni e delle responsabilità individuali e collettive. Il tutto con il supporto di una strumentazione data da forme di autoregolamentazione ed *empowerment* organizzativo, buona comunicazione interattiva, educazione formativa, verifica periodica delle competenze e del rapporto costi-benefici, controllo sui processi e risarcimento dei danni, monitoraggio continuo delle disfunzioni e delle loro cause.

E' evidente, allo stesso tempo, che gli obiettivi non potranno essere conseguiti senza porre mano ad una raccolta di dati sempre più approfonditi sul tema della corruzione in sanità. Ed i dati dovranno riguardare in particolare:

- le tipologie di corruzione in sanità maggiormente diffuse in Italia, e le relative definizioni, anche in raffronto a quelle utilizzate in ambito internazionale;
- le dimensioni del fenomeno nella sua articolazione tipologica, settoriale (pubblico-privato, ospedale-territorio, ecc.) e territoriale;
- il valore di impatto sociale ed economico degli effetti della corruzione in sanità;

- il rapporto tra dimensione emersa e dimensione sommersa;
- le caratteristiche dei casi rilevati e trattati dalla Magistratura;
- i differenziali della situazione italiana rispetto a quella di altri Paesi per tutte le dimensioni studiate;
- la percezione del fenomeno da parte degli operatori di tutti i livelli;
- la percezione del fenomeno da parte degli utenti del Servizio sanitario nazionale;
- la percezione da parte degli amministratori e politici, locali e nazionali;
- la percezione da parte del mondo della comunicazione;
- i fattori che possono essere considerati causali rispetto alle diverse forme di corruzione;
- i possibili interventi di tipo correttivo da proporre.



CAPITOLO 3

LA CORRUZIONE NELLA SANITÀ ITALIANA

Lorenzo Segato *RISSC*

Davide Del Monte *Transparency International*

Maria Teresa Brassiolo *Transparency International*

Il fenomeno della corruzione in sanità è poco studiato: nonostante i numerosi scandali e le condanne avvenute negli anni passati, oggi non è possibile determinare la diffusione della corruzione, che danni provoca e quali sono i settori più a rischio.

Il presente contributo è estratto dal *report* “Corruzione e Sprechi in Sanità”, pubblicato nel 2013 da RiSSC e Transparency International Italia, finalizzato ad esplorare il fenomeno per individuare le tipologie criminali ricorrenti ed i principali *drivers* (opportunità e vulnerabilità) della corruzione all'interno del Sistema Sanitario nazionale, dai quali si possano trarre spunti per elaborare modelli di analisi del rischio e sistemi di pre-allerta (*early warnings*)¹.

Per quanto concerne la ricerca, è stata usata la definizione internazionale di corruzione come “**abuso di potere pubblico per vantaggio privato**”, più ampia della previsione del codice penale italiano.

IL CONTESTO

Il 17 febbraio 1992 il presidente di uno storico istituto milanese di assistenza degli anziani viene arrestato in flagranza mentre intasca una mazzetta di sette milioni di lire pagata dal titolare di una piccola impresa di pulizie (il 5 per cento su un appalto di 140 milioni per le forniture alla casa di riposo)². È l'inizio di Mani Pulite. Durante gli interrogatori, confessa di aver preso la prima tangente nel 1974, a 30 anni, in qualità di capo dell'ufficio tecnico di un ospedale lombardo. Scontata la condanna e rientrato nel mondo del lavoro, nel 2009 viene nuovamente arrestato (come “Mister 10%”) per corruzione nel settore dei rifiuti³ e, nel 2012, è nuovamente coinvolto in un'inchiesta per corruzione nel settore sanitario⁴.

Perché una persona con una promettente carriera politica, incarichi prestigiosi ed elevato benessere, arriva a commettere una serie di reati di corruzione, e li reitera anche dopo essere stato condannato per quei reati?

La teoria dei giochi spiega che questa cooperazione illecita, nella quale gli interessi individuali sono anteposti agli interessi collettivi, può diventare strutturale in assenza di forme preventive di riprovazione morale o etica o in mancanza di strumenti di controllo, perché rappresenta un equilibrio strategico per i partecipanti (Massa-

¹ L'elaborazione degli *early warnings* (pre-allarmi) si basa su un set di indicatori, qualitativi e/o quantitativi, del livello di rischio di corruzione. In letteratura, tali indicatori sono anche definiti *red flags* (bandiere rosse) quando indicano una maggiore probabilità di corruzione.

² Fonte: <http://cinquantamila.corriere.it/storyTellerThread.php?threadId=ChiesaMario>.

³ Fonte: <http://www.ilgiornale.it/news/arrestato-chiesa-ancora-tangenti.html>.

⁴ Fonte: <http://espresso.repubblica.it/googlenews/2012/06/27/news/tangenti-toma-mario-chiesa-1.44512>.

renti, 2012)⁵. Ripercorrendo l'esperienza di Tangentopoli, fino ad alcuni recenti scandali, emerge infatti l'esistenza di sistemi di corruzione solidificati nel tempo, ai quali tutti si dovevano adattare per ottenere risultati altrimenti negati⁶. Il Tribunale di Bari parla di reiterazione sistematica di reati basati su una "logica di sistematica distorsione della scelta del contraente nelle forniture alla P.A. e delle nomine apicali dei dirigenti e primari"⁷.

Ma la decisione di aderire o rifiutare lo schema corruttivo, o di denunciarlo, rimane incardinata sul singolo soggetto, che sceglie sulla base dei propri principi e valori. L'approccio socio-culturale può spiegare meglio perché, a fronte delle occasioni e delle vulnerabilità descritte nel presente rapporto, alcuni soggetti decidano di corrompere (o farsi corrompere), altri no, ma quasi nessuno denunci. Si parla in questo caso dei costi morali della corruzione, cioè il prezzo che un soggetto deve pagare per violare i valori etici, sociali, professionali e culturali del proprio contesto sociale e di comunità.

Rispetto alla corruzione, l'Italia figura agli ultimi posti delle classifiche internazionali: nel 2012 si è piazzata al penultimo posto in Europa nel ranking del CPI, l'indice di percezione della corruzione del settore pubblico e politico, con un voto di 42 su 100 (ultima in classifica la Grecia, con 36/100). Nel Worldwide Governance Index di Banca Mondiale, alla voce "control of corruption" l'Italia scende da 77,1/100, miglior risultato ottenuto nel 2000, a 57,3 del 2011. Il Barometro Globale della Corruzione (GCB) pubblicato da Transparency International nel luglio 2013, mette in luce come i cittadini italiani considerino la corruzione un problema molto serio per la pubblica amministrazione, soprattutto a causa del proliferare di clientelismo e nepotismo. Dati in linea con quelli presentati dalla Commissione Europea nell'ultima edizione dell'Eurobarometro sulla corruzione 2012, dove l'89% dei cittadini italiani intervistati considera il sistema economico del Paese gravemente affetto dal fenomeno. Nel 2011 il SAET, ufficio del Dipartimento della Funzione Pubblica, basandosi sui soli dati ufficiali, ha tuttavia presentato l'immagine di un fenomeno assolutamente marginale: "ogni 1000 reati totali registrati in Italia vi è, di fatto, 1 reato contro la Pubblica Amministrazione" e "ogni 1000 dipendenti pubblici risulta, di fatto, denunciato 1 reato contro la Pubblica Amministrazione". A livello regionale sono rilevabili variazioni macroscopiche, come dimostrano gli studi dell'università di Göteborg: l'Italia è il Paese con la più elevata variazione interna in Europa per la presenza di fenomeni corruttivi.

⁵ Per una semplice spiegazione della teoria dei giochi applicata alla corruzione vedi A. Massarenti, 2012, Perché pagare le tangenti è razionale, ma non vi conviene, Guanda ed.

⁶ Si parla di dazione ambientale, per spiegare un contesto organizzato di tangenti stabilite in percentuali da versare come tangente ai partiti sulla base del loro peso. Recentemente si è parlato di situazione gelatinosa, un sistema strutturato tra soggetti apparentemente scollegati ma che, sulla base di un accordo corruttivo nascosto, si scambiavano reciprocamente favori in un contesto nel quale tutti erano collegati.

⁷ Tribunale di Bari, sentenza di rigetto dell'istanza di misura cautelare per vari indagati. Il testo è disponibile su <http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/2012/06/21/foto/tedesco-376430871/#10>

Rispetto alla sanità, le valutazioni internazionali riconoscono che la sanità italiana eroghi servizi di buon livello con costi che, pur rappresentando una quota significativa della spesa pubblica, sono in linea con gli altri Paesi OCSE. L'Italia è in media OCSE sia nel rapporto aspettativa di vita alla nascita – PIL pro capite, che nel rapporto aspettativa di vita alla nascita-spesa sanitaria pro capite. Le risorse impegnate nel 2011 per la sanità costituiscono circa il 75% della spesa corrente complessiva delle regioni. Le voci di costo che nel 2011 hanno mostrato un maggiore peso sul totale sono: il personale (32,2%), l'acquisto di beni e servizi (31,3%) e la spesa farmaceutica convenzionata (8,8%).

IL FENOMENO

Analisi qualitativa

- La corruzione in sanità rimane un fenomeno ampiamente oscuro in termini quantitativi, ma i suoi effetti sono evidenti. Negli anni recenti, la Corte dei Conti ha rilevato che in sanità “si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di maffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo” e che “il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriately organizzativa e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività”.
- I fattori generali che favoriscono la corruzione sono la natura consensuale del crimine, l'assenza di vittime dirette, la distanza causale tra accordo e vittimizzazione, la sofisticazione degli schemi criminali e la commistione con altri fenomeni di mal-amministrazione.
- I *drivers* di corruzione in sanità sono 12, di cui quattro dal lato della domanda sanitaria, e otto dal lato dell'offerta sanitaria. Dal lato della domanda: Incertezza o debolezza del quadro normativo, asimmetria informativa tra utente ed Sistema Sanitario, elevata parcellizzazione della domanda sanitaria, fragilità nella domanda di servizi di cura. Dal lato dell'offerta: forte ingerenza della politica nelle scelte tecnico-amministrative, elevata complessità del sistema, ampi poteri e discrezionalità nelle scelte aziendali e ospedaliere, basso livello di *accountability* del personale pubblico, bassi *standard* etici degli operatori pubblici, asimmetria informativa tra Sistema Sanitario e fornitori privati, crescita della sanità privata, scarsa trasparenza nell'uso delle risorse.
- In particolare emergono criticità dalla frammentazione del quadro regolamentare a livello regionale e sub-regionale; dall'abuso della decretazione di urgenza; dall'esplosione del contenzioso, giustificato o strumentale. Anche la nuova legge anticorruzione (L.190/12) e i decreti attuativi presentano elementi di criticità, riducendo alcune pene edittali - e di conseguenza i termini di prescrizione, ignorando alcune fattispecie penali, e non tutelando adeguatamente i *whistleblowers*

- La complessità organizzativa ed il decentramento rendono più difficile effettuare i controlli, e genera una parcellizzazione delle risorse e moltiplicazione dei centri di potere discrezionale, anche ai livelli più bassi della struttura amministrativa.
- L'asimmetria informativa espone al rischio corruzione il cittadino, debole e poco informato rispetto al medico che agisce in sua vece rispetto al SSN, determinando la domanda e l'offerta sanitaria. L'asimmetria espone al rischio anche le aziende, soprattutto quelle che investono in R&D, che si trovano a confrontarsi con funzionari impreparati o incompetenti, limitando quindi le scelte del SSN sulla base di criteri di selezione inadeguati, insufficienti, obsoleti o inutili, a seconda dei casi. L'infungibilità è un altro *driver* di rischio, perché permette di *bypassare* le procedure ad evidenza pubblica.
- L'affidamento ai privati convenzionati di porzioni sempre crescenti di sanità pubblica aumenta il rischio di corruzione a causa del conflitto naturale di interessi - di profitto per il privato e di riduzione dei servizi sanitari, idealmente investendo sulla prevenzione, e di costi da parte del SSN. La debolezza dei sistemi di controllo e l'elevato potere economico-politico che ruota attorno a tali affidamenti portano a schemi pericolosi di *grand corruption*, come si è visto in numerose regioni.
- La politica ha esondato in sanità, superando i normali confini di indirizzo e di controllo e di nomina dei soggetti apicali delle strutture sanitarie, alterando la buona amministrazione nei settori delle nomine, degli appalti e degli accreditamenti privati, in alcuni casi arrivando a controllare l'intero sistema sanitario regionale.
- Il senso civico e l'integrità del settore sanitario devono essere rafforzati. Il *whistleblowing*, ovvero il riportare situazioni illecite o sospette per prevenire la corruzione nella pubblica amministrazione, disciplinato dalla legge 190/12, viene considerato dagli intervistati nel settore sanitario come strumento di delazione – anziché prevenzione – e fonte di tensione tra il personale. "L'analisi strutturale della spesa sanitaria regionale [...] appalesa la necessità di una attenta promozione della cultura della legalità è dell'etica pubblica anche in questo settore", afferma la Relazione Garofalo.
- Il personale del sistema sanitario può approfittare di un basso livello di *accountability* per le proprie azioni, un incentivo a violare le regole. I sistemi interni di valutazione soffrono di corporativismo e autotutela che di fatto riducono la capacità di controllo. Le valutazioni dei dirigenti sono quasi sempre molto positive, indipendentemente dalla qualità dei servizi erogati o dai risultati della gestione economico-finanziaria dell'ente. Pur assistendo a una diffusione di codici di condotta e *standard* etici volontari, questi raramente contengono misure efficaci in termini di poteri d'indagine e sanzionatori, nonché di protezione per coloro che denunciano illegalità.
- La trasparenza, ad oggi, rimane una buona intenzione, anche se le recenti norme

stanno spingendo in modo deciso verso una maggiore trasparenza della PA. Rimane il problema.

Analisi quantitativa

- Il tasso medio stimato di corruzione e frode in sanità è del 5,59%, con un intervallo che varia tra il 3,29 e il 10% (Leys e Button 2013). Per la sanità Italiana, che vale circa 110 miliardi di Euro annuo, questo si tradurrebbe in circa 6 miliardi di euro all'anno sottratti alle cure per i malati.
- Il rischio di corruzione nell'acquisto di dispositivi per terapia meccanica, radiologica, elettrica e fisica è pari al 11-14%, secondo uno studio di PriceWaterHouse-Cooper (PwC 2013)⁸.
- Nella percezione dei cittadini, la sanità (in particolare i servizi che seguono le gare e gli appalti) è un settore corrotto. Il 40% degli Italiani intervistati - contro il 30% della media UE - ritiene che la corruzione sia diffusa tra coloro che lavorano nel settore della salute pubblica, percentuale che sale al 59% per i funzionari che aggiudicano le gare d'appalto (media UE 47%), superati solo dai politici a livello nazionale (67% Italia, 57% UE)⁹.
- Secondo il **Bribe Payers Index 2011**¹⁰ la sanità si colloca al settimo posto, ma è probabilmente il settore in cui i cittadini, specie i più deboli, pagano, anche con la vita, i costi altissimi della corruzione.
- Lo spreco di denaro pubblico negli appalti pubblici corrotti o sospetti (i casi con sospetta corruzione) è pari al 18% del budget complessivo dell'appalto, di cui il 13% deriva dal costo diretto della corruzione, sostiene PWC.

LE CRITICITÀ

I casi analizzati nell'ambito di cinque ambiti (nomine, farmaceutica, procurement, negligenza, sanità privata) hanno evidenziato le seguenti problematiche:

NOMINE: ingerenza politica, conflitto di interessi, revolving doors, spoil system, insindacabilità, discrezionalità, carenza di competenze

FARMACEUTICA: aumento artificioso dei prezzi, brevetti, comparaggio, falsa ricerca scientifica, prescrizioni fasulle, prescrizioni non necessarie, rimborsi fasulli

PROCUREMENT: gare non necessarie, procedure non corrette, gare orientate o cartelli, infiltrazione criminale organizzato, carenza di controlli, false attestazioni di forniture, inadempimenti-irregolarità non rilevate

NEGLIGENZA: scorrimento liste d'attesa, dirottamento verso sanità privata; false dichiarazioni (intramoenia); omessi versamenti (intramoenia)

SANITÀ PRIVATA: mancata concorrenza, mancato controllo requisiti, ostacoli all'in-

⁸ Lo studio si è svolto sugli appalti pubblici pubblicati nel 2010 in 5 settori (Urban/Utility Construction, Road & Rail, Water & Waste, Training, Research & Development) in 8 Paesi d'Europa (Francia, Ungheria, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Polonia, Romania, Spagna). Public Procurement: costs we pay for corruption identifying and reducing corruption in public procurement in the EU.

⁹ Eurobarometro 76.1 - Atteggiamento degli europei verso la corruzione, dati per l'Italia.

¹⁰ Il BribePayers Index misura la predisposizione dei dirigenti di un'azienda ad accettare il pagamento di tangenti all'estero. Maggiori informazioni sul BribePayers Index 2011 si trovano al link <http://bpi.transparency.org/bpi2011/>. I settori più vulnerabili alla corruzione sono gli appalti pubblici e le costruzioni, seguiti dalle utilities, l'edilizia, il settore minerario, la produzione di energia e la sanità, settima su 19 settori analizzati.

Casi di corruzione in sanità 2012

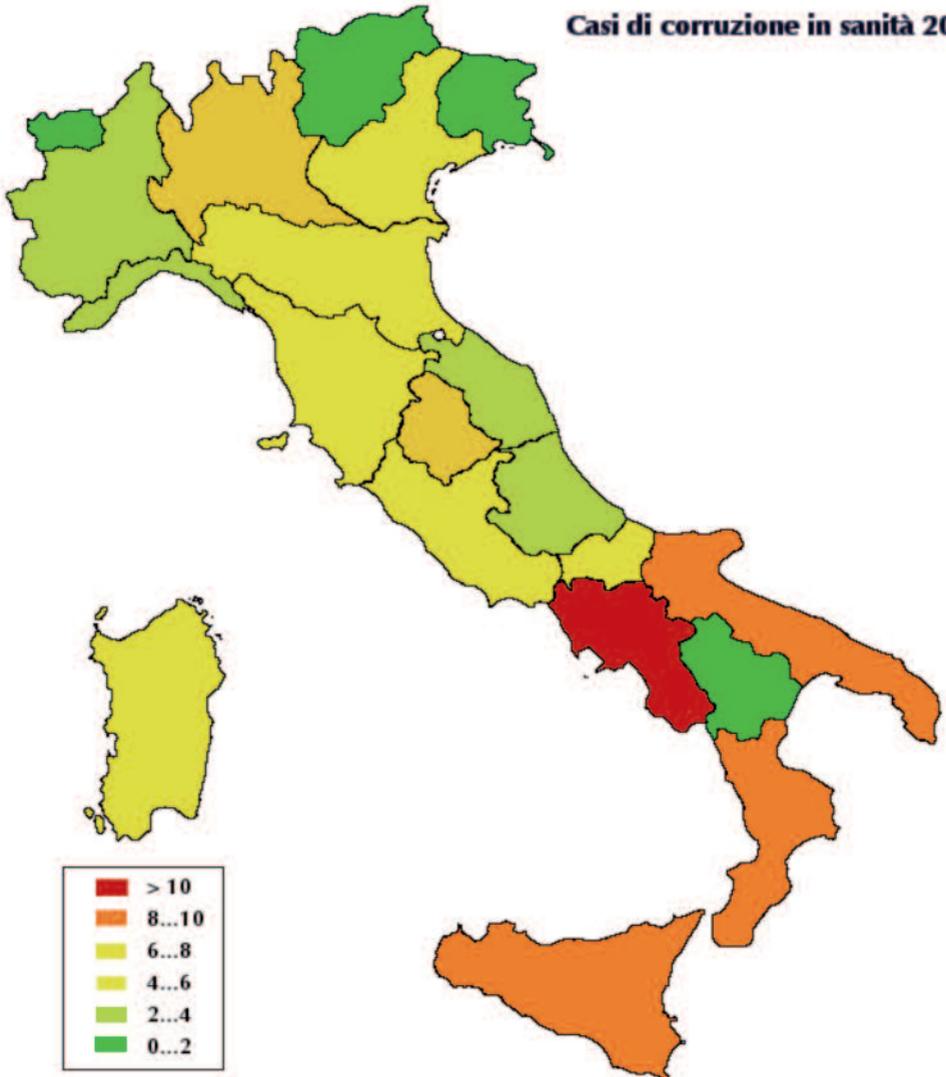


Illustrazione 1: Diffusione dei casi di corruzione nel 2012 - analisi dei giornali. Elab RiSSC su dati Avviso Pubblico

gresso e scarso *turnover*, prestazioni inutili, false registrazioni drg, falso documentale.

I FATTORI DELLA CORRUZIONE IN SANITÀ

Il rischio di corruzione dipende da alcuni fattori - definiti facilitanti o *drivers* - che ne rendono più favorevole la commissione. I fattori sono generali se caratteristici della corruzione o specifici se legati al settore sanitario. I fattori generali che favoriscono la corruzione sono la natura consensuale del crimine, l'assenza di vittime dirette, la distanza causale tra accordo e vittimizzazione, la sofisticazione degli schemi criminali e la commistione con altri fenomeni di mal-amministrazione¹¹. Più articolato il tema dei *drivers* specifici.

Nel "Global Corruption Report 2006", Transparency International individua tre fattori specifici nel settore sanitario: 1) **l'asimmetria informativa**, sia tra personale sanitario e pazienti, sia tra aziende produttrici di dispositivi medici e pubblici ufficiali responsabili della spesa sanitaria; 2) **la complessità del sistema sanitario** che rende difficile raccogliere e analizzare informazioni, promuovere la trasparenza, individuare e prevenire la corruzione; 3) **l'incertezza del mercato della sanità**, inteso come difficoltà per i *policy-makers* di prevedere, al fine di allocare le risorse, la diffusione di malattie così come i costi e l'efficacia delle cure¹².

Secondo CORIPE, i fattori facilitanti specifici del sistema sanitario nascono dalla combinazione di asimmetria informativa e conflitto di interessi, che si verifica quando gli interessi sanitari primari – ovvero la salute dei pazienti e la veridicità dei risultati di ricerca – tendono ad essere influenzati da interessi secondari quali il guadagno economico e i vantaggi personali. La corruzione è facilitata quando l'asimmetria informativa supera il "fisiologico" divario di informazioni fino a cadere nel conflitto di interesse. CORIPE delinea cinque ambiti dove il conflitto di interesse frequentemente inficia l'operato sanitario virtuoso (2013): 1) **il mercato delle prestazioni sanitarie**, nel quale i professionisti possono influenzare sia la domanda che l'offerta di prestazioni; 2) **l'informazione scientifica**, che impiega ingenti capitali per la ricerca, provenienti in gran parte da aziende produttrici di tecnologia o farmaci; 3) **l'intramoenia**, che prevede l'erogazione di prestazioni professionali al di fuori dell'orario ma all'interno del luogo di lavoro pubblico; 4) **le società scientifiche**, che definiscono gli standard di cura e le norme etiche di comportamento dei propri membri; 5) **le associazioni di pazienti** chiamate a partecipare alle decisioni pubbliche, che presentano strutture, composizioni e finanziamenti non sempre chiari.

¹¹ Vedi il paragrafo "Individuare la corruzione" nel cap. Errore. L'origine riferimento non è stata trovata..

¹² Quest'ultimo fattore di rischio corruzione è poco applicabile ai Paesi evoluti come l'Italia.

Tabella 1: I drivers della corruzione in Sanità

FATTORI GENERALI DELLA CORRUZIONE		<p>Natura consensuale del patto</p> <p>Distanza causale tra l'evento criminoso e i suoi effetti negativi</p> <p>Sofisticazione degli schemi criminali</p> <p>Connessione con altri fenomeni</p>
FATTORI PECULIARI DEL SISTEMA SANITARIO	GENERALI	<p>Incertezza o debolezza del quadro normativo</p>
	DOMANDA SANITARIA	<p>Asimmetria informativa tra utente ed Sistema Sanitario</p> <p>Elevata parcellizzazione della domanda sanitaria</p> <p>Fragilità nella domanda di servizi di cura</p>
	OFFERTA SANITARIA	<p>Forte ingerenza della politica nelle scelte tecnico-amministrative</p> <p>Elevata complessità del sistema</p> <p>Ampi poteri e discrezionalità nelle scelte aziendali e ospedaliere</p> <p>Basso livello di accountability del personale pubblico</p> <p>Bassi standard etici degli operatori pubblici</p> <p>Asimmetria informativa tra Sistema Sanitario e fornitori privati</p> <p>Crescita della sanità privata</p> <p>Scarsa trasparenza nell'uso delle risorse</p>

LE OPPORTUNITÀ CRIMINALI

I fattori che favoriscono il sorgere della corruzione in sanità possono essere distinti in opportunità o vulnerabilità, a seconda che si tratti di “fisiologie” o di “patologie” del sistema:

- Per **opportunità criminali** si intendono fattori del sistema sanitario che, per le loro caratteristiche (come sono e come funzionano) aumentano i benefici o riducono i rischi per il corruttore. Rientrano nell’ambito delle opportunità, ad es. la quantità di denaro pubblico in gioco, la complessità delle organizzazioni che erogano servizi sanitari, la burocrazia farraginosa ed un quadro normativo inadeguato
- Per **vulnerabilità** si intendono i fattori del sistema sanitario che, a causa delle degenerazioni che li caratterizzano nella loro natura o nel loro funzionamento teorico, aumentano i benefici o riducono i rischi per per il corruttore. Sono vulnerabilità, ad esempio, la carenza di competenze e di preparazione del personale, la questione morale, l’inefficienza dei sistemi di controllo, la connivenza con il crimine organizzato.

La distinzione è funzionale per la definizione delle proposte migliorative, perché nel caso delle opportunità è necessario cambiare qualcosa, mentre per le vulnerabilità serve ripristinare o realizzare quanto idealmente già previsto dalle norme.

OPPORTUNITÀ	VULNERABILITÀ
Privatizzazione	Assenza di Trasparenza

Incertezza/debolezza del quadro normativo

Un ordinamento composto di un’inutile e continua alluvione di norme contraddittorie aggrava la situazione generale del Paese conducendo spesso le imprese a uno stato di paralisi e di forzata rinuncia alla loro funzione di strumento di sviluppo economico¹³.

Il quadro normativo che disciplina il SSN è complesso e parcellizzato tra norme di rango costituzionale, statale, regionale, comunale, atti di programmazione fino ai provvedimenti “aziendali di diritto privato” adottati dalle Aziende Sanitarie. Le opportunità di corruzione nascono da norme inadeguate o non rese compiutamente esecutive, quando non chiariscono funzioni e poteri, quando allocano le risorse in modo non meritocratico, quando usano linguaggi complessi o ambigui.

Durante il corso degli anni, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è stato oggetto di tre grandi riforme, alcune delle quali motivate anche dalla necessità di contrastare il malaffare diffuso, contorniate da una serie continua di atti per integrare, correggere, finanziare, derogare, ripianare, sanare¹⁴. Nessuna di queste può dirsi compiuta in modo soddisfacente.

Il riparto delle potestà in ordine alla tutela del diritto alla salute rimane confuso, soprattutto in una prospettiva di uguaglianza tra le Regioni. I LEA, che dovrebbero costituire il parametro di riferimento delle prestazioni erogate, sono applicati in modo difforme nelle regioni, in assenza di parametri quantitativi condivisi e dalla carenza di dati attendibili. Le Aziende Sanitarie hanno personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia imprenditoriale, basata su efficacia, efficienza ed economicità, organizzazione e funzionamento sono disciplinati con “atto aziendale di diritto privato”. Sono rette da direttori generali nominati dalle Giunte regionali con criteri vaghi, ma dotati di poteri ampi ma indefiniti, come evidenziato nella Relazione Garofalo.

Le differenze regolamentari a livello regionale sono macroscopiche. In alcune Regioni l'interpretazione della norma è forzata per favorire alcuni soggetti, come è successo per favorire l'utilizzo delle cooperative sociali di tipo B previste dalla L. 381/91¹⁵. In altre, la mancanza di pianificazione e programmazione sanitaria, soprattutto in alcune Regioni, ha lasciato libertà di azione e di accordo a livello di contrattazioni periferiche, generando situazioni di disomogeneità che hanno discriminato i fornitori, avvantaggiando i più spregiudicati, che a volte si sono protratte a lungo nel tempo. Il difetto di programmazione e di previsione originaria del fabbisogno è causa di ricorso strumentale alla cosiddetta urgenza, che permette di derogare alle regole esistenti, o alla proroga dei contratti, che costituisce a volte una vera forzatura della norma. Inoltre, dove la confusione è maggiore si assiste all'esplosione del contenzioso, che aumenta i costi a carico della collettività e rallenta la realizzazione degli obiettivi. A volte il contenzioso, in situazioni di incertezza, è comunque usato come strumento per forzare l'esito di una gara, soprattutto nei casi di rinnovo. Sono state ravvisate situazioni di ricorso temerario finalizzato semplicemente a sospendere l'esito della gara, per permettere all'azienda corrente di erogare la prestazione e pretendere quindi il pagamento.

¹⁴ Nel 1978 nasce il Servizio Sanitario Nazionale, che rivela presto problematiche di burocratizzazione, ingerenza della politica, de-responsabilizzazione finanziaria delle USL. Nel 1992-93 il SSN è riorganizzato, assegnando al Governo il compito individuare il Piano Sanitario Nazionale (PSN) e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); alle regioni di definire le modalità organizzative e di finanziamento delle USL e delle aziende ospedaliere, nonché di avere una funzione di vigilanza, valutazione e controllo. L'ultima grande riforma, attuata tramite il d.lgs. 229/1999, meglio noto come “decreto Bindi”, mira a responsabilizzare i diversi centri di potere ed i livelli territoriali di governo nell'ottica di una comune obbligazione di risultato, introducendo un modello tendenzialmente regionale ed aziendale, informato al principio della sussidiarietà verticale. Il quadro è complicato dalla riforma del titolo V della Costituzione (Novembre 2001) ed è stato oggetto di pronunce della Corte Costituzionale. Cfr. Lamberti L., Diritto sanitario, Ipsosa, Milano, 2012, p. 26.

¹⁵ Audizione del presidente dell'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici, dott. Giuseppe Brienza, presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 108a seduta. Resoconto stenografico n. 103, pag. 4.

Dal punto di vista finanziario, le regole sono state scritte e modificate di continuo, spesso penalizzando le gestioni più virtuose, dove il rischio di corruzione è minore. Ad esempio, nel 2000 il vincolo di destinazione delle spese sanitarie nei bilanci regionali viene adottato ed abrogato nel giro di pochi mesi, mentre il sistema federale avviato in quell'anno viene abrogato parzialmente nel 2001, con la previsione di ripianare i disavanzi regionali consolidati. Negli anni recenti nascono norme che riducono il rischio di *default* dei meno virtuosi (ad esempio istituendo un fondo transitorio a cui possono attingere le Regioni in situazioni critiche), o provvedimenti ad *hoc* che ripianano in modo discrezionale situazioni debitorie fuori controllo. La Regione Abruzzo ha cartolarizzato il proprio debito con una banca inglese, tramite la società finanziaria controllata, sfruttando un buco normativo, poiché i derivati sottoscritti dalla regione sono vietati in altri Paesi ma non in Italia. Le regole di riduzione della spesa sanitaria, recentemente imposte per legge, hanno prodotto un effettivo taglio alla spesa pubblica nazionale, partendo però da dati di spesa incerti (soprattutto per alcune regioni) e fondati sulla spesa storica, che premia chi più ha speso in passato.

Solo nel 2013 sembra si possa superare il criterio della spesa storica attraverso l'adozione dei costi standard, ma il problema di un quadro normativo confuso, che genera incertezze e quindi lascia spazio a fenomeni di corruzione rimane. Autorevoli opinioni sostengono che il costo standard è utile ma non risolve il problema¹⁶. Anche sul lato repressivo, la debolezza del quadro normativo aumenta le opportunità di corruzione. La recente riforma (L. 190/2012) ha infatti indebolito il sistema repressivo, riducendo le pene edittali per alcuni reati (e quindi abbreviando i termini di prescrizione), aumentando le fattispecie di reato (e di conseguenza il rischio che la ridefinizione del reato faccia ripartire il percorso processuale senza interrompere la prescrizione), e lasciando scoperte alcune fattispecie, quali il falso in bilancio e l'autoriciclaggio, che sono strettamente connessi alla corruzione. La tutela del *Whistleblowing* non è sufficiente a garantire adeguatamente chi vuole denunciare episodi di corruzione.

Complessità organizzativa

Le riforme del SSN hanno portato alla riorganizzazione del sistema su più livelli di governo. La materia sanitaria è di competenza mista: governativa per quanto riguarda la gestione della spesa, regionale rispetto all'organizzazione dell'offerta, aziendale rispetto all'organizzazione interna delle aziende sanitarie locali (ASL). Le ASL, i punti di contatto tra la rete sanitaria e i cittadini, sono enti ad elevata complessità a causa della grande varietà e quantità di servizi offerti, così come del cospicuo numero di utenti, dipendenti e fornitori coinvolti. Tale complessità si concretizza in una molteplicità di sedi e strutture nel territorio, che moltiplicano i

¹⁶ PWC, 2012, e Quattrone M., 2013, A colloquio con Robert Kaplan: "Le prestazioni sanitarie è meglio pagarle in base agli esiti". E i costi standard? "In sanità non esistono", in QuotidianoSanità.it.

centri decisionali – o centri di potere – riducendo l'efficienza ed aumentando le opportunità di corruzione, come hanno dimostrato numerosi studi passati. L'azione amministrativa sanitaria si concretizza in una serie di atti amministrativi presi a livello decentrato, che sfuggono ad ogni controllo, soprattutto se si considera l'ampio potere di cui godono i direttori generali.

Il "red tape" della pubblica amministrazione genera occasioni di corruzione, ma a tale complessità esogena alle aziende sanitarie si aggiunge la complessità endogena, legata ai processi amministrativi e all'organizzazione interna. La struttura delle aziende sanitarie, per bilanci e dimensioni organizzative, si presta ad un tasso di disorganizzazione fisiologico, ma in alcuni contesti aziendali esiste anche la disorganizzazione colposa, legata a carenza di risorse, capacità e forse anche volontà di rendere più efficiente il sistema. In altri casi, infine, si rileva una disorganizzazione dolosa, finalizzata a creare un contesto incontrollabile nel quale conseguire vantaggi illeciti. Maggiore è la disorganizzazione interna, più facile diventa occultare gli atti frutto di accordi collusivi, o semplicemente di negligenza. La corruzione fiorisce nelle aziende sanitarie in cui disorganizzazione e burocrazia convivono.

La regionalizzazione del servizio sanitario ha aumentato i centri di potere, decentralizzando la gestione delle risorse e la discrezionalità. Le Regioni che hanno investito - correttamente - risorse per gestioni più efficienti tendono ad aumentare il controllo sulla spesa pubblica, a centralizzare i sistemi di controllo e di acquisto¹⁷, anche promuovendo il confronto competitivo, riducendo quindi le opportunità di corruzione. La Regione Emilia-Romagna, ad esempio, ha adottato da anni protocolli per il *procurement* sanitario, predisponendo gare che garantiscano una reale concorrenza, e sta organizzando centri logistici di area vasta che sostituiscano i magazzini dislocati sul territorio. In Trentino, il sistema dell'intramoenia è sottoposto ad un monitoraggio informatico che incrocia le informazioni su prenotazioni (tramite CUP), prestazioni, fatturazioni, pagamenti, ed evidenzia le eventuali anomalie. In altre Regioni, la disorganizzazione della complessità è stata la causa della moltiplicazione dei centri decisionali, dell'inefficienza di sistema, della mancanza di controllo sulla spesa e sui servizi. Recenti studi dimostrano che la decentralizzazione aumenta la corruzione quando la suddivisione del potere decisionale è accompagnata da un complessivo aumento del potere discrezionale, da eccessi di burocrazia, e da bassi livelli di trasparenza, *accountability* e *social control*¹⁸.

Questo è avvenuto con la riforma del Titolo V della Costituzione che ha trasferito alle Regioni la competenza in materia sanitaria. A riprova di ciò, i più grossi scan-

¹⁷ Audizione dei dirigenti della Regione Emilia-Romagna presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 162a seduta. Resoconto stenografico n. 156.

¹⁸ Ad es. V.V.A.A., 2008, Political decentralization and corruption: Evidence from around the world, e Gugur, T. e Shah, A., 2005, Localization and Corruption: Panacea or Pandora's Box?, World Bank Policy Research Working Paper.

dali di corruzione in sanità degli anni recenti hanno riguardato i vertici – politici ed amministrativi – delle regioni Abruzzo, Lombardia, e Puglia¹⁹.

Asimmetria informativa

L'asimmetria informativa riguarda il rapporto del Sistema Sanitario con il cittadino-paziente, da un lato, e con le aziende del settore, dall'altro.

Il cittadino che deve soddisfare il proprio bisogno sanitario non ha informazioni sufficienti e deve pertanto rivolgersi al medico, che decide i servizi appropriati a tutelare il diritto alla salute. Fin dove è possibile, il medico agisce con le proprie competenze e, ove necessario, richiede altri servizi sanitari in qualità di agente del malato, generando per suo conto la domanda sanitaria²⁰ attraverso le ricette. Il medico è anche erogatore di servizi sanitari, soprattutto per la prescrizione di farmaci, ed è oggetto di tentativi di corruzione da parte degli informatori farmaceutici.

L'asimmetria informativa tra il sistema sanitario e le aziende private che vendono servizi o beni (soprattutto *devices* e farmaci) genera opportunità di corruzione quando la scelta di un determinato prodotto o servizio è spinta dalla prospettiva di vantaggi privati. La scelta di un determinato prodotto o servizio, realizzato grazie a notevoli investimenti in ricerca e sviluppo, rappresenta l'utile per l'azienda privata che lo fornisce. La scelta del medico, quindi, rappresenta il momento fondamentale della vendita del prodotto e la corruzione diventa uno strumento di persuasione.

L'asimmetria causa gravi problemi alle aziende quando dipende dall'incompetenza o dall'ignoranza dei funzionari pubblici coinvolti nel processo decisionale. In alcuni casi, la PA non ha sufficienti competenze (esperienza e formazione) per confrontarsi con le aziende e le loro innovazioni, limitando quindi la scelta a criteri inadeguati, insufficienti, obsoleti o inutili, a seconda dei casi. In alcuni casi l'incompetenza è precostituita dolosamente per permettere il realizzarsi dello schema corruttivo. È il caso del contratto in inglese firmato da un dirigente che non sa la lingua o della nomina in commissione di persone prive di adeguata formazione ma "fideate".

In questo ambito va citata la infungibilità, cioè la mancanza di alternativa diagnostica, terapeutica o tecnica rispetto a farmaci, dispositivi medici, apparecchiature sanitarie o altro materiale sanitario, che possono essere acquistati con procedura negoziata con un produttore determinato senza previa pubblicazione di un bando di gara²¹.

¹⁹ Altri studi (ad es. Shah, 2006) sostengono che la decentralizzazione riduce, nel lungo periodo, la corruzione perché avvicina i centri decisionali al controllo delle persone. Ma questo avviene in contesti dove il controllo sociale sul fenomeno da parte dei cittadini, la trasparenza dell'azione amministrativa e l'accountability dei funzionari pubblici sono elevate, e quindi nel quadro di una decentralizzazione fortemente strutturata ed organizzata a livello di programmazione. Shah, A., 2006, Corruption and Decentralized Public Governance, World Bank Policy Research Working Paper.

²⁰ La c.d. medicina difensiva è un fenomeno di spreco pubblico generato dall'attitudine dei medici di base a richiedere prestazioni e servizi non appropriati o non necessari per la cura del paziente, che generano un costo significativo a carico del Servizio Sanitario. AGENAS stima il costo della medicina difensiva nel 10% del budget sanitario nazionale. La medicina difensiva non rientra nel concetto di corruzione, salvo nei casi in cui il medico riceva dei vantaggi personali dal prescrivere servizi, ad esempio nel caso i servizi siano erogati da cliniche private convenzionate.

²¹ Art. 1 e 2 del regolamento per l'acquisto di farmaci, dispositivi medici, altro materiale sanitario e apparecchiature sanitarie dichiarati infungibili e/o esclusivi dell'Azienda Sanitaria Regionale Molise.

Tale procedura, prevista dal Codice degli appalti, implica un elevato rischio di corruzione, pertanto l'infungibilità andrebbe verificata da commissioni tecniche, non solo per evitare possibili episodi di corruzione, ma anche per verificare - a parità di prestazioni o di costi - quale può essere la migliore scelta per la sanità pubblica.

Privatizzazione

La proliferazione del fenomeno corruttivo è determinata dalle criticità che segnano l'attività contrattuale dell'amministrazione pubblica, con riferimento ai profili ordinamentali (eccessiva regolamentazione del settore) e strutturali (legati alle caratteristiche del mercato), oltre che a quelli attinenti alla vulnerabilità delle diverse fasi di svolgimento dell'attività contrattuale dell'amministrazione (Relazione Garofalo 2012, 86).

La Commissione di inchiesta sull'efficienza della sanità²² ha rilevato la mancanza di controlli, sia nelle procedure di acquisto di beni e servizi, sia sulle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie accreditate, riconducibile ad una responsabilità soprattutto politica che riduce l'"autonomia dell'amministrazione sanitaria" ed è "causa delle cattive gestioni".

In Abruzzo "è stato necessario che i componenti l'ufficio commissariale si impegnassero duramente (sic!) per definire procedure chiare e solide dal punto di vista giuridico (che esistono in quasi tutte le Regioni del Centro-Nord, ma che purtroppo non esistono in quasi nessuna Regione del Centro-Sud) per la definizione del quadro di compatibilità finanziaria e dei contratti, che gli operatori devono sottoscrivere, a pena della decadenza del rapporto. Ciò al fine di evitare quel drammatico percorso, che ben conosciamo, in cui si susseguono gli atti di imperio delle Giunte regionali, la definizione dei tetti di spesa, i ricorsi al TAR e al Consiglio di Stato, che nella stragrande maggioranza dei casi (non solo in Abruzzo, ma in tutta l'Italia meridionale), magari a distanza di tre anni, dichiarano la nullità dei provvedimenti, per un difetto procedurale o l'assenza di motivazioni, e quindi caricano sui bilanci regionali i disavanzi degli anni precedenti, che sono di enormi dimensioni"²³.

LE VULNERABILITÀ

Il sistema sanitario italiano presenta situazioni di vulnerabilità alla corruzione, che derivano da azioni finalizzate ad aggirare o eludere i principi della buona amministrazione, codificati nelle norme, o a rendere inefficaci le strategie esistenti di controllo o di contrasto alla corruzione.

Lottizzazione politica²⁴

La lottizzazione politica della sanità è talmente evidente che nessuno è in grado di

²² Conclusioni della Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, pagg. 40-41

²³ Intervento del senatore Cosentino durante l'Audizione del dott. Ottaviano Del Turco, già Presidente della Regione Abruzzo, presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 107a seduta. Resoconto stenografico n. 102, pag. 8.

²⁴ Il paragrafo è tratto dalle Conclusioni della Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, pagg. 40-41.

smentirla. La stessa commissione di parlamentari che ha analizzato il fenomeno della corruzione in sanità evidenzia tale anomalia: "La mancanza di autonomia dell'amministrazione sanitaria, a fronte delle spinte che possono talora derivare dalla politica, in un settore dove si spende la gran parte delle risorse pubbliche a livello regionale, è certamente concausa delle cattive gestioni, sia degli acquisti che dei rapporti con gli erogatori del privato accreditato. Dall'istruttoria svolta dalla Commissione è emersa la necessità di introdurre normative che valorizzino l'autonomia dell'azienda sanitaria dalla politica, attraverso l'individuazione di criteri di selezione del direttore generale funzionali a tale obiettivo e basati unicamente sulla ricerca del merito, inteso come possesso di adeguata qualificazione tecnico-professionale. Analogamente, con riferimento alle nomine delle figure dirigenziali non apicali, quali i direttori di struttura complessa delle Aziende sanitarie, è emersa come abbisognevole di mitigazione la troppo ampia discrezionalità di cui gode il direttore generale, mediante introduzione di norme che privilegino maggiormente l'aspetto delle competenze professionali, ancor più decisive con riguardo a soggetti che certamente devono restare estranei a rapporti di fiducia e contiguità con gli organi di direzione politica".

Rispetto alle nomine, la situazione si è recentemente evoluta: il decreto "Balduzzi" modifica la disciplina di nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale attraverso la creazione di elenchi regionali, a cui si accede con (almeno) laurea ed esperienza dirigenziale almeno quinquennale in sanità o settennale in altri settori.

Il fenomeno non è certamente scomparso ma la situazione, come sempre, varia da Regione a Regione. In Veneto ed in Lazio, ad esempio, le Giunte regionali si erano già mosse affidando ad un soggetto terzo - pubblico o privato - la composizione della rosa dei candidati da cui scegliere le posizioni apicali sanitarie. In Campania, invece, si abusa dello strumento della proroga. Secondo un'inchiesta²⁵, "si registra un uso indiscriminato e anomalo dell'articolo 18 del contratto collettivo nazionale, che regola le nomine e le sostituzioni: i dodici mesi previsti dalla legge vengono spesso derogati. [...] il problema è l'utilizzo improprio a fine clientelare di strumenti pure previsti da contratti o leggi". Previsto per garantire una continuità gestionale di attività sanitarie complesse per brevi periodi, "tale strumento non viene più utilizzato come tale, ma è diventato una vera e propria facoltà di nomina nelle mani del direttore generale". E la gestione, a questo punto, diventa "fantasiosa: rotazioni ogni due mesi *ad libitum*, rotazioni annuali, permanenze indefinite nel ruolo di sostituto e così via".

In Puglia le intercettazioni telefoniche hanno rivelato, nell'arco di 10 anni, un sistema ramificato di spartizione che vede sempre coinvolta la parte politica: accordi occulti per condizionare i vertici di alcune aziende ospedaliere all'acquisto di pro-

dotti commercializzati da una ditta, pressioni verso i medici di base per prescrivere tali prodotti, deviazione di risorse pubbliche verso i capitoli destinati a tali acquisti, pressioni per riaprire bandi chiusi per permettere la partecipazione di determinati soggetti, incontri tra faccendieri e politici per definire la spartizione degli appalti o le nomine dei dirigenti, avallo di accreditamenti illegittimi. Situazioni altrettanto gravi si sono verificate in Lazio, Abruzzo, Campania, Piemonte e Lombardia.

Tutte le principali indagini di corruzione in sanità coinvolgono i vertici politici regionali, e le prove raccolte evidenziano la capillarità dell'ingerenza politica, che arriva dagli appalti più remunerativi fino alle assunzioni di un portantino o di un magazzinoiere. Anche quando tali evidenze non sono sufficientemente suffragate per integrare la fattispecie di reato - e quindi per procedere con l'azione penale - si svela un sistema di malaffare diffuso e naturalizzato. La Direzione Distrettuale Antimafia (DDA) parla di invasione delle competenze politiche nella sanità, avendo accertato una presunta rete per la gestione della sanità pubblica in grado di influire sulle nomine dei dirigenti sanitari, sull'attribuzione delle consulenze, sulle procedure di appalto e accreditamento²⁶.

Un procedimento tuttora in corso²⁷ vede indagato l'allora Presidente del Consiglio di una regione per abuso d'ufficio, per aver sollecitato un direttore di ASL con numerose segnalazioni di persone da assumere.

Sono richieste su carta intestata della Presidenza della Regione, protocollate, che segnalano raccomandati, con tanto di lista di richieste. Alcuni esempi: "Ti segnalo il sig. [omissis] per il concorso presso la tua ASL di Autisti del Servizio Autoambulanza" (dicembre 2002); "Il Dr. [omissis] di cui allego il curriculum, dipendente dell'agenzia ASL di ..., parteciperà alla selezione per la Direzione delle strutture complesse del distretto ... e le sue preferenze sono per: - assistenza primaria, - tutela infanzia, - specialistica ambulatoriale" (maggio 2003); "La tipografia ... attualmente fornisce i timbri alla ASL di Ti chiedo di far effettuare alla tipografia... la fornitura degli stampati in attesa della gara ufficiale" (maggio 2003); "Ti chiedo di interessarti della richiesta di incarico presso la Direzione Unita Pediatrica della Dr.ssa... con le seguenti posizioni: dal... al... nella posizione funzionale di Assistente Medico supplente con rapporto di lavoro a tempo pieno; dal... al... presso la sezione ... con la qualifica di assistente medico con rapporto di lavoro a tempo pieno; dal... al... nella medesima posizione funzionale presso il P.O. di ...; dal... nella posizione funzionale di medico di I livello di ruolo, con rapporto di lavoro a tempo pieno, presso il P.O. di..." (giugno 2003); "ti chiedo di assegnare la SAUB di ..., ad altra persona. Al suo posto ti segnalerei il sig...". Come se non bastasse, a mano aggiunge "Caro..., è importante" (maggio 2003).

²⁶ Audizione del procuratore della DDA di Bari, dottoressa Desirée Digeronimo, presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 132a seduta. Resoconto stenografico n. 126, pag. 7.

²⁷ Fonti: <http://www.ilfattoquotidiano.it/2013/10/11/commissione-antimafia-arriva-fazione-lex-autista-di-mancino-che-bloccoscoglimento/740927/>; <http://www.ilfattoquotidiano.it/2013/10/25/antimafia-fazione-sfida-su-raccomandazioni-fuori-prove-eccole/755801/>. Le lettere sono visibili sul sito: <http://www.slideshare.net/iffattoquotidiano/lettere-fazioneadirettoreasl2003ridotto>. Ultimo accesso 17/11/2013.

Resistere è "difficilissimo", e le conseguenze della non obbedienza arrivano "alla sostituzione o a doversene andare, non essendo più di gradimento al referente politico" di turno²⁸.

Questione Morale/senso civico

Il problema "non riguarda le regole, che pure esistono, ma gli uomini"²⁹.

L'analisi della corruzione nella sanità conferma quanto emerso dalla ricerca "Sistemi di Integrità Nazionale – Italia 2011" condotta da TI-Italia e RiSSC (2012), secondo la quale la società italiana nel suo complesso non è educata a percepire e rifiutare la corruzione, così come è indebolito il senso di legalità³⁰. Lo dimostrano i risultati delle indagini sulla percezione della corruzione, sia tra i cittadini che tra gli esperti o tra le aziende, e lo scarso successo dello strumento del *whistleblowing*, ovvero il riportare situazioni illecite o sospette per prevenire la corruzione nella pubblica amministrazione. Nel corso della ricerca è emerso come tale pratica, disciplinata dalla legge 190/12, viene considerata dagli intervistati nel settore sanitario come strumento di delazione – anziché prevenzione – e fonte di tensione tra il personale.

La questione morale emerge anche dalla scarsa attenzione che la pubblica amministrazione e il mondo della formazione dedicano all'etica - intesa come integrità e onestà - in particolar modo per il sistema sanitario. Per esempio la parola etica non è citata nel Piano Sanitario Nazionale né tanto meno nei programmi elettorali delle coalizioni che negli anni più recenti si sono candidate alla guida dello Stato e delle Regioni.

La mancanza di etica emerge nella Relazione Garofalo: "L'analisi strutturale della spesa sanitaria regionale [...] appalesa la necessità di una attenta promozione della cultura della legalità e dell'etica pubblica anche in questo settore"³¹.

Il sostituto procuratore Belelli si riferisce così a un caso in Abruzzo: "la situazione a Chieti era sotto gli occhi di tutti, degli organi ispettivi e delle autorità politiche [...] i dati della clinica erano evidenti e visibili ed erano a disposizione della Regione e dell'Agenzia sanitaria regionale, ma venivano nascosti, proprio perché parlavano da soli e da soli avrebbero consentito a chiunque di gridare allo scandalo e alla corruzione"³². La conseguenza? i funzionari pubblici, i politici e i faccendieri corrotti gestiscono la sanità pubblica come una grande torta da spartire, nel pieno disprezzo delle procedure e il mondo sanitario, salvo rare eccezioni, preferisce tacere o guardare altrove.

²⁸ Ibid, pag. 10.

²⁹ Audizione del procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Pescara dottor Nicola Trifuoggi, presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 130a seduta. Resoconto stenografico n. 124, pag. 9.

³⁰ Secondo Lorenzo Segato "l'integrità, la responsabilità e la trasparenza non sono elementi insiti di cittadinanza o caratteri fondanti del dipendente, ma devono essere ottenute tramite la legge e la sua forza coercitiva. In un sistema virtuoso non ci sono le condizioni per cui il virus possa attecchire, perché gli anticorpi sono sufficientemente forti per evitare che l'organismo (il Paese) si ammali." Relazione di presentazione Sistemi di Integrità Nazionale - Italia 2011", Roma il 5 ottobre 2012.

³¹ Relazione Garofalo, pag. 109.

³² Citazioni estratte dall'audizione del sostituto procuratore Giuseppe Bellelli presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 130a seduta. Resoconto stenografico n. 124, pag. 15.

Bassa Accountability

A livello apicale, la qualità della *governance* è raramente oggetto di valutazione, mancando di sistemi di valutazione indipendenti ed efficaci per valutare sia la *performance* degli enti, sia la qualità dell'operato degli attori (TI-Italia e RiSSC 2012). I sistemi di valutazione e controllo solo raramente sono affidati a organi esterni alla struttura che viene valutata; addirittura, a volte controllori e controllati sono formalmente collegati da rapporti economici o gerarchici. La funzione di controllo che i funzionari responsabili dei procedimenti dovrebbero svolgere sulle prestazioni erogate dal privato in un contratto pubblico è generalmente carente.

I sistemi interni di valutazione soffrono di corporativismo e autotutela che di fatto riducono la capacità di controllo. Le valutazioni dei dirigenti sono quasi sempre molto positive, indipendentemente dalla qualità dei servizi erogati o dai risultati della gestione economico-finanziaria dell'ente. Pur assistendo a una diffusione di codici di condotta e standard etici volontari, questi raramente contengono misure efficaci in termini di poteri d'indagine e sanzionatori, nonché di protezione per coloro che denunciano illegalità.

Emblematico il caso di un dirigente della regione Puglia, che nel 2003 sottoscrive un contratto con la banca Merrill Lynch per l'emissione di obbligazioni (*bond*) per finanziare il debito della sanità³³ senza avere alcuna competenza e capacità, e senza effettuare alcun controllo. Il dirigente viene incaricato "all'espletamento di tutti gli adempimenti necessari alla realizzazione dell'emissione di obbligazioni sopra descritta, al perfezionamento del contratto ISDA Master Agreement con la Merrill Lynch Capital Markets Bank, al perfezionamento dell'eventuale *swap* o fondo di ammortamento del prestito, definendo la documentazione contrattuale, determinando le condizioni finali dell'emissione obbligazionaria e dello *swap* nell'ambito di quanto previsto nella presente delibera, sottoscrivendone i relativi contratti».

Per concludere l'operazione viene incaricato un dirigente, che pur sapendo di non essere adeguato al compito, firma sapendo di poter contare sulla copertura politica per evitare le proprie responsabilità. Il dirigente non conosce la lingua inglese, firma ancora prima di ricevere la documentazione completa ("sa come funziona: molte volte prima si deliberano gli atti e solo successivamente si redigono. Non so se queste cose succedono anche in qualche Comune"), pretende una traduzione in italiano dei documenti che ha già firmato, ma non la legge quando arriva, firma "sulla base delle assicurazioni dei colleghi", pur avendo avuto "l'impressione che la deliberazione della Giunta regionale [...] non sia stata redatta dai funzionari della regione; credo – voglio essere maligno – che l'abbiano fatta quelli della Merrill Lynch". Nessuna assunzione di responsabilità, solo mera obbedienza al referente politico di turno. Le indagini riveleranno una contiguità tra organi politici e componenti della

³³ Regione Puglia, delibera di Giunta regionale n. 1129 dell'8 agosto 2002

banca che ha generato l'operazione, che ha causato un danno consistente all'era-rio regionale³⁴.

Inefficacia dei controlli

Il fatto che non si facciano controlli, o non funzionino, o che si facciano solo *ex post* per contrastare il fenomeno corruttivo appartiene alla stessa logica di sistema. In Italia si prediligono forme di controllo *ex post*, possibilmente esogene al sistema, rispetto alle strategie di prevenzione *ex ante* di tipo endogeno. Questo comporta costi elevati, perché i meccanismi di controllo *ex post* rappresentano un approccio curativo che interviene dopo che il sistema ha già sopportato i costi diretti (tangente) ed indiretti (minore qualità e maggiori costi nella PA) della corruzione. Il meccanismo di controllo rappresenta il terzo costo della corruzione, così come un farmaco rappresenta il costo per la cura.

Capita che controllore e controllato coincidano o si trovino in situazioni di conflitto di interessi. In Abruzzo, ad es. il funzionario preposto ai controlli sulle prestazioni erogate da una clinica privata era sposato con una dipendente della stessa struttura. Ma i casi sono moltissimi, e nessuno sente l'esigenza di astenersi dal conflitto. Le vulnerabilità del sistema sanitario che si creano in assenza di efficaci politiche di prevenzione permettono alla corruzione di infiltrarsi facilmente, creando danni al sistema pubblico a scapito di vantaggi privati.

Il compito di combattere la corruzione viene quindi scaricato su chi ha la funzione di controllare il rispetto della legge, cioè le forze dell'ordine, i pubblici ministeri ed il settore giudiziario. Questo genera "una deformazione del rapporto tra le strutture giudiziarie e quelle della pubblica amministrazione"³⁵, che sbilancia il sistema di equilibrio tra i poteri dello Stato e comporta che la domanda di giustizia abbia ormai assunto proporzioni smisurate rispetto alle capacità che l'apparato giudiziario può offrire. "Nella totale prolungata inettitudine degli altri poteri dello Stato, cioè di inconcludenti poteri esecutivi e nella avvilente condotta di quelli legislativi, i magistrati, giudici o procuratori, vanno sempre più assumendo un ruolo ingiustamente centrale, come sostituti effettivi di una facilmente criticabile assenza politica"³⁶. Anche il Procuratore regionale Tommaso Cottone si è espresso sull'argomento parlando di "vecchia cultura pan-penalistica che privilegia il rigore della pena alla prevenzione e ai controlli"³⁷.

³⁴ Citazioni estratte dall'audizione del dott. Salvatore Sansò, già dirigente della Regione Puglia, presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 104a seduta. Resoconto stenografico n. 99.

³⁵ Audizione del Procuratore Laudati, p. 17.

³⁶ Rossi G., Il capitalismo malato non si cura in tribunale, il Sole 24 Ore, 21 luglio 2013, <http://www.ilsole24ore.com/art/commenti-e-idee/2013-07-21/capitalismo-malato-cura-tribunale-151742.shtml>.

³⁷ Intervento del Procuratore regionale Tommaso Cottone - Inaugurazione anno giudiziario 2013, adunanza del 2 marzo 2013

In Campania, solo per citare un esempio, esistono "rilevanti fattori di crisi sul piano dell'organizzazione del sistema. Le Aziende Sanitarie non dispongono ancora di sistemi contabili a norma e affidabili; questi, peraltro, non indicano parametri di contabilità analitica che consentano puntuali valutazioni sui costi"³⁸. Sempre in Campania, la Corte dei Conti ha censurato numerosi incarichi di consulenze esterne conferiti per costituire il sistema di contabilità analitica di programmazione e controllo, spogliando le strutture interne dei propri compiti³⁹.

La ridotta capacità del sistema giudiziario danneggia anche i diritti di chi vuole agire per tutelare realmente un proprio diritto leso. È il caso dei pazienti, che vedono aspettare anni per una sentenza. Ma anche le aziende private operanti nel settore, ormai, sono costrette a decidere se agire o meno per ottenere giustizia o rinunciare, ad es. quando rilevano delle anomalie in una procedura di gara. Il ricorso amministrativo, tra ricorso e motivi aggiuntivi e gradi di giudizio, sta assumendo costi tali da rendere antieconomica la domanda di giustizia.

Assenza di trasparenza

Per decenni, l'attività procedimentale della pubblica amministrazione si è svolta al riparo da ogni evidenza pubblica. La situazione è cambiata con la l.241/90, che ha stabilito la possibilità per il cittadino di avere accesso alle informazioni in presenza di un diritto soggettivo o di un interesse legittimo. Recentemente il governo ha approvato una serie di norme per aumentare la trasparenza nella PA. Nel 2013, in ottemperanza alla legge anticorruzione, è stato approvato il decreto attuativo n. 33 in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni.

Le amministrazioni pubbliche sono tenute a pubblicare *online*, in formato aperto e riutilizzabile, tutti i dati inerenti l'organizzazione, i processi e i costi (curricula, stipendi e incarichi; bandi di concorso; budget preventivo e consuntivo; etc.).

Questo provvedimento ha una duplice valenza: da un lato, vuole illuminare quanto fino ad ora tenuto occulto e scoprire eventuali schemi corruttivi in corso; dall'altro, svolge una funzione deterrente in grado di prevenire eventuali comportamenti scorretti.

Per quanto concerne il settore sanitario, l'implementazione del provvedimento può finalmente migliorare l'accessibilità dei dati, troppo spesso negata in nome della *privacy* e della segretezza degli atti. In passato, è accaduto che i dati scomodi siano improvvisamente scomparsi. Ciò è per esempio avvenuto in Abruzzo all'interno del famoso caso "Sanitopoli". Nella sua audizione dinanzi alla Commissione Parlamentare d'Inchiesta sul SSN, il Dottor Pierangeli ha dichiarato che la Regione non solo ha fatto sparire un verbale in un momento propizio, ma ha anche smesso di

³⁸ Intervento del Procuratore regionale Tommaso Cottone, pag. 49.

³⁹ Conclusioni della Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, pagg. 40-41.

pubblicare sul sito ufficiale i dati sulle prestazioni ospedaliere quando l'Associazione Italiana Ospedalità Privata, presieduta dal Dottor Pierangeli, ha iniziato a far notare anomalie sospette perpetrate nel corso degli anni (Audizione Pierangeli 2012, 8-12).

Oggi si corre un rischio diverso⁴⁰: la quantità delle informazioni disponibili al pubblico è fin troppo elevata, tuttavia vi sono pochi dubbi sulla scarsa qualità di tali informazioni e sulla difficoltà di accesso alle informazioni necessarie al monitoraggio ed alla valutazione.

I dati sono spesso obsoleti (soprattutto in materia sanitaria e criminale, le statistiche ufficiali arrivano con anni di ritardo), imprecisi, parziali se non, in alcuni pilastri, del tutto assenti. Questo impedisce a cittadini, ONG ed ai *mass media* di recuperare, scoprire e diffondere al grande pubblico informazioni sui fattori che riducono l'integrità del sistema Paese.

Internet può giocare un ruolo fondamentale nel colmare questo *gap* – almeno parzialmente, il “digital divide” che affligge l'Italia diventa un limite strutturale a questa sua funzione.

In materia sanitaria, inoltre, si assiste in Italia al fenomeno degli "amanti della privacy": in nome di una presunta tutela della *privacy*, il Sistema Sanitario tiene riservati moltissimi dati che non hanno nulla di sensibile se non il rivelare come vengono spesi i soldi.

Le aziende Sanitarie hanno sistemi di contabilità analitica suddiviso per centri di costo e centri di responsabilità, con flussi di dati che vengono gestiti dall'U.O. controllo di gestione. La realtà - come sempre diversa da regione a regione - è che i dati non sono utilizzati e diffusi dalla Direzione Generale per la verifica delle *performance* organizzative ed individuali, e non servono quindi a rilevare eventuali sprechi o anomalie.



CAPITOLO 4

IL QUADRO EUROPEO SULLA CORRUZIONE IN SANITÀ

A cura di ECORYS & EHFCN (*European Healthcare Fraud & Corruption Network*)*

La lotta contro la corruzione ha ormai assunto un valore prioritario per la Commissione Europea (CE). Nel giugno 2011, la CE ha adottato un pacchetto complessivo per la lotta contro la corruzione che comprende, fra l'altro, la pubblicazione di un rapporto biennale nel quale vengono valutati gli sforzi intrapresi dagli Stati Membri per combattere il fenomeno.

I cittadini dell'Unione Europea spendono più di mille miliardi di euro ogni anno sulla sanità. Ciò malgrado, il settore sanitario rimane una delle aree più vulnerabili alla corruzione. Le forme di tale abuso sono di diverso tipo, a seconda di come i fondi vengono mobilizzati, gestiti ed erogati. Un sistema sanitario finanziato e controllato da privati, o dallo stato, può fornire qualche indicazione sulle possibili e specifiche pratiche corrotte. Inoltre, gli abusi in ambito sanitario sono meno probabili in quelle società dove una maggioranza della popolazione rispetta lo stato di diritto, dove esistono trasparenza e fiducia, e dove il settore pubblico viene regolato da codici di servizio civile e meccanismi di responsabilità efficaci e rigorosi.

L'impatto complessivo della corruzione sanitaria sulla società e sugli individui è (ben) più significativo del valore monetario delle somme coinvolte. La corruzione in questo ambito può, tra l'altro, risultare in forniture di servizi o di attrezzature e farmaci a prezzi superiori rispetto a quelli di mercato. Può comportare una qualità scadente nella fornitura dei servizi sanitari. Può mettere a rischio l'obiettivo di una copertura sanitaria universale, ed aumentare l'ineguaglianza a livello sanitario fra diversi gruppi socio-economici. Può comportare una assegnazione non-ottimale di fondi alla sanità. Può infine comportare distorsioni di mercato e sfiducia nei confronti della fornitura di servizi sanitari statali.

Il presente studio si propone di: (i) facilitare una maggiore comprensione degli abusi nel settore sanitario in tutta l'Unione, esaminando l'estensione, la natura e l'impatto del fenomeno; (ii) valutare la capacità dei singoli Stati Membri di prevenire e controllare la corruzione all'interno dei sistemi sanitari di ciascuno Stato, nonché l'efficacia reale di tali misure.

METODOLOGIA, PROCEDURE, APPROCCIO

Il presente studio prende in esame tre aree specifiche del sistema sanitario: fornitura dei servizi medici; fornitura e certificazione dei dispositivi medici; appalti e autorizzazione dei prodotti farmaceutici. La metodologia si basa su: ricerca

* Traduzione dell'Executive Summary del "EU anticorruption Report della Commissione Europea pubblicato il 3.02.2014

documentaria, interviste (a funzionari CE e rappresentanti delle organizzazioni di operatori sanitari, ai rappresentanti dell'industria dei dispositivi medici, delle industrie farmaceutiche e delle assicurazioni sanitarie), e ricerche sul campo condotte nei 28 Stati Membri della UE. Le ricerche sul campo comprendevano, per ciascuno Stato Membro, 3-4 interviste agli operatori nell'area sanitaria e in quella dell'anticorruzione, descrizione di 3-6 casi di corruzione in ambito sanitario, infine descrizione delle misure e pratiche adottate per controllare il fenomeno impiegando a questo scopo fonti nazionali. Le informazioni raccolte sono state analizzate al fine di produrre un insieme ragionato di conclusioni e raccomandazioni.

Di un totale di 86 casi di corruzione identificati grazie al presente studio, 24 casi sono relativi a dispositivi medici, 33 a prodotti farmaceutici, e 17 casi riguardano pagamenti informali relativamente alla fornitura di servizi medici. Infine, 9 casi non rientrano negli obiettivi del presente studio. E' importante notare che non tutti i casi di corruzione sono stati dimostrati (con una decisione giudiziaria). In molti casi sussiste soltanto un sospetto di corruzione o di attività illecite.

RISULTATI E RILEVAMENTI

Il presente studio ha messo in evidenza sei tipologie di corruzione nelle aree di assistenza sanitaria prese in esame:

- corruzione nell'erogazione dei servizi medici;
- corruzione nell'aggiudicare gli appalti;
- rapporti commerciali illeciti;
- uso improprio di posizioni di prestigio;
- richieste di rimborso ingiustificate;
- truffe e malversazioni relative a medicinali e a dispositivi medici.

Le ultime due tipologie non rientrano negli obiettivi del presente studio. Il grafico alla pagina seguente (Fig. 1) propone un modello semplificato dei principali rapporti finanziari e delle tipologie di corruzione fra gli attori in ambito sanitario.

Concludiamo constatando che la corruzione nel settore sanitario si verifica in tutti gli Stati Membri della UE, e che la natura e la diffusione delle tipologie di corruzione sono diverse da uno Stato Membro all'altro. Le due spinte principali al diffondersi degli abusi sembrano essere l'accettazione, o perlomeno la tolleranza, del fenomeno.

Truffe nell'erogazione dei servizi medici

Quello delle truffe nell'erogazione dei servizi medici è il fenomeno più diffuso, e

viene considerato sistemico nelle ex-economie di transizione dell'Europa Centrale e Orientale. Sembra comunque che queste pratiche siano in lento calo, e che in dati casi riguardino solamente alcuni tipi specifici di assistenza sanitaria (ostetricia, ginecologia, ortopedia).

La corruzione è altresì diffusa negli Stati Membri dell'Europa meridionale, ad es. Grecia e Italia. Nei Paesi dell'Europa Occidentale, gli abusi nell'erogazione dei servizi medici sono più rari, e limitati ad aree specifiche, ad es. ai casi isolati di cura pre- e post-operatoria.

La maggioranza dei 17 casi di abusi rilevati negli Stati Membri della UE riguardano trattamenti di favore, e si riferiscono in particolare alla pratica di scavalcare le liste d'attesa. Il recente scandalo relativo al trapianto di organi in Germania, dimostra che le carenze possono spingere pazienti e medici ad aggirare le regole.

Un tipo di comportamento corrotto simile, praticato dai fornitori di assistenza sanitaria, così come lo si è potuto osservare negli Stati Membri – ad es. Finlandia, Austria e Croazia – riguarda l'uso illecito del doppio incarico. Succede che tali fornitori chiedano compensi più alti riferendo i pazienti al proprio studio privato, talvolta perfino utilizzando le strutture sanitarie finanziate con fondi pubblici.

Figura 1 Gli abusi in ambito sanitario: protagonisti e tipologie



Fonte: Ecorys / Medamo Data Visualization

Corruzione negli appalti

La corruzione negli appalti è un processo complesso, nel quale possono trovarsi coinvolte società intermediarie; possono verificarsi conflitti d'interesse, collusione fra società concorrenti, pagamenti di tangenti immateriali in forma di sponsorizzazione di attrezzature mediche, di formazione o di strutture di ricerca. Questa tipologia avviene maggiormente nelle fasi iniziali del processo di fornitura. Uno degli abusi più comuni riguarda il rischio di una riformulazione su misura delle specifiche di un determinato appalto, e/o delle relative fasi dell'appalto a favore di un fornitore privilegiato.

Il problema è più vasto e più profondamente insediato in quegli Stati Membri UE in cui i regolamenti in materia sono più deboli, o in quelli che soffrono di alti livelli (generali) di corruzione, ad es., Repubblica Ceca, Lettonia, Croazia, Slovacchia, Romania, Italia, Bulgaria e Grecia.

Meccanismi di controllo ottimali, affidabili e indipendenti possono far calare il rischio di corruzione negli appalti. Tale rischio può essere ulteriormente ridotto con l'introduzione di appalti centralizzati, standard nazionali, o una politica di prezzi fissi. In alcuni Stati Membri invece è proprio la decentralizzazione che viene promossa al fine di prevenire la corruzione negli appalti dei servizi sanitari. I sistemi centralizzati di appalto possono diventare fortemente soggetti alla corruzione legata all'attività delle *lobbies*, o alle ingerenze provenienti dalla sfera politica. Sembra inoltre che le misure centralizzate siano più efficaci per i prodotti farmaceutici, che non per i dispositivi medici.

Rapporti commerciali illeciti

I rapporti commerciali illeciti riguardano i prodotti farmaceutici e i dispositivi medici che l'industria promuove presso i singoli operatori sanitari, le strutture di assistenza sanitaria, le strutture di ricerca medica, e i comitati "*positive list*". L'obiettivo è promuovere prodotti e creare fedeltà (promozione indiretta). La commercializzazione impropria si verifica, con frequenza variabile e portata diversa, in tutti gli Stati Membri della UE.

Tale pratica viene considerata una delle aree più problematiche nella regolamentazione della sanità, poiché essa può determinare costi complessivi più elevati dovuti all'aumento dei prezzi dei medicinali, o ad un maggior consumo degli stessi (prescrizioni eccessive, ampliamento della gamma dei prodotti, eccessiva medicalizzazione).

La corruzione può prendere la forma di denaro, viaggi, o attività ricreative. Comprende anche la sponsorizzazione di attrezzature mediche, strutture di ricerca, attività di ricerca. Quest'ultima tipologia è spesso accettata di buon grado – in particolare laddove i fondi per la ricerca e per l'istruzione sono limitati. La reciprocità ha un ruolo importante nel contesto dei rapporti commerciali impropri.

L'industria farmaceutica si sta sempre più focalizzando sugli *opinion leader* nella comunità medica (spesso accademici), invece che sui singoli operatori sanitari. L'abitudine di organizzare incontri e conferenze viene considerata cosa normale, e perfino necessaria al buon funzionamento del sistema sanitario. Tuttavia, tale pratica viene vista sempre più come un'area di potenziale conflitto d'interessi.

Sembra che i rapporti commerciali illeciti siano in calo, a livello globale come anche negli Stati Membri UE. Ciò è dovuto ai recenti scandali nel settore, ad una maggiore richiesta di denuncia dei conflitti di interesse, e infine ad una legislazione (internazionale) più severa.

CONCLUSIONI, CONSEGUENZE, RACCOMANDAZIONI

Una legislazione contro la corruzione chiara ed applicata in modo efficace; un controllo giudiziario efficace e indipendente per i casi di abuso; sistemi efficaci di erogazione sanitaria: queste le pre-condizioni indispensabili per affrontare in modo efficace la corruzione nell'ambito delle politiche e delle pratiche sanitarie.

La UK Bribery Act, o la Foreign Corrupt Practices Act statunitense, sono entrambi esempi di pratiche efficaci, che hanno definito gli standard internazionali per una **legislazione atta a combattere la corruzione**. Un certo impatto lo dovrebbe avere anche l'**applicazione vigorosa** dei provvedimenti volti a combattere gli abusi. La condanna giudiziaria di un atto di corruzione (di alto profilo) viene considerata come un deterrente anche a livello normativo.

Al fine di diminuire i rischi di corruzione, viene spesso promossa la **fornitura centralizzata dei servizi**. Tuttavia, tali sistemi centralizzati possono diventare facili bersagli delle attività di *lobbying*, e delle tipologie di corruzione più legate alla sfera politica.

Riguardo ai casi di corruzione, ad es. nell'ambito della fornitura dei servizi medici, la conclusione del presente studio è che tale problema non può in genere essere affrontato con misure dirette. In molti Paesi, si può eliminare questo fenomeno solo apportando **modifiche all'intero sistema sanitario**. Le fragilità da affrontare – e che sicuramente hanno un impatto sulla corruzione – sono, tra l'altro: strutture ge-

stonali inefficaci, meccanismi di finanziamento inadeguati, capacità insufficiente nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, fondi insufficienti per la ricerca medica indipendente, distribuzione diseguale delle risorse. In diversi Stati Membri UE, l'aumento degli stipendi, come misura isolata, non sembra aver avuto un effetto significativo sugli abusi legati all'erogazione dei servizi medici.

Alcuni Stati Membri UE hanno istituito **meccanismi di controllo all'interno della sanità** che sono efficaci e in grado di controllare la corruzione e le truffe (e in alcuni casi di imporre sanzioni). Tra questi: il Dipartimento per la valutazione Medica e per il Controllo (DGEC) in Belgio; il Direttorato per la Prevenzione delle Truffe e per la Azioni Legali, all'interno della CNAMTS francese; la NHS Protect nel Regno Unito; e l'Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) in Portogallo.

L'introduzione di **liste di attesa trasparenti** ha avuto un effetto positivo sulle truffe sanitarie in alcuni Stati Membri (ad es., Austria e Croazia). Un'altra buona misura per potenziare la trasparenza in molti Stati Membri UE, ad es. Estonia, Lituania, Slovacchia e Spagna, è la prescrizione di medicinali generici invece di quelli di marca.

L'**auto-regolamentazione** può essere organizzata tra due diversi protagonisti nel settore sanitario (ad es., con un'iniziativa condivisa tra industria e operatori sanitari), e anche tra più protagonisti (ad es., all'interno dell'industria farmaceutica stessa o tra i medici). Le pratiche virtuose messe a punto in Olanda e nel Regno Unito dimostrano che l'auto-regolamentazione (condizionata) può essere un metodo efficace per regolare un dato settore della sanità. In Slovacchia, la campagna intrapresa dai medici stessi contro le tangenti a loro favore, viene considerata una misura efficace per controllare il complesso problema della corruzione nel sistema sanitario di quel Paese.

Le campagne di sensibilizzazione e le linee telefoniche dirette di segnalazione delle truffe e degli abusi, sono anch'esse un buon esempio di mobilitazione dei meccanismi di compensazione. Nel Regno Unito, la *hotline* di denuncia delle truffe sanitarie della NHS Protect, costituisce un esempio sicuramente efficace per sensibilizzare la popolazione e raccogliere in modo concreto le lamentele. Il sito *web* ellenico Edosa Fakelaki è un buon esempio di un'iniziativa privata in questo settore.

La trasparenza nei rapporti tra l'industria e i fornitori di servizi sanitari può essere avviata con misure prese sia nel settore stesso e/o dal governo centrale (ad es. iniziative per potenziare la trasparenza, come la Sunshine Act). Le iniziative per introdurre una legislazione ispirata alla Sunshine Act statunitense, sono state intra-

prese in Francia (2013, pubblicazione di un decreto per attuare la Sunshine Act francese a livello legislativo), in Olanda (2012, Fondazione del Registro di Trasparenza), e dalla EEPIA (attuazione prevista per il 2016).

La **partecipazione attiva e indipendente della stampa**, nonché le pressioni esercitate dai gruppi di sorveglianza della “società civile” e dalle associazioni di pazienti, è significativa al massimo grado. Abbiamo rilevato diversi casi di corruzione nell’assistenza sanitaria che in un primo tempo erano stati identificati e resi noti proprio dalla stampa.

Infine, è necessario notare che non esiste una singola politica efficace in grado di combattere interamente la corruzione in sanità. D’altro canto, è chiaro dalla presente ricerca che tutte le misure efficaci contro gli abusi in questo campo devono basarsi su istituzioni forti e indipendenti, e su una società civile che oppone un netto rifiuto a tali pratiche.

Raccomandazioni a livello UE

Per poter affrontare le spinte alla corruzione in tutti gli Stati Membri UE, sono necessarie misure che coinvolgano l’intera UE. A questo livello, si raccomanda di: a) fissare regole generali di lotta alla corruzione chiare ed applicate con efficacia; b) istituire un controllo giudiziario indipendente ed efficace nei casi di corruzione; c) attuare sistemi di fornitura che siano nel contempo integri e trasparenti. Le misure che regolano gli appalti pubblici in genere dovrebbero essere applicate anche al settore sanitario.

Un altro aspetto che può essere affrontato a livello UE riguarda l’auto-regolamentazione, ad es. mediante un Codice di Comportamento o un Codice Etico. Le organizzazioni industriali a livello UE, ad es. EUCOMED e EFPIA, hanno già istituito misure di questo tipo per i propri membri. E’ inoltre opportuno che l’auto-regolamentazione venga istituita anche a livello nazionale. Si raccomanda di trovare il giusto equilibrio fra regolamentazione formale (legislazione) e auto-regolamentazione, e definire con chiarezza il modo in cui questi due meccanismi funzionano in parallelo e si complementano a vicenda.

Raccomandazioni a livello nazionale

Visto che le procedure di controllo e i quadri di riferimento sono specifici a ciascun Paese, è opportuno che gli Stati Membri si muniscano di strutture idonee per affrontare in modo mirato le truffe e gli abusi nel settore sanitario. Tali strutture non dovrebbero essere soltanto autorizzate a eseguire controlli, ma avere anche la fa-

coltà di imporre sanzioni. Ciò non comporta necessariamente l'istituzione di organizzazioni o enti separati: le agenzie già attive in questo campo, e dotate di un proprio mandato, saranno ancor più efficaci nella lotta contro gli abusi se dotate anche di risorse specificamente mirate al settore sanitario.

Inoltre, è consigliabile aumentare la trasparenza dei sistemi sanitari, ad es. con la pubblicazione di liste di attesa. E' opportuno anche introdurre la trasparenza nei rapporti tra l'industria e i fornitori di assistenza sanitaria, con misure a livello del settore sanitario, o a quello statale (ad es., iniziative di trasparenza sul modello della Sunshine Act). L'obbligo ai medici di ordinare medicine generiche invece di medicinali di marca è anch'essa una buona misura per potenziare una buona trasparenza, pratica che può essere incoraggiata a livello dei singoli Stati Membri.

Infine, è importante incoraggiare la partecipazione della stampa indipendente, dei gruppi di sorveglianza della "società civile" e delle associazioni di pazienti, al fine di identificare e denunciare ogni abuso. I governi nazionali dovrebbero anch'essi stimolare la mobilitazione di questi meccanismi di compensazione.

Ricerca

L'analisi dei casi raccolti ha messo in luce due tipologie di corruzione che non rientrano negli obiettivi del presente studio, ma che sono tutti e due importanti nel dibattito sulle truffe e sugli abusi nel settore sanitario: le richieste di rimborso ingiustificate e truffaldine, e l'appropriazione indebita di medicinali e dispositivi medici. Dato che attualmente le richieste di rimborso ingiustificate hanno una certa importanza nella lista di priorità di alcuni Stati Membri, sarebbe opportuno studiare la scala reale del problema e mettere a punto le eventuali misure atte a risolvere la questione.

La quantificazione del volume degli abusi si è dimostrato un compito difficile per diversi motivi. E questo anche per i pagamenti non dichiarati, che costituiscono la forma di corruzione più visibile. Anche se l'impatto di tali abusi è noto a livello internazionale, esistono ancora poche ricerche per determinare portata, grado e reale impatto che la corruzione può avere nel settore sanitario all'interno dei Paesi UE con reddito superiore. Per avere un quadro completo del problema, gli autori consigliano l'avvio di ricerche per studiare la situazione nei Paesi specifici.

Abbiamo rilevato che le misure e le pratiche che sono efficaci in un Paese non necessariamente lo sono in un altro. Dato che l'efficacia di una misura dipende da fattori multipli, limitarsi a sviluppare iniziative e misure come la Sunshine Act, molto probabilmente si rivelerà insufficiente. Gli autori ritengono opportuno che si dia avvio ad una valutazione sistematica delle misure e dei loro effetti (compresi i motivi che li sottendono), al fine di favorire una applicazione efficace di tali provvedimenti nei contesti specifici.



CAPITOLO 5

ANALISI DEGLI SPRECHI IN SANITÀ E STIMA ECONOMICA DELL'IMPATTO DELLA CORRUZIONE

FS Mennini*, M Ruggeri***, L Gitto**, P Codella***, A Marcellosi**, S Russo**, P. Sciattella**, A Cicchetti****

L'ambizioso obiettivo di ridurre la quota di risorse destinate ai LEA "Assistenza Ospedaliera" in favore dell'Assistenza Territoriale può essere raggiunto attraverso un recupero reale di efficienza all'interno delle strutture sanitarie. L'efficacia complessiva di un sistema sanitario è, infatti, funzione stretta dell'efficienza (economica) e dell'efficacia che si realizza nell'ambito delle organizzazioni che erogano i servizi e le prestazioni sanitarie.

La misurazione dell'efficacia a livello "aziendale" appare come il primo passo verso la misurazione dell'efficacia complessiva del sistema. Ma tale valutazione non è sempre agevole, ed anche la sola valutazione di indicatori di produttività, efficienza e *performance* economica pone importanti difficoltà.

Il presente contributo prende le mosse da un lavoro centrato sull'analisi comparativa di alcune voci di costo registrate nel modello di Conto Economico (CE) delle Aziende Ospedaliere (AO) e delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) Italiane. Le voci di costo sono, a loro volta, estratte dalle macro voci relative ai costi per Beni, Servizi e Personale e relative alla gestione corrente per servizi accessori delle strutture come, ad esempio, lavanderia, pulizia, mensa, utenze, etc.. Più che fornire una valutazione sulla congruità delle spese sostenute, l'obiettivo principale dello studio è stato quello di valutare la variabilità di alcune voci di costo nelle aziende sanitarie delle diverse Regioni in relazione a parametri strutturali quali la popolazione residente (per le Asl), il numero dei dimessi e le giornate di degenza (per le AO, le AOU e gli Irccs) e il numero dei dipendenti.

Nell'analisi sono stati impiegati i dati tratti dai CE: questi rappresentano, infatti, il prospetto più rilevante ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria. In ciascun CE è possibile individuare delle macro-aggregazioni di costo che riguardano: Personale, Beni e servizi, Medicina di base, Farmaceutica, Ospedaliera convenzionata, Specialistica interna, Specialistica esterna, Altre prestazioni.

L'analisi è stata svolta in diverse fasi: innanzitutto, si è proceduto all'esame delle Linee Guida per l'elaborazione del Modello CE e dalla selezione di alcune voci di costo ritenute particolarmente significative. Si nota, infatti, come alcune voci di costo presentino un impiego delle risorse superiore a quanto sarebbe lecito attendersi, determinando sprechi "inspiegabili" e difficilmente giustificabili, soprattutto se rapportate al peso che hanno sull'intera spesa sanitaria pubblica.

I tre macro-aggregati considerati sono stati: Beni e Servizi; Personale sanitario; Personale amministrativo.

* CEIS Economic Evaluation and HTA, Facoltà di Economia, IGF, Università "Tor Vergata", Roma.

** CEIS Economic Evaluation and HTA, Facoltà di Economia, Università "Tor Vergata", Roma.

*** Facoltà di Economia Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

****ALTEMS, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Successivamente, all'interno della macrovoce "Beni e Servizi" sono state prese in considerazione singolarmente le voci di costo relative a: Prodotti farmaceutici (relativi alle AO e AOU), Servizi farmaceutici (relativi alle sole ASL), Lavanderia, Pulizia, Mensa, Elaborazione dati, Smaltimento rifiuti, Utenze telefoniche, Premi assicurativi, Spese legali.

I macro-aggregati così come le voci specifiche di costo sopra identificate sono state messe in relazione con il numero dei dimessi e il numero delle giornate di degenza pesate per l'Indice di Case Mix (ICM), nel caso delle AO e delle AOU, e la popolazione residente nel caso delle ASL.

Si è proceduto ad un confronto per Regione fra le macrovoci Beni e Servizi per mezzo di tabelle e grafici *boxplot*, che permettono una sintesi della performance di un indicatore, restituendo un'immediatezza grafica della sua variabilità tra le diverse unità (strutture) indagate.

Le micro voci di costo selezionate sono state poi confrontate per Regione con tabelle e grafici *boxplot* relativi ad ogni struttura presente sul territorio. In questa fase dell'analisi, le ASL e le AO sono state considerate separatamente.

Infine, per ogni voce di costo si è proceduto ad un confronto fra Regioni aggregando i costi relativi alle singole strutture tramite l'utilizzo di medie e mediane.

Differenze "patologiche"

Gli sprechi, le disfunzioni e i costi dell'attuale modello di assistenza sanitaria nonché la grande variabilità nei costi, tanto a livello Macro che Micro, vengono confermati dal presente studio. Inoltre, è interessante esaminare a livello Micro alcune determinate voci di costo, che saranno specificate nel prosieguo. Infatti, se gestite in maniera efficiente, queste ultime potrebbero garantire già nel breve periodo il liberarsi di risorse importanti da destinare a priorità del Ssn quali la prevenzione, l'impiego di tecnologie innovative, l'organizzazione di servizi a livello locale e il miglioramento nell'equità d'accesso.

È stata messa in evidenza l'esistenza di una variabilità significativa dei costi di gestione delle aziende sanitarie nelle diverse Regioni: questa variabilità appare estremamente significativa nel caso di Lavanderia, Pulizia, Mensa, Riscaldamento, Utenze e smaltimento rifiuti. In tali casi, sembra difficile poter considerare questa variabilità spiegabile solo da condizioni di contesto istituzionale ed operativo delle diverse Regioni in cui i dati sono stati raccolti, nonché da un collegamento con l'outcome clinico.

La variabilità, in questi casi, dovrebbe piuttosto essere considerata “patologica” e sarebbe opportuno identificare le linee di intervento per ridurre questo fenomeno alla normalità.

In particolare, la Lombardia è la Regione che per voci di costo come **Lavanderia, Pulizia, Mensa, Riscaldamento, Utenze e smaltimento rifiuti**, è caratterizzata da costi pro capite estremamente più bassi delle altre Regioni, confermando il dato rilevato in una precedente analisi del 2008. Tuttavia, i costi rilevati per le stesse voci sostenuti da una Regione come la Sicilia sono ancora più bassi: potrebbe ipotizzarsi, pertanto, l’esistenza di economie di scala nelle Regioni più popolate.

Nelle figure che seguono è possibile osservare alcuni risultati.

I valori più bassi di spesa per queste prime due voci sono stati (Fig. 1) osservati in Lombardia e Sicilia, mentre i valori più alti sono stati registrati in Valle D’Aosta e nella Provincia di Trento. Il Veneto presenta il margine più alto di risparmio soprattutto per

Figura 1: Spese per lavanderia e pulizia per residente (ASL)

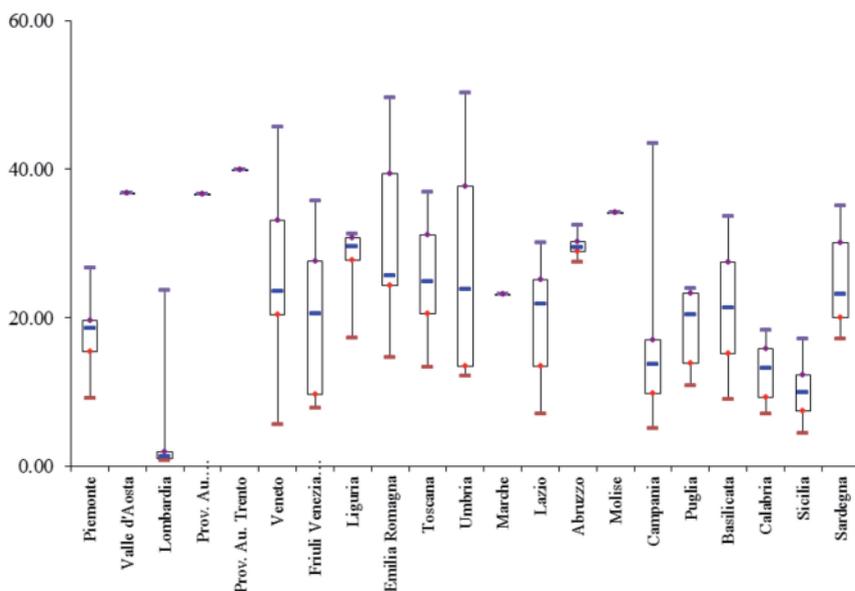
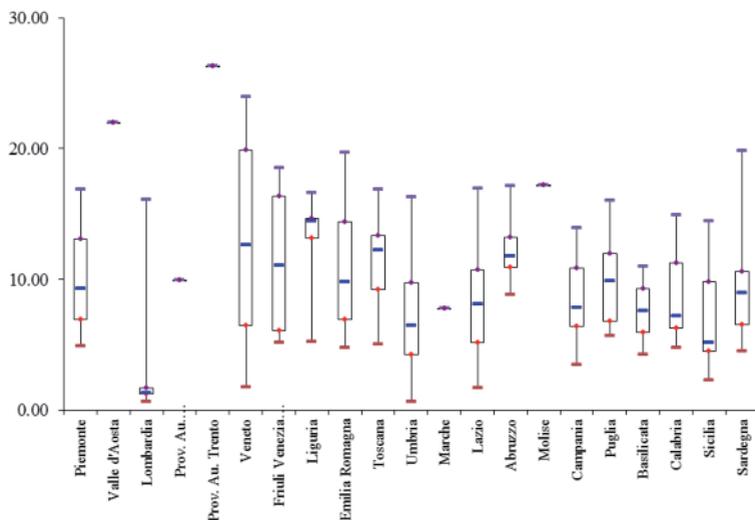
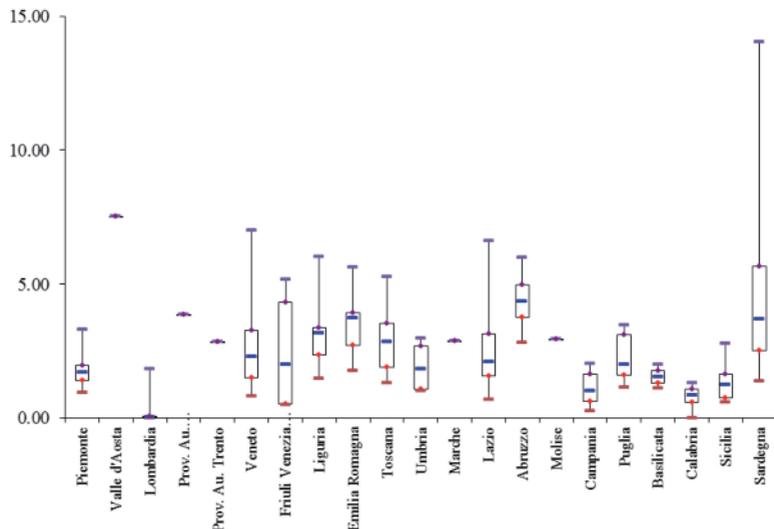


Figura 2: Spese per mensa e prodotti alimentari per residente (ASL)



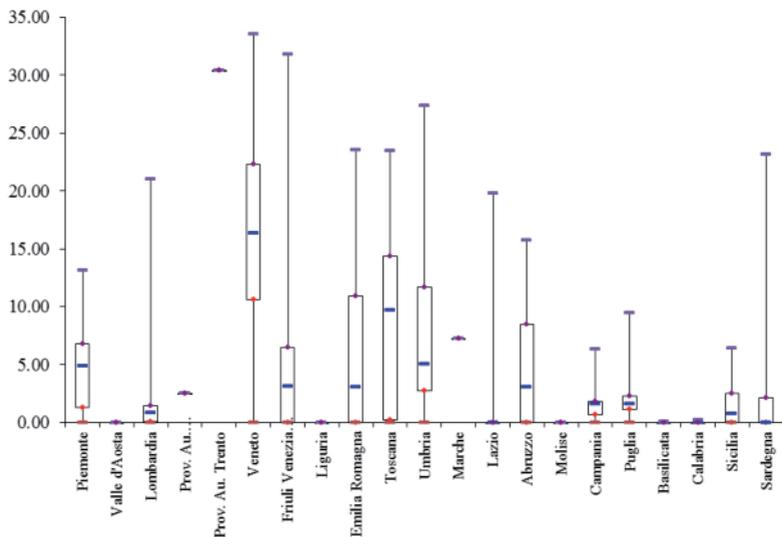
le spese relative alla mensa e ai prodotti alimentari (Fig. 2).

Figura 3: Spesa per smaltimento rifiuti per residente (ASL)



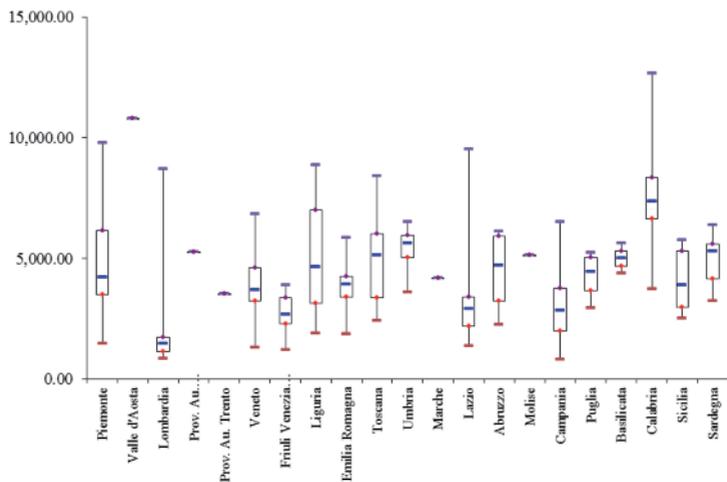
Le Asl della Lombardia hanno sostenuto, nel 2010 la spesa minore per lo smaltimento di rifiuti (Fig. 3), seguite dalle Asl di Calabria e Campania. Le spese più alte sono state sostenute in Abruzzo e Sardegna; queste Regioni, insieme al Friuli Venezia Giulia, presentano i margini di risparmio più ampi.

Figura 4: Spesa per riscaldamento per residente (ASL)



Questa voce (Fig. 4) è caratterizzata da livelli molto bassi di spesa per residente. Le ASL di molte Regioni registrano, in media, valori prossimi allo zero. La provincia autonoma di Trento riporta, in media, il valore più alto. Toscana, Veneto ed Emilia Romagna presentano ampi margini di risparmio.

Figura 5: Spesa per utenze telefoniche per medico



La Lombardia presenta, in media, il valore più basso di spesa per questa voce (Fig. 5). Il valore medio più elevato è stato, invece riscontrato in Valle d'Aosta. L'Abruzzo, il Piemonte e la Liguria presentano ampi margini di razionalizzazione.

Figura 6: Spesa per lavanderia e pulizia per dimesso nelle AO pesato per ICM

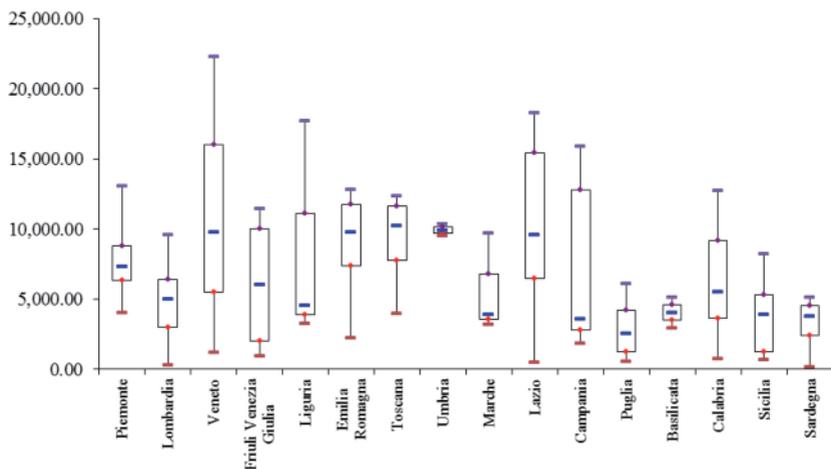
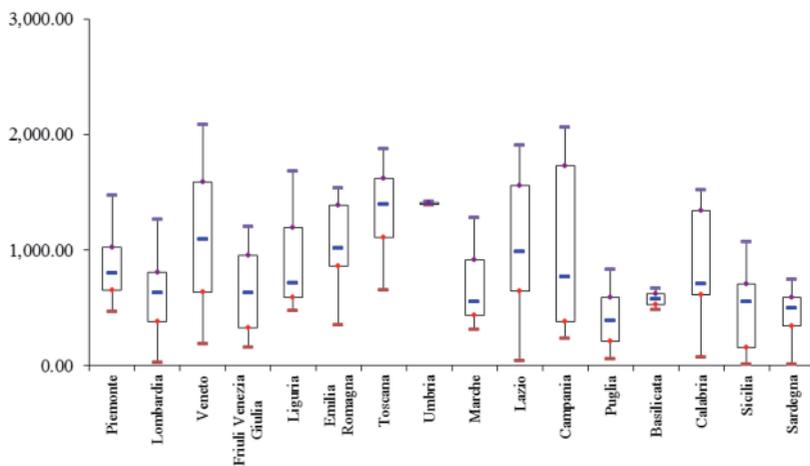


Figura 7: Spesa per lavanderia e pulizia per giornata di degenza nelle AO pesata per ICM



Le strutture della Puglia registrano i valori più bassi di spesa per dimesso per lavanderia e pulizia (Fig. 6 e 7). I valori più alti si osservano in Toscana. Lazio e Campania presentano anche un'elevata variabilità. Nella figura che segue (Fig. 8 e 9), relativa alla spesa per mensa e prodotti alimentari, si nota come i valori di spesa più bassi vengano registrati nelle Regioni meridionali, ad eccezione della Campania, e, nelle Regioni del centro-nord, in Lombardia, Liguria e Marche. Il valore medio più elevato è quello riscontrato nel Veneto. Le dimensioni dei *box plot* indicano una certa variabilità anche all'interno delle Regioni.

Figura 8: Spesa per mensa e prodotti alimentari per dimesso nelle AO pesata per ICM

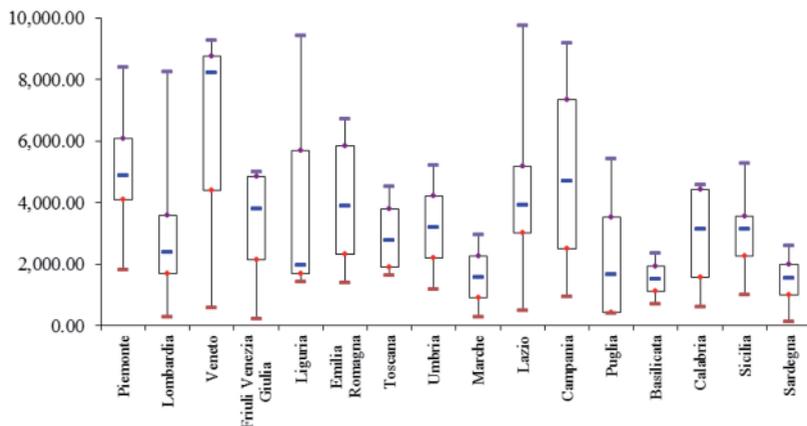


Figura 9: Spesa per mensa e prodotti alimentare per giornata di degenza nelle AO pesata per ICM

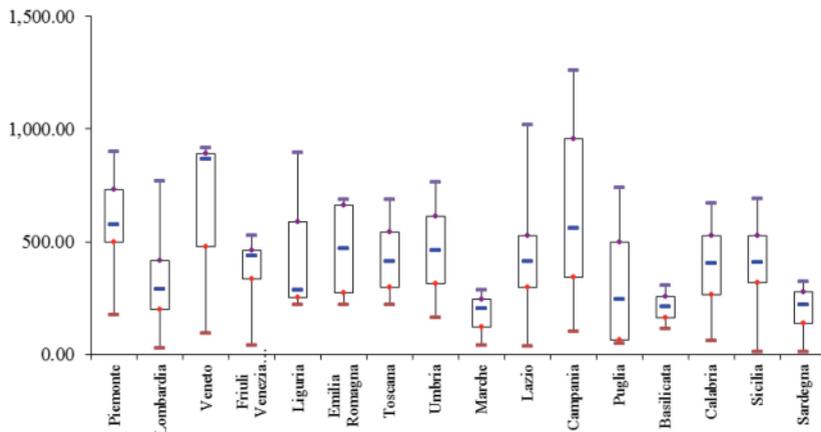


Figura 10: Spesa di smaltimento rifiuti per dimesso nelle AO pesata per ICM

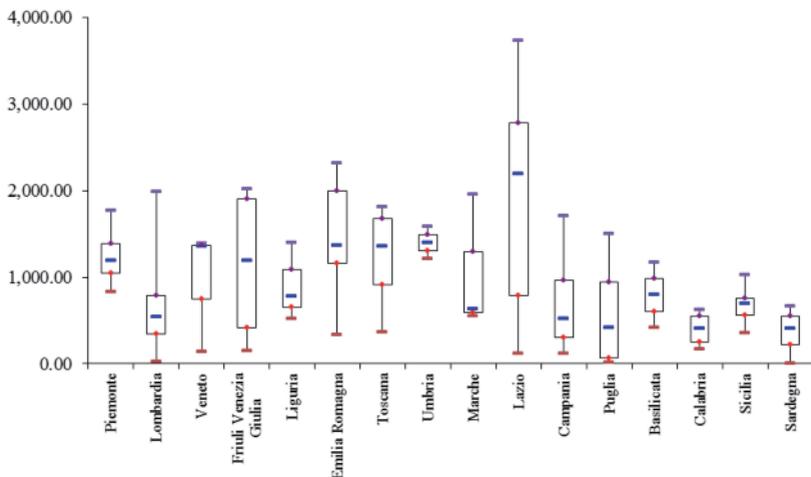
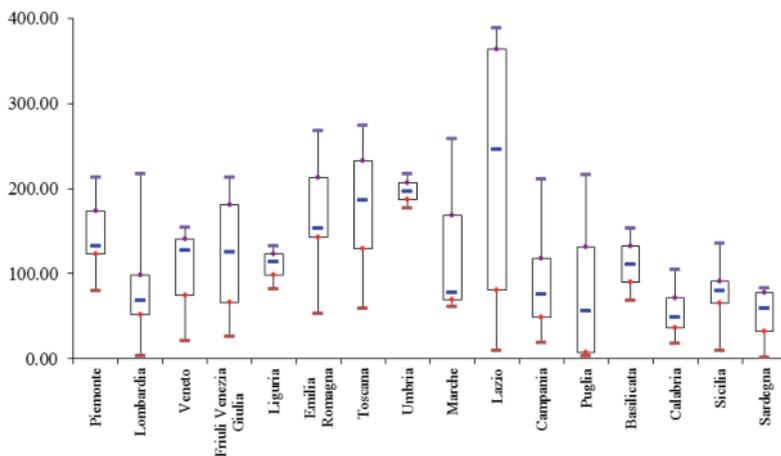


Figura 11: Spesa per smaltimento di rifiuti per giornata di degenza nelle AO pesata per ICM



Riguardo alla spesa per smaltimento rifiuti (Fig. 10 e 11), sia per dimesso che per giornata di degenza, la Regione che presenta valori più bassi di spesa è la Calabria, mentre quella che presenta valori più alti è il Lazio che presenta anche un'elevata variabilità.

Figura 12: Spesa per riscaldamento per dimesso nelle AO pesata per ICM.

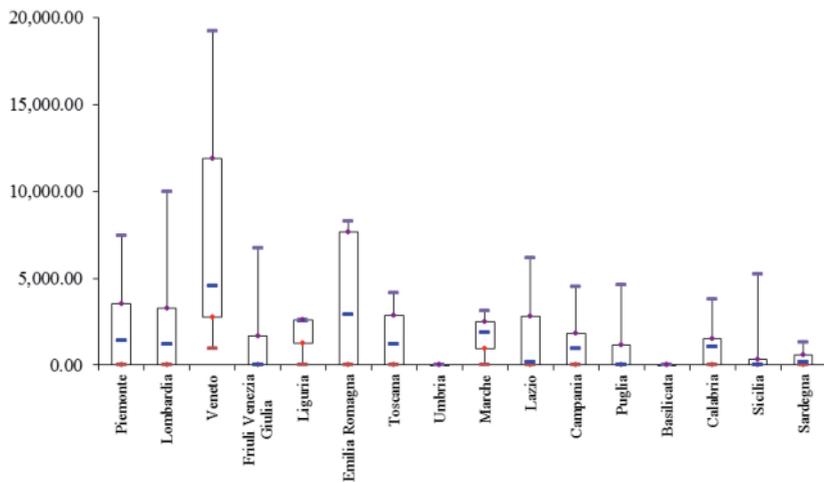
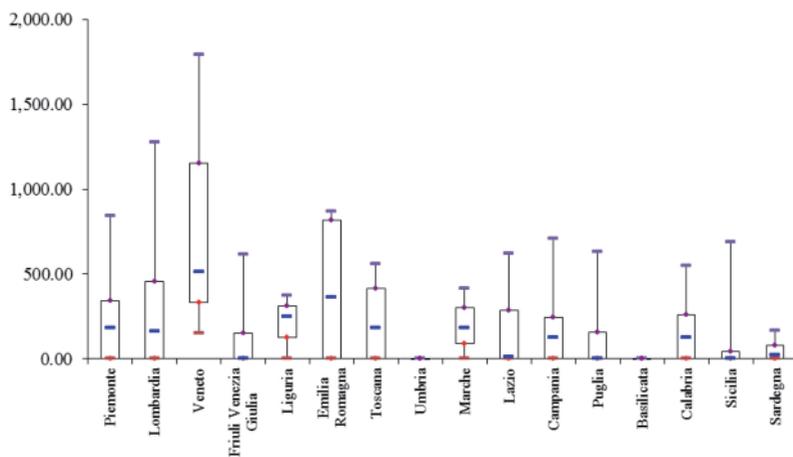


Figura 13: Spesa per riscaldamento per giornata di degenza nelle AO pesata per ICM



La Regione in cui la spesa per riscaldamento (Fig. 12 e 13) risulta più variabile, sia per dimesso che per giornata di degenza, è il Veneto. In diverse Regioni (tra cui Friuli Venezia Giulia, Umbria, Lazio, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna) si registrano valori molto bassi, vicini allo zero.

Complessivamente, i risultati dell'analisi possono fornire utili indicazioni ai decisori di politica sanitaria. Considerando le voci di costo nelle Aziende Ospedaliere in rapporto con il numero di dimessi e con le giornate di degenza, emerge una elevata variabilità fra strutture delle varie Regioni.

Occorre, però, tener conto di alcuni rilevanti limiti dell'analisi.

In primo luogo, nonostante la qualità dei dati estrapolati dai modelli CE sia sostanzialmente migliorata rispetto al passato, è necessario procedere ad ulteriori specificazioni e affinamenti degli stessi dati, affinché questi ultimi possano essere considerati pienamente omogenei e quindi comparabili.

E', poi, necessario migliorare la disponibilità di dati infrastrutturali, di attività, *performance* ed esito a livello di azienda sanitaria, indispensabili per la costruzione di un set di indicatori in grado di offrire un sistema di misurazione della *performance* aziendale completo e uniforme sul territorio.

L'aspetto più debole dell'analisi riguarda, però, tutta la dimensione degli "esiti". Nonostante a livello ministeriale negli ultimi anni, siano stati condotti il "Progetto Esiti" ed il "Progetto Mattoni", con l'obiettivo di tracciare un quadro esauriente sugli *outcomes* dell'assistenza sanitaria relativo alle singole strutture ospedaliere, non si hanno ancora flussi informativi tali da poter garantire la costruzione di un *set* di indicatori di esito a livello nazionale che sia distinto anche per singole ASL oltre che per singole strutture.

I risparmi possibili ed il costo della corruzione

Pur con i limiti sopra evidenziati, importanti considerazioni possono essere avanzate sia a livello Micro che a livello Macro. Si è detto come, a livello Micro, la spesa in eccesso sia stata calcolata facendo riferimento ai valori compresi tra la mediana e il 75° percentile: la considerazione di queste differenze e l'implementazione di politiche finalizzate ad una loro riduzione, vedrebbe una riorganizzazione della gestione delle risorse che preveda il più efficiente impiego di quelle che fino ad ora sono state "sprecate".

Dai risultati dell'analisi si evince come i risparmi totali legati alle 8 voci di spesa esaminate a livello Macro (risparmi calcolati in via prudenziale e relativi alla spesa pro capite per residente nel caso delle ASL e per dimesso pesata per ICM per le AO) ammontano ad una cifra pari a circa € 896.217.674 per le ASL e € 964.350.254 per le AO. Tali voci rappresentano approssimativamente il 4,3% della spesa sanitaria pubblica (dati del 2010): di conseguenza, lo "spreco" di risorse per punto percentuale

di spesa sanitaria pubblica ammonta a € 208.422.715 per le ASL e € 224.267.501 per le AO. Per comprendere la portata di quanto evidenziato, si è replicata la medesima analisi per la spesa farmaceutica (somma di spesa ospedaliera - composta da prodotti farmaceutici - e territoriale - composta sia da prodotti che da servizi farmaceutici – per la popolazione pesata in base a quanto previsto per la ripartizione del FSN 2008). Dal calcolo risulta che la differenza tra il 75° percentile e il valore medio (mediano) ammonta a €1.148.346.835 per le ASL e €929.020.895 per le AO. Alla luce del fatto che la spesa farmaceutica per prodotti e servizi farmaceutici rappresenta il 16,2% della spesa sanitaria pubblica, lo scarto per punto percentuale ammonta a € 70.885.607 per le ASL; per le AO, dato che la spesa per prodotti farmaceutici rappresenta il 6,4% del totale della spesa sanitaria, lo scarto per punto percentuale ammonta a € 146.302.503.

L'esito di questo confronto evidenzia come il valore marginale degli sprechi derivanti dalle 8 voci prese in considerazione nel presente studio si collochi fra il 25% ed il 30% in più rispetto a quanto ci si potrebbe aspettare. Anzi, la differenza in termini di valore marginale potrebbe aumentare laddove la spesa farmaceutica venisse rapportata a valori di esito.

Complessivamente, l'analisi conferma quanto emerso nella letteratura più recente, dove i sistemi sanitari finanziati prevalentemente con le imposte dimostrano di avere un maggiore controllo sulle prescrizioni inappropriate mentre dimostrano di non riuscire a controllare il lato della domanda e quindi l'inappropriatezza sul lato dei consumi.

Un altro aspetto importante è quello relativo alla valutazione dei risultati gestionali. Emerge con chiarezza come la valutazione necessiti di obiettivi chiari e condivisi: è necessario, così come fatto nel presente studio, capire preventivamente cosa e perché si valuta. D'altra parte, per definire gli obiettivi è necessario che siano fissati chiaramente i principi a cui ispirarsi, primo fra tutti proprio quello dell'equità di accesso nel rispetto dei LEA.

Alcune considerazioni finali possono avanzarsi riguardo al costo della corruzione, stimabile a livello Macro. A livello Macro, infatti, si è tentato l'obiettivo più ambizioso di stimare il costo della corruzione, considerando i valori oltre il 75° percentile che riguardano la spesa fortemente in eccesso non giustificata.

Come si è già detto, la corruzione è stata definita come lo scarto tra la spesa per residente delle singole ASL italiane ed il valore di spesa corrispondente al 75° percentile calcolato sugli stessi valori di spesa. Le differenze, laddove positive, sono state moltiplicate per la popolazione della ASL a cui fanno riferimento. Con riferimento alle AO, si è fatto invece riferimento alla spesa per ciascun dimesso.

I dati riportati nell'ultima riga della seguente **tabella 1** forniscono una stima approssimativa del costo della corruzione al netto degli indennizzi per danno erariale.

Tabella 1: Stima del costo della corruzione nelle ASL e nelle AO

	Beni	Servizi	Oneri finanziari	Somma delle voci di spesa
ASL - elaborazione su dati per residenti	€ 483.485.170	€ 3.634.218.763	€ 8.000.856	€ 4.125.704.790
AO - elaborazione su dati per dimessi	€ 679.972.951	€ 679.428.649	€ 2.963.089	€ 1.362.364.688
Corruzione ASL + AO	€ 1.163.458.121	€ 4.313.647.412	€ 10.963.945	€ 5.488.069.478

Complessivamente, la spesa in eccesso non giustificata, riferita alle voci comprese all'interno dei modelli CE, alla base delle decisioni di carattere economico-finanziario (che vengono prese tanto dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia), è stimabile essere pari a circa 5,5 miliardi di Euro.

Questo primo tentativo di procedere ad una stima del costo della corruzione può essere ulteriormente ampliato considerando, oltre che dati statistici provenienti dai CE, anche l'evidenza registrata in ambito giurisdizionale (indennizzi per i danni erariali provocati da episodi di corruzione).

Un esempio chiarirà la portata di quanto affermato. A fine Febbraio 2014, la Corte dei Conti ha pubblicato i dati relativi agli indennizzi per danni erariali. Dalla relazione presentata dal Procuratore Generale, Salvatore Nottola, i danni erariali oscillano tra un minimo di 133,4 milioni di Euro e un massimo di 256,4 milioni di Euro.

In particolare, 55,4 milioni di Euro fanno riferimento a 50 sentenze, relative a danni patrimoniali di vario genere, che sono da considerarsi definitive, in quanto emesse dalle sezioni Giurisdizionali di Appello. Ulteriori 59,9 milioni di Euro fanno riferimento a forme di risarcimento spontaneo corrisposto dagli indagati prima dello svolgimento del processo per evitare il conseguente giudizio.

Ancora, alle somme sopra evidenziate si possono aggiungere ulteriori 18 milioni di Euro quale conseguenza di 237 sentenze di primo grado da parte delle Sezioni giurisdizionali regionali, che, pur essendo immediatamente esecutive, sono, però, da considerarsi provvisorie in attesa di un'eventuale impugnativa.

Infine, possono considerarsi ulteriori 123 milioni di Euro che si riferiscono a danni contestati dalle Procure regionali in attesa della valutazione del giudice contabile. *“Il dato – secondo il Procuratore Generale – è da considerarsi di per sé significativo e conferma l'attenzione nei confronti di fenomeni di malcostume che accadono nel settore”*. Tenendo presenti questi ulteriori dati, si può affermare che il costo della corruzione, stimato sulla base dei modelli CE e dalla considerazione degli sprechi e dei danni erariali liquidati in favore dello Stato, raggiunge la soglia di 5,6 miliardi di Euro, pari a circa il 5% della spesa sanitaria pubblica in Italia.



Sino agli anni '60 del XX Secolo, la parola “corruzione” non era pronunciata, ma indirettamente e discretamente citata come “Fattore C”¹. La sensibilità e l’attenzione sono cresciute negli anni, non solo per ragioni morali, ma anche perché è ormai dimostrato che la corruzione è dannosa e costosa sul piano sociale ed economico. Le conseguenze di questo crimine sono più gravi che in passato, per il rischio corso da chi lo commette e per il danneggiamento delle reputazioni nazionali. Infatti, tanto più la corruzione è percepita elevata in un Paese, quanto meno vi si insediano iniziative da altre Nazioni: in Italia, per tale motivo, sfuma il 16% degli investimenti esteri². Le valutazioni internazionali riconoscono che la Sanità Pubblica italiana eroga servizi di buon livello con costi che, pur rappresentando una quota significativa della spesa pubblica, sono in linea con gli altri Paesi OCSE. L'Italia è nella media OCSE anche nel rapporto fra l’attesa di vita alla nascita e il PIL pro capite, e nel rapporto fra l’attesa di vita alla nascita e la spesa sanitaria pro capite³.

La spesa sanitaria totale italiana, nel 2013, è di €114 MLD così ripartiti:

- 32% Personale
- 31% Acquisto di beni e servizi
- 9% Farmaceutica convenzionata
- 28% Altre voci di costo

Definizione, dimensionamento e aspetti generali della corruzione

La corruzione è simile a un virus che ha sviluppato e sviluppa continuamente nuove difese e adotta tecniche di aggressione sempre più efficaci. I metodi per riciclare il denaro ed eseguire transazioni opache sono più raffinati rispetto al passato; talvolta, le “operazioni” avvengono persino in modo fiscalmente corretto.

Una recente ricerca dell’Università di Oxford rileva che la corruzione ha cambiato volto. La grande organizzazione criminale internazionale non poggia più su una struttura rigidamente gerarchica, in cui il capo detiene un potere assoluto e accentra le decisioni e le relazioni più importanti. L’assetto organizzativo è quello di una rete, i cui nodi sono anche entità legali e, spesso, persino inconsapevoli di essere portatrici sane del virus corruttivo, e intrattengono relazioni con i nodi corrispondenti nelle organizzazioni corrotte o corruttibili.

Questa nuova caratteristica mutante impone un’analisi più ampia, rispetto al passato, e uno sforzo di contrasto maggiore da parte dei sistemi giuridico e d’indagine.

¹ Parte del capitolo è liberamente tratta dal libro dell’autore “Management story”, in corso di pubblicazione con l’Editore Euri-link.

² Fonte: Corte dei Conti.

³ Dal rapporto elaborato da RISSC e Transparency International Italia sulla corruzione nel sistema sanitario nazionale. Il rapporto è parte della conclusione del progetto Unhealthy Health System, finanziato dalla UE e dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

La definizione della corruzione comunemente accettata in Italia è: “Utilizzo del potere a fini personali”. Il termine anglosassone *corruption* ha un significato più esteso, identico a quello dell’originale latino *corruptio*: alterazione degenerativa. Include ben più della definizione citata che, in genere, si riduce al pagamento di tangenti o allo scambio occulto di vantaggi economici o professionali. Fanno parte della *corruption* anche disfunzioni, sprechi, utilizzo improprio o improduttivo dei fondi pubblici, opacità nelle transazioni, mortificazione delle competenze professionali, nepotismo, manipolazioni di gare d’appalto e concorsi, investimenti in titoli finanziari tossici, scelte che penalizzano l’ambiente e creano o favoriscono la diffusione di malattie nei territori compromessi.

La stima del valore della corruzione nel mondo, riferita al complesso di tutti i settori di attività, è il 3% del PML, il Prodotto Mondiale Lordo⁴, cioè circa 2.150 miliardi di dollari. È un immenso valore perduto, non soltanto per la cifra in sé enorme, ma per le deformazioni e le conseguenze – non solo economiche – che crea nelle economie interessate, nel sistema di scambi e nella distribuzione della ricchezza.

La corruzione accertata e riferita a tutti i settori d’attività, in Italia nel 2011, è di € 60 Miliardi⁵. La percentuale rispetto al prodotto lordo nazionale dello stesso anno sfiora il 4%, quindi superiore alla stima del 3%, comunemente accettata come valore medio a livello internazionale.

Secondo le stime dell’Unione Europea, la corruzione nel sistema sanitario del Continente è dell’ordine di 56 miliardi di Euro. Sulla base dei reati perseguiti, il valore della corruzione⁶ nel sistema sanitario italiano è 6,4 miliardi di Euro

L’indicatore della corruzione in Sanità accertata dalla Magistratura, rispetto alla spesa sanitaria nazionale, è il 5,6%, ed è superiore alla media europea. Il dato, tuttavia, può essere interpretato in un altro modo, più corretto. Se la spesa sanitaria annua totale al netto della corruzione accertata è 107,6 € MLD, la corruzione accertata la accresce del 6% in modo criminale.

I dati precedenti, naturalmente devono essere considerati esatti o almeno attendibili, ma è ragionevole immaginare che siano inferiori alla realtà. Il patto scellerato fra corruttore e corrotto include l’impegno e la convenienza del silenzio. Inoltre, non tutti i crimini sono perseguiti e i termini di prescrizione previsti dalla Legislazione Italiana intralciano, rallentano e talvolta annullano i procedimenti e, quindi, le con-

4 Fonte: World Bank. Nel 2011, il PML supera 72.000 Miliardi di dollari. Il valore della corruzione stimato, quindi, supera il PIL di una Nazione come l’India ed è dello stesso ordine di grandezza di quelli di Gran Bretagna e Italia. La stima della percentuale della corruzione sul Prodotto Lordo, nella misura del 3%, è adottata anche in Europa.

5 Fonte: Corte di Conti.

6 Fonte: Azione Civile.

danne. È quindi corretto considerare il valore della corruzione accertata nella Sanità Italiana come un dato di minima. I reati di corruzione sono suddivisi come segue:

- 41% Al Sud
- 30% Al Centro
- 23% Al Nord
- 6% Commessi con atti relativi allo stesso crimine compiuti in luoghi diversi

I crimini più diffusi sono legati ai farmaci; quelli più costosi all'acquisto di beni e servizi e agli appalti di opere.

Analisi e prevenzione della corruzione

La prima operazione, anche in ordine cronologico, per ridurre l'incidenza della corruzione, è di tipo preventivo. Ciò richiede di analizzare la vulnerabilità del sistema sanitario, quindi definire e attuare misure di contrasto. In termini tecnici, l'operazione è un'analisi organizzativa orientata alla quantificazione del rischio di corruzione, in cui si esaminano, insieme con altri fattori:

- La *Governance*, che include a sua volta la composizione dell'organo direttivo (Consiglio di Amministrazione), che dovrebbe includere membri esterni indipendenti e autonomi, membri tecnici e rappresentanti degli *stakeholder*.
- La discrezionalità nelle scelte.
- Il processo di scelta e acquisizione delle forniture di ogni tipo.
- Il sistema dei concorsi, lo *spoils system* e l'acquisizione del personale in genere, incluso quello interinale.
- La presenza di organi di controllo e *audit*.
- L'efficienza e l'efficacia dei processi di controllo e *auditing*.
- Metodi e processi di prevenzione, di controlli *ex ante* ed *ex post*.

L'analisi è complessa. Richiede un rilevamento ampio e allargato a un numero sufficiente di campioni (ASL, USL e Aziende Ospedaliere) distribuiti geograficamente in quantità tali per cui si possano ottenere dati disaggregati (per Regione e/o Provincia) o aggregati a livello nazionale. Il metodo è normalmente implementato con questionari chiusi e interviste i cui risultati consentono l'interpretazione dei dati quantitativi ottenuti. ISPE – Sanità si propone di realizzare il rilevamento nell'anno 2014.

La necessità di valutare il rischio di corruzione con l'appropriata analisi organizzativa è stata recepita anche dalla Legge 190 – 2012, cui si rimanda. Nel testo della legge, sono indicate quattro aree di rischio obbligatorie da analizzare in profondità:

- Autorizzazioni e concessioni.
- Scelta di fornitori di ogni tipo per tutti gli acquisti, appalti, opere, ecc.
- Concessione di sussidi, vantaggi e contributi.
- Concorsi e prove selettive.

Inoltre e a scopo preventivo, la legge 190 – 2012 raccomanda l'analisi di altre aree di rischio, che il *management* deve identificare in ogni azienda sanitaria secondo le specificità proprie. Sul piano dimensionale, è disponibile un risultato parziale, ottenuto nel 2013 da PriceWaterHouseCooper⁷, che stima il rischio di corruzione nelle transazioni del sistema sanitario nazionale su sistemi e impianti a elevata tecnologia (*scanner* per tomografia, sistemi di risonanza magnetica, ecc.) compreso fra 11% e 14%. Ancora nell'ambito del *procurement*, la quota destinata alla realizzazione di opere è attaccata dalla corruzione più forte, in tutto il mondo, con un'incidenza del 15%⁸. La restante parte, gli acquisti per consumi e servizi, si possono considerare affetti da una vulnerabilità equivalente all'incidenza della corruzione accertata. Nel complesso, la valutazione precedente, almeno in prima approssimazione, può essere applicata all'intero *procurement*. In mancanza di dati, si può inoltre assumere che il rischio di corruzione nell'acquisto e uso di farmaci sia quello medio della corruzione accertata, cioè il 6%. Si può, inoltre, ipotizzare che la corruzione relativa alla voce di spesa del personale (32%) sia più collegata alla lottizzazione politica che al pagamento di tangenti. Si assume prudenzialmente che il rischio di corruzione con scambio di denaro sia nullo o poco rilevante. L'applicazione delle probabilità di corruzione ai vari capitoli di spesa conduce a un risultato dello stesso ordine di grandezza della corruzione accertata.

Stima della corruption

Come prima esposto, la *corruption* include la corruzione in senso stretto, e, inoltre:

- Inefficienza e cattiva gestione.
- Sprechi, fra i quali l'aumento del costo delle opere pubbliche per effetto della corruzione e degli acquisti in genere.

Per ottenere un valore plausibile della *corruption*, è quindi necessario quantificare i fattori precedenti e sommarli al valore estrapolato della corruzione in senso stretto, cioè € 6,4 MLD.

- Secondo Piacenza e Turati (2013), l'inefficienza della spesa pubblica nel comparto sanitario è dell'ordine del 3% del totale della spesa.
- Secondo PriceWaterHouseCooper, gli sprechi nella spesa sanitaria sono dell'ordine del 18% della spesa totale, di cui il 13% direttamente conseguente alla

⁷ Fonte: PWC, 2013, pag. 209-210.

⁸ Fonte: Tribuna Focus, Corruzione ed appalti pubblici in ambito europeo

corruzione.

La corruption totale, quindi, è stimabile in:

	VALORE
Spesa Sanitaria totale al netto della corruzione	€ MLD 107,6
Corruzione accertata	€ MLD 6,4+
Inefficienza (3% della spesa totale al netto della corruzione)	€ MLD 3,2+
Sprechi (13% della spesa totale al netto della corruzione)	€ MLD 14,0=
Corruption nel Sistema Sanitario	€ MLD 23,6

Il processo di calcolo è mostrato per chiarezza espositiva ma, poiché i valori sono stime, le cifre ottenute sono indicative e permettono soltanto di ipotizzare che:

L'indice di *corruption* rispetto alla spesa sanitaria totale potrebbe superare il 20%.
Il valore è elevato e inquietante.
L'effetto inflattivo della *corruption* sulla spesa sanitaria al netto della corruzione è leggermente superiore, dell'ordine del 21%.

Il passo successivo dell'analisi è valutare gli effetti determinati dalla *corruption*; è però prima necessario esaminare i meccanismi economici dei diversi tipi di crimine.

Tipi di corruzione

La definizione di *corruption* comprende sia la “Grande corruzione” (*grand corruption*), sia la “Corruzione burocratica” (*bureaucratic corruption*). La prima coinvolge le strutture apicali di una comunità, cioè gli organi deputati – perché nominati o eletti e quindi delegati dai membri – al governo della comunità e alla realizzazione delle sue politiche attraverso l'allocazione delle risorse pubbliche. In questo caso, la corruzione può incidere sulle scelte di spesa pubblica, che vengono orientate sui settori più “remunerativi” invece che verso quelli più necessari, o sulla scelta dei beneficiari di tali risorse, grazie alla possibilità di stabilire le “regole del gioco”. Si tratta di una forma di corruzione molto grave, non tanto per la dimensione economica, quanto per il generale detrimento dell'efficienza e della capacità di sviluppo

di un Paese. Vi rientrano i rapporti tra interessi privati e provvedimenti normativi favorevoli, spesso riferibili a gruppi di interesse legittimi (a es. grandi aziende, banche, categorie professionali) o illeciti (crimine organizzato), e il voto di scambio, cioè l'adozione di provvedimenti favorevoli a un interesse privato in cambio della garanzia di un sostegno elettorale.

La seconda coinvolge la struttura amministrativa pubblica, nel suo rapporto gerarchico all'interno della PA (il superiore verso il subordinato) o verso il privato, fornitore o utente di servizi. Si va dal pagamento di piccole somme per velocizzare (o non rallentare) i procedimenti (*petty corruption*), fino alle tangenti legate all'abuso di potere discrezionale. La corruzione negli appalti o nei contratti con la PA rientra in questa categoria⁹.

Esaminiamo i tre principali tipi di corruzione.

Corruzione nel sistema privato

Spesso, nasce dallo sbilanciamento del potere contrattuale fra gli attori in gioco, in particolare fra fornitori e un cliente. Se questo ha un potere contrattuale forte, i potenziali fornitori possono essere facilmente indotti a corrompere i decisori per facilitare l'ottenimento di ordini o lavori. Un altro caso accade come conseguenza del controllo delle attività commerciali, produttive e di servizi da parte della criminalità organizzata. La conseguenza del fenomeno può essere l'impoverimento delle vittime o la loro dipendenza dai loro estorsori, che accrescono la propria potenza economica e contrattuale. In altri casi, per esempio nell'ambito dello smaltimento illegale di rifiuti tossici, il vantaggio è ripartito fra corruttore e corrotto, a danno dell'ambiente e della salute collettiva. La corruzione fra privati ha un'incidenza inferiore a quella dei crimini descritti nel seguito.

Impiego cattivo o criminoso dei fondi pubblici

Il fenomeno è inefficienza e/o inefficacia nell'uso delle risorse, che determina l'aumento della spesa pubblica e, quindi, del prelievo fiscale. Il fenomeno, inoltre, diffonde la corruzione, altera il mercato economico e, talvolta, quello del lavoro e l'ambiente. Non si manifesta esclusivamente per l'effetto di vere azioni corruttive, ma anche per sprechi, inefficienze, disfunzioni, ecc. Come citato in precedenza, se gli sprechi sono valutati in misura del 18% della spesa sanitaria, ben il 13% è direttamente conseguente alla corruzione.

Corruzione nel sistema pubblico e politico (*considerata il fenomeno più diffuso nella maggior parte del mondo*)

L'azione avviene in due direzioni: la concussione e la corruzione, che distinguono i diversi punti di partenza del patto scellerato. Nel primo caso, si tratta di estorsione, quindi

dell'uso esplicito e *tout court* del potere. Nel secondo, l'iniziativa parte dal corruttore, ma lo sviluppo dell'atto è simile, perché nessuno ha interesse a concedere denaro o privilegi senza un ritorno del cosiddetto "investimento".

In entrambi i casi, il danno economico immediato ricade sul corruttore, che può ottenere, tuttavia, un vantaggio successivo: l'ottenimento di una commessa, l'assegnazione di una gara o, nel caso di azioni compiute da *lobby* potenti che sostengono interessi forti, anche azioni legislative che creano condizioni favorevoli.

Il fenomeno, inoltre, si accompagna spesso a infiltrazioni della criminalità organizzata, per esempio nel sistema delle gare e degli appalti, altera il tessuto imprenditoriale e tende a far lievitare il costo delle opere e delle forniture di prodotti e servizi. La ricaduta della *corruption* è economica e sociale, favorisce il nepotismo, modifica la distribuzione della ricchezza e, se accresce la spesa pubblica, crea un aumento del prelievo fiscale e la conseguente contrazione dei consumi. Nella sua azione a danno del sistema pubblico e della collettività, la corruzione è spesso favorita dal diffuso e immorale pensiero che il *denaro pubblico sia di nessuno*.

Effetti economici complessivi della corruption

Il terzo e ultimo effetto della *corruption* è il costo complessivo che essa fa gravare illecitamente sulla collettività. Un esempio spesso citato, fuori del settore sanitario, è il costo chilometrico per le linee Alta Velocità, maggiore in misura abnorme in Italia rispetto ad altri Paesi. Tali opere, come tristemente noto, sono spesso realizzate con infiltrazioni della criminalità organizzata e collusioni politiche. Naturalmente anche gli appalti di opere nel settore sanitario, se contaminati dalla corruzione o aggrediti dalla criminalità organizzata, subiscono effetti simili: come citato in precedenza l'aumento relativo del costo delle opere pubbliche è del 40%. Per valutare gli effetti complessivi della *corruption*, è necessario esaminare sul piano economico e macroeconomico il funzionamento dei meccanismi corruttivi. Per comodità di consultazione è qui riportata l'espressione aritmetica che rappresenta il Prodotto interno lordo:

PIL	Totale consumi interni (nei prezzi, è inclusa l'imposta sul V.A.)	+
	Investimenti	+
	Spesa Pubblica	+
	Esportazioni	-
	Importazioni	

I) Bribing (pagamento di tangenti)

Il *Bribing* che avviene con una transazione non tracciabile di denaro rientra nell'economia sommersa. L'effetto economico emergente può essere un eventuale aumento dei consumi da parte dei beneficiari delle tangenti, che determina un aumento del PIL, eventualmente compensato, sul breve termine, dalla diminuzione dei consumi del corruttore. La spesa pubblica cresce se il prezzo delle forniture è aumentato artificialmente per compensare il costo della tangente per il corruttore.

In questo caso, la variazione del Prodotto Lordo, quindi, potrebbe essere minima o nulla, salvo l'eventuale lievitazione del costo delle forniture. Si crea un danno erariale.

Se, invece, il *Bribing* avviene con metodi tracciabili, il costo delle tangenti è spesso sostenuto da meccanismi di aumento dei prezzi di forniture, formazione di cartelli, connessioni sostanziali¹⁰ ecc. In questo caso, cresce la spesa pubblica e, quindi, anche il Prodotto Lordo. Inoltre, il maggiore costo delle forniture, quindi del fatturato delle imprese, accresce anch'esso il PIL. Il prelievo fiscale e il debito sovrano possono aumentare per sostenere l'aumento della spesa pubblica, con l'ulteriore aggravio degli interessi passivi. L'effetto finale dei fenomeni precedenti è un impoverimento che, a sua volta, si manifesta nella diminuzione dei consumi. Se la diminuzione dei consumi è marcata, alcune imprese possono essere costrette a diminuire gli organici; ciò accresce la disoccupazione e l'impoverimento generale. In sintesi:

(*) I prezzi delle forniture aumentano per compensare le tangenti e il fatturato delle aziende corruttrici aumenta

(*) Per la causa precedente, il PIL cresce

(*) Causa l'aumento dei prezzi, la spesa pubblica aumenta e accresce il PIL

L'aumento del fatturato delle aziende corruttrici è tassato

Il prelievo fiscale e/o il debito sovrano cresce per sostenere l'aumentata spesa pubblica

Crescono gli interessi sul debito, quindi le tasse

(*) Causa le tasse più alte, diminuiscono i consumi

(*) In conseguenza della contrazione dei consumi, le imprese interessate possono ridurre la vendita e/o l'organico, e il PIL diminuisce

NOTA: Il PIL si modifica per l'effetto combinato dei fenomeni contrassegnati da (*)

L'esame dei casi precedenti suggerisce, con approssimazione accettabile, che gli effetti positivi e negativi possano combinarsi persino in modo da accrescere il prodotto interno lordo. L'Erario non è sempre danneggiato, anzi talvolta persino favorito.

II) Sprechi e disfunzioni

In questo caso, avvengono:

- Investimenti e acquisti di beni e servizi non necessari, talvolta inutilizzati.
- Accordi e convenzioni fra Enti pubblici e società private, determinati da interessi personali di soggetti politici o dirigenti del sistema pubblico.
- Inserimenti eccessivi di personale, anche in forma interinale. In questo secondo caso, talvolta sono create società del settore che fanno capo a personaggi con un ruolo o un potere nell'ambito interessato, anche attraverso prestanome.
- Il sistema delle assunzioni e delle nomine è spesso lottizzato politicamente e non sempre segue il criterio della selezione per meriti e competenze. Il danno è più qualitativo che economico. È difficile da misurare, ma contribuisce certamente alla penalizzazione di efficienza ed efficacia. Infine, il danno sviluppa assuefazione al crimine che è, a sua volta, generatore di corruzione.

La sequenza degli effetti è la stessa del caso precedente, a eccezione di un caso: se le transazioni non sono accompagnate da episodi di corruzione, i prezzi delle forniture non aumentano per compensare le tangenti, perché il fatturato delle aziende corruttrici non è artificialmente gonfiato.

In termini più generali, la *corruption* innesca una sequenza di cause ed effetti che tende ad essere ricorsiva, autoalimentandosi:

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

Conseguenze della corruzione sul Sistema Economico Nazionale

La complessità dei fenomeni conseguenti alla *corruption*, e le intricate relazioni fra loro, rendono difficile costruire un modello rigoroso per calcolare l'effetto economico complessivo della *corruption* per la collettività. Tuttavia, si può eseguirne una stima, che dovrebbe essere riferita preferibilmente a una finestra temporale almeno triennale, poiché le reazioni ai fenomeni si manifestano nel tempo.

Con riferimento a un periodo di tale durata, è necessario ricercare o stimare:

- L'aumento della spesa pubblica dovuto alla *corruption*: eventuali maggiori costi per forniture, investimenti e sprechi.
- Crescita del debito pubblico per la causa precedente, qualora l'aumento della spesa non sia sostenibile autonomamente.
- L'aumento del prelievo fiscale dovuto a quello della spesa pubblica.
- La contrazione dei consumi per l'aumento del prelievo fiscale.
- La contrazione del settore d'impresa, la conseguente disoccupazione e l'ulteriore aumento della spesa pubblica per gli ammortizzatori sociali.

La catena delle cause ed effetti che conseguono ai fattori precedenti, e generati in cascata dalla corruzione, si estende al di fuori dell'ambito sanitario, modificando grandezze che interessano l'economia nazionale e la sua ricchezza.

La World Bank stima che il danno arrecato dalla corruzione al sistema economico interessato sia il doppio del suo valore. Anche in assenza di calcoli che confermino il dato, adattandolo alla situazione Italiana, (che ISPE – Sanità si propone di eseguire nel 2014) la portata dei fenomeni e la loro estensione rendono plausibile l'ordine di grandezza stimato dalla World Bank.

Consapevolezza della Società Civile

In termini freddamente economici, la corruzione contribuisce al cambiamento della distribuzione della ricchezza in un modo che penalizza i meno agiati e grava sulla collettività. Su un piano diverso, l'impoverimento della capacità di risparmio, causata dal maggiore prelievo fiscale e dalla disoccupazione, possono condurre le famiglie a indebitarsi, oppure a scelte difficili che riguardano, per esempio, gli studi dei figli e, quindi, il loro futuro.

L'intera catena delle forniture può essere danneggiata dalla contrazione di consumi. Oltre a ostacoli come l'avidità, la non integrità e la complicità nel "patto scellerato" fra corruttori e corrotti, il contrasto alla corruzione deve fronteggiare due ostilità celate: il sistema fiscale non è sempre danneggiato, anzi ne trae talvolta vantaggio (con l'eccezione di quanto rientra nell'economia sommersa) e il Prodotto Lordo può persino crescere per effetto della corruzione.

In conclusione, gli effetti della corruzione negano che “Tutto ciò che accresce il PIL fa bene all’economia della Nazione”. L’aumento del prodotto lordo, se generato dalla *corruption* la cui vittima è lo Stato – cioè la collettività – è dovuto principalmente all’aumento della spesa pubblica. La spesa pubblica è parte del PIL perché lo Stato e le Entità periferiche offrono ai cittadini servizi fondamentali (scuola, sanità, giustizia, ecc.) a costi molto inferiori a quelli che sarebbero praticati in un mercato libero e non sostenuto dal Governo. Il conseguente vantaggio per la società è considerato un valore creato, quindi inserito come addendo positivo nel calcolo del prodotto lordo.

Il principio è giusto, ma vale in una condizione di equilibrio in cui la spesa pubblica è effettivamente destinata all’opera di governo, ai servizi e al *welfare*. Quando la spesa pubblica cresce in modo patologico, come accade in conseguenza della corruzione, il significato del Prodotto Interno Lordo è distorto finché non è più correttamente rappresentato dal modello che lo definisce. La distorsione non modifica l’esattezza contabile del PIL, ma ne allontana il valore da quello dalla ricchezza vera della Nazione.

Tuttavia, anche a parità di prodotto lordo nazionale, a causa della corruzione la qualità della vita diminuisce per l’impoverimento, l’indebitamento che si propaga sulla popolazione, gli effetti morali e sociali della disoccupazione e dell’incertezza. Tutte queste condizioni, inoltre, sono terreno fertile per ulteriore corruzione e il rafforzamento della criminalità organizzata e, soprattutto, a danno della salute pubblica oggetto di questo studio.

La consapevolezza della Società Civile, correttamente informata, e la sua mobilitazione morale per contrastare la corruzione nel Sistema Sanitario Nazionale è essenziale ai fini della salute e del benessere collettivo.

Bibliografia

La Sanità Malata, Letture – *Il Corriere della Sera*, 10 Novembre 2013

La Spesa Pubblica in Europa, anni 2001 – 2011, *Ministero dell’Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato – Ispettorato generale del Bilancio*

Le tendenze di medio – lungo periodo del Sistema pensionistico e Socio Sanitario – *Aggiornamento 2012*

Management Story, *Walter Forresu, Editore Eurilink 2014*

Meridiano Sanità, *Rapporto 2012*

Rapporto annuale ISTAT sui Consumi 2011

PWC, 2013, *pag. 209-210*

Unhealthy Health System, *Transparency International Italia, 2013*

Tribuna Focus, *Corruzione ed appalti pubblici in ambito europeo*



UNA PANORAMICA SUI CASI DI SPRECO VOLONTARIO IN MEDICINA: IL CASO LAZIO

Carlo Eugenio Vitelli *Azienda Ospedaliera San Giovanni*

Partiamo dalla definizione comune di spreco: “Impiego improprio, errato, scorretto delle risorse disponibili”. Senza nulla togliere alle responsabilità dei medici negli sprechi legati alla loro ordinaria attività sul campo, è necessario sottolineare quanto la malagestione politica, svolta sia direttamente sia attraverso gli amministratori delle varie Aziende Sanitarie Locali/ Aziende Ospedaliere, abbia fatto crescere a dismisura il debito sanitario, soprattutto in alcune regioni (Lazio in testa), come verrà spiegato dettagliatamente in altre relazioni.

Le cause degli sprechi imputabili alla attività e volontà dei medici possono dividersi, sulla base della nostra analisi, in 4 gruppi:

- 1. sprechi di “necessità”**
- 2. sprechi per ignoranza**
- 3. sprechi per medicina difensiva**
- 4. sprechi per investimenti professionali mancati**

Sprechi “di necessità”

Tra gli sprechi per “necessità” di un reparto chirurgico al primo posto si segnala la necessità di garantire l’accesso, in tempo utile, al malato che deve essere operato. L’ideale sarebbe ovviamente far coincidere il momento del ricovero col giorno dell’intervento dopo aver preparato il paziente con un percorso, esterno all’ospedale, di pre ospedalizzazione. Questo permetterebbe al/la paziente di ricoverarsi la mattina dell’intervento, con una data programmata, operarsi lo stesso giorno e venire dimesso/a non appena in grado di essere preso in carico dalle strutture territoriali (medico di base, RSA, Riabilitazione, Lungodegenza, assistenza domiciliare, hospice...). Purtroppo la situazione reale, se prendiamo ad esempio il Lazio, è assai lontana da quella appena descritta. A titolo esemplificativo, utilizzando i dati forniti dagli epidemiologi del programma Prevale (programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari del Lazio <http://www.epidemiologia.lazio.it/prevale13>) si possono selezionare due indicatori (accessibili tramite il sito WEB) come la degenza preoperatoria - per un intervento semplice come l’asportazione della cistifellea (colecistectomia) vedi **schemi pag. 95-** e uno per un intervento più complesso qual è la resezione del colon per tumore. Da questi dati si può osservare che, per lo meno nel Lazio, vi sia una grossa variabilità tra le differenti strutture sanitarie, già solamente per questi due semplici indicatori.

La variabilità di questi dati è dovuta al fatto che alcuni centri possono permettersi

Colecistectomia – Lazio 2012

Variabile	N	Lower Quartile	Median	Upper Quartile	Minimum	Maximum
Degenza preoperatoria	6516	0	1	3	0	154

Tumore del colon – Lazio 2012

Variabile	N	Lower Quartile	Median	Upper Quartile	Minimum	Maximum
Degenza preoperatoria	2122	1	3	7	0	57

di “blindare” dei letti garantendo l’accesso il giorno dell’intervento ai propri pazienti mentre altri devono ricorrere a stratagemmi. I “trucchi” più in voga consistono nel far passare il paziente dal pronto soccorso come paziente urgente (andando ad intasare la già congestionata rete dei pronto soccorso) oppure ricoverare il malato con un inutile anticipo rispetto all’intervento, per impedire che quel letto venga occupato da pazienti di altre unità operative (spesso il DEA), rendendolo inaccessibile al paziente per il giorno programmato. Una guerra tra poveri insomma, che provoca danni economici non di poco peso. Poiché il costo medio di un letto per acuti, nel Lazio, è stimato tra gli 800-1000 € al giorno, a volte la sola degenza preoperatoria in virtù di questi “stratagemmi”, supera, come spesa sostenuta, quello che l’ospedale ricaverà, come DRG, per quell’intervento. Ecco dunque un classico spreco “per necessità”, ovvero per tamponare una falla organizzativa.

Ad aggravare ulteriormente questa situazione, nel Lazio, e a causa delle norme straordinarie che vincolano le ASL in debito al piano di rientro, c’è stata una drastica riduzione della disponibilità di spazi di sala operatoria a causa del blocco del “turn over”. La diminuzione degli infermieri, degli anestesisti, associata al fisiologico invecchiamento della forza lavorativa ancora attiva, ha creato notevoli carenze strutturali in punti nevralgici dei vari ospedali. A cominciare dalle sale operatorie. A titolo esemplificativo: quando sono stato assunto al San Giovanni, nel 2005, avevo a disposizione mediamente 7 letti operatori a settimana, dalle 8 del mattino alle 18 del pomeriggio. Questo voleva dire, in concreto, che spesso la mia unità operativa poteva contare su due letti operatori, lavorando tutti i giorni dal lunedì al venerdì. Oggi,

2013, dispongo di tre sedute operatorie a settimana, in genere due dalle 8 alle 18 e una dalle 8 alle 14. Eppure, è un dato riconosciuto che l'ospedale guadagni se i reparti chirurgici lavorano bene e intensamente.

Sarebbe perciò opportuno attrezzarsi per rendere attive le sale operatorie anche durante i fine settimana, oppure ricorrere a sistemi come il cosiddetto “week surgery” - organizzando il calendario degli interventi chirurgici in modo da concentrare quelli più impegnativi all'inizio settimana, lasciando i meno impegnativi verso la fine della settimana, così da diminuire il carico di lavoro degli infermieri durante il fine settimana, eventualmente chiudendo alcuni letti. Questo ridurrebbe la quantità di straordinari del comparto. Non è questo il solo danno determinato dall'assenza di letti “blindati” per la chirurgia. Accade infatti che, per il medesimo motivo, la dimissione *post* intervento venga prolungata artificialmente per tenere il letto occupato fino all'arrivo del nuovo paziente, creando ulteriori sprechi, e disagi ai malati, trattenuti in ospedale per motivi estranei al loro interesse, anche in virtù dell'assenza di strutture sanitarie territoriali capaci di prenderli in gestione con tempistiche “accettabili”.

Sprechi per “ignoranza”

La conoscenza scientifica tramandata durante il periodo di formazione in Medicina è essenzialmente di due tipi: conoscenza tacita e conoscenza esplicita. Ne seguono fondamentali differenze e ripercussioni sulla qualità dell'assistenza offerta; come riassunto dalla [tabella 1](#).

Tabella 1: La Conoscenza Scientifica Tacita o Esplicita?

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

La conoscenza tacita, in Medicina – il “si è sempre fatto così” -, è, purtroppo, di gran lunga prevalente e provoca una serie di sprechi anche se poco evidenti, diffusi. Per esempio, il non corretto utilizzo di farmaci sia come indicazione, tempistica della somministrazione e durata della stessa - vedi ad esempio l'impiego dell'eritropoietina nelle anemie *post* chirurgiche; o la durata della somministrazione degli antibiotici per gli interventi chirurgici in elezione; o la non corretta utilizzazione della profilassi anti trombosi o ancora l'errato utilizzo dei drenaggi in chirurgia addominale, solo per citarne alcuni. Un interessante articolo, anche se datato, (Wasey N. et al. *Can J Surg* 2003; 46;4) ha quantificato lo spreco risultante dal non corretto utilizzo di solo tre variabili in chirurgia del colon retto: l'antibiotico profilassi, la profilassi per la trombosi venosa profonda e l'utilizzo dei drenaggi chirurgici. Lo studio, condotto in un reparto di chirurgia addominale di un centro universitario canadese per la durata di un anno, non solo ha quantificato la diffusione della conoscenza tacita persino in un centro “di eccellenza” ma soprattutto ha computato in termini economici lo spreco di risorse che il discostarsi dalla “best practice” determina, sottolineando come la semplice aderenza a protocolli standardizzati e validati da studi scientifici (conoscenza esplicita) possa portare ad un notevole risparmio economico in poco tempo.

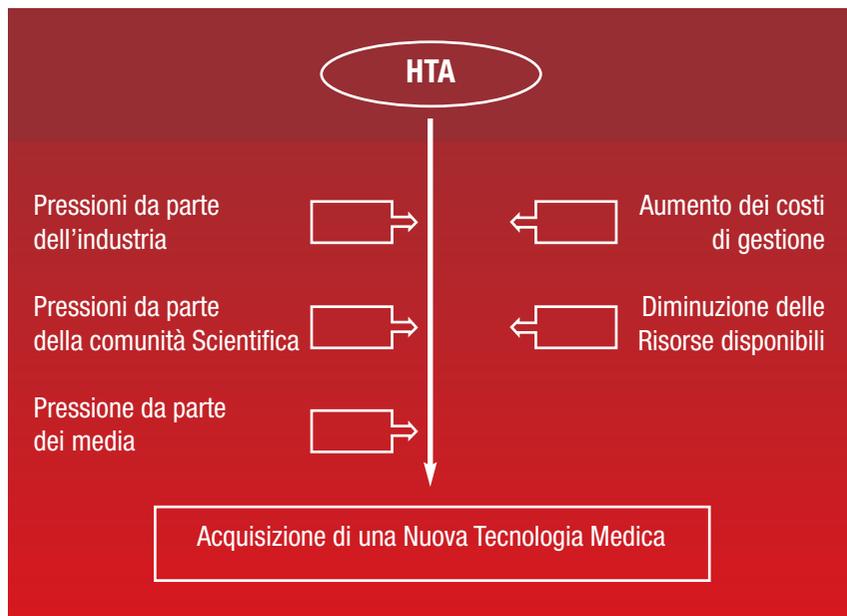
In realtà la mancanza di un centro di Health Technology Assessment (HTA) (Tab. 2) in ogni azienda contribuisce a far sì che la conoscenza esplicita – e quindi di alto valore - incontri difficoltà a penetrare tra le abitudini e la prassi della comunità medica e a scalzare la conoscenza “tacita”. L'HTA è un metodo di valutazione multidisciplinare, economica, etica, scientifica, organizzativa e sociologica delle tecnologie mediche in campo sanitario. Con il termine tecnologie mediche si fa sostanzialmente riferimento a cinque macro-aree: farmaci, dispositivi medici, procedure (mediche e chirurgiche) terapeutiche, di diagnosi e prevenzione, sistemi di supporto, sistemi di organizzazione e gestione.

Come funziona il meccanismo di valutazione dell'HTA? Il processo valutativo si compie in 10 passaggi che sono:

1. Identificare i soggetti per la valutazione
2. Specificare il problema
3. Determinare il gruppo che procederà alla valutazione
4. Raccolta delle prove
5. Raccolta dei dati principali
6. Interpretazione (“appraisal”) dei dati
7. Sintesi e consolidamento
8. Formulazione delle raccomandazioni
9. Distribuzione delle raccomandazioni
10. Controllo dell'impatto ottenuto

Tuttavia questo percorso “teorico” viene spesso forzato da pressioni esterne provenienti dall’industria, dalla comunità scientifica stessa o addirittura da parte di *mass media* e popolazione. Basti pensare alla tecnica del linfonodo sentinella nel carcinoma della mammella che ha sicuramente avuto un percorso molto rapido rispetto alla validazione di una tecnica chirurgica, per la pressione esercitata, attraverso i *mass media*, dalle pazienti stesse.

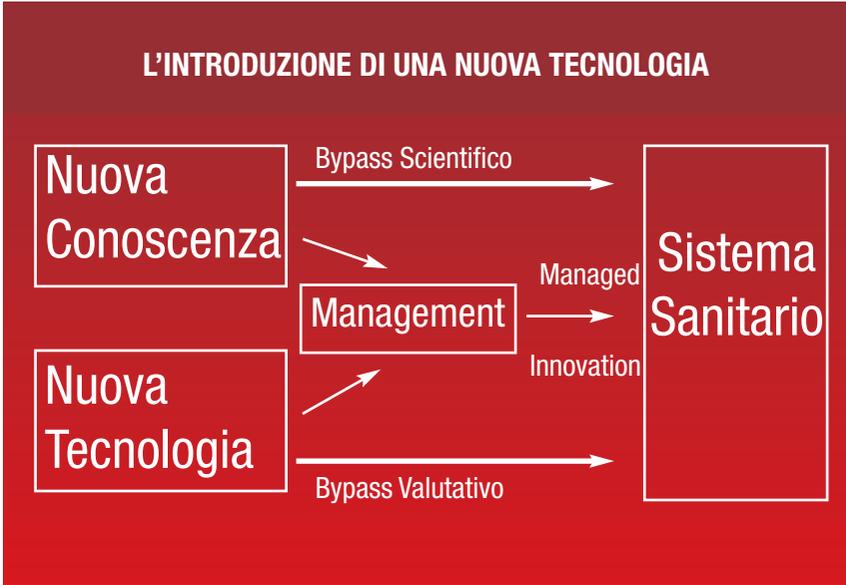
Tabella 2



La labilità di un processo strutturato di valutazione fa sì che la tecnologia utilizzata dai medici, soprattutto in sala operatoria (con costi sempre maggiori), venga sfruttata non in virtù di un reale vantaggio costi/ benefici certificato dall'HTA quanto piuttosto per la sola preferenza del chirurgo (conoscenza tacita).

La **tabella 3** dimostra invece come una nuova tecnologia dovrebbe essere introdotta nella pratica clinica ma soprattutto quali siano le “scorciatoie” utilizzate dai clinici per accelerarne l’introduzione nella pratica quotidiana accorciandone il percorso di validazione scientifica e economica. Queste sono fondamentalmente di due tipi: il *bypass* scientifico per cui il clinico dichiara, sotto sua responsabilità, che la nuova conoscenza è scientificamente provata e sicura; e il *bypass* valutativo che consiste nella valutazione e approvazione - tramite studio sperimentale o con test su animali di laboratorio - della nuova tecnologia così da dimostrare la sua immediata applicabilità a determinati ambiti della pratica clinica e con margini di sicurezza confortanti.

Tabella 3



Un'altra sorgente di spreco apparentemente difficile da quantificare consiste nella mancanza di una programmazione rigida in sala operatoria. La sala operatoria, all'interno dell'ospedale, rappresenta un insieme eterogeneo di servizi che coagulano le varie attività di chirurghi, anestesisti, rianimatori, infermieri specializzati, infermieri generici, OTA, tutti occupati ovviamente alla risoluzione del problema del paziente. Un così complesso meccanismo ha dei costi di gestione molto alti e pertanto quando si inceppa o funziona male (perché il chirurgo o l'anestesista si presentano in ritardo, perché il paziente non è adeguatamente preparato per l'intervento, perché non è disponibile il posto letto in rianimazione per il monitoraggio postoperatorio oppure perché l'OTA ci mette troppo tempo a "sanificare" la sala tra un intervento e l'altro e così via) provoca ulteriori sprechi difficilmente quantificabili in termini economici. Così come non è certo che il chirurgo "rapido" sia più economico per l'Azienda, perché magari ha un tasso di ritorno in sala operatoria per complicanze, maggiore di un chirurgo più lento.

Risolvere questo problema implica l'analisi del funzionamento e le correzioni da apportare una volta individuati i "difetti" di sistema.

La prima si può facilmente risolvere e consiste nella tracciabilità: un semplice codice a barre da applicare al polso del paziente al momento del ricovero permetterebbe di quantificare al centesimo la spesa effettuata per ogni paziente per ogni

intervento. In questo modo il capo Dipartimento potrebbe avere un *report* per ogni singolo chirurgo facente parte del suo Dipartimento con i suoi standard di attività, le complicazioni, la spesa realmente sostenuta per paziente, la degenza media per tipologia di intervento. Questi dati confrontati con gli *outcomes* degli altri chirurghi aiuterebbero il capo Dipartimento a stilare dei percorsi operatori più consoni e consapevoli della spesa effettuata, razionalizzandola e dirottando quanto risparmiato per esempio sull'acquisto di altra tecnologia utile al Dipartimento. Ma soprattutto questa strategia potrebbe sortire un effetto di responsabilizzazione dell'operatore: attraverso l'analisi di dati oggettivi si potrebbero giustificare alcuni correttivi quali il suggerire periodi di aggiornamento a tale chirurgo senza cadere nell'interferenza, nella persecuzione o addirittura nel "mobbing". Questo processo definito "*audit* interno" al Dipartimento dovrebbe essere reso obbligatorio per legge mentre attualmente è del tutto discrezionale, e viene lasciato alla buona volontà e all'iniziativa dei singoli capo Dipartimento. In realtà, l'*audit* non produce l'unico effetto di correggere gli errori medici o di percorso assistenziale, ma garantisce anche quello collaterale di monitorare, quantificare e contenere le spese in eccesso create da comportamenti non consoni alle linee guida, nonché quello di premiare gli operatori "virtuosi". L'*audit* clinico deve necessariamente essere accompagnato da un processo parallelo e analogo a livello aziendale, così da garantire la trasparenza complessiva di tutta la filiera produttiva: dall'acquisto del bene, alla sua applicazione clinica fino all'esito finale.

Va da sé che questa operazione di trasparenza è praticabile solo dove i dati siano consultabili in tempo reale da tutti gli operatori, piuttosto che accessibili solo tramite *report* cartacei generati e diffusi a distanza di mesi. L'informatizzazione estesa, con l'utilizzo della cartella clinica e della tessera sanitaria elettroniche e degli esami radiologici su supporti ottici, - tutto consultabile da parte dei medici ospedalieri e, fuori, dal medico di medicina generale (MDG) -, eviterebbero sprechi di tempo, di carta (si pensi solo a quante fotocopie di cartelle cliniche vengono richieste quotidianamente), oltre a rendere l'accesso al sistema ospedaliero più rapido da parte dei MDG. Ad amplificare il paradosso c'è il fatto che il sistema informatico di ogni ospedale molto spesso non è in grado di comunicare con quello degli altri.

Basterebbe tener presente solamente questa incongruenza, per valutare quale sforzo sia necessario per riportare il nostro SSN a un livello adeguato nella graduatoria di quelli degli altri Paesi!

Un altro processo che verrebbe notevolmente migliorato da un adeguato sistema di informatizzazione è certamente la codifica della cartella clinica. La chiusura della cartella clinica veniva vissuta dagli addetti, fino a qualche anno fa, come un fastidio burocratico, dato che non comportava nessun guadagno per l'ospedale, il quale veniva comunque rimborsato a piè di lista a fine anno dalla Regione. Da qualche

anno, gli ospedali vengono rimborsati, giustamente, in proporzione alla complessità delle cure erogate in base a codici ponderati chiamati DRG dall'inglese Diagnosis Related Groups. Ciò ha fatto sì che il rimborso all'ospedale sia proporzionato alla complessità del caso trattato e alle risorse utilizzate per trattarlo. Negli Stati Uniti, dove il problema dei rimborsi da parte delle compagnie Assicuratrici agli ospedali è molto "sentito", esistono addirittura alcune figure professionali specifiche, i codificatori, il cui compito è quello ottenere il massimo (sempre nel lecito ben inteso), dal sistema.

Ed ecco che la chiusura della cartella clinica diventa un'attività tutt'altro che insignificante o secondaria per l'ospedale: se il medico non esegue la codifica con cura, attenzione e competenza, corre il rischio di creare un danno per mancato guadagno all'ospedale senza rendersene nemmeno conto. La cartella clinica informatizzata potrebbe risolvere anche questo problema: tutte le procedure eseguite sul paziente e registrate in tempo reale apparirebbero sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) che l'ospedale utilizza, assieme alla diagnosi e alle eventuali complicanze o patologie associate, per attribuire questo o quel DRG al paziente con effetti positivi sotto ogni profilo, compreso quello economico.

Sprechi per medicina difensiva

La "Medicina Difensiva" – secondo la definizione fornita dal Congresso degli Stati Uniti d'America – si manifesta allorché il medico ordina esami, o visite, o eviti pazienti a rischio, o procedure ad alto rischio, principalmente (ma non esclusivamente) per ridurre la propria esposizione al contenzioso legale. Quando i medici svolgono esami o procedure in eccesso, praticano la c.d. Medicina difensiva positiva. Quando evitano alcuni pazienti o procedure, praticano la c.d. Medicina difensiva negativa" (U.S. Congress, 1994).

Esistono, perciò, due tipi di comportamento difensivo: l'uno orientato ad effettuare azioni e procedure in esubero; l'altro indirizzato ad eludere alcuni trattamenti che possono essere considerati a rischio.

Tale fenomeno è strettamente collegato all'aumento costante delle richieste di risarcimento da parte dei pazienti, che rivela come – anche in Italia – la categoria degli operatori sanitari sia particolarmente esposta al rischio di dover affrontare procedimenti giudiziari, tanto in sede civile, quanto in sede penale e ora in sede Amministrativa con la Corte dei Conti che può citare un Dirigente per danno erariale. Un rapporto redatto dal centro Federico Stella sulla giustizia penale e la politica criminale coordinato dal prof G. Forti dell'UCSC di Milano e pubblicato nel dicembre 2008 sponsorizzato dalla Società Italiana di Chirurgia - a riguardo della medicina difensiva ha sottolineato quanto il problema sia particolarmente sentito dalla comunità medica, tanto che l'indagine, condotta attraverso questionari su un campione

di medici, ha dimostrato che: il 77,9% ammetteva di avere adottato almeno un comportamento di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro. Nello specifico:

- l'82,8% dichiarava di avere inserito in cartella clinica annotazioni evitabili;
- il 69,8% affermava di aver proposto il ricovero di un paziente in ospedale, nonostante fosse gestibile ambulatorialmente;
- il 61,3% dichiarava di aver prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario;
- il 58,6% dichiarava di essere ricorso alla consultazione non necessaria di altri specialisti;
- il 51,5% affermava di aver prescritto farmaci non necessari;
- il 26,2% dichiarava di avere escluso pazienti "a rischio" da alcuni trattamenti, oltre le normali regole di prudenza.

Queste le motivazioni principali dichiarate:

- l'80,4% per il timore di un contenzioso medico-legale;
- il 65,7% risente l'influenza di precedenti esperienze di contenziosi a carico dei propri colleghi;
- il 59,8% ha timore di ricevere una richiesta di risarcimento;
- il 51,8% è influenzato da precedenti esperienze personali di contenzioso;
- il 43,5% esprime il timore di ricevere una pubblicità negativa da parte dei *mass media*.

La percezione di una prassi giurisprudenziale particolarmente rigorosa, sul terreno della responsabilità penale e civile, induce spesso i medici a modificare le proprie condotte professionali: la tutela della salute del paziente può, così, diventare, per il sanitario, un obiettivo subordinato alla minimizzazione del rischio legale.

Quando si verifica un incidente, la tendenza immediata è quella di procedere nell'individuazione delle singole persone che lo hanno originato, a cui attribuirne la colpa. Il contesto organizzativo è lasciato sullo sfondo e le soluzioni proposte sono principalmente disciplinari e sanzionatorie. Un contesto giuridico e culturale orientato unicamente alla ricerca delle responsabilità individuali, costituisce uno dei fattori alla base dei comportamenti difensivi, inibendo l'apprendimento organizzativo e col rischio di minare la qualità delle attività di cura e di aumentarne i costi. L'effetto concreto in termini economici di questa tendenza sarebbe stimabile, secondo il rapporto di fine legislatura presentato da Cosmec a gennaio 2013 presso il TAR del Lazio, in 10 MLD di € pari allo 0,75% del PIL o il 10,5% della quota stanziata per la sanità. Tra le tante e diverse proposte avanzate nel corso dei lavori: una maggiore attenzione alla formazione in merito al rapporto e alla comunicazione tra medico e paziente, sia durante il corso di studi in medicina che, successivamente, attraverso lo strumento dei corsi ECM; la promozione del ricorso alla conciliazione

in caso di errori medici; l'utilizzo di strumenti volti a monitorare la congruenza delle scelte cliniche; lo sviluppo di linee guida e raccomandazioni cliniche che definiscano l'approccio diagnostico più corretto e percorsi clinici condivisi, evitando così ridondanze ed esami inutili. Il rischio concreto è che pazienti ad alto rischio avranno difficoltà a trovare centri pronti a farsene carico per timore di innescare contenziosi soprattutto adesso che, sempre per la *spending review*, si è deciso che gli ospedali non si doteranno più di assicurazioni RC ma sarà obbligo del sanitario dotarsi di una propria polizza RC ai fini di tutelarsi da eventuali richieste di risarcimento da parte di pazienti. (*L'attuazione di questa norma del decreto "Balduzzi" è stata ulteriormente prorogata ad Agosto 2014*).

Sprechi per investimenti professionali mancati.

È il genere di spreco di cui si parla di meno ma è anche quello che genera il maggior danno economico alla società. Il problema sta nella formazione dei medici e, nello specifico, dei chirurghi.

L'invecchiamento della classe medica in servizio nel SSN ha raggiunto in Italia oggi un livello "patologico". Il fenomeno è legato al *boom* di laureati in medicina degli anni '60 e '70 quando non esisteva un numero programmato per l'accesso alle facoltà di medicina. Di fatto oggi esiste una massa di "giovani" medici che premono per accedere al mondo ospedaliero ma inibiti a questo accesso da una popolazione di "vecchi medici" che aspettano di andare in pensione. Bloccando l'accesso ne impediscono la formazione che avviene, come tutti sappiamo e specialmente in campo chirurgico, lavorando in sala operatoria. Esiste tuttavia una massa cospicua di "medici in formazione" (specializzandi) che popola i vari reparti ospedalieri ma che di fatto non ha una figura legalmente riconosciuta come invece avviene in altri Paesi - Stati Uniti, Francia, Gran Bretagna. In Italia, questi medici, remunerati con uno stipendio di circa 1750€ mensili per 6 anni (per un obbligo comunitario) dovrebbero svolgere, sotto la supervisione di un "tutor", interventi di complessità crescente durante il loro percorso formativo. Purtroppo ciò non avviene e anzi questi medici in formazione vengono sottoutilizzati tanto che al fine della specializzazione, a meno di casi eccezionali, non sono autonomi nella loro professione.

Per dire: immaginate se l'AD della FIAT Marchionne assumesse ogni anno centinaia di contrattisti a 1750€ al mese per 6 anni per insegnar loro poco o nulla e dopo 6 anni desse loro una bella pacca sulle spalle dicendo bravi, adesso cercatevi un lavoro! Sarebbe un disastro per qualsiasi azienda. Questa è purtroppo la realtà e molto spesso questi specializzati sono costretti ad emigrare verso altri Paesi oppure si ritrovano a svolgere lavori sottopagati quali sostituzioni o guardie in cliniche private. Basterebbe fare come negli altri Paesi dando un riconoscimento giuridico al medico in formazione il quale potrebbe svolgere il suo lavoro nelle strutture ospe-

daliere (sempre sotto la supervisione di un *tutor* beninteso) e risolvere così il problema della carenza di medici già tangibile oggi e che sarà molto evidente tra una quindicina d'anni.

UNA DOPPIA EMERGENZA

Purtroppo la politica, chiamata a far fronte rapidamente (vedi la "Spending Review") al debito mostruoso di un comparto che assorbe oltre l'80% della spesa in ogni singola Regione, non ha prodotto che soluzioni da "ragioneria": tagli trasversali di posti letto, servizi, assunzioni (con blocco del *turn over* grazie al quale, in precedenza, l'organico veniva reintegrato da medici e infermieri nuovi dopo ogni singolo pensionamento). Forbici e basta, senza nessun ammortizzatore o correttivo necessari per incoraggiare, ad esempio, una politica di medicina "territoriale", con servizi sanitari dislocati in modo periferico, così da arginare il flusso di malati verso i grandi ospedali. Ed ecco che questi ultimi si trovano schiacciati da una doppia emergenza: da un lato la riduzione della spesa corrente, dall'altro l'aumento della domanda da parte di una popolazione sempre più anziana, con un' aspettativa di vita sempre più alta, e con relativo corollario di patologie croniche.

A questo punto è opportuno chiedersi se la nostra volontà sia o meno quella di mantenere ancora in vita il Sistema Sanitario Nazionale così come è stato disegnato dalla legge 833/1978 entrata in vigore il 1° luglio 1980, con intuizioni tali da venir definito, nel 2000, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (www.oms.org) come il "secondo migliore sistema sanitario del mondo" dopo quello francese. Se la risposta è sì, è assolutamente necessario rilanciare con energia il livello dei servizi erogati dal SSN; irrinunciabile è riportarli a un livello molto più alto di quello degradato che i cittadini, a cominciare da quelli del Lazio, sono costretti a sopportare, sotto il peso delle più svariate e macroscopiche criticità: quantità e qualità delle prestazioni erogate, diffusione e gestione della medicina sul territorio, liste di attesa infinite e via dicendo.

LA SOLUZIONE POSSIBILE: IL CONTROLLO

Abbiamo visto come la maggior parte degli sprechi imputabile ai medici dipenda dalla carenza, se non dalla totale assenza, di un sistema di controllo che monitorizzi e corregga le eventuali deviazioni dalle procedure *standard*, siano esse di ordine medico, infermieristico o amministrativo. Tale sistema dovrebbe partire dal vertice dell'Azienda (direzione strategica, comitato di gestione), passare poi per i Dipartimenti e le varie unità operative complesse per finire all'attività dei singoli dirigenti medici e del comparto. Mancanza di controllo, dunque, sia a livello locale che a livello centrale. E' evidente che l'assenza di una strategia aziendale si rifletta "a

cascata” sull’operato dei singoli individui facenti parte, a vari livelli, dell’Azienda. Il 25 Luglio 2013 sono stati presentati ufficialmente dal Governatore del Lazio Nicola Zingaretti i primi risultati del programma “Prevale” sugli esiti in sanità. Giovanni Bissoni, presidente uscente dell’AGeNaS, agenzia che si è occupata su richiesta del Governatore di monitorare alcuni indicatori di esito (47 nello specifico), ha confermato che: “quello del Lazio è il più grande esempio di spreco di risorse della Sanità”. La situazione laziale, dice Bissoni, “è a macchia di leopardo”. Ma la differenza sta nel fatto che il Lazio sia una delle Regioni con le più alte dotazioni di risorse per il sistema sanitario, non solo finanziarie, ma anche di competenza e conoscenza professionale”.

Una dotazione di risorse a 360 gradi, e, al tempo stesso, il disavanzo di gestione (prima ancora che di coperture) più alto d’Italia“. La falla del Lazio è il cattivo uso nell’organizzazione e nell’utilizzo delle risorse”. Ma Bissoni è andato oltre, censurando i criteri di scelta dei vari Direttori Generali. “Se il Veneto o la Toscana fa un bando per i Direttori Generali, le domande presentate sono normalmente 100-150. Mentre in alcune Regioni, dal Lazio in giù, le domande sono 700-800. Una cultura diffusa induce una moltitudine di soggetti a sentirsi in grado di ricoprire questo ruolo. Magari ci troviamo davanti a grandissime professionalità. O magari ci troviamo davanti a una sottovalutazione della funzione del Dg.”

CONCLUSIONI

È del tutto ovvio il fatto che non esista una formula magica per risanare il SSN. In tutto ciò che ho detto, sviluppando ovviamente un’esperienza e un punto di vista personali, si dipana un filo rosso che lega le varie soluzioni ai vari problemi evidenziati, che può riannodarsi solamente attraverso un percorso che passa attraverso la riscoperta dell’etica nella sanità riportandola, con dei semplici correttivi, al giusto posto.

Queste correzioni urgenti si possono riassumere in:

- 1) Maggior comunicazione dall’interno verso l’esterno (vedi informatizzazione) con la creazione di una rete territoriale di supporto all’ospedale che permetta un flusso di informazioni tra territorio e ospedale (vedi diffusione)
- 2) Maggiore condivisione delle scelte aziendali (vedi adozione diffusa dell’HTA)
- 3) Maggiore pubblicizzazione degli esiti sia a livello individuale che a livello aziendale (vedi trasparenza)
- 4) Sistema di controllo interno alla azienda (audit)
- 5) Rivisitazione del ruolo dei medici in formazione

- 6) Maggiore attenzione alla gestione delle “risorse umane” per portare alla fidelizzazione dei dipendenti facendo crescere il “senso di appartenenza” alla struttura

Inoltre è del tutto evidente che, nel sistema di lavoro e funzionamento di un ospedale, nel mondo della Sanità si sia andato progressivamente sfibrando il “senso di appartenenza”, ovvero la fidelizzazione aziendale, strategia indispensabile, in ogni attività produttiva, per incoraggiare prestazioni di qualità. Un recente articolo pubblicato dall'Harvard Business Review nel maggio 2013, (www.hbr.org) dal titolo “Creating the best workplace on earth”, dimostra come la coesione attorno a un progetto condiviso, etico e trasparente renda gli impiegati di qualunque azienda molto più produttivi.

Condizione essenziale per realizzare questa strategia: la presenza di un *leader* efficace e carismatico, che sappia coagulare tutti i lavoratori attorno a un progetto o “mission” aziendale, e proporre a ognuno di loro un'opportunità di crescita individuale, lungo un percorso assolutamente trasparente.

Condividere le scelte aziendali e farle proprie significa, per il dipendente, riuscire a percepire il lavoro quotidiano come qualcosa di utile, costruttivo e appassionante, piuttosto che muoversi meccanicamente lungo percorsi prestabiliti, senza condividere le finalità.

Questi “semplici” correttivi, quasi tutti di natura etica, garantirebbero la possibilità di recuperare almeno la fierezza di appartenere a una categoria professionale che ha un compito insostituibile nella vita di ogni cittadino: la tutela della salute.



CAPITOLO 8

190 VS 231: NORMATIVE ANTICORRUZIONE A CONFRONTO

Paolo Esposito *Università del Piemonte Orientale*

“Quasi tutti conoscono la storia del tizio che cercava le chiavi sotto un lampione non perché le avesse perse lì, ma perché quello era l’unico punto illuminato della strada”

(Fitoussi, 2013)

Il tema della corruzione ha negli ultimi anni polarizzato l’attenzione dell’opinione pubblica e della classe politica richiamando una logica emergenziale e reattiva. I fenomeni della corruttela sono entrati talvolta accidentalmente nel dibattito pubblico, quando uno scandalo ha investito esponenti politici di spicco, attirando l’attenzione dei *mass media* e inducendo così la classe politica a proporre frettolosamente e discutere – solo eccezionalmente ad approvare – provvedimenti di riforma (Vannucci, 2013), al fine di produrre effetti annuncio (Borgonovi, 2007) con l’obiettivo di quietare elettori e cittadini con risposte prime annunciate, poi leggificate, potenziali e/o ideali, e a costo zero per le finanze pubbliche. Il tentativo della PA negli ultimi anni, è stato quello di tracciare il disegno di un sistema ideale, un Paese ideale con cornici normative che offrirono luce e chiarezza nel “buio” tracciato nel dilemma del Teorema del Lampione (Fitoussi, 2013), alla ricerca delle “chiavi perse altrove”, un *panel* di soluzioni a domande ancora opache e non rigorosamente oggetto di analisi (quanto costa la corruzione in Italia? Come viene misurata? In che modo? Da chi? E’ corretta l’attuale determinazione? Quali sono i modelli predittivi? In che misura possono ridurre gli effetti patologici economici e sociali della corruzione). La Legge 190 e i modelli introdotti dal Decreto 231, rappresentano dei casi significativi da parte della Pubblica Amministrazione Italiana di modernizzare se stessa, provando a semplificare processi elefantiaci, procedure jurassiche nella zoologia dei controlli interni ed esterni, attraverso reiterate e ripetute riforme amministrative annunciate (Meneguzzo, 2005 e Ricci, 2010), dettando spesso le istruzioni per “il non uso” da parte di enti ed istituzioni pubbliche. “La legge n. 190/2012 prevede anche misure extrapenali indirizzate, alla pubblica amministrazione, costituendo quindi un’ambiziosa riforma dell’intero apparato normativo, con rigide regole comportamentali per i dipendenti pubblici e criteri di trasparenza delle attività amministrative. Esse incidono direttamente sull’azione amministrativa, con lo scopo di combattere, anche nel settore pubblico, la c.d. colpa di organizzazione e i diffusi fenomeni di irresponsabilità” (Luliano, 2013). Le nuove norme anticorruzione hanno reso i modelli organizzativi sempre più complessi, necessitando perciò adeguamenti idonei per prevenire le sanzioni previste dal decreto 231.

Impianto generale della L. 190

L'impianto generale della Legge 190/2012, prevede una serie di obblighi in capo a ciascuna Amministrazione Pubblica. In particolare:

- la predisposizione e l'aggiornamento periodico di un Piano triennale di prevenzione della corruzione, utile a fornire una valutazione del livello di esposizione al rischio di corruzione degli uffici, indicando interventi organizzativi utili a limitare detto rischio e misure per il relativo monitoraggio, supportato da un adeguato piano formativo;
- la nomina di un Responsabile della prevenzione della corruzione incaricato di verificare l'idoneità e l'efficace attuazione del Piano.

Gli obiettivi della L. 190

La Legge 190/2012, introduce nuove misure e nuove attività (*risk management*) a carico delle pubbliche amministrazioni, in parte estese anche alle società pubbliche. L'articolo 1, comma 39 della Legge 190/2012, prevede che le aziende e le società partecipate dallo Stato e dagli altri enti pubblici siano obbligati a comunicare al Dipartimento della funzione pubblica, tutte le informazioni utili a rilevare le posizioni dirigenziali attribuite a persone, anche esterne alle Pa, senza procedure pubbliche di selezione. In uno dei decreti legislativi approvati dal Governo in attuazione della legge anticorruzione, si prevedono inoltre incompatibilità con determinati incarichi anche per gli "enti di diritto privato a controllo pubblico" e per gli "enti di diritto privato regolati o finanziati" (De Angelis, Jannone, 2013). Alla prima categoria appartengono le disposizioni che prevedono il riordino della disciplina della trasparenza dell'attività amministrativa (art. 1, comma 3 del testo di Legge); la trasparenza delle nomine delle posizioni dirigenziali (art. 1, comma 3, lett. e del testo di Legge); la previsione della rilevanza del conflitto di interessi nelle procedure amministrative, con relativo obbligo di astensione dei dipendenti pubblici (art. 1, comma 41 del testo di Legge); nonché le altre norme, comprese quelle relative all'intervento disciplinare in caso di violazioni, tutte ispirate a garantire principi di imparzialità e di correttezza, sia formale che sostanziale dell'azione amministrativa. Alla categoria delle norme penali, sono poi dedicate numerose disposizioni di riforma dei reati contro la Pubblica Amministrazione commessi da pubblici ufficiali o da altre figure soggettive di rilievo pubblico. L'intervento è principalmente rivolto ai reati di corruzione ed a quello di concussione, di cui vengono puntualizzati, in misura più precisa e puntuale, le caratteristiche distintive e le regole di intervento. "L'idea di base, è quella di delimitare la sfera di operatività della concussione, limitandola ai soli casi di "costrizione" con abuso della qualità e dei poteri del pubblico ufficiale, introducendo, contemporaneamente, la nuova fattispecie di "induzione illecita a dare o promettere utilità", nel nuovo art. 319-quater c.p., che deriva, in modo diretto, pro-

prio dalla concussione per induzione, espunta dall'attuale testo dell'art. 317 e ricambiata nella nuova ipotesi di reato. Quanto alla corruzione, gli interventi più significativi riguardano la nuova formulazione dell'art. 318 (che diventa "corruzione per l'esercizio della funzione" in luogo dell'attuale "corruzione per atto d'ufficio", con una maggiore capacità di contrasto dei comportamenti illeciti legati alla cd. corruzione impropria) e l'innalzamento significativo della pena edittale sia per la corruzione propria che per la corruzione in atti giudiziari. Alle figure tradizionali, si va ad affiancare la norma penale, del tutto inedita nel panorama penalistico italiano, del "traffico di influenze illecite", reato previsto dall'art. 346-bis c.p., che sanziona la condotta di colui che, sfruttando le relazioni che lo legano a pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, riceve vantaggi patrimoniali o anche solo la semplice promessa di essi, come prezzo della propria mediazione o come remunerazione per il pubblico ufficiale. Tale norma rivolge le sue attenzioni al mondo lobbistico dei mediatori o facilitatori che, proprio in virtù della loro "vicinanza" ai centri di potere e decisionali della Pubblica Amministrazione, riescono a creare le condizioni per la corruzione, tenendo però corrotto e corruttore a distanza di sicurezza (nel senso che l'accordo corruttivo non è direttamente stretto tra il privato ed il soggetto titolare di pubbliche funzioni o pubblici poteri, ma viene "triangolato" dalla presenza del mediatore del patto illecito). In definitiva, con le nuove norme penali si rafforza la tutela contro i comportamenti illegali dei pubblici funzionari nonché contro quelli dei privati, sia che agiscano come corruttori sia che agiscano come punto di riferimento, esterno alla P.A., per coloro che intendono entrare in contatto illecito con i pubblici ufficiali. Si coglie quindi una linea di tendenza che tende ad allargare la sfera dell'intervento penale anche oltre il campo tradizionale della devianza "interna" alla Pubblica Amministrazione, estendendola anche a comportamenti di privati che gestiscono comitati d'affari con rischio di infiltrazioni corruttive nell'attività pubblica" "(De Angelis, Jannone, 2013).

Strumenti ed organi coinvolti dalla L.190

La legge 190/2012 non ha invece ampliato la fattispecie del delitto di corruzione, prevista e disciplinata dal codice penale, come modificata dalla legge medesima limitatamente alla corruzione c.d. impropria, introducendo invece forme integrate di prevenzione che operano sul piano strettamente amministrativo.

Il Piano

È posto a carico delle amministrazioni pubbliche e dei soggetti individuati con rinvio all'art.1, comma 1 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, l'obbligo di adozione del piano di prevenzione della corruzione, principale strumento organizzativo di politica della prevenzione. Il piano è elaborato dal responsabile della prevenzione

della corruzione ed adottato dall'organo di indirizzo politico, a norma dell'art. 1, comma 8 l. 190/2012. La costruzione del piano dovrà ispirarsi al sistema di *risk management* dei modelli 231, basandosi, questi ultimi, (i) sulla identificazione dei rischi di reato (individuazione delle aree o settori di attività aziendale che presentano rischi di commissione dei reati presupposto ed indicazione delle connotazioni fattuali), (ii) sulla costruzione del sistema di controllo interno (individuazione dei protocolli per l'assunzione e l'attuazione delle decisioni dell'ente). Nello specifico, l'art. 1, comma 9 della Legge 190/2012, nell'individuare il contenuto del piano, riproduce le indicazioni di cui all'art. 6 del d.lgs. 231/2001. Il piano dovrà essere redatto sulla base delle indicazioni e linee guida contenute nel Piano nazionale approvato dalla CiViT nonché sulla base delle indicazioni contenute nelle (prime) linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, che vanno ad integrare i criteri indicati nel richiamato art. 1, comma 9 della L. 190/2012.

Dette prescrizioni, oltre a garantire alle amministrazioni di riferimento indicazioni necessarie per la elaborazione dei piani triennali, assicureranno l'adozione di criteri omogenei. In sede di controllo, dovrebbe essere così possibile una più agevole verifica dello stato di attuazione della politica di anticorruzione adottata dalle singole amministrazioni. Muovendo dall'individuazione delle aree sensibili, l'art. 1, comma

Box 1

Il Piano nazionale dovrà essere predisposto dal Dipartimento della funzione pubblica e sottoposto all'approvazione della CiViT. La circolare 1/2013 della Presidenza del Consiglio dei ministri Dipartimento funzione pubblica cit, pag. 3 chiarisce che i piani triennali, che a norma del comma 8 dell'art. 1 l. 190/2012 dovranno essere adottati entro il 31 gennaio di ogni anno, in sede di prima applicazione dovranno intervenire entro il 31 marzo 2013; termine indicato come ordinario dalla stessa CiViT. Il Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, costituito con decreto del presidente del consiglio dei ministri del 16 gennaio 2013, ha dettato le linee guida per la redazione del Piano nazionale e dei piani triennali, indicandone espressamente il contenuto minimo.

www.funzionepubblica.gov.it

9 l. 190/2012 rinvia all'elenco di cui al successivo comma 16: autorizzazioni o concessioni, scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi e sussidi, ausili finanziari e vantaggi economici a persone ed enti pubblici e privati, concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale. Se da una parte il comma 16 indica, più propriamente, i settori nei quali le amministrazioni assicureranno la trasparenza, costituente livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali, è pur vero che detto rinvio non esaurisce le aree sensibili, posto che la medesima norma parla di "attività, tra le quali quelle di cui al comma 16". La legge sembrerebbe, quindi, indicare un contenuto minimo necessario della mappatura dei rischi di reato, rimettendo alla discrezionalità del responsabile della corruzione e prevenzione (o invece, ovvero anche, dell'organo di indirizzo politico dell'ente, competente ad adottare il piano triennale su proposta del primo) la determinazione delle eventuali restanti aree di rischio in ragione delle funzioni delle singole amministrazioni. Detta indagine potrebbe presentare importanti difficoltà, avendo già evidenziato che la condotta rilevante ai fini della mappatura dei rischi non è solo quella tipizzata del delitto di corruzione ma anche quella che si fonda in tutte le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Ed ancora, sembrerebbero richiedersi, esclusivamente in capo al responsabile, competenze specifiche in materia di valutazione del rischio e di individuazione dei processi sensibili, sia in sede di elaborazione del piano che di monitoraggio. Ai fini della costruzione del piano, la legge non fornisce alcuna prescrizione, limitandosi a chiarire, all'art. 1, comma 9, le esigenze cui lo stesso debba rispondere. La tecnica redazionale è propria del sistema di *risk management* proprio dei modelli 231. La realizzazione e gestione di un sistema di controllo dovrà essere preceduta dall'utilizzo di indici di rischio. Negli Standard Internazionali per la Pratica Professionale dell'Internal Auditing, il rischio è assunto come "probabilità che un evento o un'azione possano influire negativamente sull'organizzazione". Nella costruzione della mappatura il responsabile della prevenzione della corruzione dovrà individuare le aree (ulteriori rispetto a quelle indicate dall'art. 1, comma 16, l. 190/2012) ed i singoli processi all'interno dei quali si annida il rischio corruttivo, avuto riguardo alle componenti strutturali (Iuliano, 2013).

Il decreto 231

I nuovi reati che si rilevano anche ai fini del D.Lgs. 231/2001 sono l'induzione indebita a dare o promettere utilità (articolo 319^{ter} quater del codice penale) e la corruzione tra privati (articolo 2635 del codice civile). Nel primo caso, scatta la responsabilità della società, quando chi riveste funzioni di rappresentanza, amministrazione, direzione dell'ente, materialmente dà o promette, denaro o altra utilità

al pubblico ufficiale o all'incaricato di pubblico servizio. In caso di accertata responsabilità, vi è la condanna a una sanzione pecuniaria che va da trecento a ottocento quote (potendo così arrivare fino a una sanzione pecuniaria di un milione e duecentomila euro, dato che ogni quota varia da 250,23 euro a 1.549,37 euro). Nell'ipotesi di corruzione tra privati, la responsabilità della società scatta quando un soggetto operante al suo interno ha corrotto amministratori, direttori generali, dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, sindaci e liquidatori. Accertata la condotta illecita, l'impresa subirà una sanzione da duecento a quattrocento quote (o una sanzione massima pari a 600 mila euro). Per evitare queste sanzioni, è necessario anche predisporre un sistema effettivo di prevenzione e controllo, collegato alle procedure aziendali, idoneo a evitare gli illeciti. Sarà dunque opportuno procedere per steps, mappando le aree a rischio, e documentando le potenziali modalità di commissione degli illeciti nelle aree a rischio, costruendo adeguando il sistema di controllo preventivo.

I diversi soggetti coinvolti dalla L.231. I ruoli

La responsabilità amministrativa ex d.lgs. 231/2001 si applica, ai sensi dell'art. 1, "agli enti forniti di personalità giuridica e alle società e associazioni anche prive di personalità giuridica"; non è estesa "allo Stato, agli enti pubblici territoriali, agli altri enti pubblici non economici nonché agli enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale". La disciplina riguarda, quindi, soggetti privati, dotati o meno di personalità giuridica ed enti pubblici economici, in quanto agenti iure privato rum (Luliano,2013). E' stato, inoltre, ritenuto che la natura pubblica di una società non la esoneri dalla responsabilità amministrativa ove essa svolga attività economica, includendo perciò anche le società miste (a partecipazione pubblica e privata). La giurisprudenza, tuttavia, non è stata univoca nell'escludere dal novero dei soggetti le imprese individuali in quanto non menzionate dal d.lgs 231/2001. La ratio della scelta normativa è quella di escludere dall'applicazione del "sistema 231" soggetti che esercitano pubblici poteri, rispetto ai quali l'impatto delle pesanti sanzioni (anche) interdittive determinerebbe un effetto paralizzante sull'esercizio della funzione pubblica. A ciò si aggiunga che laddove si ipotizzasse una responsabilità penale dello Stato, lo stesso sarebbe titolare dell'azione penale e, al contempo, soggetto passivo dell'azione stessa. Analogamente la valutazione del vantaggio o interesse per l'ente, quali presupposti dell'imputazione "231", imporrebbero il confronto con l'interesse pubblico alla repressione dei reati medesimi. Se, quindi, i soggetti pubblici sono esenti da responsabilità ex d.lgs. 231/2001, la l. 190/2012 - che, più propriamente, non individua un nuovo sistema di responsabilità, delineando, piuttosto, un articolato e complesso macrosistema di intervento fondato sulla prevenzione - sembrerebbe aver integrato l'ambito soggettivo di interesse san-

cendo testualmente, al comma 59 dell'art. 1, “le disposizioni di prevenzione della corruzione di cui ai commi da 1 a 57 del presente articolo, di diretta attuazione dell'art. 97 della Costituzione, sono applicate a tutte le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 16516, e successive modificazioni”. La L. 190/2012, estende la propria portata dispositiva anche agli enti pubblici non economici, espressamente esclusi dall'ambito applicativo del d.lgs. 231/2001, secondo una previsione apparentemente chiara, ma che tace non pochi problemi applicativi legati alla qualificazione soggettiva degli enti medesimi. Gli enti la cui natura giuridica non è chiaramente definita dalla legge o che, in relazione alle finalità perseguite, sono stati considerati (dalla giurisprudenza) pubblici economici o non economici saranno chiamati a valutare se adottare il modello organizzativo “231” ovvero il piano anticorruzione, conformandosi alle prescrizioni ed obblighi imposti dalla l. 190/2012.

Analisi: consonanze e dissonanze strategiche e gestionali

Al fine di effettuare analisi analogiche tra L. 190 e “Modelli 231”, sembrerebbe opportuno effettuare una ricognizione delle funzioni apicali e strategiche, individuando i soggetti che - in base al ruolo, alla funzione e alla responsabilità - hanno una conoscenza e/o risultano coinvolti nelle aree/attività sensibili. Al fine poi, di delineare eventuali consonanze e dissonanze strategiche e gestionali tra i due diversi impianti generali a presidio dei modelli predittivi dell'anti-corruption, sarà necessaria perciò la mappatura dei processi aziendali, con particolare attenzione alla struttura dei controlli e delle fattispecie legali presenti nella storia della società. L'ultima fase propedeutica all'aggiornamento del modello organizzativo è l'analisi della probabilità che vengano commessi i reati, l'impatto dell'evento e il conseguente piano di contenimento del rischio con il potenziamento dei controlli.

Problemi attuativi per l'implementazione delle disposizioni normative

Il sistema dei controlli con cui implementare il modello organizzativo non può prescindere dalle concrete modalità commissive del reato; vedi [schema pag. 114](#) la condotta può consistere nella promessa o nella dazione di danaro o di altra utilità (De Angelis, Jannone, 2013). E' quindi necessario distinguere due diversi gruppi di modalità corruttive che investono diverse attività sensibili o aree di rischio. Assume quindi importanza la determinazione delle regole generali, soprattutto su termini e

	I Possibili Rischi	L'adeguamento dei Modelli
LA PROMESSA DI VANTAGGI	La società risponderà penalmente quando una delle persone che riveste funzioni di rappresentanza, amministrazione, direzione, gestione e controllo dell'ente, ovvero un soggetto sottoposto alla loro direzione o vigilanza, materialmente dà o promette denaro o altra utilità al pubblico ufficiale o all'incaricato di pubblico servizio. In caso di accertata responsabilità, la società può essere condannata a una sanzione pecuniaria dalle 300 alle 800 quote (in pratica la sanzione può arrivare fino a un massimo di circa 1,24 milioni di euro)	Occorre innanzitutto introdurre nella parte speciale del modello già esistente il nuovo reato. Inoltre, si deve valutare il grado di probabilità (nullo, molto basso, basso, medio, alto) che tale reato possa essere commesso dai vertici aziendali o dai soggetti che, avendo rapporti con pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, possano commetterlo e prevederne le conseguenze in caso di realizzazione. Infine, la società è chiamata a evidenziare le azioni da apportare al fine di prevenirlo ed evitarlo
CORRUZIONE TRA PRIVATI	Il reato scatta se un soggetto operante nella società abbia agito per corrompere amministratori, direttori generali, dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, sindaci e liquidatori. Il soggetto deve ricoprire la figura di corruttore e non anche di corrotto. Qualora la condotta illecita sia giudizialmente accertata, la società subirà una sanzione pecuniaria da 200 a 400 quote (in pratica la sanzione può arrivare fino a un massimo di circa 620mila euro)	Occorre prevedere nella parte speciale del modello il nuovo reato. È poi opportuno procedere per stadi e definire una mappatura dei processi e delle funzioni aziendali a rischio di induzione alla corruzione. Una volta individuate, bisogna definire le potenziali modalità di corruzione nelle aree a rischio e valutare l'impatto in caso di commissione. Pertanto va adeguato il sistema di controllo preventivo già esistente, evidenziando le azioni da apportare
IL CONTROLLO IMPEDITO	La società risponde del reato di impedito controllo quando gli amministratori ostacolano le attività di controllo all'interno della società. In particolare, tale reato si consuma qualora i soci subiscano un danno a seguito dell'ostacolo frapposto dagli amministratori allo svolgimento da parte dei soci stessi di controlli all'interno della società. Qualora la condotta illecita sia giudizialmente accertata, la società subirà una sanzione pecuniaria che va dalle 200 alle 360 quote (in pratica la sanzione può arrivare fino a un massimo di circa 558mila euro)	Il reato non è stato aggiornato dalla legge 190/2012. I ritocchi al modello non comportano un particolare impegno se non quello di effettuare una ricognizione delle funzioni apicali e strategiche, individuando i soggetti che, in base al ruolo, alla funzione e alla responsabilità, possano ostacolare il controllo da parte dei soci. È inoltre opportuno effettuare l'analisi della probabilità che venga commesso il reato, l'impatto dell'evento e il conseguente piano di risposta al rischio attraverso il consolidamento del sistema di controllo
RIPARTIZIONE DI UTILI	La società risponderà della ripartizione di utili o accenti su utili non conseguiti o destinati per legge a riserva, o della ripartizione di riserve – anche non costituite con utili – che non possono essere distribuite. La restituzione degli utili o la ricostruzione di riserve prima del termine previsto per l'approvazione del bilancio estingue il reato. Con l'accertamento giudiziale dell'illecito, la società subirà una sanzione pecuniaria da 200 a 260 quote (in pratica la sanzione può arrivare fino a un massimo di circa 403mila euro)	Il reato non è stato oggetto di recente modifica. Pertanto, gli aggiornamenti non comportano un particolare impegno se non quello di verificare che all'introduzione del modello non sia necessario prevedere, per esempio, procedure più stringenti in merito alle regole etico-comportamentali e ai principi generali di comportamento dettati dal modello e riguardanti il corretto comportamento di tutti i dipendenti coinvolti nelle attività di formazione del bilancio annuale e infrannuale
L'INFLUENZA SULL'ASSEMBLEA	La società risponderà dell'illecita influenza sull'assemblea quando chiunque (non solo, dunque, i soggetti che rivestono la qualifica di amministratori), con atti simulati o fraudolenti, determina la maggioranza dell'assemblea, allo scopo di conseguire per sé o per altri un ingiusto profitto. Qualora la condotta illecita sia giudizialmente accertata, la società subirà una sanzione pecuniaria che va dalle 300 alle 660 quote (in pratica la sanzione può arrivare fino a un massimo di circa 1,023 milioni di euro)	Il reato non è stato oggetto di recenti modifiche. Tuttavia, va periodicamente monitorata la possibile determinazione della maggioranza in assemblea da parte di qualsiasi funzione aziendale per procurare un ingiusto profitto alla società. L'area critica investe, infatti, tutte le fasi inerenti all'assemblea (dalla convocazione all'esercizio del diritto di voto) e riguarda, essenzialmente, la predisposizione di progetti, prospetti e la documentazione da sottoporre all'assemblea per l'approvazione

condizioni di pagamento, che possono rappresentare una barriera frustrante rispetto ad accordi illeciti con fornitori, finalizzati a transazioni economiche per operazioni inesistenti, destinate solo alla creazione di provviste di danaro.

Sarà perciò necessario prevedere che ogni operazione in deroga dovrà essere segnalata all'Organismo di Vigilanza. Più complesse sono le altre ipotesi comportamentali, ossia le altre utilità, quale contropartita dell'accordo corruttivo. Peraltro tale espressione può rappresentare l'anello debole dell'impianto normativo che, in assenza di più chiare definizioni, rischia di limitare eccessivamente la libertà d'impresa allargando notevolmente lo spettro delle condotte potenzialmente perseguibili. Il rischio di panpenalismo contabile, cioè di un'eccessiva criminalizzazione di prassi comportamentali nelle relazioni tra imprese rimarrebbe alto (Iuliano, 2013). Tuttavia da qui bisognerà partire, come sempre, per mettere in atto un sistema di controlli efficaci. I processi, le attività sensibili ed i relativi controlli, in questo caso, sarebbero quelli già trattati a difesa dal rischio dei delitti contro la P.A., ossia la gestione delle spese di rappresentanza, la gestione della cd. omaggistica, delle liberalità e delle sponsorizzazioni.

Per cui, a titolo di esempio:

- le spese di rappresentanza dovrebbero essere limitate a pranzi o cene di lavoro e comunque prevedere una chiara casistica ed un flusso di comunicazioni verso l'OdV affinché possa vigilare su eventuali abusi;
- stesso dicasi per ciò che concerne i cd. omaggi a clienti, da limitarsi alla *gadgettistica* o ad oggetti di puro valore simbolico, con la previsione di un listino nell'ambito di un contratto quadro. Anche in questi casi dev'essere previsto un flusso di segnalazioni all'Organismo di Vigilanza che attraverso l'analisi incrociata con altri dati, ad esempio, quelli relativi alle commesse acquisite, potrà rilevare eventuali abusi o i segnali di accordi corruttivi;
- sono da vietarsi liberalità che non siano inquadrate in programmi generali di *social responsibility*;
- da vietarsi altresì sponsorizzazioni sportive di *club*, associazioni, ecc. riconducibili ad un ente/cliente o, peggio ancora, a suoi singoli *managers*.

Inoltre andrebbero accentuati taluni divieti e intensificate alcune regole, anche semplicemente comportamentali, già solitamente presenti nell'ambito dei Modelli Organizzativi e nei Codici Etici, riguardanti i rapporti tra fornitori o clienti, per evitare che eccessive fidelizzazioni ad *personam* possano generare prassi e comportamenti illeciti.

Rilievi

Ulteriori presidi anticorruzione

Sempre nell'ottica di una politica integrata per la lotta ai fenomeni corruttivi, si enunciano, in estrema sintesi, altre diverse misure destinate ad incidere sulle occasioni della corruzione (Iuliano, 2013).

Codici di condotta

Strumenti di *integrity management* dettano principi di comportamento e sistema di valori cui deve essere improntata l'attività amministrativa e ciò al di là delle norme penali e dalle altre prescrizioni normative. In linea di continuità con l'introduzione dei principi etici nei comportamenti aziendali, con il *rating* di legalità delle imprese e la *compliance* 231, viene previsto un nuovo Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'art. 1, comma 44 l. 190/2012, finalizzato a dettare regole di lealtà, imparzialità, servizio esclusivo a cura dell'interesse pubblico, che trovano nella Costituzione la più importante fonte.

Il Codice, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica, 16 aprile 2013, n. 62 (pubblicato sulla G.U. il 4 giugno 2013 e quindi in vigore a far data dal 19 giugno 2013), costituisce una fonte regolamentare che integra tutti i contratti individuali di lavoro e pone già problemi applicativi di rapporto tra fonte normativa generale e i singoli contratti di lavoro di ciascun dipendente pubblico, oltre che questioni relative all'ambito soggettivo di applicazione.

Rotazione degli incarichi

L'art. 1, comma 10, l. 190/2012 prevede la rotazione degli incarichi delle funzioni negli uffici preposti alle attività a rischio corruzione. Viene, quindi, introdotta la temporizzazione della posizione lavorativa che, quale presidio anticorruzione, riduce il rischio di fenomeni corruttivi anche laddove il dipendente non abbia manifestato permeabilità a proposizioni corruttive. Sempre nell'ambito della gestione del processo, ma in area 231, il corrispondente presidio a tutela del rischio potrebbe essere ravvisato nel principio di segregazione dei ruoli, importante strumento di *corporate governance* finalizzato ad eliminare situazioni di potere gestorio illimitato, sottratto, per questo, a verifiche e controlli.

Incompatibilità, incandidabilità ed ineleggibilità

Con l'emanazione del d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39, è stato previsto un sistema di incompatibilità degli incarichi dei dirigenti delle pubbliche amministrazioni allo scopo di assicurare il ripristino di un'etica pubblica e di una maggiore fiducia nella pubblica amministrazione

Riflessioni

Il sistema coordinato 231 anticorruzione è indubbiamente frutto di un apprezzabile sforzo da parte del legislatore di dotare l'ordinamento nazionale di misure preven-

tive e rimedi repressivi volti a ridurre al minimo il rischio di fenomeni corruttivi e di illeciti in generale.

La legge anticorruzione e i decreti delegati, sebbene hanno avuto il pregio di tracciare il sistema ideale di Paese e sono state misure capaci di portare il nostro Paese a scalare la classifica mondiale di Transparency International, tuttavia non hanno tracciato con chiarezza ed inerosabilità, chiare modalità applicative in favore degli operatori, né inciso in termini di repressione e prevenzione dei fenomeni corruttivi; questo soprattutto in mancanza di una diffusa cultura e formazione manageriale. La riflessione che si impone coinvolge la concreta attuabilità del sistema e la possibilità, per le amministrazioni, di conformarsi, a costo zero, a regole che impattano pesantemente sull'organizzazione e sull'esercizio della funzione amministrativa, in un contesto normativo di rilevante complessità. Guardando all'esperienza della responsabilità amministrativa degli enti, il sistema 231, nel passato, non ha registrato gli esiti attesi, rivelandosi più che altro uno strumento di repressione. Infatti, se solo si considera la continua estensione dell'area dei reati presupposto, mentre i giudici penali, nella maggior parte dei casi, hanno “bocciato” i modelli ritenendoli generici e poco adatti all'organizzazione dell'ente.

A distanza di anni, tuttavia, si deve registrare una scarsa efficacia della “231” (il dato delle sentenze che hanno visto la condanna di soggetti giuridici riconducibili ai modelli 231, hanno visto 63 disposizioni contrarie e 3 a favore), insieme alle difficoltà connesse all'applicazione della L.190.

Nel sistema anticorruzione i singoli piani triennali dovranno conformarsi alle prescrizioni del piano nazionale tenendo conto delle specifiche funzioni dell'ente, dell'analisi storica del rischio, nonché della storia giudiziaria, al fine di valutare il grado di esposizione dei singoli uffici e ridurre al minimo il rischio residuo.

“Quasi tutti conoscono la storia del tizio che cercava le chiavi sotto un lampione non perché le avesse perse lì, ma perché quello era l'unico punto illuminato della strada. Di solito le barzellette non sono immediatamente comprensibili ovunque. È raro che l'umorismo attraversi le frontiere e in genere resta connotato a livello nazionale. Ma in questo caso potrebbe avere a che fare con una caratteristica inerente alla natura umana: cercare di vederci chiaro, che si parli di vista o di riflessione.” (Fitoussi, 2013). Gli studiosi di ogni campo, secondo Fitoussi, “sono coloro che scelgono cosa occorre illuminare, i fenomeni da analizzare e i sistemi di misurazione da utilizzare; ...perciò se le nostre scelte non sono pertinenti, le nostre ricerche saranno infruttuose, ...con lampioni sbagliati, producendo errori nella definizione dell'obiettivo, nella sua valutazione, nella scelta degli strumenti utilizzati in funzione dei fini ricercati, vale a dire nella teoria o dottrina che presiederà all'azione”. *L'Integrity Ma-*

nagement Italiana, sembra forse ripercorrere i rischi e le minacce del Teorema del Lampione delineato da Fitoussi, offrendo così luci, soluzioni senza puntuali e mirate istruzioni per l'uso (formazione di strumenti manageriali, in assenza di cultura manageriale dei dipendenti pubblici attuatori della riforma anti-corruttiva), non andando a ricercare le “*causae causarum*” dei fenomeni corruttivi, né analizzare gli stessi, partendo dalla costruzione di una banca dati comune sui fenomeni corruttivi, dall'omogeneità di ricerca degli stessi; in grado così di poter offrire riflessioni e “luci” in grado di orientare in maniera mirata e graduale la mano pubblica, l'azione dei decisori politici, la tempestività modernizzatrice dei *managers* pubblici, andando oltre il tentativo di quietare le ansie mediatiche dei cittadini.

Alla luce di quando indagato, potrebbe essere opportuno:

- a) individuazione di un Osservatorio sui prezzi per le diverse tipologie di acquisto di beni, per poter effettuare controlli e verifiche, così da evitare comportamenti troppo distanti dalle prassi;
- b) previsione di procedure di *early warning* per le imprese private che barano attraverso l'automatica messa in liquidazione e scioglimento delle società ed interdizione dai pubblici uffici per i legali rappresentanti delle stesse;
- c) adozione di *standard* contabili, promozione di trasparenza e pubblicità dei bilanci per le imprese private;
- d) promuovere azioni utili per accrescere il livello di fiducia, di *accountability* e di partecipazione attiva del cittadini nei processi di programmazione e controllo degli Enti Locali, quali attori protagonisti del cambiamento in luogo dei ruoli di semplici spettatori rassegnati della vita democratica della propria comunità.



PARTE SECONDA

[Analisi
delle possibili
proposte
risolutive]



CAPITOLO 9

MODELLO PER L'INDIVIDUAZIONE DI INEFFICIENZE E CORRUZIONE IN SANITÀ

FS Mennini*, G Maurelli***, L Gitto**, M Ruggeri***, S Russo**,
A Cicchetti***, PM Buscema****

Inefficienza, spreco e corruzione hanno rappresentato una sorta di *mantra* per tutti coloro che si sono avvicinati al settore sanitario Italiano nel suo complesso nonché con una maggiore attenzione a quello pubblico.

Negli ultimi anni sono state presentate e pubblicate alcune analisi¹ che, nella maggior parte dei casi, si sono limitate ad elencare le possibili aree o “sacche” di inefficienza e corruzione senza però cercare di individuarle nello specifico, e meno che mai sviluppare un modello che fosse in grado di monitorarle nel tempo.

Inoltre, nella maggior parte dei casi gli strumenti per raccogliere informazioni su inefficienza e corruzione sono basate su interviste realizzate da *opinion leader*, studiosi del campo, in qualche caso dati della polizia e di forze di sicurezza.

Questo lavoro si è posto inizialmente la seguente domanda: “è possibile costruire uno strumento che sia in grado di evidenziare inefficienze e potenziale corruzione, non seguendo la logica delle interviste, o delle stime basate su opinioni o su eventi accaduti, magari specifiche situazioni, anche se pur numerose”?

La prima risposta è stata “forse è possibile”, ma bisogna avere a disposizione dei prerequisiti, cioè delle condizioni di fattibilità.

Le condizioni di fattibilità

Le condizioni di fattibilità presuppongono i seguenti elementi:

1. Avere a disposizione dei dati, anche indiretti, nei quali si può trovare traccia del fenomeno;
2. Aver elaborato dei metodi che siano in grado fare emergere le informazioni nascoste, le relazioni non esplicite e/o dichiarate tra i dati di cui si dispone;
3. Avere una competenza economico finanziaria sul fenomeno per poter leggere e interpretare le informazioni che emergono dalle elaborazioni di questi dati.

Sulla base di queste considerazioni si è formato un gruppo di lavoro, che ha messo insieme questi tre elementi, coniugando due specifiche competenze.

Il gruppo di lavoro è composto da:

- a. il CEIS EEHTA (Economic Evaluation and HTA e corruption) dell'Università di Tor Vergata (Roma);

* CEIS Economic Evaluation and HTA, Facoltà di Economia, IGF, Università “Tor Vergata”, Roma. ** CEIS Economic Evaluation and HTA, Facoltà di Economia, Università “Tor Vergata”, Roma. *** Semeion “Centro Ricerche di Scienze della Comunicazione”.

**** Semeion “Centro Ricerche di Scienze della Comunicazione”; “Dept. Mathematical and Statistical Sciences of University of Colorado, Denver, CO, USA”

1 Jim Gee, Mark Button and Graham Brooks ‘The financial cost of Healthcare fraud- What data from around the world shows’, University of Portsmouth Centre for Counter Fraud Studies 2011; M. Button, C. Leys, Healthcare Fraud in the new NHS market – a threat to patient care, Centre for Health and the Public Interest, 2013; La Prevenzione e il Contrasto dell’illegalità nella tutela della salute Rapporto introduttivo, Giugno 2013.

- b. il Semeion Centro Ricerche di Scienze della Comunicazione (Roma), Ente Scientifico riconosciuto dal MIUR, che opera da quasi trenta anni nel campo dell'Intelligenza Artificiale;
- c. ALTEMS, Università Cattolica di Roma.

Il gruppo di lavoro ha messo in campo due specifiche competenze: la capacità di analizzare i dati economico-finanziari specialmente in ambito sanitario (Tor Vergata e Cattolica), gli algoritmi matematici in grado di elaborare in modo non convenzionale, qualsiasi tipo di *dataset* (Semeion Centro Ricerche).

I dati, cioè l'oggetto dell'analisi dello studio, sono stati forniti dai bilanci delle ASL/AO di alcune Regioni italiane.

Al termine del lavoro possiamo affermare di aver dato l'avvio allo sviluppo di un modello in grado di identificare le aree di inefficienza, spreco e di potenziale corruzione all'interno del nostro sistema sanitario, sia pubblico che privato.

Come fare: i metodi

Nell'ambito dello studio sono stati applicati due sistemi, che appartengono all'ambito dell'Intelligenza Artificiale, in particolare le Reti Neurali Artificiali. Entrambi i sistemi sono stati sviluppati nei laboratori del Semeion. Si tratta della rete neurale *Auto Contractive Map (AutoCM)* e del sistema denominato Artificial neural network What If Theory (AWIT).

La rete neurale AutoCM[1-19] costituisce una famiglia di algoritmi adattivi, ideati e sviluppati nei laboratori del Semeion a partire dal 1998 (Semeion®).

AWIT è un nuovo sistema che permette un confronto profondo fra diversi tipi di *dataset* che, reperiti indipendentemente, utilizzano le stesse variabili.

Per applicare il sistema AWIT il primo passo consiste nell'identificare un *dataset* che descrive correttamente un fenomeno e, quindi, può essere considerato uno "standard di riferimento". Nel nostro caso il dataset di riferimento è il bilancio delle ASL/AO della Regione Lombardia, a partire dal quale vogliamo interpretare i bilanci delle ASL/AO delle altre regioni, che sono strutturati allo stesso modo. In altri termini vogliamo confrontare e misurare le distanze multidimensionali di altri *dataset* da un *dataset* considerato come "gold standard", cioè come i bilanci delle ASL delle altre Regioni vengono osservati con gli "occhi della Lombardia". Poiché non è possibile effettuare un'analisi di questo tipo con metodi tradizionali, abbiamo ideato un nuovo sistema, chiamato AWIT, che proviene dal campo di intelligenza artificiale e utilizza sia tecniche di apprendimento automatico che *pattern recognition*, per effettuare questo tipo di analisi.

L'utilità di questo approccio è evidente nella valutazione, ad esempio, dell'impiego delle risorse, dei costi, o della produttività di più unità operative, per individuare le

unità più efficienti, le aree di inefficienza e quelle dove, con una migliore gestione delle risorse, è possibile conseguire risultati positivi.

Questi due sistemi, applicati indipendentemente sui dati delle ASL e delle AO, hanno permesso di sviluppare un modello interpretativo economico-finanziario per l'analisi dei bilanci di queste strutture.

APPROFONDIMENTO TECNICO SUI SISTEMI DI ANALISI: LA RETE AUTOCM

Una delle funzioni fondamentali della rete AutoCM consiste nella capacità di estrarre le informazioni nascoste, e non visibili con altri metodi, che risultano connesse fra loro in ogni tipo di dataset.

Questo tipo di rete ha particolari proprietà che la rendono profondamente diversa da altre reti neurali:

1. non è sensibile alla inizializzazione simmetrica delle connessioni, nel senso che può essere inizializzata anche con pesi tutti uguali tra loro.
2. durante l'apprendimento non genera legami inibitori tra i nodi, ha solo valori positivi dei pesi.
3. apprende anche se vengono rimosse le connessioni della diagonale principale della matrice dei pesi.
4. al termine dell'apprendimento tutti i nodi di uscita vanno a zero a prescindere dagli input posti, manifestando una capacità di trattenere l'informazione presente nel dataset.
5. la matrice dei pesi al termine dell'apprendimento conserva l'insieme delle mutue-relazioni che ogni entità ha con ciascun'altra in termini di mutua-distanza. Ovvero, se la mutua-distanza è indicativa di similarità, la matrice dei pesi determinati dalla rete AutoCM misura la similarità che ciascuna entità possiede con le restanti.

Il punto chiave della rete AutoCM è che, ad apprendimento terminato ha assorbito tutta l'informazione presente nel dataset di input e l'ha trasformata, al suo interno, in informazione di relazione tra le entità. Questa "informazione relazionale" rappresenta la capacità della "rete mappa contrattiva" di immagazzinare l'informazione necessaria per evidenziare le similitudini relazionali, tra i valori delle variabili e delle entità che compongono il dataset.

Date queste caratteristiche la rete AutoCM può lavorare come:

- a. una rete neurale Non-Supervisionata per effettuare il clustering intelligente;
- b. una rete neurale Supervisionata per effettuare il pattern recognition;
- c. una Memoria Associativa Dinamica per la simulazione di scenari dinamici.

Nel nostro lavoro l'abbiamo utilizzata per effettuare il clustering intelligente. In pratica ci interessava sapere se a partire dai dati dei bilanci, era possibile individuare strutture di com-

portamento finanziario che rendessero le ASL/AO simili o diverse fra loro.

La rete AutoCM è uno dei componenti del modello economico-finanziario per interpretare i bilanci delle ASL/AO. Questa rete permette quindi di individuare le relazioni esistenti tra più unità osservate e utilizza tutte le informazioni aggiuntive che è possibile estrarre dai dati raccolti.

La rete AutoCM elaborando i dataset produce una matrice delle distanze che deve essere visualizzata e per comprendere al meglio i risultati del clustering utilizza due tipi di grafi: il Minimum Spanning Tree (MST) e il Maximally Regular Graph (MRG, Semeion®).

Dal punto di vista concettuale il MST rappresenta lo stato di minimizzazione di energia di una struttura. Se consideriamo gli elementi atomici di una struttura come i vertici di un grafo e la forza che li connette tra loro come il peso di ogni arco che collega una coppia di vertici, il MST rappresenta l'energia minima necessaria affinché tutti gli elementi della struttura continuino a rimanere insieme.

In un sistema chiuso, tutti i componenti tendono a minimizzare l'energia totale. In questo modo il MST, in situazioni specifiche, può rappresentare lo stato più probabile a cui tende il sistema.

Nell'ambito delle tecniche di data mining il MST rappresenta una sorta di "sistema nervoso" del dataset che è stato elaborato.

Tuttavia per poter esplorare più in profondità la complessità di un dataset è necessario poter aggiungere alcune connessioni, in particolare quelle connessioni fra variabili che presentano almeno due caratteristiche:

- sono rilevanti dal punto di vista quantitativo;
- sono in grado di creare, da un punto di vista qualitativo, microstrutture cicliche regolari all'interno della struttura globale del sistema.

In questo modo i grafi ad albero dell'MST si trasformano in grafi che contengono cicli interni. Questo nuovo tipo di grafo, ideato dal Semeion, è stato chiamato Maximally Regular Graph (MRG, Semeion®). Nel grafo MRG la presenza di tali cicli interni introduce la dimensione temporale e il grafo si trasforma in un sistema dinamico.

Nelle elaborazioni sui dati delle ASL abbiamo utilizzato come visualizzatore principalmente l'MRG ed in qualche caso l'MST.

APPROFONDIMENTO TECNICO SUI SISTEMI DI ANALISI: IL SISTEMA AWIT

Il sistema AWIT riformula il processo di apprendimento di una rete neurale.

Per addestrare una rete neurale generalmente si usa un singolo dataset, che viene suddiviso in due sottoinsiemi non sovrapposti.

Un primo sottoinsieme (dataset 1) viene utilizzato per la fase di apprendimento della rete neurale, in modo tale che vengono identificate le relazioni sottostanti ai dati, e la tecnica di addestramento è in grado di eliminare e trattare il "rumore" dei dati.

Il secondo sottoinsieme (dataset 2) consente di verificare la qualità e l'accuratezza dell'addestramento. Al termine di questo processo, altri dataset che contengono le stesse caratteristiche vengono messi in input nella rete neurale addestrata per classificare nuovi casi reali, sulla base della correttezza del modello interpretativo precedentemente trovato. È possibile così scoprire le relazioni nascoste fra i dati. Nel nostro caso abbiamo adottato la Lombardia come modello interpretativo dei bilanci delle ASL delle altre 4 Regioni. Quindi misurando la distanza fra i dataset a coppie Lombardia Vs Emilia-Romagna/Veneto/Lazio/Campania, è possibile determinare indirettamente l'efficacia e l'efficienza del comportamento economico-finanziario nella politica sanitaria delle ASL di una Regione.

La misurazione della distanza avviene applicando alla rete neurale AWIT la tecnica dell'auto-encoder, che consente l'ottimizzazione del processo di apprendimento profondo. Lo scopo di questo tipo di apprendimento (auto-encoder) è quello di misurare la capacità di comprensione della logica del dataset. Si tratta di una sorta di meccanismo di calibratura della conoscenza. Se al termine di questa fase la differenza tra i valori di input e i valori di output è ridotta, allora significa che la rete neurale ha compreso a fondo la logica del *dataset*. Dal nostro punto di vista, dopo aver effettuato l'addestramento con auto-encoder della rete neurale contenuta in AWIT, ponendo in Testing un nuovo e sconosciuto dataset, il risultato sarà l'interpretazione di questo nuovo dataset utilizzando la logica del *dataset* originario assunto come "gold standard". La rete neurale addestrata con la tecnica dell'auto-encoder è in grado di approssimare le associazioni multi-a-molti tra le variabili e, quindi, ad addestramento avvenuto si avrà la posizione di ciascun record sulla ipersuperficie del *dataset* di riferimento, con un errore approssimativamente vicino allo zero. Effettuando il Testing sul nuovo dataset è possibile sapere come deve essere modificata ogni variabile di questo dataset per essere collocata nella ipersuperficie determinata dal dataset di riferimento.

Il sistema AWIT ha il compito di riformulare ogni nuovo input in termini di un vettore di uscita che è più compatibile con le dimensioni dei casi appresi nel dataset "gold standard". Quindi, se si è ragionevolmente sicuri che il dataset di riferimento descrive efficacemente il fenomeno ed i valori numerici delle sue registrazioni sono corrette, è possibile usare la rete neurale con auto-encoder per riformulare e correggere i valori dei casi presenti nel dataset da valutare. Questo metodo di confronto non lineare fra dataset diversi, consente di calcolare una misura attraverso la quale può essere determinata la distanza fra un dataset sconosciuto e un dataset considerato ottimale per la descrizione del fenomeno, fino al punto di poter fornire una percentuale di accuratezza per un particolare bersaglio. Nella [figura 6](#) mostriamo un esempio di machine learning che usa la tecnica dell'auto-encoder. Nella [figura 7](#) mostriamo il metodo di addestramento del sistema AWIT.

I dati disponibili: i bilanci delle ASL

Nello studio si avevano a disposizione i bilanci di cinque Regioni italiane: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Lazio e Campania. La selezione delle Regioni ha tenuto conto della loro localizzazione tra Nord, Centro e Sud Italia, assumendo come Regione di riferimento la Lombardia, considerata a livello nazionale come la Regione che possiede la struttura sanitaria più efficiente, ed effettuando il confronto tra i risultati ottenuti rispetto a quest'ultima.

I dati utilizzati nell'analisi sono quelli tratti dal modello di Conto Economico (CE) delle Aziende Ospedaliere (AO) e delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) Italiane, descritto nel paragrafo presente Rapporto.

Sono state esaminate 66 ASL, così distribuite nelle 5 regioni:

1. Campania: 7 ASL
2. Emilia-Romagna: 11 ASL
3. Lazio: 12 ASL
4. Lombardia: 15 ASL
5. Veneto: 21 ASL

Ogni bilancio era costituito complessivamente da 401 voci. Solo per la Regione Campania le voci disponibili erano 353 (mancavano ad esempio voci come “prestazioni termali”, “prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso”, “prestazioni di assistenza riabilitativa non soggetta a compensazione extraregione”). Tecnicamente ciò non ha inficiato le elaborazioni e i relativi risultati perché il confronto con le ASL della Campania è stato effettuato con le 353 voci corrispondenti della Lombardia. La logica del metodo di confronto è rimasta inalterata.

Il modello regionale di gestione

Le prime elaborazioni sono state effettuate con la rete AutoCM, che è stata utilizzata per produrre un *clustering* intelligente. Lo scopo era quello di avere delle mappe di relazioni per comprendere le affinità e le differenze del comportamento economico finanziario delle singole ASL.

I risultati delle elaborazioni ottenute con la rete AutoCM sono stati visualizzati tramite grafi MST e MRG.

È importante sottolineare che, nei grafi che appaiono nelle figure 1, 2, 3 e 4, le singole ASL compaiono come i nodi della rete di relazioni. Le diverse connessioni fra le ASL sono state stabilite dal sistema esclusivamente attraverso la loro similarità di bilancio, senza avere alcuna informazione sulla loro Regione di appartenenza. Quindi, quanto più le ASL della stessa Regione (identificate dallo stesso colore dei nodi) si sono connesse tra di loro, tanto più la logica dei loro bilanci è così simile da

spingerle ad una aggregazione spontanea. Lo stesso ragionamento vale quando due o più ASL di Regioni diverse si connettono tra di loro.

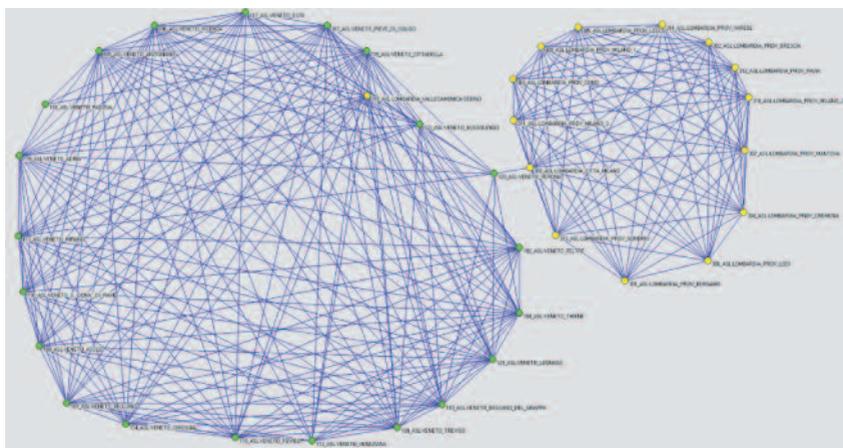
Il modello integrato: Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna

La mappa relazionale ottenuta dalle elaborazioni della rete AutoCM, visualizzata tramite il grafo MRG è rappresentata nella **figura 1**. Le 15 ASL della Lombardia sono state confrontate con le 21 Asl del Veneto.

Analizziamo il grafo chiarendo che ogni nodo rappresenta una ASL (i nodi gialli sono le ASL della Lombardia i nodi verdi sono le ASL del Veneto), i colori giallo e verde sono stati posti successivamente dai ricercatori dopo che la rete ha disegnato il grafo.

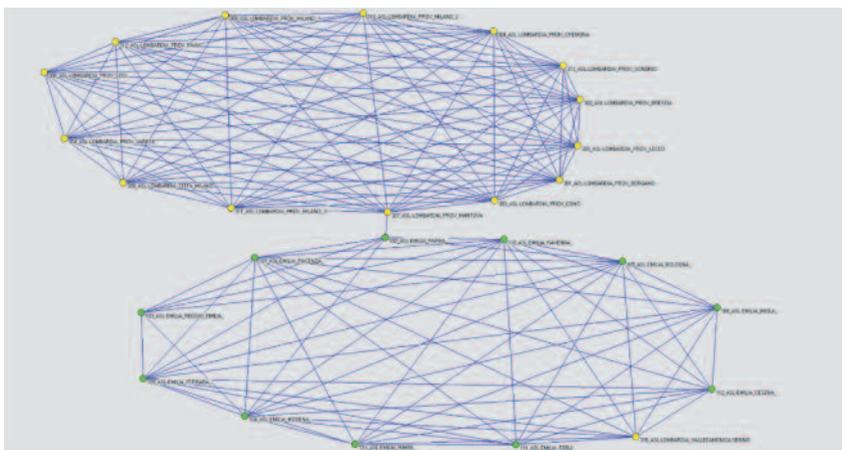
Lombardia e Veneto appaiono come due Regioni internamente molto connesse e organizzate. Ciò significa che esiste uno *standard* di riferimento che accomuna le singole ASL. Si può affermare che le due regioni riescono ad imporre un modello di funzionamento economico finanziario con una caratterizzazione regionale. In altre parole potremmo dire che esiste un specie di “brand di riconoscimento” per le ASL del Veneto e per quelle della Lombardia di integrazione gestionale ed organizzativa. I due brand sono fortemente caratterizzati e diversi, con un solo punto di contatto tra la ASL di Verona e la ASL della Città di Milano. Unica eccezione in questa mappa è data dalla ASL della Valle Camonica che è inserita nel grafo delle ASL del Veneto, trovando maggiori affinità con queste, che non con quelle della sua regione di appartenenza.

Figura 1: Lombardia e Veneto un modello sanitario integrato



La seconda mappa relazionale è quella delle elaborazioni effettuate fra Lombardia ed Emilia-Romagna, rappresentata nella **figura 2**. In questo caso le 15 ASL della Lombardia sono confrontate con le 11 dell'Emilia-Romagna. La situazione è molto simile a quella vista nella precedente elaborazione. Anche in questo caso la Lombardia conferma un comportamento economico-finanziario molto integrato e connesso al suo interno, così come l'Emilia-Romagna manifesta una struttura ugualmente integrata e connessa. Le due ASL che fanno da punto di contatto fra i due sistemi sono la ASL di Mantova e la ASL di Parma, che sono anche relativamente prossime geograficamente. Come già in precedenza la ASL della Valle Camonica costituisce una eccezione: risulta infatti fuori dal sistema Lombardo e completamente connessa con le ASL dell'Emilia Romagna.

Figura 2: Lombardia ed Emilia Romagna un altro modello di sanità integrato



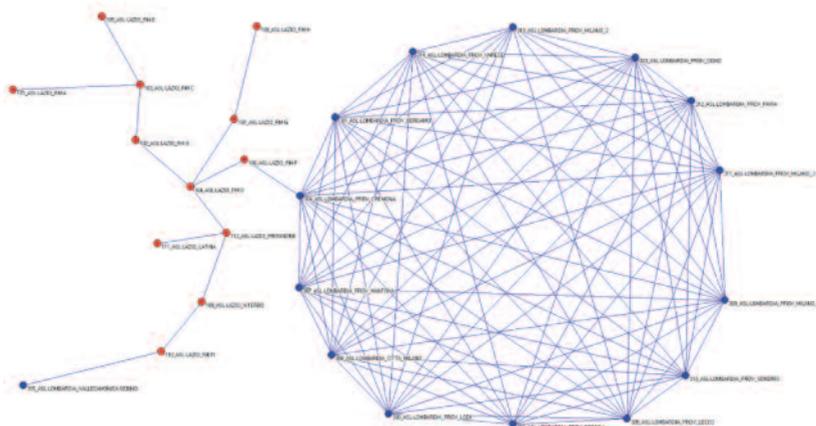
Lombardia, Lazio e Campania: integrazione Vs “autonomia territoriale”

La struttura a rete che emerge dalle elaborazioni Lombardia-Veneto e Lombardia-Emilia-Romagna non sussiste più nel momento in cui si considerano le ASL delle Regioni del centro-sud come Lazio e Campania. La **figura 3** mostra il grafo risultante dalle elaborazioni AutoCM con MRG Lombardia e Lazio (12 ASL).

Dal grafo è evidente che le ASL del Lazio hanno un comportamento economico-finanziario non integrato, tutte le ASL hanno una identità gestionale diversa pur appartenendo alla stessa Regione. È come se ogni ASL portasse avanti una politica sanitaria autonoma, curandosi poco di osservare come operano le altre. Certamente questo non è un buon segnale dal punto di vista del rapporto costi benefici nell'azione sanitaria sul territorio, soprattutto per una Regione sottoposta a Piano di rientro. Il Lazio appare un sistema sanitario regionale disgregato, esattamente l'opposto delle altre Regioni del nord.

Il punto di contatto tra le ASL della Lombardia e del Lazio è fra la ASL di Cremona e la ASL Roma-F. Le ASL del Lazio sono connesse solo con quelle più prossime geograficamente (così, ad esempio, ASL Latina con ASL Frosinone, ASL Viterbo con ASL Rieti, Roma-C con Roma-A e Roma-E). Risalta la connessione esistente tra ASL di Rieti e l'unica ASL della Regione Lombardia che si è sempre discostata dalle altre (ASL della Valle Camonica). In questo caso, la similitudine tra queste due unità potrebbe essere dovuta alla peculiarità del territorio che rende somiglianti i modelli di gestione di ASL distanti tra loro.

Figura 3: Lombardia e Lazio: integrazione Vs autonomia territoriale



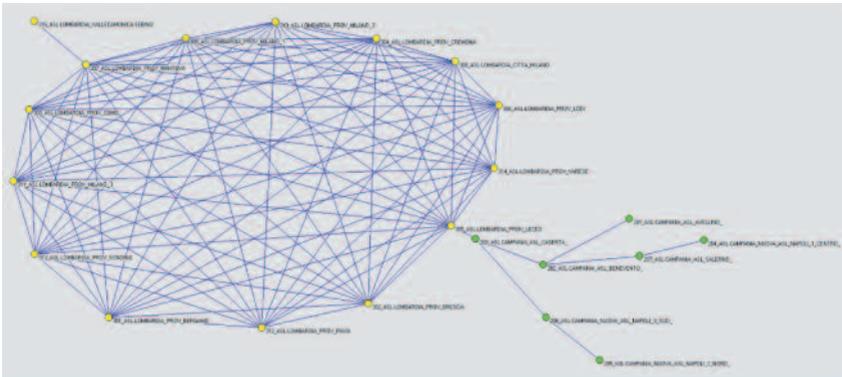
L'ultima elaborazione risultato del confronto Lombardia-Campania (7 ASL) ripropone uno scenario simile a quello visto fra Lombardia e Lazio.

Anche le ASL della Campania appaiono come unità non connesse fra loro, che agiscono come delle monadi. La parcellizzazione del comportamento economico-finanziario è ancora più accentuato che nel Lazio, in questo caso il grafo MRG che ne descrive il comportamento assume la forma di una catena, con solo due punti di collegamento (*hub*): la ASL di Caserta e quella di Benevento. Inoltre, la ASL di Caserta è l'unica che si collega con al sistema della Lombardia, ma il fatto nuovo è che la ASL della Val Camonica questa volta rientra nel circuito lombardo, anche se in una posizione periferica e non connessa (Fig. 4).

Autonomia o isolamento?

Da queste analisi le regioni del Nord risultano avere una politica sanitaria integrata. In particolare Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, hanno un comportamento re-

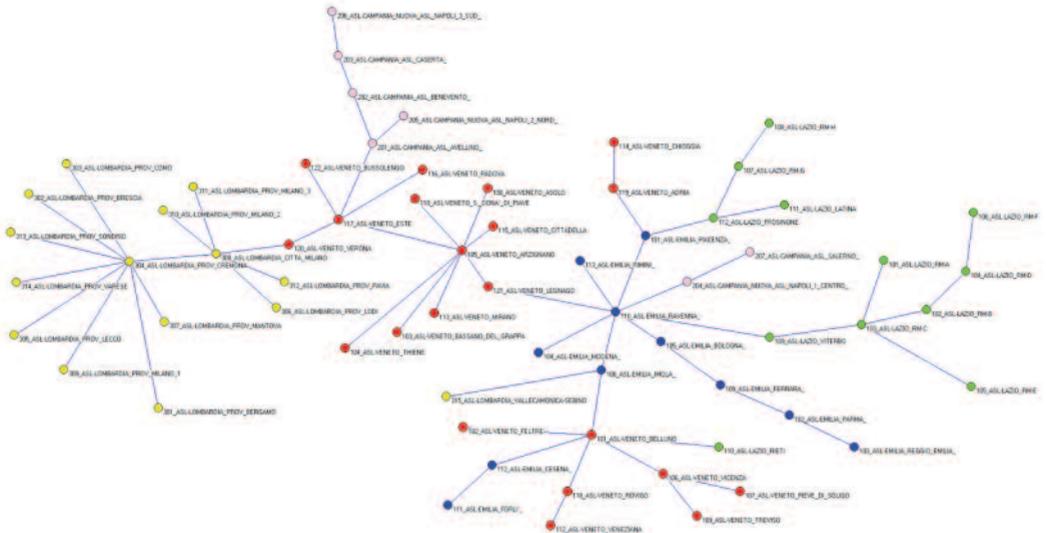
Figura 4: Lombardia e Campania: integrazione Vs autonomia territoriale



gionale riconoscibile, e le singole ASL sono connesse fra di loro. Presumibilmente anche i servizi che vengono erogati dovrebbero sfruttare l'integrazione territoriale. Se ne desume che per queste Regioni esiste una logica sottostante di ottimizzazione della spesa sanitaria.

Una ultima elaborazione con la rete AutoCM, ci può dare delle ulteriori indicazioni. Abbiamo elaborato insieme tutte le ASL delle 5 Regioni e visualizzato il risultato tramite il grafo MST (figura 5).

Figura 5: La rete essenziale delle relazioni di tutte le ASL



Che cosa ci dice in più questo grafo rispetto ai precedenti? Alcune novità ed alcune conferme.

Le ASL della Lombardia (nodi di colore giallo) appaiono fortemente integrate con la presenza di due *hub*: la ASL di Cremona e la ASL Città di Milano. La conferma è che la Lombardia anche in questo caso risulta essere una regione coesa e con una forte identità sotto il profilo sanitario. L'informazione nuova è che queste due ASL sono i modelli di riferimento per tutte le ASL delle altre province.

Le ASL del Veneto (nodi di colore rosso) e dell'Emilia Romagna (nodi di colore blu) appaiono anch'esse piuttosto coese e connesse, ma non quanto quelle della Lombardia. Inoltre si può notare che le ASL di queste due Regioni hanno molte connessioni fra di loro, come se costituissero un'unica macroregione.

Le ASL del Lazio e della Campania non solo sono poco connesse, ma non hanno modelli di riferimento, ogni ASL ha una sua autonomia, assomigliano più a dei piccoli feudi, in particolare per la Campania. Ma a questo punto non ha senso parlare di autonomia, quanto piuttosto di isolamento, e dove c'è isolamento, il controllo è più difficile.

Come si individuano le sacche di inefficienza e spreco: il sistema AWIT

Il secondo sistema (AWIT), applicato alle voci di bilancio delle ASL, ha l'obiettivo di misurare le distanze multidimensionali delle ASL quando vengono interpretate con la logica delle ASL lombarde, che abbiamo considerato come *gold standard*.

A partire da questo assunto si sono potute valutare le logiche di spesa perseguite dalle ASL delle altre Regioni.

Come già anticipato, sono state esaminate 401 voci di spesa tratte dal Conto Economico (353 per le ASL della Regione Campania), raggruppabili, a loro volta, in 7 macro voci:

1. Valore della produzione;
2. Costi della produzione;
3. Proventi e oneri finanziari;
4. Rettifiche di valore di attività finanziarie;
5. Proventi e oneri straordinari;
6. Risultati prima delle imposte;
7. Imposte e tasse.

Queste macro voci costituiscono i vettori di *input* che raggruppano le 401/353 variabili utilizzate, come *input* per le reti neurali artificiali del sistema AWIT.

Come la logica economico finanziaria della Lombardia interpreta le altre Regioni

Nel nostro caso al termine della fase di *training*, ogni Rete Neurale addestrata sulle

ASL della Lombardia, è stata utilizzata per il *recall* sui dati delle ASL delle altre Regioni. In pratica, l'addestramento ottenuto con l'*auto-encoder* su una determinata Regione, **interpreta** i dati di tutte le ASL delle altre 4 Regioni (*Training applicato al Testing*) allo scopo di simulare quali sarebbero i risultati se per ciascuna ASL di qualsiasi Regione si applicasse il modello gestionale della Regione Lombardia. I valori di *output* forniti dalla Rete Neurale sono stati confrontati con i valori reali delle ASL e sono stati poi calcolati i delta (variazione tra dati stimati e dati reali). In particolare i valori negativi indicano i valori reali minori della stima delle reti, e indicano come vi sia un minor dispendio di risorse; al contrario, valori positivi indicano valori reali maggiori di quanto stimato dalle reti. In quest'ultimo caso la spesa è maggiore e, verosimilmente, l'impiego delle risorse è meno efficiente.

Figura 6: schema di funzionamento dell'addestramento di una rete neurale

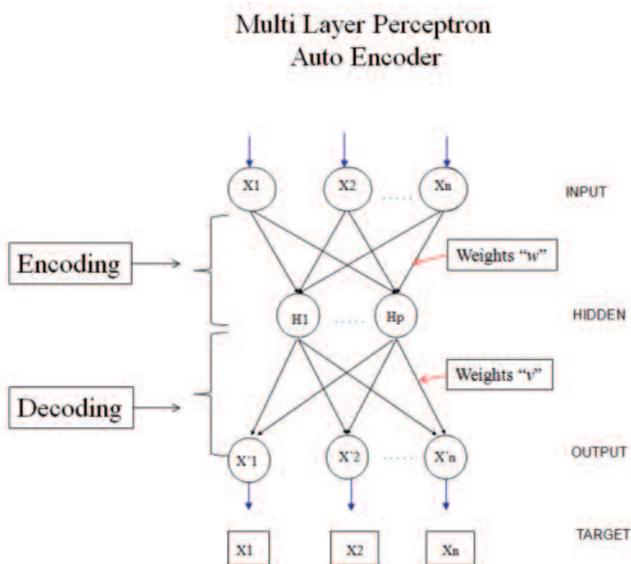
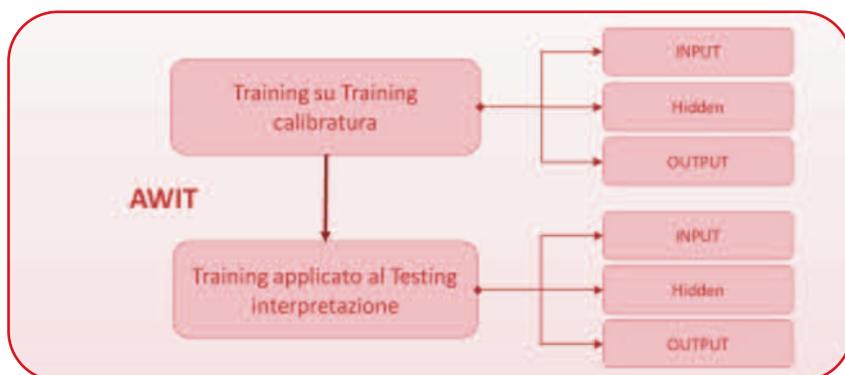


Figura 7: Metodo di addestramento del sistema AWIT



Soffermiamo la nostra attenzione sui costi della produzione.

Nel confronto tra Lombardia ed Emilia-Romagna si nota come tutte le ASL presentino un delta positivo; i valori reali dei costi sono, pertanto, maggiori di quanto previsto dalla rete neurale. Il delta è maggiore per le ASL di Imola, Forlì e Cesena.

Un modello di gestione lombardo prevede un costo della produzione unitario pari a € 1.432; tuttavia, nella regione Emilia-Romagna il valore reale è superiore a questa stima e pari a € 1.958 per residente.

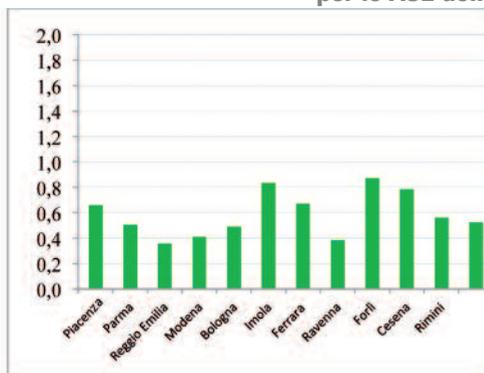
Il costo della produzione è notevolmente maggiore di quello stimato: in altre parole, applicando il modello di gestione lombardo la spesa per residente potrebbe essere minore.

La spesa finale, pari a € 1.958 evidenzia un cattivo impiego di risorse che potrebbe essere corretto. La soluzione potrebbe vedere l'applicazione del modello gestionale della Regione Lombardia (si è visto come le ASL lombarde presentino una struttura a rete con relazioni interne simili a quella della Regione Emilia-Romagna), o la correzione dell'inefficienza complessiva rilevata, prestando maggiore attenzione alle aree in cui si realizzano degli sprechi.

Analoghe considerazioni possono avanzarsi nel confronto con la Regione Lazio. Anche in questo caso i delta stimati relativi ai costi della produzione sono positivi e vedono un costo per la Regione Lombardia pari a € 1.430 per residente, mentre il costo reale è pari a € 1.996. Il costo reale è maggiore di oltre 500 € per residente rispetto al costo stimato; questa conclusione segnala l'esistenza di sprechi che potrebbero essere corretti. Per le ASL di Roma A e Roma E il delta è superiore, rispettivamente, al 40% e al 50% (41.37 % e 56.88%). L'applicazione di un modello di gestione lombardo comporta costi minori, tranne che per l'ASL di Roma F (- 4,68%).

Lo scenario di riferimento muta nel momento in cui si considerano le altre Regioni. Ad esempio, per la Regione Veneto, le ASL di Asolo e, in misura minore, Padova ed Este mostrano un delta negativo (si ha, ad esempio, un valore stimato di € 2.521 per residente per l'ASL di Asolo, a fronte di € 1.724 come valore reale). L'applicazione di un modello lombardo potrebbe, perciò, indurre una maggiore spesa complessiva, anche se i valori reali sono inferiori rispetto ai valori stimati di *output*.

Figura 8: Delta (Reale-Output) dei Costi della Produzione per le ASL dell'Emilia Romagna

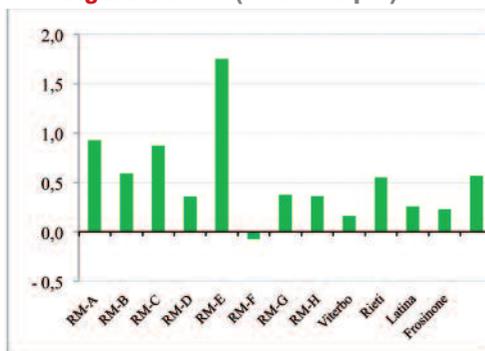


RISULTATI OTTENUTI DALLA RETE NEURALE ADDESTRATA SULLA LOMBARDIA (401 Variabili)				
ASL EMILIA-ROMAGNA	COSTI DELLA PRODUZIONE (B) (*)			
	Valori Reali	Output Rete Lombardia	Delta (Reale-Output)	% Delta su Reale
101_ASL-PIACENZA	1.99785	1.33808	0.65935	33.00%
102_ASL-PARMA	1.83630	1.33080	0.50550	27.53%
103_ASL-REGGIO EMILIA	1.73525	1.37740	0.35785	20.62%
104_ASL-MODENA	1.85241	1.41910	0.41311	22.30%
105_ASL-BOLOGNA	2.05667	1.56480	0.49187	23.92%
106_ASL-IMOLA	2.14651	1.31220	0.83431	38.87%
109_ASL-FERRARA	1.99360	1.32700	0.67160	33.69%
110_ASL-RAVENNA	2.02970	1.64520	0.38450	18.94%
111_ASL-FORLÌ	2.27967	1.40440	0.87427	38.35%
112_ASL-CESENA	2.16223	1.37050	0.78573	36.34%
113_ASL-RIMINI	1.90859	1.34510	0.56349	29.52%
TOTALE	1.95880	1.41240	0.52640	26.87%

(*) Importi pesati per popolazione residente - espressi in migliaia di euro

Per la Regione Campania l'unico delta positivo stimato riguarda l'ASL di Napoli 1. In questa ASL, l'applicazione di un modello lombardo vedrebbe un costo medio di produzione pari a € 1.510, a fronte di € 1.929. Per le ASL situate nelle province di Caserta, Benevento, Avellino e Salerno, il delta è negativo. L'applicazione di un modello lombardo genera, in media, un costo di produzione per residente pari a € 1.673, a fronte di un costo reale medio di poco superiore a € 1.400. Nonostante le minori risorse impiegate sembrerebbe che il modello gestionale applicato nella Regione Campania dia luogo, complessivamente, a meno sprechi; è

Figura 9: Delta (Reale-Output) dei Costi della Produzione per le ASL del Lazio

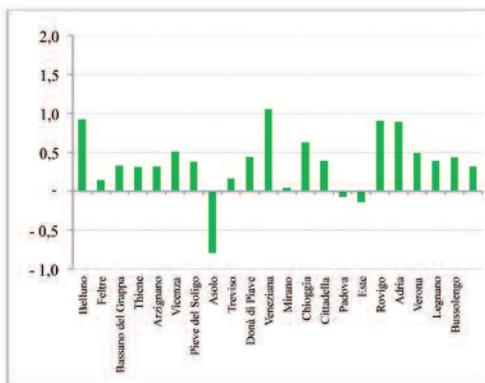


RISULTATI OTTENUTI DALLA RETE NEURALE ADDESTRATA SULLA LOMBARDIA (401 Variabili)				
ASL LAZIO	COSTI DELLA PRODUZIONE (B) (*)			
	Valori Reali	Output Rete Lombardia	Delta (Reale-Output)	% Delta su Reale
101_ASL_RM-A	2.24261	1.33400	0.92781	41.37%
102_ASL_RM-B	1.93108	1.34230	0.58878	30.49%
103_ASL_RM-C	2.34295	1.46920	0.87375	37.29%
104_ASL_RM-D	1.84442	1.48710	0.35732	19.37%
105_ASL_RM-E	3.08451	1.33020	1.75441	56.88%
106_ASL_RM-F	1.57632	1.65910	-0.07378	-4.68%
107_ASL_RM-G	1.74966	1.37200	0.37686	21.54%
108_ASL_RM-H	1.82616	1.46270	0.36346	19.90%
109_ASL_VITERBO	1.87971	1.71730	0.16241	8.64%
110_ASL_RIETI	2.04958	1.40920	0.55038	26.85%
111_ASL_LATINA	1.64449	1.38520	0.25929	15.77%
112_ASL_FROSINONE	1.62428	1.09510	0.22918	14.11%
TOTALE	1.99633	1.43060	0.56564	28.33%

(*) Importi pesati per popolazione residente - espressi in migliaia di euro

anche vero, tuttavia, che l'analisi ha considerato un ridotto numero di ASL. Le stesse non risultano interconnesse tra loro come visto, invece, nei MRG calcolati per le Regioni Veneto ed Emilia-Romagna visti nelle figure 1-2: vi è una minore complessità organizzativa.

Figura 10: Delta (Reale-Output) dei Costi della Produzione per le ASL del Veneto



ASL VENETO	COSTI DELLA PRODUZIONE (B) (*)			
	Valori Reali	Output Rete Lombardia	Delta (Reale-Output)	% Delta su Reale
101_ASL_BELLUNO	2.27306	3.34770	0.92536	40.71%
102_ASL FELTRE	2.04259	3.29969	0.14799	7.25%
103_ASL_BASSANO DEL GRAPPA	1.75093	3.43839	0.13263	19.00%
104_ASL_THIENE	1.63011	3.35600	0.33411	19.27%
105_ASL_ARZIGNANO	1.66544	3.34939	0.31624	18.99%
106_ASL_VICENZA	2.09679	3.58479	0.51209	24.42%
107_ASL_PIEVE DI SOLIGO	3.69261	3.33479	0.37791	22.33%
108_ASL_ASOLO	1.72460	3.33389	-0.79700	-46.21%
109_ASL_TREVISO	1.93194	3.37939	0.16434	8.51%
110_ASL_S. DONA DI PIAVE	1.76818	3.33819	0.44008	24.89%
112_ASL_VENEZIA	2.42958	3.37779	1.05188	43.29%
113_ASL_MIRANO	3.69781	3.35489	0.04341	2.56%
114_ASL_CHIOGGIA	2.02952	3.38979	0.62082	30.59%
115_ASL_CITTADELLA	1.74961	3.35409	0.39021	22.30%
116_ASL_PADOVA	3.93503	3.48159	-0.07247	-3.75%
117_ASL_ESTE	1.77010	3.48999	-0.13890	-7.85%
118_ASL_ROVIGO	2.30867	3.38279	0.90597	39.24%
119_ASL_ADRIA	2.20876	3.36389	0.89906	40.52%
120_ASL_VERONA	3.81243	3.35809	0.49403	27.26%
121_ASL_LEGNAGO	1.80447	3.45629	0.39427	21.32%
122_ASL_BUSSOLENGO	2.12757	3.48479	0.43587	20.45%
TOTALE	1.91673	3.50515	0.32822	16.76%

(*) Importi pesati per popolazione residente - espressi in migliaia di euro

L'analisi di specifiche voci di spesa Il confronto tra Regioni

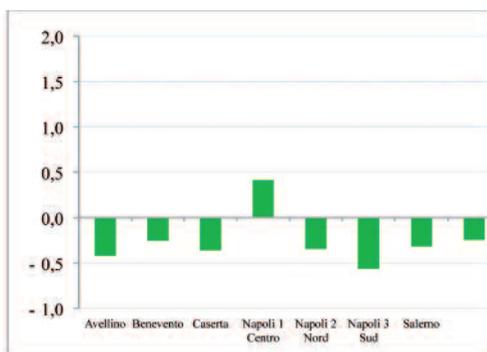
In questa parte analizzeremo diverse elaborazioni prodotte sempre con la metodologia AWIT, su specifiche voci di spesa presenti nella macro sezione: costi della produzione.

Come in precedenza, questa analisi permette un confronto tra valori reali, presenti all'interno dei modelli CE delle quattro regioni finora considerate (Campania, Emilia Romagna, Lazio, Veneto), e i valori sempre relativi alle quattro regioni, ma elaborati dalla rete addestrata sui dati della regione Lombardia.

I grafici riportano i delta tra questi due valori: valore reale – output dalla rete addestrata. Questo significa che valori positivi del delta esprimono un livello di spesa reale maggiore di quanto prodotto dall'elaborazione mentre, al contrario, valori negativi esprimono un livello di spesa reale minore rispetto a quanto prodotto dal dato inserito nella rete addestrata. Il delta riportato per Regione, è la media dei delta per le singole ASL della regione stessa.

Le voci di spesa specifiche di costo della produzione che sono state considerate

Figura 11: Delta (Reale-Output) dei Costi della Produzione per le ASL della Campania



RISULTATI OTTENUTI DALLA RETE NEURALE ADDESTRATA SULLA LOMBARDIA (353 Variabili)				
ASL CAMPANIA	COSTI DELLA PRODUZIONE (B) (*)			
	Valori Reali	Output Rete Lombardia	Delta (Reale-Output)	% Delta su Reale
201-ASL AVELLINO	1.35519	1.77530	-0.42011	-31.00%
202-ASL BENEVENTO	1.25172	1.50000	-0.25628	-20.47%
203-ASL CASERTA	1.24606	1.60000	-0.36274	-29.11%
204-NUOVA ASL NAPOLI 1 CENTRO	1.92963	1.51050	0.41913	21.72%
205-NUOVA ASL NAPOLI 2 NORD	1.16453	1.51150	-0.34697	-29.79%
206-NUOVA ASL NAPOLI 3 SUD	1.28581	1.80730	-0.56149	-43.67%
207-ASL SALERNO	1.55530	1.87540	-0.32010	-20.58%
TOTALE	1.42682	1.67377	-0.24695	-17.31%

(*) Importi pesati per popolazione residente - espressi in migliaia di euro

sono:

- B01025 (B.1.A.4):** Acquisto materiali per la profilassi (vaccini)
- B01045 (B.1.A.8):** Acquisto materiali protesici
- B02510 (B.2.B.1.1):** Acquisto servizi di Lavanderia
- B02515 (B.2.B.1.2):** Acquisto servizi di Pulizia
- B02520 (B.2.B.1.3):** Acquisto servizi di Mensa
- B02525 (B.2.B.1.4):** Acquisto servizi di Riscaldamento
- B02540 (B.2.B.1.7):** Acquisto servizi di Smaltimento rifiuti
- B02545 (B.2.B.1.8):** Acquisto servizi di Utenze telefoniche
- B02550 (B.2.B.1.9):** Acquisti servizi di Utenze elettricità
- B02595 (B.2.B.2):** Consulenze, Collaborazioni, Interinale, altre prestazioni lavoro non sanitarie
- B07005 (B.7.A):** Costo del personale dirigente ruolo tecnico
- B07010 (B.7.B):** Costo del personale comparto ruolo tecnico
- B08005 (B.8.A):** Costo del personale dirigente ruolo amministrativo
- B08010 (B.8.B):** Costo del personale comparto ruolo amministrativo

Nell'analizzare i delta delle voci di spesa nell'ambito confrontando le quattro regioni, abbiamo considerato le cinque voci che mostrano valori dei delta più elevati:

- B01045 (B.1.A.8):** Acquisto materiali protesici
- B02510 (B.2.B.1.1):** Acquisto servizi di Lavanderia
- B02515 (B.2.B.1.2):** Acquisto servizi di Pulizia
- B02525 (B.2.B.1.4):** Acquisto servizi di Riscaldamento
- B07010 (B.7.B):** Costo del personale comparto ruolo tecnico

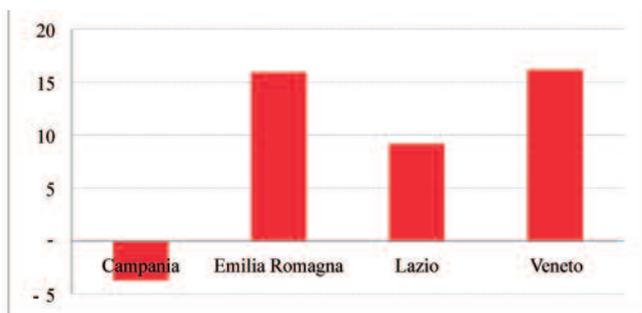
In **Figura 12** vengono riportati i delta per la voce: acquisto di materiali protesici. Per questa voce di spesa rileviamo che la regione Campania è l'unica ad avere un delta negativo pari - €3,7 per residente, con un valore di spesa reale quindi, inferiore a quello elaborato dalla rete addestrata sui dati della Lombardia. Questo significa che la Campania è l'unica tra le quattro regioni considerate in cui l'adozione di un modello di gestione lombardo per l'acquisto di materiali protesici, comporterebbe un livello di spesa medio per residente più elevato rispetto a quello realmente osservato. Il modello lombardo avrebbe speso nelle ASL campane un ammontare medio di €3,7 per residente in più di quanto realmente osservato. Analizzando il dato per singola ASL campana, lo scarto risulta sempre negativo ad eccezione delle ASL di Avellino e Salerno. Al contrario, per Emilia Romagna, Lazio e Veneto, l'impiego di un modello di gestione lombardo comporterebbe un ammontare medio di spesa per residente, inferiore a quello realmente impiegato. Le regioni che riportano i valori medi del delta più elevati sono Emilia Romagna con € 15,9 per residente e Veneto con € 16,1 per residente, a seguire il Lazio con € 9,1 per residente. Tutte le ASL delle tre regioni riportano valori del delta positivi. Nello specifico, le ASL che riportano i valori più elevati sono: le ASL di Piacenza con € 24,7 per residente e Ravenna con € 27,3 per residente per l'Emilia Romagna, le ASL di Rieti con € 20,8 per residente e Latina con € 20,8 per residente per il Lazio e le ASL di Venezia con € 29,5 per residente, Mirano con € 28,2 per residente e Rovigo con € 28,8 per residente per il Veneto.

Per quanto riguarda l'acquisto di servizi di lavanderia **figura 13**, l'adozione del modello di gestione lombardo determina in tutte le regioni, un'importante riduzione di risorse rispetto a quelle impiegate nella realtà. Nello specifico delle ASL il delta risulta particolarmente elevato per Treviso con una differenza tra spesa reale e stimata pari a € 19,5 per residente, Viterbo con € 15,8, Venezia con € 14,6, Forlì con € 14,1, Legnago con € 9,3, Rimini con € 9,0, Ravenna con € 8,9, Napoli 1 Centro € 8,51, Frosinone con € 8,0, Bologna con € 7,9 e RM-G con € 7,9.

In **figura 14** sono riportati i delta medi per acquisto servizi di pulizia che risultano positivi per tutte le regioni. L'impiego quindi, del modello di gestione lombardo comporterebbe un utilizzo delle risorse tale da produrre importanti riduzioni di spesa. Emilia Romagna e Lazio riportano i delta tra spesa reale e spesa stimata dall'utilizzo della rete neurale più elevati, rispettivamente pari a € 9,5 per residente e € 8,3 rispetto a Campania con € 3,3 e Veneto con € 3,1. Considerando le singole ASL, quelle con valori del delta più elevati sono: le ASL di Ravenna con € 23,7, Cesena con € 22,3 e Rimini con € 22,7 per l'Emilia Romagna, l'ASL RM-C con € 18,3 per il Lazio e le ASL di Belluno con € 20,0 e Venezia con € 18,6 per il Veneto.

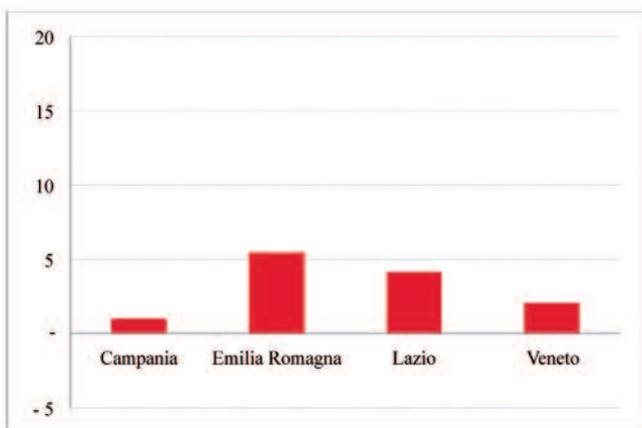
La ASL di Salerno invece, è l'unica che riporta un valore del delta particolarmente

Figura 12: Medie dei delta (Reale - Output) per B01045 (B.1.A.8):acquisto di materiali protesici. € per residente.



basso pari a - €10,5. I delta medi relativi all'acquisto di servizi di riscaldamento, **figura 15** riportano valori particolarmente negativi per quanto riguarda la Campania ed il Lazio (rispettivamente con - €13,5 e - €6,3), prossimo allo zero nel caso dell'Emilia Romagna con € 0,7, e significativamente positivi per quanto riguarda il Veneto con € 13,3 che risulta essere quindi l'unica regione a poter ottenere importanti riduzioni di spesa adottando il modello di gestione lombardo individuato dal sistema AWIT.

Figura 13: Medie dei delta (Reale - Output) per B02510 (B.2.B.1.1): acquisto servizi di lavanderia. € per residente.



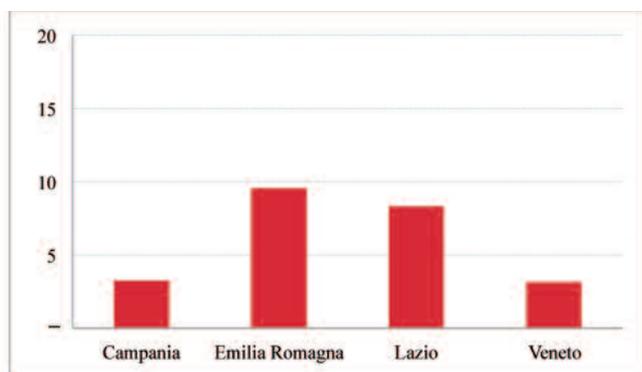
In particolare le ASL della regione Campania riportano valori sempre inferiori a - €10 per residente, ad eccezione dell'ASL Napoli 3 Sud pari a - €6,4.

Le ASL dell'Emilia Romagna che riportano i valori più estremi sono invece Piacenza con € 20,2 e Modena con € 11,7.

Tutte le ASL del Lazio riportano valori negativi ad eccezione della RM-D e della RM-H rispettivamente pari a € 13,0 e € 4,4. In particolare, Rieti e Frosinone riportano i valori più bassi pari a - €20,2 e - €16,2.

Nel Veneto, l'unico a riportare un delta negativo è l'ASL di Este con - €3,9, mentre le ASL con un delta particolarmente elevato sono Feltre, pari a € 30,2 e Rovigo pari a € 28,4. Per quanto riguarda il costo del personale del comparto tecnico **figura 16**, in

Figura 14: Medie dei delta (Reale - Output) per B02515 (B.2.B.1.2): Acquisto servizi di Pulizia. € per residente.



tutte le regioni, l'adozione del modello lombardo comporterebbe forti riduzioni nella spesa media per residente tra le ASL ad eccezione del Lazio che riporta un valore medio del delta particolarmente negativo pari a - €36,6. Nello specifico, riportano scarti particolarmente bassi le ASL RM-F con - €88,3, RM-G con - €77,6, RM-H con - €74,3 e Viterbo con - €72,4. Nelle altre regioni si riscontrano valori particolarmente elevati per l'ASL di Napoli 1 centro pari € 63,1 in Campania, Forlì con € 59,1 e Bologna invece con - €29,3 in Emilia Romagna, Belluno con € 88,3, Asolo con € 56,0 e Bussolengo con - €38,9.

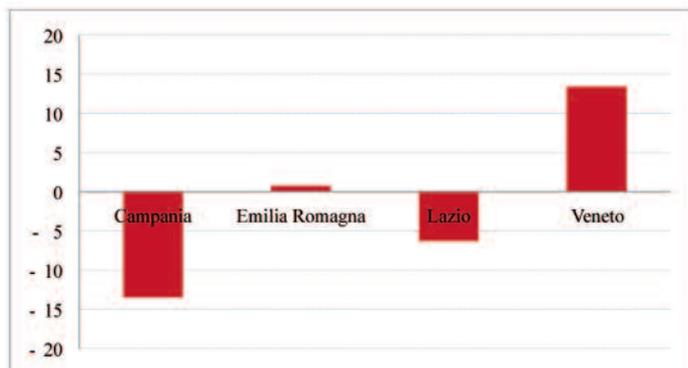
Il confronto tra singole voci di spesa

Confrontiamo ora le medie dei delta delle singole voci di spesa selezionate, prendendo in considerazione una Regione alla volta.

La figura seguente, **figura 17** mostra i delta medi delle specifiche voci di costo per

la regione Campania. In generale rileviamo che l'adozione del modello lombardo individuato dal sistema AWIT, in media non comporta risparmi o incrementi nella spesa particolarmente significativi tra le voci considerate. La maggior parte dei

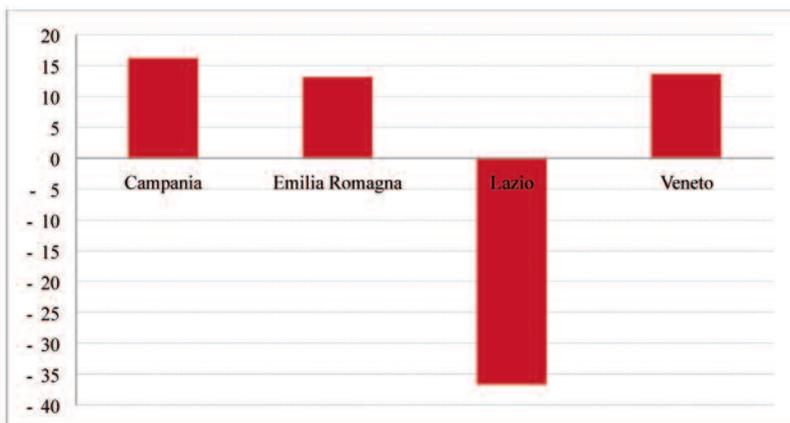
Figura 15: Medie dei delta (Reale - Output) per B02525 (B.2.B.1.4): Acquisto servizi di Riscaldamento. € per residente.



delta medi assumono valori che non superano i € 3,3 per residente e non sono inferiori a -€3,7 ad eccezione delle spese per acquisti di servizi di riscaldamento pari a -€13,47, le consulenze, collaborazioni, interinali e altre prestazioni di lavoro pari a -€7,3 e il costo del personale nel comparto ruolo tecnico pari a € 16,2. Nello specifico, per i servizi di riscaldamento, le ASL di Salerno con -€18,03, di Napoli 1 Centro con -€17,9 e di Napoli 2 Nord con -€16,8, riportano dei valori di spesa reali significativamente inferiori a quelli prodotti dalla rete addestrata.

Per le collaborazioni e altre prestazioni non sanitarie, le ASL che riportano i delta più bassi sono Avellino con -€9,4 e Benevento con -€9,2.

Figura 16: Medie dei delta (Reale - Output) per B07010 (B.7.B): Costo del personale comparto ruolo tecnico. € per residente.



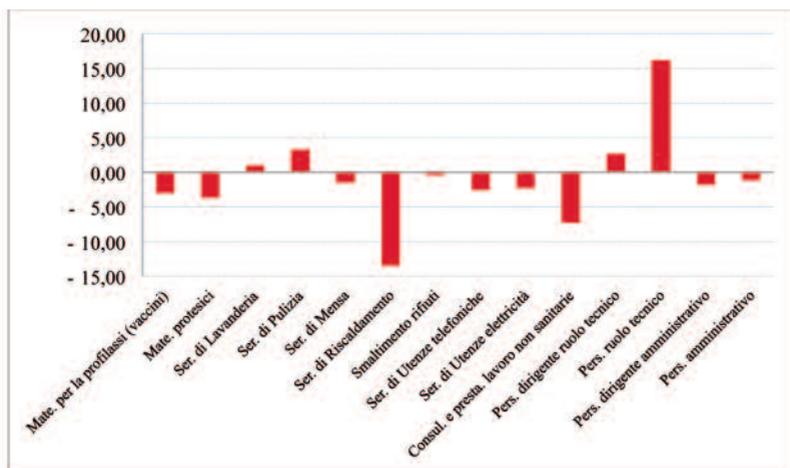
Il personale tecnico che risulta invece avere un delta particolarmente elevato, assume valori estremi nelle ASL di Napoli 1 Centro pari a € 63,1 e a Caserta con € 17,0.

La **figura 18** relativa all'Emilia Romagna mostra innanzitutto che la maggior parte dei delta medi sono positivi, ovvero: l'impiego di un modello di gestione simile a quello lombardo comporterebbe, nelle voci considerate, un impiego di risorse decisamente inferiore a quello realmente osservato. In particolare, l'acquisto di materiali protesici con un delta medio tra le ASL pari a € 16,0 per residente e il costo del personale comparto ruolo tecnico con € 13,1.

Nello specifico delle ASL, per la prima voce di spesa troviamo i delta più elevati a Piacenza con € 24,7 e a Ravenna con € 27,3, mentre per il personale tecnico i delta più elevati si riscontrano sempre a Piacenza con € 28,5, a Forlì con € 59,1; per questa stessa voce di spesa a Bologna invece troviamo un delta particolarmente basso pari a - €29,3.

Per quanto riguarda il Lazio **figura 19**, notiamo che solo la voce di spesa relativa al costo del personale tecnico, riporta un delta medio particolarmente basso pari a - €36,6 per residente: nello specifico le ASL RM-F con - €88,3, RM-G con - €77,6, RM-H con - €74,3 e Viterbo con - €72,4. Analizzando i dati delle singole ASL, rileviamo una differenza particolarmente elevata tra spesa reale e spesa stimata dalla

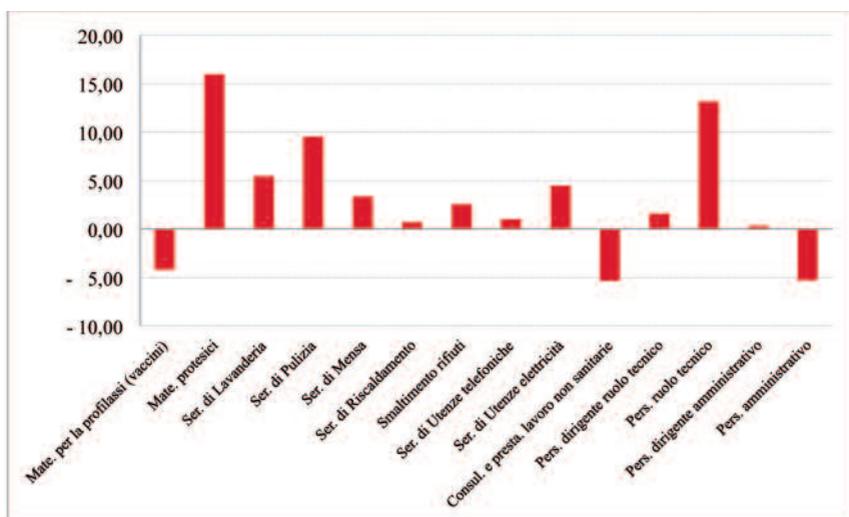
Figura 17: Medie dei delta (Reale - Output) per specifiche voci di costo della produzione. Campania. € per residente.



rete addestrata sui dati della Lombardia nelle ASL di Rieti e Latina entrambe con € 20,8 per quanto riguarda l'acquisto dei materiali protesici, la RM-C con € 25,1 per consulenze e altre prestazioni di lavoro non sanitarie e la RM-A per quanto riguarda il costo del personale del comparto di ruolo amministrativo con € 21,3. Al contrario evidenziamo un delta piuttosto basso nell'ASL di Rieti per quanto riguarda l'acquisto di servizi per il riscaldamento, e nelle ASL RM-C e RM-D rispettivamente pari a - €20,4 e - €21,7 per il costo del personale amministrativo.

Analizzando le voci di spesa del Veneto **figura 20**, rileviamo che la spesa media osservata supera quasi sempre la spesa media stimata dalla rete addestrata sui dati lombardi, in particolare come visto in precedenza, l'acquisto di materiali protesici con € 16,17 per residente, l'acquisto per i servizi di riscaldamento con € 13,3

Figura 18: Medie dei delta (Reale - Output) per specifiche voci di costo della produzione. Emilia Romagna. € per residente.



e il costo del personale tecnico con € 13,6. Per quanto riguarda le altre voci di spesa l'ASL di Belluno ha un delta pari € 20,0 per residente per l'acquisto dei servizi di pulizia, mentre l'ASL di Treviso ha un delta pari a € 20,2 per l'acquisto dei servizi di mensa. Al contrario, le ASL di Verona e Bussolengo per il costo del personale amministrativo riportano un delta rispettivamente pari a - €22,1 e - €20,2.

Figura 19: Medie dei delta (Reale - Output) per specifiche voci di costo della produzione. Lazio. € per residente.

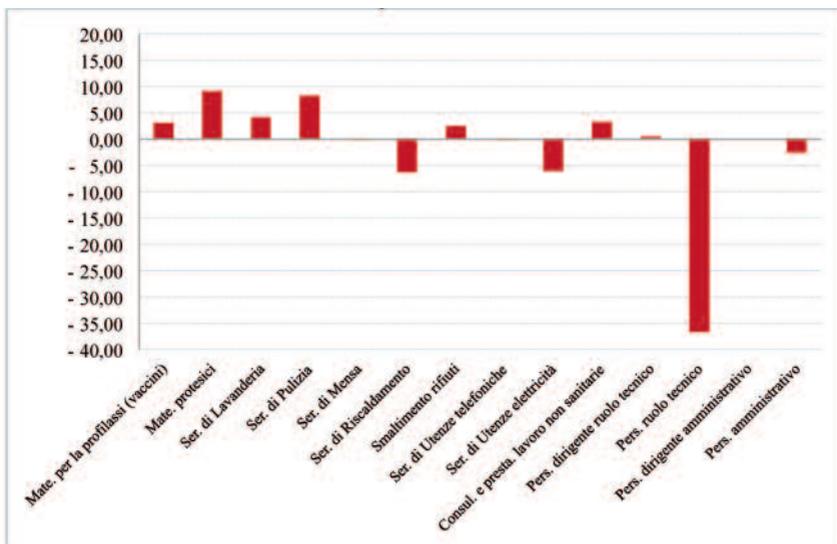
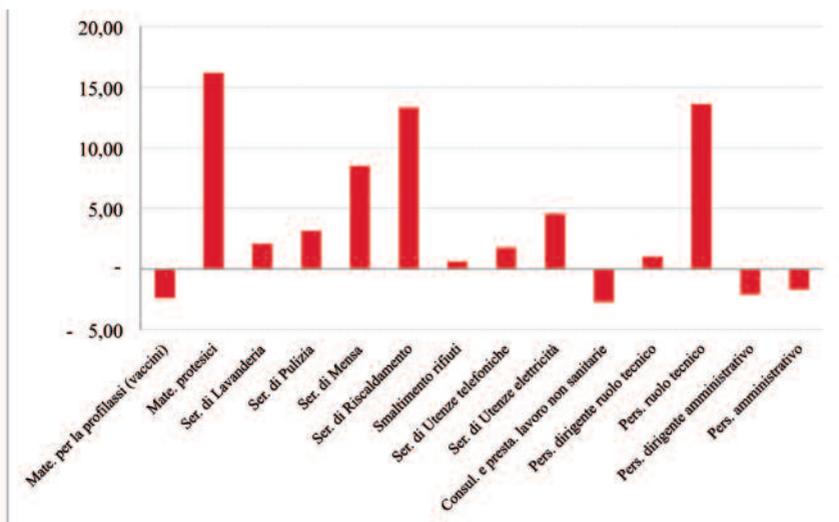


Figura 20: Medie dei delta (Reale - Output) per specifiche voci di costo della produzione. Veneto. € per residente.



Considerando quanto emerso nella prima parte dell'analisi AWIT sul totale delle voci per costo della produzione, anche in questa parte di analisi su alcune voci specifiche rileviamo che, con alcune eccezioni, l'applicazione di un modello gestionale lombardo comporterebbe importanti riduzioni di spesa soprattutto nelle ASL delle regioni Lazio, Veneto ed Emilia Romagna. Questo non sembra verificarsi per le ASL della Campania, ad eccezione di alcune voci di costo relative soprattutto al personale e nonostante le precedenti elaborazioni sulla rete AutoCM abbiano rilevato fortissime criticità in termini di integrazione tra le ASL e parcellizzazione del comportamento economico-finanziario.

Conclusioni e prospettive

L'insieme di competenze, algoritmi e metodi ha permesso di sviluppare un modello di analisi della gestione economico-finanziaria delle ASL italiane. Il modello ha permesso di individuare, per le Regioni e le voci oggetto dell'analisi, le aree di inefficienza, spreco e di potenziale corruzione all'interno del nostro sistema sanitario. Nello specifico il modello utilizzato ci ha permesso, in prima istanza, di valutare ed identificare modelli gestionali integrati e collegati all'interno di ogni singola Regione analizzata.

Questa prima applicazione del modello, limitata a 5 Regioni, ha evidenziato con accitata evidenza 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. Questo è sicuramente un primo indicatore di efficienza gestionale. Infatti, aver organizzato la rete assistenziale Regionale utilizzando i medesimi approcci economico gestionali permette da una parte di fornire servizi più integrati alla popolazione assistita e dall'altra di controllare il corretto utilizzo delle risorse impiegate.

Di contro e a conferma di quanto appena affermato, si nota come il Lazio e la Campania siano caratterizzate da modelli gestionali completamente disaggregati, tanto dal punto di vista organizzativo-gestionale che da quello economico-finanziario. Le ASL del Lazio e ancor di più quelle della Campania appaiono come delle "monadi", che guardano esclusivamente al loro interno senza curarsi di ciò che le circonda. Non è un caso che queste ASL appartengano a quel gruppo di Regioni che sono assoggettate ai piani di rientro. Infatti, possedere una rete assistenziale che utilizza approcci economico gestionali completamente differenti comporta un disagio assistenziale per i pazienti, accompagnato da un non corretto utilizzo delle risorse impiegate.

A questo punto dell'analisi potremmo dire che il discrimine che trasforma l'inefficienza e gli sprechi nella corruzione è determinata dalla presenza o meno di una strategia. Più chiaramente esiste una strategia sottostante che persegue la disaggregazione gestionale? Se la risposta è sì, allora possiamo dire che questa è il luogo di trasformazione dell'inefficienza in corruzione.

Ma possiamo intervenire dove c'è inefficienza? Certamente, lo dimostrano le analisi fatte con il sistema AWIT, che è stato in grado di fornire risposte importanti ed utili per i decisori, con riferimento al totale delle voci per costo della produzione. Nel confronto tra le diverse Regioni si nota come l'applicazione del modello lombardo, con l'eccezione di alcune poche ASL, permetterebbe alle altre Regioni di raggiungere migliori risultati in termini economico gestionali con evidenti ricadute positive per l'efficacia e l'efficienza del sistema. Questo è stato ulteriormente confermato dai risultati relativi all'analisi, ancora più specifica, su alcune singole voci di costo. Anche in questo caso, con alcune eccezioni, l'applicazione di un modello gestionale lombardo comporterebbe importanti riduzioni di spesa soprattutto nelle ASL delle Regioni Lazio, Veneto ed Emilia Romagna.

Il modello di analisi proposto sembra avere tutte le carte in regola per affrontare la sfida di analizzare tutte le ASL delle 20 Regioni italiane, per avere una mappa completa della strategia di gestione economico finanziaria dei servizi sanitari nel nostro Paese.

Bibliografia

- [1] Buscema M, A novel adapting mapping method for emergent properties discovery in data bases:experience in medical field, in "2007 IEEE International Conference on Systems, Man and Cybernetics (SMC 2007)". Montreal, Canada, 7-10 Ottobre 2007.
- [2] Buscema M., Grossi E., The Semantic Connectivity Map: an adapting self-organizing knowledge discovery method in data bases. Experience in Gastro-oesophageal reflux disease, *Int. J. Data Mining and Bioinformatics*, Vol. 2, No. 4, 2008.
- [3] Buscema M., Grossi E., Snowdon D., Antuono P., Auto-Contractive Maps: an Artificial Adaptive System for Data Mining. An Application to Alzheimer Disease, in *Current Alzheimer Research*, 2008, 5, 481-498.
- [4] Buscema M.(ed), Squashing Theory and Contractive Map Network, Semeion Technical Paper #32, Rome, 2007.
- [5] Buscema M, Helgason C, Grossi E, Auto Contractive Maps, H Function and Maximally Regular Graph: Theory and Applications , Special Session on "Artificial Adaptive Systems in Medicine : applications in the real world, NA-FIPS 2008 (IEEE), New York, May 19-22, 2008.
- [7] Licastro F, Porcellini E, Chiappelli M, Forti P, Buscema M et al., Multivariable network associated with cognitive decline and dementia, *int Neurobiology of Aging*, Vol. 1, Issue 2, February 2010, 257-269.
- [8] M Buscema & E Grossi (eds), *Artificial Adaptive Systems in Medicine*, Bentham e-books, 2009, 25-47.
- [9] Buscema M, Sacco PL, Auto-contractive Maps, the H Function, and the Maximally Regular Graph (MRG): A New Methodology for Data Mining, in V. Capecchi et al. (eds.), *Applications of Mathematics in Models, Artificial Neural Networks and Arts*, Chapter 11, DOI 10.1007/978-90-481-8581-8_11, Springer Science+Business Media B.V. 2010.
- [10] Grossi E, Tavano Blessi G, Sacco PL, Buscema M, The Interaction Between Culture, Health and Psychological Well-Being: Data Mining from the Italian Culture and Well-Being Project, *J Happiness Studies*, Springer, 2011
- [11] Federico Licastro, Elisa Porcellini, Paola Forti, Massimo Buscema, Ilaria Carbone, Giovanni Ravaglia, Enzo Grossi, Multi factorial interactions in the pathogenesis pathway of Alzheimer's disease: a new risk charts for prevention of dementia, *Immunity & Ageing* 2010, 7 (Suppl 1):S4.
- [12] M Buscema, F Newman, E Grossi, W Tastle, Application of Adaptive Systems Methodology to Radiotherapy, , in *NAFIPS 2010*, 12-14 July, Toronto, Canada.
- [13] C Eller-Vainicher, W Zhukouskaya, YV Tolkachev, SS Koritko, E Cairoli, E Grossi, P Beck-Peccoz, I Chiodini, AP Shepelkevich, Low BoneMineral Density and Its Predictors in Type 1 Diabetic Patients Evaluated by the Classic Statistics and Artificial Neural Network Analysis, *DIABETES CARE*, pp 1-6, 2011.
- [14] T Gomiero, L Croce, E Grossi, L De Vreese, M Buscema, U Mantesso, E De Bastiani, A Short Version of SIS (Support Intensity Scale): The Utility of the Application of Artificial Adaptive Systems, *US-China Education Review A* 2 (2011) 196-207.
- [15] M Buscema, S Penco and E Grossi, A Novel Mathematical Approach to Define the Genes/SNPs Conferring Risk or Protection in Sporadic Amyotrophic Lateral Sclerosis Based on Auto Contractive Map Neural Networks and Graph Theory, *Neurology Research International*, Volume 2012, Article ID 478560, 13 pages, doi:10.1155/2012/478560
- [16] E Grossi, A Compare, M Buscema, The concept of individual semantic maps in clinical psychology: a feasibility study on a new paradigm, *Quality & Quantity International Journal of Methodology* , August 04th 2012, ISSN 0033-5177, Qual Quant, DOI 10.1007/s11135-012-9746-8
- [17] F Coppedè, E Grossi, M Buscema, L Migliore, Application of Artificial Neural Networks to Investigate One-Carbon Metabolism in Alzheimer's Disease and Healthy Matched Individuals, *PLOS ONE*, www.plosone.org, August 2013, Volume 8 , Issue 8 , e74012, pp 1-11.
- [18] M.E. Street, M. Buscema, A. Smerieri, L. Montanini, E. Grossi, Artificial Neural Networks, and Evolutionary Algorithms as a systems biology approach to a data-base on fetal growth restriction, in *Prog Biophys Mol Biol.*, 2013, July, pages 1-6.
- [19] A. Compare, E. Grossi, M. Buscema, C. Zarbo, X. Mao, F. Faletta, E. Pasotti, T.Moccetti, P.M. C. Mommersteeg, and A. Auricchio, Combining Personality Traits with Traditional Risk Factors for Coronary Stenosis: An Artificial Neural Networks Solution in Patients with Computed Tomography Detected Coronary Artery Disease, *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, Volume 2013, Article ID 814967, 9 pages, Hindawi Publishing Corporation. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/814967>.



PROPOSTA DI UNO STRUMENTO DI MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI ACQUISTO IN AZIENDA

Astrid Pietrosi *ISMETT Palermo*

Carlo Milli *Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana*

Il concetto di corruzione, definito dalla circolare n.1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, comprende “tutte le varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si possa riscontrare l’abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati, configurando situazioni rilevanti più ampie della fattispecie penalistica di cui agli art 318, 319 e 319 ter C.P., che arrivano ad includere tutti i delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del Codice penale e i malfunzionamenti dell’amministrazione a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite”.

Consapevoli dell’ampiezza della definizione della Corruzione e del suo raggio di azione, operare nell’ambito della Pubblica Amministrazione (PA), ed in particolare nella Sanità, ed applicare una politica gestionalmente responsabile ed eticamente integra, richiede un particolare impegno nella definizione delle strategie e degli strumenti di controllo da utilizzare.

La normativa elaborata dal legislatore per la creazione di un sistema organico di prevenzione della corruzione¹ rientra nelle indicazioni più volte ricevute da parte degli organismi internazionali, di cui fa parte l’Italia. La legge 190/2012 pone nuove basi per strutturare le azioni di prevenzione, formazione e contrasto del fenomeno corruttivo, mentre il DPR n.62 del 16 aprile 2013 aggiunge elementi oggettivi di comportamento per il dipendente pubblico che lasciano poco spazio ad aspetti potenzialmente rischiosi sotto il profilo della corruzione.

Se da un lato il legislatore ha redatto una normativa adeguata a guidare i comportamenti del personale della PA evidenziandone le responsabilità e obbligandoli ad una trasparenza finalizzata allo sviluppo della cultura della legalità, dall’altro lato il rispetto della normativa esistente richiede abilità nell’identificare gli strumenti più operativi da utilizzare per la prevenzione e la repressione di eventuali fenomeni di corruzione. A tal fine, la legge del 6 novembre 2012, n.190 prevede varie misure d’intervento e, oltre all’elaborazione di un Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), prevede, da parte delle Pubbliche Amministrazioni², l’adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC).

1 Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione (Convenzione di Merida, adottata dall’Assemblea generale delle Nazioni Unite il 31 ottobre 2003) Gli obiettivi della convenzione sono: •promuovere e rafforzare le misure intese a prevenire e a lottare contro la corruzione in modo più efficiente ed efficace; •promuovere, agevolare e sostenere la cooperazione internazionale e l’assistenza tecnica; •promuovere l’integrità, la responsabilità e la sana gestione degli affari pubblici e della proprietà pubblica.

2 “In base alle Linee di indirizzo del Comitato interministeriale le amministrazioni tenute all’approvazione dei P.T.P.C. sono: a) Amministrazioni centrali, ivi compresi gli enti pubblici non economici nazionali, le agenzie, le università, e le amministrazioni di cui all’art.1, comma 2, del d.lgs. n.1565 del 2001 diverse da quelle di cui al punto b); b) amministrazioni delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano e degli enti locali, nonché degli enti pubblici” (per enti pubblici si intendono gli enti pubblici sottoposti al controllo di regioni ed enti locali).

Uno degli elementi importanti per un'implementazione efficace del PTPC è quello di essere in grado di individuare e presidiare le aree maggiormente soggette al rischio di corruzione in modo da ridurre le probabilità che esso si verifichi.

La qualità delle attività svolte dalla PA per l'individuazione delle principali aree su cui operare diventa quindi fondamentale per il raggiungimento dell'obiettivo che la normativa si è prefissata.

Riconoscendo la validità dell'azione del Legislatore volto a migliorare la responsabilità nell'utilizzo delle risorse pubbliche e nell'operato delle persone "pubbliche", ci si è interrogati, quindi, sugli strumenti che operativamente un'Azienda potrebbe utilizzare per individuare precocemente eventuali comportamenti non eticamente corretti.

Per cercare di "ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione" e aumentare la capacità di individuare tali casi si propone in tale sede di integrare, alle attività obbligatorie di trasparenza e prevenzione della corruzione disciplinate dal Legislatore, anche uno Strumento Operativo di Controllo della Corruzione (SOCC) che possa spingere alla creazione di "un ambiente sfavorevole alla corruzione" stessa.

Strumento Operativo di Controllo della Corruzione (SOCC)

Il SOCC è pensato per supportare le attività di controllo interno dirette alla prevenzione e all'emersione di fenomeni di possibile esposizione al rischio corruttivo. Tale strumento risponde alle esigenze del singolo funzionario di individuare precocemente potenziali comportamenti non etici in ambiti dove questi risultino essere difficilmente evidenziabili salvo che non siano oggetto di controllo specifico o rientrino in aree soggette agli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione d'informazioni da parte delle PA disciplinata dal DPR n.62 del 16 aprile 2013.

L'implementazione di un SOCC di area consentirebbe all'organizzazione di strutturare le attività di monitoraggio e di verifica dei risultati derivanti da azioni attuate per eliminare o ridurre potenziali fenomeni corruttivi.

Lo strumento proposto esprime tutta la sua validità soprattutto quando l'implementazione è affidata da un soggetto certificatore esterno. Tale scelta permetterebbe di oggettivare la costruzione del SOCC eliminando eventuali influenze relazionali esistenti all'interno dell'organizzazione.

Per una maggiore validità ed affidabilità della lettura dei dati sarebbe opportuno che lo stesso ente, implementatore e certificatore, sia l'ente che effettui l'analisi e rilasci la valutazione dei risultati degli indicatori. A tal fine l'ente certificatore, disponendo dei dati di tutte le strutture rientranti tra i soggetti certificati dallo stesso, erogherebbe un'analisi maggiormente accurata grazie all'opportunità di confrontare i risultati tra le strutture certificate.

Facendo riferimento a quanto indicato dal Dipartimento della Funzione Pubblica

nelle “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’ille­galità nella pubblica amministrazione”, si evidenzia che l’area dell’Affidamento di lavori, servizi e forniture è uno dei principali ambiti all’interno del quale alcuni comportamenti possano potenzialmente tramutarsi in reali fatti di corruzione³.

A titolo esemplificativo, l’area osservata ed analizzata nell’ambito di tale relazione, ai fini di rendere nota l’utilità del SOCC, è quella relativa al processo di acquisizione di beni e servizi in tutte le sue fasi (dalla richiesta di acquisto al momento della li­quidazione della fattura relativa al bene o servizio acquistato) con lo scopo ultimo di individuare precocemente eventuali fenomeni critici sotto il punto di vista etico. Nel SOCC si richiede di effettuare la distinzione tra processi aziendali ad alto rischio di corruzione per natura e processi aziendali ad alto rischio di corruzione per ge­stione; nella prima area rientrano le aree di rischio considerate dalla L.190 come ob­bligatorie da monitorare (esempio: il processo di approvvigionamento). Nella seconda area rientrano le aree che per particolari specificità della pubblica am­ministrazione (gestionali, organizzative, ecc) devono essere oggetto di valutazione e monitoraggio. Per entrambe le aree è necessario implementare un insieme di atti­vità al fine di indirizzare e mantenere sotto controllo l’amministrazione con riferi­mento ai rischi individuati⁴.

Nella Fig.1 si riportano gli *step* metodologici utilizzati per la creazione del SOCC inerente all’area presa in esame.

Figura 1: “Step di attività per l’elaborazione del SOCC”

A	Identificazione dell’Area di Rischio (Macro Processo)
B	Scomposizione dell’Area di Rischio in uno o più processi
C	Scomposizione di un potenziale processo: a. Identificazione dei principali sub-processi b. Identificazione dei principali attori del sub-processo
D	Creazione della mappa degli indicatori per ogni potenziale fenomeno di corruzione (definizione e modalità di calcolo)
E	Analisi e valutazione dei dati

³ Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’ille­galità nella pubblica amministrazione: allegato n. 2 e allegato n. 3

⁴ Si legga principi e linee guida UNI ISO 31000:2010 che rappresenta l’adozione nazionale, in lingua italiana, della norma internazionale ISO 31000 (edizione novembre 2009) elaborata dal Comitato tecnico ISO/TMB “Risk Management”.

È opportuno evidenziare come tutte le fasi del SOCC siano applicabili a qualsiasi processo aziendale che s'intenda monitorare dal punto di vista etico; lo *step* "D" (Creazione della mappa degli indicatori per ogni potenziale fenomeno di corruzione) sarà specifico per ogni processo oggetto di analisi e condurrà quindi alla determinazione di un *set* d'indicatori coerenti anche con la struttura organizzativa di cui si è dotata l'azienda.

Di seguito alcune note sintetiche per ogni *step*.

A) Identificazione dell'Area di Rischio

Il PTPC prevede la realizzazione della mappatura dei rischi come strumento per identificare le principali aree da sottoporre ad un procedimento di controllo specifico e per l'applicazione ed il monitoraggio delle misure/azioni di prevenzione/intervento.

La mappatura prenderà in considerazione elementi oggettivi di valutazione che, in via potenziale, possano essere ritenuti fattori di rischio. In particolare tali elementi potrebbero afferire ad alcuni dei seguenti ambiti: importanza degli interessi coinvolti (anche di natura non meramente patrimoniale), grado di discrezionalità delle decisioni, grado di presenza di procedure interne, livelli d'interazione tra soggetti interni ed esterni, difficoltà di tracciabilità delle attività svolte, complessità nell'esercizio di controlli interni, caratteristiche organizzative del personale e conflitto d'interessi, entità del valore economico connesso alle attività dell'area, ecc.

B) Scomposizione dell'Area di Rischio in uno o più processi

La scomposizione dell'Area di Rischio in processi (ricerca di mercato, emissione ordine, ecc.) è necessaria per avere una chiara rappresentazione delle attività svolte dall'Area in modo da definire e contestualizzare i controlli da porre in essere.

C) Scomposizione di un potenziale processo

a. Identificazione dei principali sub-processo

La scomposizione in sub-processi del macro-processo permette di avere chiara evidenza delle singole attività svolte, degli *input* utilizzati per lo svolgimento di tali attività, del tipo di "trasformazione" apportata dagli operatori all'*input* ricevuto e dell'obiettivo specifico che è stato raggiunto.

Da questa interpretazione di "sub-processo" s'intravede già come, la scomposizione dello stesso dia una prospettiva di come eventuali fenomeni corruttivi entrino e potenzialmente si possano manifestare nei tre momenti:

- Ottenimento dato di *input* (vincolante o generico)
- Attività svolta
- Generazione dato di *output* – obiettivo realizzato

b. identificazione dei principali attori del sub-processo

Un elemento da non sottovalutare nella scomposizione del macro processo è l'identificazione dell'attore principale; in esso possono essere insiti possibili elementi che rendono discrezionale la realizzazione dell'*output* dell'attività, occorre tenere quindi in considerazione anche questo aspetto per la creazione di eventuali indicatori aggiuntivi (vedasi sub E). La scomposizione del processo dovrà avvenire tenendo in considerazione le attività principali che lo compongono. In tale modo si potrà opportunamente identificare eventuali aree da monitorare considerando anche l'abbinamento attività-attore principale.

D) Creazione della mappa degli indicatori per ogni potenziale fenomeno di corruzione (definizione e modalità di calcolo)

La creazione degli indicatori è strettamente correlata ai risultati degli *step* precedenti che ne determineranno l'ampiezza e la profondità. Per la valutazione del processo scelto, il SOCC propone un *set* di indicatori *standard* relativi al monitoraggio del rischio di corruzione per natura e indicatori specifici per il monitoraggio del rischio di corruzione per gestione. Gli indicatori, se scelti opportunamente, sono strumenti in grado di mostrare (misurare) l'andamento di un fenomeno che si ritiene rappresentativo per l'analisi e permettono di monitorare e valutare l'adeguatezza delle attività implementate. Essi dovranno possedere sia il requisito di tempestività (le informazioni devono essere disponibili in tempo utile) che di comparabilità (deve essere possibile una comparazione nel tempo).

E) Analisi e valutazione dei dati

Questa fase è molto importante in quanto i risultati che si avranno dalla lettura degli indicatori comporteranno l'avvio di azioni volte a: identificare/variare le aree/attività di rischio oggetto di monitoraggio, rivedere l'impostazione dei processi e dell'organizzazione, accertare la presenza di eventuali comportamenti non etici, ecc. Si potranno evidenziare delle criticità all'interno dell'area oggetto di analisi anche mediante analisi temporali e *benchmarking* di settore.

APPLICAZIONE – AREA ACQUISTI

Come in precedenza accennato, l'Area di rischio identificata "acquisizione di beni e servizi", rappresenta un esempio per complessità e "rischiosità" tra i più indicati a rappresentare un pilota per l'utilizzo del SOCC. In termini di probabilità di accadimento ed impatto potenziale, il processo di approvvigionamento risulta estremamente esposto a fenomeni corruttivi ("per natura" e "di carattere gestionale") che sono direttamente connessi e proporzionali a:

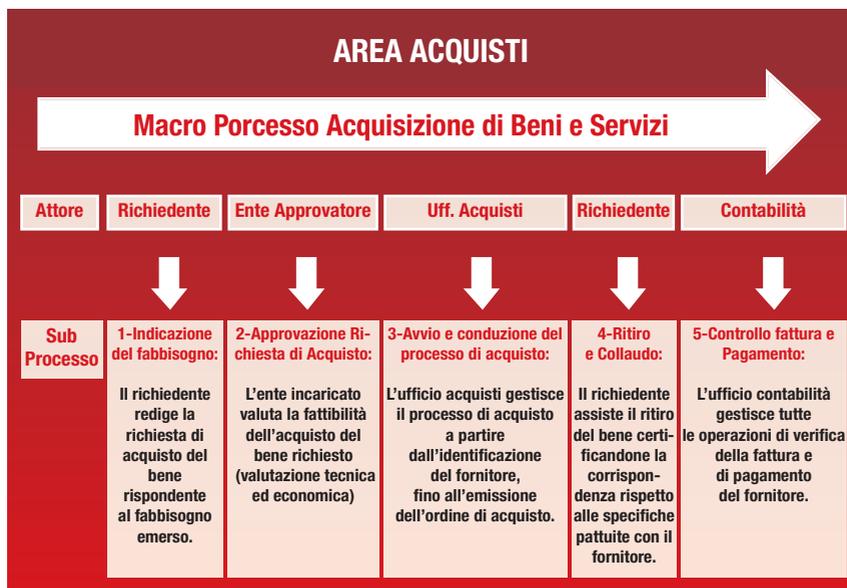
1. Il volume e il valore economico delle transazioni;
2. Il numero dei soggetti coinvolti e la complessità organizzativa alla base di un processo di acquisto che nell'ambito del suo funzionamento prevede l'interazione delle seguenti figure:
 - Strutture richiedenti che manifestano un fabbisogno (tipicamente UO sanitarie e/o tecniche);
 - Strutture responsabili di *budget* di spesa (tipicamente individuate per categoria merceologica) che autorizzano un acquisto – Centri di spesa;
 - Strutture deputate alla selezione dei fornitori – Funzioni acquisti (accentrate vs decentrate);
 - Strutture riceventi ed utilizzatrici dei beni e servizi, generalmente deputate alla verifica di conformità della fornitura alle richieste effettuate ed agli accordi contrattuali;
 - Strutture dedicate alla ricezione e gestione delle fatture ed al loro pagamento – Funzioni di contabilità fornitori.

Nell'ambito della complessità organizzativa di un processo di approvvigionamento che, unita all'elevato valore economico delle transazioni commerciali sottostanti, espongono le aziende del SSN ad una serie di rischi anche connessi a comportamenti "non etici", la definizione di un efficace ed efficiente sistema di controllo interno appare quanto mai necessaria. Il SOCC come strumento operativo è parte integrante di tale sistema ed è costruito partendo dall'individuazione dei rischi tipici di un processo di approvvigionamenti riconducibili a:

- Rischi di non conformità, tipicamente connessi a:
 - Richieste non coerenti ai fabbisogni (sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo);
 - Forniture non coerenti alle richieste ad agli accordi contrattuali (e ordini emessi verso i fornitori);
- Rischi di *compliance* alle normative interne ed esterne che regolano gli acquisti di beni e servizi, con particolare alle disposizioni del codice degli appalti;
- Rischi di delega, riconducibili ad acquisti effettuati da soggetti non autorizzati;
- Rischi di frode, riconducibili anche fenomeni corruttivi "per natura" da parte da parte delle funzioni più coinvolte con soggetti esterni (fornitori), in particolare nelle fasi di selezione del fornitore e liquidazione delle prestazioni.

Per poter implementare un SOCC sull'Area di rischio "acquisizione di beni e servizi" occorre effettuare inizialmente una scomposizione del macro-processo oggetto di analisi in più sotto-processi come da *step* B, (Fig. 2). Ad ognuno di questi sotto-

Figura 2 Scomposizione macro processo “Acquisizione di beni e servizi”



processi occorrerà far corrispondere le principali attività di riferimento alle quali saranno successivamente correlati uno o più indicatori di valutazione. L'insieme di questi indicatori, che costituiscono il SOCC, consentiranno al Responsabile di un processo, o di parte di esso, sia di monitorare in modo strutturato particolari fenomeni che di guidare le attività di controllo in modo da prevenire eventuali comportamenti non etici nell'area di cui è responsabile. Il SOCC proposto è composto quindi da indicatori che dovranno essere “letti” tenuto conto di eventuali specificità del settore/area di interesse che si sta valutando.

Il processo di Acquisti evidenziato in figura assume delle configurazioni che possono variare secondo l'organizzazione aziendale, delle *policy* o procedure delle quali l'Azienda si è dotata. In linea di massima è possibile identificare **6 principali sub processi** come di seguito elencati:

- a) **MANIFESTAZIONE DEL FABBISOGNO DEL BENE O DEL SERVIZIO**
- b) **FORMALIZZAZIONE ED APPROVAZIONE RICHIESTA DI ACQUISTO**
- c) **PROCESSAZIONE DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO** (selezione del fornitore, contratto ed ordine di acquisto)
- d) **RICEZIONE DEL BENE/SERVIZIO**
- e) **CONTABILIZZAZIONE FATTURA, LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO**

E' importante riuscire ad identificare il numero adeguato di *sub* processi in modo da poter avere una visione completa degli attori coinvolti e delle attività svolte da ciascuno di essi.

a) Manifestazione del fabbisogno del bene o del servizio

All'interno del sub-processo "a" troviamo il FABBISOGNO di un bene e servizio funzionale alle attività svolte dal richiedente; in tale sede non si entra nel merito di come nasca un fabbisogno all'interno dell'azienda e della sua reale necessità⁵ coerentemente alla programmazione degli acquisti delle risorse e previsione di produzione. Il fabbisogno può riguardare i seguenti "oggetti di acquisto":

- Bene di consumo
- Servizio
- Cespiti/ Bene inventariabile

Tale suddivisione consente di monitorare in modo adeguato il processo, e le criticità ad esso inerenti, correlato alla differente tipologia di gestione del bene/servizio richiesto.

Questi "oggetti di acquisto" vanno anche differenziati nella seguente modalità:

- Bene/Servizio Nuovo (inteso come prima acquisizione)
- Bene/Servizio già acquisito in passato oggetto di nuovo acquisto per integrazione o sostituzione

al fine di evidenziare, nel modo adeguato e tramite appositi indicatori, eventuali fenomeni correlati ad aspetti di ripetitività e di concentrazione.

Il sub processo di formalizzazione del Fabbisogno può nascondere vari aspetti che sono necessari monitorare come per esempio aspetti di correlazione tra concentrazione/dispersione delle richieste per un medesimo bene/servizio, eventuali relazioni tra richiedente e fornitore assegnatario, ecc.

Nell'**allegato 1** sono riportati alcuni esempi di indicatori del SOCC relativamente al sub-processo "Manifestazione del Fabbisogno".

Tali indicatori mirano a valutare il livello di concentrazione\dispersione tra richiedente e fornitore per categoria di bene\cespite oggetto di Richiesta di Acquisto al fine di evidenziare possibili sinergie tra gli attori coinvolti con conseguente messa in atto di comportamenti eticamente non conformi.

Gli indicatori proposti nell'allegato misurano, tra gli altri, fenomeni quali la rilevanza nel processo, in termini di valore economico delle richieste di acquisto approvate, per soggetto richiedente. Un'eccessiva concentrazione delle richieste in un numero limitato di figure può in taluni casi determinare l'accentramento del potere decisionale in un gruppo esiguo di soggetti, e questi potrebbero influenzare l'eventuale

⁵ Il sub processo di "creazione del Fabbisogno" ed i relativi indicatori rientrano nell'area della "Programmazione della Produzione e risorse necessarie". **153/ISPE**

coinvolgimento di uno o più fornitori. Potenzialmente, l'ampiezza della rilevanza in termini economici dei soggetti richiedenti, potrebbero incidere sulla condotta etica dell'intera organizzazione con la stessa intensità. L'elevata frammentazione del valore delle richieste di acquisto tra molteplici attori può determinare invece un fenomeno di "deresponsabilizzazione" di questi ultimi in quanto risulterebbero essere difficilmente oggetto di monitoraggio sotto il profilo etico. L'impossibilità di eseguire i controlli aumenterebbe quindi il rischio di fenomeni corruttivi frammentati.

b) Formalizzazione ed approvazione richiesta di acquisto

La Richiesta di Acquisto (RDA) è lo strumento formale con cui l'Azienda, attraverso un soggetto preposto, dotato di specifici poteri (approvazione e perfezionamento) innesca il sub processo di selezione di un fornitore.

Sia la modalità di formazione della RDA che la tipologia dei soggetti autorizzati ad emettere RDA rientrano nel SOCC in quanto sono elementi che incidono anche sui sub processi successivi e come tali hanno una valenza sotto il profilo esaminato in questa relazione.

La richiesta di acquisto, presente nei processi di acquisto di tutte le aziende, assume le forme più varie: dalla richiesta verbale (ormai rara) a quella cartacea, tramite e-mail, o tramite *software* gestionale. La classificazione delle richieste secondo tali tipologie permette di evidenziare immediatamente quale siano i potenziali rischi legati alla difficoltà nel controllare e monitorare tale processo (alto rischio per le comunicazioni scritte o via *e-mail*, basso per le richieste effettuate tramite *software* gestionale). Il numero degli individui abilitati ad effettuare una richiesta è una informazione rilevante ai fini del SOCC perché potrebbe comportare fenomeni di deresponsabilizzazione o di richieste non perfettamente controllate.

Altro elemento oggetto di controllo nel SOCC è la tempistica; seguire un processo di approvvigionamento *standard* o dover deviare da questo per motivi aventi carattere d'urgenza, potrebbe celare qualche fenomeno utile da osservare.

i. Formalizzazione

Nell'**allegato 2** sono riportati alcuni esempi di indicatori relativamente al sub processo "Formalizzazione della Richiesta di Acquisto". Il *set* di indicatori proposto dal SOCC si focalizza su alcuni elementi critici che occorre supervisionare nell'ambito del processo di formalizzazione di una Richiesta di Acquisto:

- Tracciabilità della RdA: l'analisi del volume di richieste di acquisto (a quantità e valore) secondo modalità di presentazione (in forma verbale, cartacea, e-mail, ecc) consente di avere una visione di quanto il processo sia gestito/controllato e gestibile/controllabile. Il mezzo utilizzato da ciascun richiedente per

la formalizzazione della propria Richiesta di Acquisto potrebbe evidenziare la volontà dello stesso di eludere gli strumenti di controllo previsti ed attuati mediante i sistemi informativi. L'informatizzazione del sub processo "formalizzazione dell'RdA" permette di *standardizzare* lo stesso ed impostare adeguati livelli di controllo e monitoraggio di supporto per il responsabile.

- **Qualità delle RdA:** per garantire che il processo di richiesta delle RdA all'interno dell'organizzazione sia conforme alla normativa ed alle *policy* aziendali interne, occorre valutare anche la frequenza con le quali vengono effettuate le richieste di acquisto, soprattutto se queste sono afferenti alla medesima combinazione categoria merceologica/fornitore; frequenze elevate di richiesta abbinate a valori economici inferiori ai limiti, oltre i quali è obbligatorio indire gare pubbliche di acquisizione, possono includere fenomeni volti a indirizzare la scelta verso uno o più fornitori.
- **Modalità delle RdA:** al fine di limitare condizioni che possano favorire la messa in atto di comportamenti eticamente non conformi è necessario monitorare il ricorso alle richieste di Acquisto in urgenza per le quali sono normalmente previsti processi approvativi facilitati e raramente oggetto di controllo a posteriori. Le richieste in urgenza sono caratterizzate dalla presenza di sporadiche situazioni contingenti e imprevedibili che esulano dall'ordinario svolgimento delle attività aziendali. Il fenomeno dell'urgenza è sovente definito dallo stesso richiedente e verosimilmente non oggetto di verifiche puntuali. Similmente la dichiarazione di infungibilità di un soggetto richiedente, ancorché ripetuta per più beni/servizi, può potenzialmente evidenziare la volontà dello stesso nel favorire uno o più fornitori.

ii. Approvazione

Il *sub* processo dell'approvazione risente molto dell'impostazione organizzativa di cui si è dotata l'azienda sia in termini di *step* autorizzativi (una o più persone uniche e/o comitati) che in termini di deleghe finanziarie.

Il numero degli *step* autorizzativi presenti è oggetto di valutazione negli indicatori inseriti nel SOCC. All'aumento del numero degli *step* di approvazione maggiore dovrebbe essere il numero di personale coinvolto nel processo di acquisto e quindi dovrebbero potenzialmente aumentare il numero e la tipologia dei controlli effettuati sulla stessa richiesta; se è maggiore la diversità di area di appartenenza (clinica o amministrativa), delle persone coinvolte nell'approvazione della richiesta, maggiore dovrebbe essere l'affidabilità del processo approvativo in quanto si valuterebbero vari aspetti prima di approvare la RDA (es. responsabile dipartimento medico, HTA, controllo di gestione ecc.). Tali indicatori, come premesso in precedenza, dovranno

essere definiti ed implementati in coerenza con l'organizzazione e la struttura gerarchica dell'Azienda.

Nell'**allegato 3** sono riportati alcuni esempi di indicatori relativamente al sub processo "Approvazione Richiesta di Acquisto". Il *set* d'indicatori proposti valuta, come sopra anticipato, la profondità del processo di autorizzazione delle Richieste di Acquisto in termini di numero di livelli di approvazione; quest'ultimi devono essere adeguati alla dimensione e alla complessità dell'organizzazione per essere efficaci nella riduzione della possibilità di messa in atto di comportamenti eticamente non conformi. La varietà e la numerosità del gruppo di soggetti deputati all'approvazione delle RdA rileva le capacità dell'organizzazione di valutare correttamente la congruità e l'adeguatezza delle stesse scongiurando la possibilità che vengano approvate RdA non conformi agli indirizzi strategici ed etici perseguiti dall'organizzazione.

Si evidenzia che ad un processo approvativo che coinvolge più figure professionali, sarebbe utile affiancare l'analisi del numero di RdA che superano tutti i livelli di approvazione previsti rispetto alle RDA presentate. Tale indicatore supporta il funzionario responsabile del processo a verificare l'esistenza di "comportamenti anomali" in fase approvativa correlati al ruolo ricoperto da determinati soggetti richiedenti.

c. Processazione della Richiesta di Acquisto (selezione del fornitore, contratto ed ordine di acquisto)

La processazione della richiesta da parte dell'ufficio Acquisti riveste un ruolo cruciale che, associato alle valutazioni degli indicatori individuati in precedenza, consente di poter avere una visione puntuale sull'esistenza di particolari fenomeni da tenere sotto controllo. Più un processo è *standardizzato*, maggiori sono le opportunità di controllo e minori saranno le probabilità di facilitare comportamenti poco etici.

Nell'**allegato 4** sono riportati alcuni esempi di indicatori relativamente alla sub-area "Processazione della Richiesta di Acquisto". Gli indicatori proposti valutano la capacità dell'organizzazione, e nella fattispecie dell'Ufficio Acquisti preposto alla processazione degli Ordini di Acquisto, nell'adoperare tutti gli strumenti disponibili volti a favorire la scelta del fornitore in grado di garantire la proposta tecnicamente ed economicamente più adeguata per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

In particolare l'analisi dei risultati degli indicatori consente di guidare il sistema per implementare livelli crescenti di controllo e standardizzazione del processo di gestione dell'OdA ricorrendo, quando possibile, a strumenti in grado di favorire l'assunzione di comportamenti eticamente corretti nella scelta del fornitore più adeguato. Gli indicatori scelti nell'**allegato** mostrano come la valutazione delle attività svolte dall'ufficio Acquisti in merito alla processazione della richiesta, permetta

al funzionario di valutare la qualità etica del processo stesso. Alcuni esempi di indicatori sono correlati al livello di profondità delle attività di ricerca eseguite al fine di coinvolgere un numero adeguato di fornitori e disporre così di un set di offerte sufficientemente ampio e variegato per caratteristiche tecniche ed economiche. Altri indicatori sono di supporto per evidenziare fenomeni di “corruzione guidata”, come nel caso del numero di fornitori esclusi per richiedente/area in quanto ciò potrebbe evidenziare la volontà di uno o più soggetti di favorire un determinato fornitore agendo sulle specifiche tecniche del prodotto/servizio richiesto. La lettura di questo indicatore insieme alla casistica delle combinazioni venutesi a creare tra *buyer* e fornitore supporta il funzionario nella valutazione della potenziale presenza di un rischio nel processo.

d. Ricezione del Bene/Servizio

Il sub-processo “ricezione del bene/servizio” comprende attività che sono oggetto del SOCC quali quelle correlate alle modalità di esecuzione della ricezione del bene/servizio e alle attività di verifica di appropriatezza dello stesso rispetto agli accordi contrattuali ed all’ordine effettuato.

In caso di acquisto di cespiti il collaudo riveste un ruolo importante e con esso anche i soggetti richiedenti. E’ importante tracciare questo elemento in quanto possono verificarsi eventuali anomalie di prodotto rispetto alle richieste sia in sede di collaudo che in sede successiva ovvero durante l’utilizzo del bene già collaudato.

Nell’**allegato 5** sono riportati alcuni esempi di indicatori relativamente alla sub-area “Ricezione del Bene/servizio”. Gli indicatori proposti nell’allegato, mirano a rilevare in fase di ricezione eventuali aspetti qualitativi non “quantificati” a priori da parte dell’organizzazione. In particolare un numero elevato di collaudi con esito negativo, o parzialmente negativo, può evidenziare la volontà di uno o più soggetti di indirizzare la scelta dell’organizzazione verso uno specifico fornitore in grado, sì, di aggiudicarsi la gara ma non di fornire la prestazione ai livelli dell’offerta presentata. Medesima finalità etica ha l’indicatore con *focus* sullo scostamento tra prezzo dell’Ordine di Acquisto e prezzo di Ricezione. Ripetuti differenziali svantaggiosi per l’organizzazione, possono evidenziare comportamenti eticamente non conformi nella scelta del fornitore scelto, di fatto, per la combinazione prezzo-qualità migliore ma in modo non appropriato rispetto alla configurazione gestionale della richiesta del bene-servizio per eventuali costi aggiuntivi identificati come *extra* nella gara ma che gestionalmente rientrano in una richiesta ordinaria.

e. Contabilizzazione Fattura Liquidazione e Pagamento

Il sub-processo riguardante la gestione delle fatture passive, dalla loro ricezione, contabilizzazione e successivo pagamento, espone l’Azienda ad alcuni rischi con-

nessi a comportamenti non etici riconducibili alle seguenti due fattispecie tipiche:

1) Pagamenti a fronte di liquidazioni assenti e/o parziali. 1) Tale rischio seppur estremamente rilevante si dovrebbe caratterizzare per una probabilità di accadimento limitata, immaginando che su tale attività i meccanismi di controllo sia particolarmente performanti.

2) Pagamenti secondo ordini di priorità non conformi 2) agli accordi contrattuali tali da privilegiare finanziariamente alcuni fornitori piuttosto che altri.

Sistemi di controllo tipici e indispensabili si estrinsecano in adeguate segregazioni di funzioni (*segregation of duties*) tra soggetti preposti alla ricezione e contabilizzazione, alla liquidazione (tipicamente a carico dei soggetti richiedenti) ed al pagamento. Quanto più poi i sistemi gestionali e contabili risultano integrati, tanto meglio sono possibili verifiche anche automatiche circa la piena coerenza tra ordini, consegne, fatture, liquidazioni e successivi pagamenti. Ipotizzando (dando peraltro per scontata) l'impossibilità di procedere a pagamenti in assenza di liquidazione, gli indicatori inseriti nel SOCC (**allegato 6**) misurano la qualità del processo liquidatorio e le tempistiche di pagamento.

Gli indicatori proposti permettono di valutare la congruità del tempo medio di liquidazione riguardo alla data di consegna del bene e la capacità dell'azienda nel mantenere un comportamento equo nei confronti di tutti i fornitori per quanto concerne i tempi di pagamento. Eventuali divergenze nel processo di liquidazione delle fatture dei fornitori potrebbero evidenziare un eventuale coinvolgimento del personale nel rapporto con il fornitore che, se non motivati da decisioni aziendali (es. fornitore strategico) potrebbero celare eventuali fenomeni corruttivi da valutare.

CONCLUSIONI

Il SOCC relativamente al processo acquisti comprende oltre 50 indicatori standard⁶ la cui lettura ed analisi supporta il funzionario preposto alla valutazione etica del processo e/o delle attività ad esso afferenti. La quantità e la profondità degli indicatori è correlata alle caratteristiche organizzative e gestionali dell'azienda a cui fanno riferimento.

In tale sede si è voluto mostrare come la scomposizione di un processo e l'utilizzo degli indicatori del SOCC consenta una visione precoce di eventuali fenomeni da monitorare che altrimenti potrebbero rimanere celati.

⁶ Gli indicatori standard sono relativi al monitoraggio del rischio di corruzione per natura, a questi sono affiancati indicatori specifici per il monitoraggio del rischio di corruzione per gestione che va valutato coerentemente con l'Azienda la sua organizzazione.

Lo strumento operativo di controllo qui anticipato è applicabile a tutti i processi aziendali e conserva la potenzialità di divenire uno strumento “standardizzabile”. Questo requisito è utile anche ai fini delle analisi di *benchmarking* per rendere oggettive le valutazioni dei risultati degli indicatori coerentemente all'ambiente in cui l'Azienda opera⁷.

Un elemento molto importante per la creazione del SOCC aziendale è quello di tracciare i dati necessari per la determinazione degli indicatori. La registrazione di alcuni di questi dati sono stati resi obbligatori dalla normativa (es. D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 inerente agli obblighi di pubblicità) alla quale le Aziende sanitarie si sono adeguate o si stanno adeguando.

La creazione e la pubblicazione di tali indicatori consentirebbe quindi di effettuare valutazioni in ambito corruttivo in modo più agevole e tempestivo fornendo un valido supporto al controllo e alla gestione del rischio. Se il SOCC divenisse uno strumento obbligatorio per le Aziende Sanitarie, sarebbe doveroso strutturarsi in modo da tracciare tali informazioni per divenire oggetto di più facili e trasparenti controlli e per dare evidenza di una gestione eticamente responsabile.

Il SOCC si presenta, dunque, come una metodologia sempre applicabile al contesto della PA per la certificazione dei processi di controllo etico messi in atto dall'organizzazione, e per la valutazione di eventuali fenomeni di corruzione esistenti.

⁷ Ad esempio, se in un'Azienda sanitaria si riscontra la presenza di richieste di acquisto urgenti con una percentuale del 3% costante negli ultimi 3 anni, non registrando variazioni negli anni, tale risultato dell'indicatore potrebbe essere letto in modo positivo visto la stabilità dello stesso nel tempo; abbinando al confronto temporale anche un'attività di benchmarking con aziende operanti nello stesso settore si potrebbero riscontrare valori diversi (es. inferiori nell'esempio utilizzato) e quindi acquisire informazioni utili per guidare il funzionario nella verifica di eventuali anomalie etiche nella gestione delle RdA.

Allegato 1. SOCC indicatori “Manifestazione del Fabbisogno”

Sub Processo	Focus	Indicatore	Finalità Etica	Metodologia di calcolo
Manifestazione del fabbisogno	Concentrazione richiedenti	Distribuzione del totale acquistato per richiedente (q.tà e valore) per categoria	Un numero elevato di richiedenti può comportare una deresponsabilizzazione degli stessi e favorire comportamenti eticamente non corretti; un numero esiguo di richiedenti può determinare la concentrazione del potere decisionale in poche figure.	Rapporto valore acquistato per singola categoria dal richiedente sul valore totale acquistato per categoria (lo stesso per quantità).
	Concentrazione dei richiedenti per fornitore	Distribuzione del totale acquistato dal fornitore per richiedente (q.tà e valore)	La scelta di un fornitore in presenza di vari richiedenti può evidenziare l'esistenza di un coinvolgimento nei confronti di quel fornitore determinando la concentrazione e quindi il "potere" del fornitore stesso.	Rapporto valore acquistato da ogni richiedente per quel singolo fornitore sul valore totale acquistato per quel fornitore (lo stesso per quantità).
		Distribuzione del totale acquistato del richiedente per fornitore	La scelta di un fornitore in presenza dello stesso richiedente può evidenziare l'esistenza di un coinvolgimento personale del richiedente nei confronti di quel fornitore.	Rapporto valore acquistato dal fornitore per richiedente sul valore totale acquistato per richiedente (lo stesso per quantità).

Allegato 2. SOCC indicatori “Formalizzazione della Richiesta di Acquisto” 1/2

Sub Processo	Focus	Indicatore	Finalità Etica	Metodologia di calcolo
Formalizzazione della Richiesta di Acquisto	Tracciabilità della richiesta	% Richieste di Acquisto verbali, cartacee, via email, via SW	La tracciabilità della richiesta permette di poter studiare eventuali mancanze di responsabilizzazione.	Rapporto tra numero di richieste verbali, cartacee, via email, via SW e il numero totale delle richieste.
	Analisi processo di autorizzazione di una richiesta di acquisto	% Richieste di Acquisto Rifiutate	Rifiuti ripetuti per richiedente (o al contrario, esiti sempre positivi) possono evidenziare un processo di autorizzazione non obiettivo.	Numero richieste d'acquisto rifiutate su numero totale richieste di acquisto (Totale e per Richiedente).
	Concentrazione richiedenti	Frequenza richieste per richiedente	Un numero elevato di richiedenti può comportare una deresponsabilizzazione degli stessi e favorire comportamenti eticamente non corretti; un numero esiguo di richiedenti può determinare la concentrazione del potere decisionale in poche figure.	Numero utenti aventi diritto che hanno effettuato almeno una richiesta di acquisto su totale utenti aventi diritto.
	Qualità delle richieste di acquisto	Frequenza richieste di acquisto per richiedente	Una frequenza eccessiva di richieste da parte dello stesso richiedente può evidenziare comportamenti elusivi delle norme (un'eccessiva frammentazione del valore complessivo dell'acquisto elude la necessità di apertura di un gara).	Numero richieste d'acquisto per richiedente per unità di tempo (anno, trimestre, mese). Numero richieste del richiedente per fornitore su totale richieste per fornitore.
	Concentrazione dei fornitori per richiedente	Casistica delle combinazioni Richiedente/Fornitore scelto	La scelta di un fornitore in presenza dello stesso richiedente può evidenziare l'esistenza di un coinvolgimento personale del richiedente nei confronti di quel fornitore.	

Allegato 2. SOCC indicatori “Formalizzazione della Richiesta di Acquisto” 2/2

Sub Processo	Focus	Indicatore	Finalità Etica	Metodologia di calcolo
Formalizzazione della Richiesta di Acquisto	Analisi delle modalità del processo di richiesta di acquisto	Frequenza RdA in urgenza per richiedente	La presenza di numerose richieste urgenti può evidenziare una possibile volontà del soggetto richiedente di aggirare gli strumenti di controllo previsti dall'ordinario processo di richiesta di acquisto; inoltre la richiesta in urgenza può limitare il campo dei fornitori disponibili ai soli soggetti in grado di garantire il bene \ servizio nei tempi caratteristici dello stato di urgenza della richiesta.	Numero richieste in urgenza per richiedente su totale richieste per richiedente.
		Frequenza RdA in urgenza per fornitore (q.tà e valore)	La presenza di numerose richieste urgenti può evidenziare una possibile volontà del soggetto richiedente di aggirare gli strumenti di controllo previsti dall'ordinario processo di richiesta di acquisto; inoltre la richiesta in urgenza può in questo caso comportare la presenza di una volontà di assegnazione ad uno specifico fornitore.	Valore richieste in urgenza per fornitore su totale valore richieste per fornitore (lo stesso per quantità).
		Frequenza RdA per prodotti/servizi infungibili (c.d. unicità) per richiedente	L'identificazione massiccia di beni \ servizi come INFUNGIBILI può evidenziare il tentativo del richiedente di favorire un fornitore o gruppo di fornitori.	Numero richieste per prodotti/ servizi dichiarati infungibili su totale di richieste formulate (per richiedente)

Allegato 3. SOCC indicatori “Approvazione della Richiesta di Acquisto”

Sub Processo	Focus	Indicatore	Finalità Etica	Metodologia di calcolo
Approvazione Richiesta di Acquisto	Analisi dell'affidabilità del processo di verifica della richiesta	% Richieste con 1 livello di approvazione (sul valore totale)	La presenza di un solo livello di approvazione potrebbe non essere esaustivo per valutare la congruità e l'opportunità della richiesta aumentando il rischio di autorizzare richieste non congrue e non opportune.	Numero di richieste approvate con 1 livello di approvazione sul numero totale di richieste approvate.
		% Richieste con 2 livelli di approvazione (sul valore totale)	La presenza di due livelli di approvazione potrebbero non essere esaustivi per valutare la congruità e l'opportunità della richiesta aumentando il rischio di autorizzare richieste non congrue e non opportune.	Numero di richieste approvate con 2 livelli di approvazione sul numero totale di richieste approvate.
		% Richieste con 3 livelli di approvazione (sul valore totale)	La presenza di tre livelli di approvazione potrebbero non essere esaustivi per valutare la congruità e l'opportunità della richiesta aumentando il rischio di autorizzare richieste non congrue e non opportune.	Numero di richieste approvate con 3 livelli di approvazione sul numero totale di richieste approvate.
		% Richieste approvate da 1 a 3 soggetti diversi	La presenza fino a tre soggetti diversi per l'approvazione potrebbe non essere abbastanza per valutare la congruità e l'opportunità della richiesta aumentando il rischio di autorizzare richieste non congrue e non opportune.	Numero di richieste approvate al massimo da 3 soggetti diversi sul numero totale di richieste approvate.
		% Richieste approvate da 4 a 6 soggetti diversi		Numero di richieste approvate da 4 a 6 soggetti diversi sul numero totale di richieste approvate.
		% Richieste approvate da più di 6 soggetti diversi		Numero di richieste approvate da oltre 6 soggetti diversi sul numero totale di richieste approvate.

Allegato 4. SOCC indicatori “Processazione della Richiesta di Acquisto” 1/3

Sub Processo	Focus	Indicatore	Finalità Etica	Metodologia di calcolo
Processazione Richiesta di Acquisto	Analisi delle modalità del processo gestione dell'ordine di acquisto	% Acquisti senza gara (q.tà e valore)	Il ricorso eccessivo ad acquisti senza apertura di regolare gara può evidenziare la volontà di eludere tutti i meccanismi di controllo caratterizzanti la gara al fine di indirizzare la scelta verso uno o più fornitori.	Valore acquistato senza gara su totale valore acquistato (lo stesso per quantità, per fornitore/categoria/specialità).
		% Infungibilità o esclusività per categoria e per area	L'identificazione massiccia di beni \ servizi come INFUNGIBILI può evidenziare il tentativo del richiedente di favorire un fornitore o gruppo di fornitori.	Valore acquistato con infungibilità su totale valore acquistato (per richiedente/fornitore).
		Casistica delle combinazioni Buyer/ Fornitore scelto	La presenza ripetuta dello stesso fornitore con lo stesso buyer può evidenziare un coinvolgimento personale di quest'ultimo.	Numero ordini di acquisto per fornitore per buyer su totale ordini di acquisto per buyer.
		Numero medio fornitori coinvolti	Il coinvolgimento di un numero esiguo di fornitori da parte del buyer può evidenziare la volontà di favorire uno o più fornitori.	Numero totale fornitori coinvolti (invitati) su numero totale ordini di acquisto (totale e per buyer).
		Numero medio preventivi ottenuti	Il numero esiguo di preventivi ottenuti può evidenziare problematiche nel processo di invito dei fornitori, criticità nella definizione di requisiti eccessivamente restrittivi con possibilità di favorire uno o più fornitori.	Numero totale preventivi ottenuti su numero totale ordini di acquisto.
		Distanza media fornitori coinvolti	Analisi di mercato con area geografica di riferimento limitata può evidenziare la volontà del buyer di favorire uno o più fornitori.	Distanza media (in km) dei fornitori coinvolti per ordine di acquisto/categoria merceologica.

Allegato 4. SOCC indicatori “Processazione della Richiesta di Acquisto” 2/3

Sub Processo	Focus	Indicatore	Finalità Etica	Metodologia di calcolo
Processazione Richiesta di Acquisto	Analisi delle modalità del processo gestione dell'ordine di acquisto	Numero medio fornitori invitati alla gara	Il coinvolgimento di un numero esiguo di fornitori da parte del buyer può evidenziare la volontà di favorire uno o più fornitori.	Totale numero fornitori invitati su totale numero gare.
		Numero medio fornitori partecipanti	Il numero esiguo di fornitori partecipanti può evidenziare problematiche nel processo di gara, criticità nella definizione di requisiti eccessivamente restrittivi con possibilità di favorire uno o più fornitori.	Totale numero fornitori partecipanti su totale numero gare.
		% esclusioni per motivi tecnici (o sostanziali)	Una elevata presenza di esclusioni per motivi tecnici (o sostanziali) può evidenziare un eccessivo dettaglio dei requisiti indirizzando la scelta verso un prodotto (pur non dichiarandolo infungibile) e quindi di limitare la scelta dei fornitori.	Numero fornitori esclusi per motivi tecnici su totale numero gare (lo stesso per motivi sostanziali).
		% ricorsi fornitori	Un numero eccessivo di ricorsi può evidenziare anomalie nel processo d'identificazione del fornitore vincente o la presenza tra le specifiche di gara di elementi suscettibili di interpretazioni differenti da parte dei fornitori (ciò potrebbe essere finalizzato a favorire uno o più fornitori).	Numero gare con almeno un ricorso su totale numero gare.
		% proroghe gara	Un elevato numero di proroghe della gara può evidenziare una volontà di evitare i controlli e le restrizioni previste per l'espletamento di una nuova gara, con il conseguente rischio di favorire il fornitore vincitore dell'ultima gara.	Totale numero proroghe gara su totale numero gare.

Allegato 4. SOCC indicatori “Processazione della Richiesta di Acquisto” 3/3

Sub Processo	Focus	Indicatore	Finalità Etica	Metodologia di calcolo
Processazione Richiesta di Acquisto		Numero medio proroghe gara per fornitore	Un elevato numero di proroghe della gara per lo stesso fornitore, può evidenziare una volontà di evitare i controlli e le restrizioni previste per l'espletamento di una nuova gara, con il conseguente rischio di favorire il fornitore.	Totale numero proroghe gara per fornitore su totale proroghe.
		Tipologia gara (%inviti;Inviti+pubblicazioni;pubblicazioni)	Un numero elevato di gare con pubblicazione evidenzia la presenza di un controllo diffuso sul processo di acquisto e scelta del fornitore	Numero gare a inviti/inviti+pubblicazione/pubblicazioni su totale numero gare.
		Frequenza apertura gara (per bene)	La bassa frequenza dell'espletamento di gare per bene/categoria può evidenziare un comportamento di favore verso uno o più fornitori, bloccando il prezzo di acquisto e l'accesso di nuovi fornitori.	Numero apertura gare per il bene su un orizzonte temporale fissato.
	Analisi del processo di esecuzione della gara	% gare con superamento quantità	Il superamento dell'importo con-coRdAto in gara genera una anomalia, infatti altri fornitori avrebbero potuto presentare offerte più vantaggiose spinti da volumi più elevati; questa procedura se dolosamente utilizzata potrebbe favorire un fornitore che conoscendo i volumi effettivi che saranno richiesti sarà in grado di offrire i prodotti a prezzi più competitivi.	Numero gare con superamento importo sul totale delle gare espletate (anche per categoria di beni).
		% acquisti inferiori alla quantità di gara con pagamento di penale	Eventuali acquisti inferiori alla quantità in gara genera una anomalia relativamente alle opportunità per altri fornitori di poter partecipare alla gara ad un prezzo più alto rispetto a quello aggiudicato considerando anche la penale pagata alla fine del contratto per mancata esecuzione dei termini.	Numero gare con acquisti inferiori alle quantità di gara e con pagamento di penale sul totale delle gare espletate.

Allegato 5. SOCC indicatori “Ricezione del Bene/servizio”

Sub Processo	Focus	Indicatore	Finalità Etica	Metodologia di calcolo
Ricezione	Analisi del processo di identificazione del fornitore	% media di rifiuto del collaudo	La presenza di esiti parzialmente negativi nei collaudi evidenzia un'anomalia nel processo di identificazione del fornitore che proponendo il prezzo più basso si aggiudica la gara sapendo che poi si limiterà alla consegna della parte più remunerativa della gara accettando il collaudo parziale.	Totale esiti negativi del collaudo su numero totale ordini di acquisto.
		Scostamento medio prezzo ricezione vs prezzo ordine (per fornitore)	Lo scostamento del prezzo alla ricezione dal prezzo dell'ordine (giustificato o no) può evidenziare anomalie nella scelta del fornitore, scegliendo il fornitore con prezzo più basso che non specifica eventuali costi aggiuntivi di fornitura per poi evidenziarli al momento della consegna del bene.	Totale scostamento prezzo ricezione vs prezzo ordine su numero totale ordini di acquisto.

Allegato 6. SOCC indicatori “Contabilizzazione fattura, liquidazione e pagamento”

Sub Processo	Focus	Indicatore	Finalità Etica	Metodologia di calcolo
Contabilizzazione fattura, liquidazione e pagamento	Qualità del processo liquidatorio	Tempo medio di liquidazione rispetto alla ricezione	Quanto più la liquidazione avviene in ritardo rispetto alla consegna di un bene (e/o successivo invio di fattura) tanto più l'attività appare svolta in modo non corretto esponendo l'azienda per comportamenti non corretti svolti dal personale preposto.	Tempo medio intercorrente tra ricezione bene/servizio e liquidazione fattura (per categoria merceologica e per fornitore).
	Qualità del processo di pagamento	Tempo medio di pagamento rispetto alla liquidazione	Il pagamento delle fatture dovrebbe avvenire in tempi relativamente ristretti rispetto alla liquidazione delle fatture, a meno di specifiche tensioni finanziarie che dovrebbero però essere omogenee per tutti i fornitori.	Tempo medio intercorrente tra liquidazione della fattura e pagamento (per categoria merceologica e per fornitore).
		Tempo medio di pagamento rispetto al contratto	Il pagamento delle fatture dovrebbe avvenire in tempi coerenti rispetto agli accordi contrattuali e comunque senza comportamenti tali da avvantaggiare finanziariamente fornitori rispetto ad altri.	Tempo medio tra la data del pagamento e la data della fattura (per categoria merceologica e per fornitore).



PROPOSTE PER IL SUPERAMENTO DELLA LOGICA ILLOGICA DEI PIANI DI RIENTRO

Maurizio Bortoletti

Arma dei Carabinieri già Commissario straordinario ASL di Salerno

L'analisi della *corruption* non può limitarsi solo alle azioni dirette contro la pubblica amministrazione, ma deve anche includere quegli atti normativi che non sono improntati ai principi della massima efficienza e diligenza. Il *misuse of public power* ovvero l'utilizzo non ottimale del potere affidato, in questo caso quello legislativo, è infatti incluso a pieno titolo dalla *world bank* nella definizione di corruzione. Così come l'atto stesso di non porre rimedio nel tempo a norme che si rivelano inefficienti rappresenta forse una tra le espressioni più alte della corruzione.

Ogni giorno la semplice lettura dei quotidiani ci affida, invece, la trattazione di tematiche estremamente rilevanti e certamente centrali nel definire i principi guida degli interventi di riforma del sistema sanitario. Questo "periodico dibattito" non va da anni oltre il momento dialettico, ennesima conferma di un Paese che sembra vivere della logica gattopardiana del "se vogliamo che tutto rimanga com'è, è necessario che tutto cambi" evidenziando una sfasatura amplissima tra le parole e le cose, tra l'ideologia e la realtà, con frasi ripetute come un rosario o come uno stragemma per costruirsi un immenso alibi di fronte alle regole continuamente trasgredite.

Eppure, queste "forze", che s'identificano con la conservazione dell'inconservabile, relegando il futuro nel settore dell'impensabile, sono tuttora lì, a difendere piccoli privilegi e rendite di posizione, a volte di tipo "condominiale" per non scendere a livello di "pianerottolo".

Con l'unico risultato, così, giorno dopo giorno, di cancellare ogni possibilità di futuro e di alimentare una crescente distonia quali-quantitativa destinata a deprimere le volontà di coloro che aspirano al cambiamento e a rincuorare, contestualmente, i sostenitori palesi e occulti dello status quo, mentre l'assistenza sanitaria, ricordando Sciascia, sembra andare "sempre più a fondo senza mai toccare il fondo".

Un esempio delle politiche che pur avendo un impianto iniziale di logica e buon senso, si è poi rivelata profondamente inefficace ed ingiusta è quella dei Piani di Rientro che da intervento straordinario sono diventati permanenti ed ordinari.

I Piani di rientro della spesa sanitaria sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle regioni interessate da significativi disavanzi di gestione, per

affrontarne le cause strutturali individuate da una ricognizione regionale.

L'intenzione era quella di dare vita a un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale, che incidesse sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni, quali, principalmente:

- il superamento dello *standard* dei posti letto e del tasso di ospedalizzazione;
- i consumi farmaceutici;
- la spesa per il personale;
- il superamento del numero e del valore delle prestazioni acquistate da strutture private, nonché il relativo sistema di remunerazione;
- la spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- il controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei medici;
- una gestione finanziaria caratterizzata da livelli di debito estremamente significativi, riferiti anche ad operazioni finanziarie contratte a condizioni particolarmente onerose, al di fuori delle ordinarie condizioni di mercato

Per ognuna di queste voci, se giudicate un fattore di spesa critico, sono stati di volta in volta individuati gli obiettivi di contenimento, le singole azioni concretamente realizzabili per il raggiungimento degli obiettivi medesimi e l'impatto finanziario correlato, dando vita, prioritariamente, alle seguenti azioni di intervento:

- riorganizzazione della rete ospedaliera, con riduzione di posti letto ospedalieri e incentivazione dei processi di deospedalizzazione;
- introduzione della distribuzione diretta dei farmaci e meccanismi di rimborso dei prezzi correlati ai farmaci meno costosi;
- blocco delle assunzioni e del *turn-over*;
- determinazione dei *budget* per gli erogatori privati, nonché adeguamento delle tariffe a quelle stabilite a livello nazionale;
- acquisti centralizzati e monitoraggio degli stessi per evitare incrementi dei volumi di spesa;
- utilizzo del sistema tessera sanitaria per gli interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.
- gestione finanziaria trasparente ed efficiente, attraverso l'imposizione del supporto di un *advisor* contabile - per il potenziamento dei procedimenti amministrativi e contabili e la certificazione dei debiti pregressi – e la ristrutturazione dei debiti.

L'ultimo intervento legislativo sulle modalità operative dei "Piani di rientro del disavanzo sanitario" è stato recato con la legge 23 dicembre 2009, n. 191, "Disposizioni

per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”, non applicabile integralmente alle Regioni già in piano di rientro (cioè, in quel momento, Campania, Lazio, Calabria). La legge, in particolare, oltre al cd. blocco dei pignoramenti”, poi reiterato più volte e infine dichiarato incostituzionale, ha:

- determinato lo *standard* dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, nel 5%, ancorché' coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5% qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della Regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo;
- previsto che, se superata tale percentuale, la Regione interessata presenti entro il successivo 10 giugno un piano di rientro di durata non superiore al triennio, che deve contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso;
- definito l'iter burocratico per tale piano, che:
 - viene valutato dal struttura tecnica di monitoraggio - di cui all'articolo 3, comma 2, dell'intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 - e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
 - viene approvato dal Consiglio dei Ministri se ne viene accertata l'adeguatezza, mentre in caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei Ministri, nomina ex art. 120 Cost., il Presidente della Regione quale Commissario ad acta per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso, potendo giungere, sentita la regione interessata, fino alla nomina di uno o più commissari ad acta - di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria - per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati;
 - costituisce presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano stesso, attraverso le quote premiali e le eventuali ulteriori risorse finanziate dallo Stato non erogate in conseguenza di inadempienze pregresse;
- stabilito che a seguito della nomina del Presidente della Regione quale commissario ad acta:
 - in via automatica, sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente;
 - sono incrementate in via automatica e permanente per l'intera durata del piano

di rientro, l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche, mentre il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, accertato in sede di verifica annuale, comporta un ulteriore aumento automatico di tali aliquote;

- gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la Regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro.

Il Legislatore, che nel 2004 era intervenuto per fare ammenda della sua trascuratezza legislativa, che aveva:

- consentito nei dieci anni precedenti, il formarsi di un indebitamento caratteristico senza eguali;
- contribuito alla determinazione della debolezza del sistema dei controlli, alla luce del fallimento della filiera dei controlli interni, formato da collegi sindacali poco puntuali nello svolgimento dei loro compiti professionali e dal circuito dei controlli sovraordinato, insediato a livello regionale e interministeriale, storicamente avvezzo a consentire tutto a tutti;

è riuscito a definire questo strumento eccezionale, quasi emergenziale, destinato a correggere l'incredibile frequenza dei deficit correnti dei sistemi sanitari regionali, che poteva diventare – non a caso li aveva definiti “programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento” dei servizi sanitari regionali - un modello anticipatore della più generale riforma utile ad impedire la prosecuzione delle insane gestioni della spesa della salute. Tali “Piani”, invero, si sono rivelati come un ulteriore problema per la sanità nazionale e per l'economia del Paese, perché hanno fallito nella loro *mission* di riordinare i sistemi regionali, nell'ottica di uniformare il più possibile l'offerta dei Lea alla collettività nazionale, ovunque residente, e di omogeneizzare le regole comportamentali in atto, in termini di gestione della spesa e di corretta emersione dell'entità dei debiti pregressi, riferibili alle singole regioni. Infatti:

- riguardo al debito consolidato, non è emersa da subito la drammaticità di quanto negativamente patrimonializzato, oggi esplosa dopo la sentenza della Corte Cost. e fino ad oggi anestetizzato dalla cd. impignorabilità. Una situazione aggravata dalla inadeguata procedura di monitoraggio e controllo contabile, essenzialmente basata su una serie di innumerevoli modelli informatizzati (CE, SP, CP, SK, 000, 999) da gestire attraverso il NSIS, un percorso aleatorio, produttivo di un risultato che ha dimostrato, solo (molto) ex post, la ricorrente inattendibilità delle scritture contabili, periodiche e annuali, sul contenuto delle quali non si è avuto modo di registrare indagini penali e contabili o significative contestazioni formali, da

parte dei Tavoli verificatori, se non nei casi di plateale difformità e/o palesi inverosimiglianze;

- quanto agli effetti reali prodotti, i “piani di rientro” stanno diventando sempre di più strumenti rafforzativi delle differenziazioni assistenziali rilevabili nelle diverse regioni, nonché affatto migliorativi della loro capacità di spesa e della loro produzione di prestazioni/servizi, quasi sempre riordinati solo sulla carta, quindi in via squisitamente teorica.

Attraverso una pressoché indistinta applicazione della metodologia correttiva dei servizi sanitari regionali sottoposti ai piani di rientro - quasi esclusivamente intesa a tagliare costi e strutture a prescindere da tutto - si sta frantumando il sistema generale più di quanto già lo fosse per suo conto, con il risultato di creare sul territorio nazionale nuove e più sensibili diversità assistenziali, tanto rilevanti da determinare notevoli difformità nell'esigibilità del diritto alla salute da parte dei cittadini.

Un *handicap* che inciderà negativamente anche nella doverosa ricerca della soluzione alle precarie economie pubbliche da esibire all'esame istituzionale di livello comunitario, perché il rincorrersi delle vicissitudini che hanno ulteriormente compromesso i diversi sistemi regionali impegnati - cioè la progressiva emersione dei disastri economico-patrimoniali accumulati, definiti “*passività formate a livello alluvionale*”, nella delibera 22/2009/G della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato, atteso “...*che nei piani di rientro ufficiali la stima delle situazioni debitorie delle Regioni dissestate presenta molti elementi di incertezza, sia per le tecniche utilizzate ma, soprattutto, per l'incapacità complessiva di riferirsi a contesti certi e determinati...*” (delibera n. 17 del 4 agosto 2010 della Sezione delle Autonomie) – li ha resi uno strumento esclusivamente funzionale (fatte le dovute eccezioni della Sardegna e della Liguria) alla riparazione di qualche guasto organizzativo, causato dalla prevalente assistenza eccessivamente ospedalocentrica.

Le proposte

In questa situazione di estrema complessità, per i problemi sopra elencati occorrono scelte, non rinvii. Il tempo c'è costato e ci costa caro. E ne stiamo buttando via troppo.

Con una considerazione preliminare in relazione ai tre *driver* del cambiamento:

- 1 la Salute del cittadino deve ritornare a essere la priorità ed il principale punto di riferimento per valutare ogni proposta relativa al SSN;
- 2 l'attuale momento richiede una particolare attenzione alle soluzioni che tutelino

le categorie più deboli, valorizzando proposte in Sanità che siano la sintesi di due esigenze, *welfare* dove serve sviluppo, crescita e innovazione;

- 3 l'impossibilità di pensare a nuove risorse in Sanità; l'invecchiamento della popolazione e il peso crescente delle malattie croniche unite alle opportunità derivanti dalla risorsa tecnologica impongono una forte riflessione, ben oltre gli enormi sprechi da eliminare, sulla sostenibilità del sistema preservandone la qualità, l'uniformità delle prestazioni e la relativa equità praticata nella quotidianità e non solo parlata.

Se è vero che il cambiamento non equivale al miglioramento, è vero che non ci può essere un miglioramento senza un cambiamento. A partire dalle persone, per proseguire con una serie di scelte articolate secondo le seguenti macroaree di intervento.

La prima, quella che emerge con maggiore urgenza, appare quella dei "Piani di rientro" perché qui l'idrovora della spesa, il *bancomat* senza *plafond*, sono solo stati momentaneamente bloccati o chiusi, ma non eliminati, e sono pronti, in assenza di ristrutturazioni e riorganizzazioni pervasive, a riprendere nel drenare risorse pubbliche con le intuibili conseguenze – fiscali, sanitarie, ... - per i cittadini. E non solo per i cittadini delle Regioni interessate, contribuendo, così, a seminare ulteriori odii e rancori nel profondo, tra cicale e formiche. Se non si riesce ad avviare un serio, e realistico, nel senso di sostenibile, programma commissariale che restituisca a tali Regioni livelli di funzionalità sostenibile entro 12-18 mesi, con tutte le misure necessarie, si pagherà un prezzo altissimo ulteriormente aggravato dallo sfilacciamento della relazione fiduciaria, almeno per quel che resta, tra i cittadini e la capacità delle Istituzioni di dare risposte.

Il secondo problema, sempre legato primariamente alle Regioni in piano di rientro, è quello del "come" evitare che tutto ciò possa di nuovo accadere.

Il terzo, e ultimo aspetto, è quello di costruire la sanità del futuro, che deve essere informata ad una caratteristica preliminare, irrinunciabile e assorbente, rispetto a qualsivoglia altra istanza: la sostenibilità economica.

Senza risorse economiche non si può fare buona sanità, e quella che eventualmente si riesce comunque ad assicurare grazie alla volontà dei singoli è inefficiente sotto il profilo della allocazione ottimale delle risorse. Queste, per quanto le si gestisca nel modo più efficiente, sono limitate e qualsiasi altra opzione è irrealistica e non fa altro che seminare pericolose illusioni.

Anziché consumarsi in cavilli per rinviare un esito scontato, e cioè il *default* del si-

stema sanitario, con l'inevitabile e conseguente taglio di tipo draconiano dei livelli di *healthcare* a cui siamo abituati, appare necessario mettersi subito in cammino per far valere le ragioni di un Paese umiliato e offeso, dove sempre meno soggetti lucrano su indebite rendite di posizione a danni di tutti.

Vanno superate, o meglio travolte, le logiche e le giustificazioni dei tanti conflitti d'interesse, perché il problema non sono gli interessi - senza i quali non c'è mercato, e neanche democrazia e libertà - bensì il conflitto fra quelli particolari e il governo delle cose collettive. Un conflitto di dimensioni vastissime in Sanità, in questo Paese nel quale lo Stato e le amministrazioni pubbliche occupano più della metà del mercato, sul quale si può incidere solo colpendo le rendite e i parassitismi alimentati dalla spesa pubblica improduttiva, che è rimasta intatta e spropositatamente ricca.

Una proposta per chiudere la stagione degli attuali Piani di rientro

La prima causa di tale situazione appare, come si è visto, la loro sopravvenuta natura bicefala, definitasi attraverso un processo di adattamento a due diverse esigenze, necessariamente connesse:

- intervenire a copertura del solo disavanzo corrente, prodotto dalle Regioni coinvolte nell'iniziativa riparatrice e ad individuare le indispensabili modifiche strutturali finalizzate a che l'anzidetto fenomeno economico negativo non venisse a ripetersi, il tutto da doversi realizzare a seguito di un accorto processo ricognitivo delle originarie cause generatrici dell'entità del *default* economico, di cui non sembra esserci traccia ovunque;
- interessarsi, successivamente, anche del debito pregresso, quasi sempre miliardario, della cui portata non vi è stata per troppo tempo contezza, nonostante i massicci e dispendiosi affiancamenti, risultati pressoché inutili allo scopo e, quindi, all'interesse collettivo.

L'attuazione dei Piani di rientro - tuttora sostenibile solo grazie ad aliquote Irap e addizionale Irpef sui livelli massimi – evidenzia estreme difficoltà sul piano della capacità di programmazione, del governo della spesa, della acquisizione di competenze economico-gestionali, della affidabilità dei dati contabili, della trasparenza del sistema nel suo complesso.

Le dinamiche di spesa del servizio sanitario, a causa di un piano di rientro interpretato come *recovery plan* anziché strumento di programmazione, hanno subito un semplice *maquillage* – con misure che rispondono all'esigenza contingente di ridurre il disavanzo annuale e con interventi frammentari privi di visione complessiva, quali quelle di immediata applicazione come il contenimento della spesa farma-

ceutica e per l'assistenza convenzionata – senza alcuna ristrutturazione dei costi focalizzata sul contenimento dei costi diretti di produzione e sulla riduzione della spesa per beni e servizi.

Sullo sfondo è rimasto, per anni, il contenzioso alimentato dagli interventi sugli operatori privati accreditati, che ha assunto via via un peso sempre più crescente sul bilancio regionale, con una situazione che oggi, dopo la sentenza della Corte Costituzionale sulla impignorabilità, rischia di fornire un contributo decisivo alla paralisi del sistema.

A carattere generale, merita evidenziare alcuni aspetti di valenza strategica, quali:

- la carenza di un provvedimento di sistema che definisca in modo chiaro la ripartizione di tutte le risorse disponibili, superando il criterio della spesa storica decurtata di una certa percentuale, cioè una programmazione verso i desiderati – e sostenibili – livelli di servizio;
- il processo di assegnazione delle risorse diluito lungo tutto l'anno, con l'evidente impossibilità di pretendere una pianificazione credibile e di presidiare poi tale programmazione adottando i conseguenti provvedimenti verso i direttori generali delle Aziende;
- la complicazione burocratica, spesso introdotta repentinamente e senza le indispensabili predisposizioni, ha investito quasi tutti i settori "più a rischio", senza che ciò si sia trasformato in una maggiore garanzia del sistema rispetto alle deviazioni che si puntava a prevenire. L'unico risultato è stato quello di far percepire a tutti l'inutilità dell'aggravio amministrativo e la conseguente disaffezione del personale e dei fornitori con evidenti riflessi negativi sulla credibilità del piano di rientro. Aumentando gli spazi di discrezionalità, ognuno può intuire chi ha beneficiato di queste complicazioni, con ulteriore danno a carico di chi ha speso, investito e lavorato per mettersi in regola, e vede oggi chi continua a operare a "costi inferiori" e con guadagni maggiori. In particolare, ciò ha investito settori di estrema delicatezza quali la gestione dei debiti pregressi e il sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, con il risultato che in alcune Regioni se ne sta ancora parlando, tra l'altro in assenza di dati certi, a 6 anni dall'avvio del piano di rientro. C'è da chiedersi, a questo punto, quale tra le migliori iniziative avviabili sarebbe oggi in grado non tanto di garantire migliori risultati, quanto di bucare il muro di diffidenza e di incredulità che tutto sembra avvolgere, lasciando così spazio, paradossalmente, a iniziative *spot* legate a contingenze o emergenze, che conseguono l'unico risultato di frammentare ancor più l'azione complessiva;
- rimanendo in tema di complicazioni apparentemente tese a garantire l'impossi-

bile, ma che in realtà sono verosimilmente indirizzate a rendere impossibile l'attuazione di ciò che sarebbe necessario, vi sono le procedure per la valutazione dei DG, macchinose e frequentemente ridondanti, considerate più come un adempimento formale ai fini del piano di rientro che come strumento indispensabile per indurre la direzione strategica delle strutture pubbliche a raggiungere i prestabiliti livelli di performance (obiettivi imprescindibili, quale l'equilibrio economico, e soglie minime per ogni ambito di valutazione);

- l'inesistenza di un sistema credibile di *audit* e *compliance*, di controlli e, quindi, di meccanismi premiali, a partire dal rispetto dei tempi da parte degli uffici regionali. La materia è vastissima, e scarsamente affrontata per gli evidenti riflessi sul "consenso" che ognuna di queste voci contribuisce ad alimentare a livello locale: iperprescrizioni, durata dei ricoveri, incentivi alla qualità e al continuo miglioramento delle prestazioni delle strutture di ricovero, *benchmarking* tra le diverse strutture sulle varie voci di costo, limiti invalicabili per le principali voci di costo (personale, beni e servizi, altri oneri), tempi di dimissione ospedaliera, *customer satisfaction*, ecc.;
- il mancato superamento del cd. modello ibrido, dove permane in capo alle ASL sia il finanziamento sia la produzione diretta dei servizi, con la previsione - accanto alla fornitura diretta - dell'erogazione da parte di strutture pubbliche e private dalle quali le ASL acquistano le prestazioni, con l'unico risultato che i DG non si sono potuti focalizzare esclusivamente su acquisto, programmazione e controllo delle attività sanitarie rallentando la riqualificazione sanitaria. Una conseguenza sono le tariffe per il rimborso delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale che denotano uno scarso incentivo alla qualità delle prestazioni, con gravi ritardi, ad esempio, nell'aggiornamento del nomenclatore della specialistica ambulatoriale che, in alcuni casi, non recepisce i cambiamenti introdotti dall'innovazione tecnologica;
- il mancato riconoscimento della sanità privata come parte integrante e non accessoria del SSR, declinabile nella reale parità di diritti e di doveri e nella utile estensione dei servizi erogabili dai privati accreditati, fino a determinare una sana competizione tra strutture pubbliche e tra queste e le private accreditate, magari con *budget* delle strutture erogatrici al netto della mobilità attiva/passiva per incentivare l'attrazione di pazienti non residenti e la *retention* almeno di quelli diretti verso le regioni limitrofe;
- il sistema di accreditamento realizzato a "macchia di leopardo", il più delle volte in modo sfilacciato rispetto ai parametri della qualità e della complessità delle cure per privilegiare rigidi fattori strutturali, appare caratterizzato dal paradosso del pubblico - senza requisiti - che va a controllare il privato e dall'estrema difficoltà di ingresso di nuovi soggetti erogatori, cui si aggiunge, spesso, il blocco

delle autorizzazioni per nuovi centri di specialistica ambulatoriale privati non accreditati e per l'ampliamento dell'offerta di centri già autorizzati

- la mancata messa a regime di un cruscotto direzionale effettivamente funzionale a presidiare gli aspetti critici della gestione, per il loro impatto sulla spesa e sulla qualità dei servizi sanitari erogati, con la carenza di una adeguata analisi di bilancio e della stratificazione debitoria, titolo di credito per titolo di credito, in originale, entrando nel merito delle partite debitorie.

Evitare che questi errori continuino a produrre danni è la più semplice soluzione; è il programma a 12-18 mesi per chiudere definitivamente gli attuali Piani di rientro, affidandone l'attuazione a un "pacchetto" di risorse umane estranee a tutte le dinamiche che hanno fin qui perpetuato una simile situazione, con un ruolo di primo piano del Prefetto e del Comitato Provinciale per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica. Tutto questo sulla base di una semplice constatazione: non può occuparsi di "Piani di rientro" chi è stato spettatore, attore, interprete, testimone silente, del baratro in cui precipitavano i conti sanitari regionali e la qualità dei servizi erogati.

Una proposta per evitare che si riapra il baratro finanziario

Se fino ad ora si sono svolti aspetti prettamente tecnici, bisogna ora necessariamente passare a quelli politici, tema che purtroppo, per ora, non si può scansare toccando il tema "salute/sanità". Non è un caso che i consigli comunali, provinciali e regionali siano, in alcuni casi, permeati – soprattutto nelle Regioni in piano di rientro - dalla presenza di medici e pediatri (MMG e PLS) e di dirigenti medici della sanità territoriale e ospedaliera.

E senza svolgere il dilemma se è venuto prima l'uovo o la gallina, va chiarito che dove il *mix* di aspetti tecnici carenti permane immutato appare con evidenza che l'agenda politica non ha avuto la capacità di impostare e gestire nel tempo il processo di cambiamento, il coinvolgimento di tutti gli attori verso gli obiettivi individuati e la visione di lungo periodo.

E senza questi, non si va da nessuna parte.

Anche qui, appare sufficiente una serie di semplici misure che investa l'intera filiera della struttura dei controlli, a partire da quei collegi sindacali che non hanno evitato il baratro finanziario e, paradossalmente, non hanno pagato nessun prezzo a seguito del commissariamento della Regione, dimostrandosi uno strumento di nomina politica assolutamente inidoneo a presidiare tale aspetto della gestione.

Controlli sostanziali e non formali o burocratici, evitando controlli a campione dove il campione viene scelto con modalità poco o per niente trasparenti, effettivamente in grado di alimentare una deterrenza credibile verso i comportamenti distorsivi.

Allestendo, come norma di chiusura del sistema, e di tutela estrema, un sistema di

accesso e di scioglimento della singola ASL sulla falsariga di quanto previsto dal Testo Unico degli Enti Locali per contrastare l'infiltrazione mafiosa: la minaccia deve essere considerata di pari livello, perché i baratri finanziari post anni Novanta sono un attentato alla civile convivenza.

Valorizzando, infine, senza alcuna lesione al principio dell'autonomia regionale, il metodo dell'“*accesso positivo*”, ideato dal prefetto Luigi de Sena quando ricopriva l'incarico di Prefetto di Reggio Calabria con poteri speciali di coordinamento nella lotta alla 'ndrangheta, dopo l'omicidio del vice presidente del Consiglio regionale, on. Francesco Fortugno. Più che “invadere” si tratta, invero, a volte, di accompagnare e aiutare, una volta recisi gli elementi disfunzionali a rilevanza penale, per “far crescere” chi non ha potuto crescere a causa di condizionamenti locali e inefficienze funzionali, riproponendo, così, l'idea, meglio la certezza, che molto è possibile fare, anche nelle situazioni che appaiono più disperate, per incidere su quella “... *cieca e dissennata assenza - diceva Pio Calamandrei a proposito dell'acquiescenza muta - che diviene complicità ...*”.

Idee sostenibili, da oggi per il domani dall'esperienza nella ASL di Salerno

Lo scenario, come anticipato, è estremamente chiaro, con fattori di aumento dei costi, oggettivi e poco comprimibili (dati dal forte aumento delle capacità diagnostiche, dall'offerta di nuovi medicinali, dalle terapie sempre più sofisticate, dalla longevità della popolazione, che aumenterà sensibilmente l'utilizzazione delle strutture sanitarie), ai quali si associano modifiche importanti delle patologie legate all'aumento della speranza di vita, agli stili di vita degli individui e alla modifica dell'alimentazione.

Se diventa difficile “prezzare” gli effetti positivi della “frontiera del possibile” disegnata dalla ricerca e dalla risorsa tecnologica, vi sono dall'altra parte le certezze dell'impossibilità di ottenere maggiori risorse attraverso la leva fiscale e della rilevanza della gestione delle cronicità in una società investita da una delocalizzazione tout court sempre più accentuata: così, nei prossimi 20 anni è ipotizzabile un maggior fabbisogno finanziario che si attesta tra il 47 e il 75%, con l'incidenza sul Pil tra il 7,7 e il 9,2% nel 2030.

Vi sono, invero, una serie di ulteriori certezze, su cui ancorare proposte che vogliano essere sostenibili e, quindi, realizzabili in modo consequenziale:

- continuare a sostenere la possibilità di poter dare “tutto a Tutti dovunque” vuol dire raggirare i cittadini, con una fictio che finisce con l'alimentare, di fronte alla prova dei fatti, ulteriore sfiducia nei cittadini e a seminare rancori nel profondo, con nuovi analfabetismi perché i ricchi continueranno ad avere corsie preferenziali e trattamenti diversi;

- spendere meno, applicando in modo draconiano tagli lineari e costi *standard*, non equivale a spendere meglio e, quindi, a risparmiare, come dimostrato dai recenti dati sull'aumento della spesa sanitaria nell'ultimo triennio;
- va ridotto l'apparato burocratico del Ministero della Salute e delle Regioni, che è cresciuto a dismisura, che non ha "*prodotto salute*" e che non ha evitato le voragini a bilancio unite alla cattiva sanità (cui si accompagnano, infrastrutture fatiscenti, non in regola, apparecchiature elettromedicali antidiluviane);
- va ridotto il "*poltronificio*" negli ospedali e nella sanità territoriale, ricercando concretamente le sinergie possibili, finora teorizzate, ma in realtà frenate da "separatezza" e duplicazione di strutture, interrompendo il processo avviato con la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e ristrutturando quella sanità stanzinata - ad accesso universale e uguale per tutti - che per Bruno Leoni è stato ed è "*...l'unico tentativo continuato di attuare il comunismo, almeno in un settore*";
- vanno valorizzate nell'arco delle 24 ore/7 giorni la settimana, le strutture, ma, soprattutto, tutto quello che presenta un elevato costo di acquisto, come apparecchiature per la diagnostica, sale operatorie, attrezzature innovative, con evidenti benefici per le liste di attesa e, paradossalmente, una riduzione dei costi;
- vanno eliminate dalla vita ordinaria dei Reparti e delle strutture tutte le voci retributive straordinarie, accessorie, eventuali, facoltative, convertendo in circa 20mila assunzioni i soldi spesi oggi in straordinario, pronta disponibilità, attività libero professionale intramuraria, con tutti i conseguenti, e ben noti, vantaggi in tema di efficiente gestione delle risorse umane;
- va preso atto che i soldi, ieri e oggi, bastavano e avanzavano, smettendola con i piagnistei e la lamentazione, sempre che tutti – parte pubblica, parte privata, fornitori, cittadini – facciano la loro parte, come ultimamente evidenziato nel volume "*La spesa sanitaria italiana – Quel che si vede, quel che non si vede*" di Alberto Mingardi, Gabriele Pelissero e Lucia Quaglino;
- va fissata, in modo incontrovertibile e inaggrabile, la regola del "chi sbaglia deve pagare e deve essere in condizione di non fare più danni se pericoloso", ad ogni livello, medico, tecnico, amministrativo, dirigenziale, ecc. Chi è stato responsabile, spettatore, concorrente, attore, del dissesto economico non può rimanere all'interno dei meccanismi commissariali del piano di rientro, la cui logica non può ridursi ad una mera elencazione di chiusure e di tagli lineari, tra l'altro senza indicare all'AG ordinaria e contabile le responsabilità, sul modello di quello che accade quando si scioglie un ente per infiltrazione mafiosa;
- va avviato il superamento di un sistema che si basa sul pagamento da parte di terzi e dove, quindi, la "domanda sussidiata" non corrisponde ai bisogni effettivi;
- vanno ristrutturati i costi, chiedendosi come e perché si produce quel costo, fa-

cendolo costo per costo per debellare la malattia di cui soffre la sanità, individuata da Milton Friedman nel fatto che, poiché paga sempre qualcun altro, a chi spende direttamente i soldi non viene mai in mente di ragionare prima in termini di utilità e solvibilità;

- il metodo della tariffa di rimborso a prestazione (DRG) adottato dall'Italia per prima in Europa, a partire dal 1995, ora importato dai più importanti Paesi europei quale scelta fondante dei sistemi più evoluti dando origine ai cosiddetti mercati amministrati, non è criminogeno, va mantenuto e va valorizzato parificando il pubblico e il privato accreditato;
- va contrastata la “medicina difensiva”, incidendo sull'elevata litigiosità frutto dell'evoluzione del concetto di responsabilità medica, che ha visto ridurre gli oneri probatori a carico di chi muove denuncia a svantaggio dei medici, ampliando i diritti riconosciuti dai tribunali ai pazienti e aumentando i risarcimenti a loro dovuti, perché non si tratta solo dell'aumento dei premi e della riduzione del numero di compagnie operanti, ma della prevedibile sopravvalutazione dei rischi da parte dei medici e della conseguente spirale negativa dei costi, per le singole strutture e per il Servizio Sanitario Nazionale nel suo complesso;
- va presa coscienza che universalità/equità di accesso ai servizi sanitari, garanzia di accesso ai servizi di cui si ha bisogno senza incorrere in gravi problemi economici, non equivalgono a far gravare sul bilancio pubblico il superfluo, l'inutile, il trattamento fatto per accogliere la richiesta del paziente o dei familiari: la natura propria di universalità e solidarietà del Servizio Sanitario Nazionale vive solo se si ispira al principio di responsabilità.

Il programma è, così, semplicemente tracciato: superare queste problematiche, tenendo ben presente che in Italia non esiste un'unica sanità, un unico SSN, ma ne esistono almeno 4 o 5 – il nord, la parte centrale del Paese amministrata dal centro sinistra (Toscana, E. Romagna, Marche, Umbria), l'area romana, le regioni meridionali che entrano e escono da commissariamenti e ripianamenti, le Isole – che hanno caratteristiche proprie, investimenti e livelli di ammodernamento completamente diversi, livelli di efficienza imparagonabili e un unico tratto comune, la qualità del personale medico e infermieristico.

E che solo un forte coordinamento centrale dell'attuazione di queste misure può garantirne una possibilità di successo, a partire dalla realizzazione obbligatoria di un'unica, reale, stazione appaltante regionale non per innovare delle procedure o per complicarle, ma per vincolare le transazioni a dei condizionali verificabili e assunti come fattori di competitività.

Infine, uno spazio possibile per fare bella sanità: eliminare gli sprechi

“Eliminare cure inutili non è razionamento. È medicina integra e sana economia”, chiudeva l’editoriale del 9 aprile 2014 sul NY Times, “Do You Need That Test?”, ricordando quanto grande sia la differenza tra “tagli” e “sprechi” e quanto importante sia non confondere le due cose soprattutto in tempi di crisi.

Questo appare l’intervento più urgente – dopo essersi chiesti quale spazio vi è oggi in Italia per spendere meno nell’assicurare gli attuali livelli di servizio ai cittadini e per fare qualcosa di più e/o di meglio con le risorse disponibili - giusto per evitare di continuare a dare ragione a Ennio Flaiano, quando affermava che in “Italia i problemi non si risolvono, passano di moda”, perché qui non c’è più tempo.

Appare qui di aiuto, per chi lo desiderasse, una recente esperienza, di estrema semplicità, che ha permesso in soli 16 mesi di riportare all’equilibrio operativo una ASL, quella di Salerno, che veniva da anni di perdite incredibili, prossime, nelle ultime annualità, al 15 % delle risorse trasferite dalla Regione. Perdite sulle quali si è intervenuti, grazie ai tanti dipendenti dell’Azienda che tanto hanno dato:

1. A LEGISLAZIONE INVARIATA;
2. SENZA TAGLI LINEARI, che avrebbero penalizzato i più bravi e le strutture virtuose, MA RISTRUTTURANDO I COSTI, chiedendosi come e perché si produceva ciascun costo;
3. SENZA TOGLIERE NULLA AI CITTADINI E SENZA PEGGIORARE LA SITUAZIONE DISASTRATA CHE VIVEVANO, mentre si iniziava progressivamente a restituire loro i soldi non più sprecati (come con i *weekend* operatori o come i 38 milioni di euro di investimenti - appostati a bilancio nel preventivo 2012 chiuso con l’EBITDA a zero, cioè in pareggio - in apparecchiature elettromedicali e in infrastrutture);
4. SENZA RISORSE AGGIUNTIVE, quindi non ha avuto alcuna rilevanza lo scorporo dei 4 presidi ceduti all’Azienda Ospedaliera Ruggi, con debiti, passivo e rimessa calcolati dalla Regione;
5. SENZA CHIUDERE NULLA, se non la riconversione del Presidio Ospedaliero di Scafati (tra l’altro prevista dal decreto 49/2010 della Giunta Regionale della Campania) dopo il sequestro delle sale operatorie e della farmacia da parte dei Carabinieri per la Sanità,
6. PAGANDO REGOLARMENTE I FORNITORI, pur con i necessari adattamenti amministrativi che hanno reso necessario articolare le scadenze;
7. CHIUDENDO IMPORTANTI TRANSAZIONI con le risorse aggiuntive messe a disposizione dalla Regione – l’ASL non produce utili tali per incidere sulle passività iscritte a bilancio – CON I FARMACISTI E CON LA SANITÀ PRIVATA, spuntando

CONDIZIONI ESTREMAMENTE INTERESSANTI ALLA LUCE degli accordi sottoscritti a partire dall'aprile del 2011 e della regolarità assicurata ai pagamenti, con un NOTEVOLE ABBATTIMENTO DEI COSTI PER INTERESSI E SPESE LEGALI E UNA CONSEGUENTE RIDUZIONE, CHE EMERGERA' A FINE ANNO 2012, DELLA NECESSITA' DI ACCANTONARE FONDI;

8. AVVIANDO LA RICOGNIZIONE DI TUTTE LE ATTIVITA' ECONOMICHE SVOLTE ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE DELL'ASL (bar, macchinette distributrici, parcheggi, edicole, ...), a volte senza sottostante giuridico, quasi sempre senza una precedente evidenza pubblica per la scelta dell'offerta più vantaggiosa, il più delle volte con profitti esigui o addirittura inesistenti per l'Azienda a cui carico, paradossalmente, capitava anche, in alcune situazioni, andassero le spese di manutenzione e funzionamento;
9. CENSO LE OPERE INUTILIZZATE E INCOMPIUTE E GLI INTERVENTI MINIMI STRUTTURALI, con la ricognizione - effettuata dai gruppi di lavoro tecnico che ho insediato – che ha evidenziato necessità di investimenti MINIMALI superiori a 100 milioni di euro.

Governare la realtà ha portato a pagare regolarmente i fornitori della sanità privata e quelli per i cd. servizi essenziali, oltre a quelli che “vivevano” di rimborsi dell'ASL, mentre tutte le altre migliaia di fatture, attraverso le quali viveva una Azienda di questa dimensione, venivano pagati trimestralmente per ridurre gli oneri burocratici e semplificare i controlli.

Ha reso possibile pagare nel giugno del 2012 tutte le fatture, anche quelle non scadute, dei propri fornitori che avevano sedi operative o stabilimenti nelle province emiliano romagnole colpite dal sisma.

Ha reso possibile dare vita ai cd. *weekend* operatori, una serie di interventi chirurgici pesanti, nelle specialità mediche con le liste di attesa più importanti, calendarizzati in giornate solitamente dedicate al riposo, grazie alle risorse economiche non più sprecate e ad un accordo con tutti i dipendenti interessati, che hanno aderito con entusiasmo a dimostrazione ulteriore di quali possano essere i margini reali di miglioramento del sistema.

Governare la realtà ha permesso, infine, il ritorno alla gestione ordinaria, perché i soldi, come emerge dai dati interamente resi pubblici fino al termine del Commissariamento, non solo bastano, ma avanzano:

1. viene raggiunto l'equilibrio operativo nel III trimestre del 2011, cioè “valore” e “costo” della produzione sono in equilibrio, con parole meno tecniche tanto trasferisce la Regione, tanto spende l'Azienda per funzionare, diversamente da quello che era accaduto fin lì almeno nei 27 mesi precedenti il mio arrivo, dove

- si perdevano quotidianamente le somme prima indicate e dove, quindi, ogni quattro mesi si allungava di un mese il ritardo nel pagamento dei fornitori;
2. la gestione caratteristica diventa positiva nel IV trimestre 2011, cioè il “costo” diventa inferiore del “valore” della produzione, con parole meno tecniche inizio ad avere un avanzo rispetto a quanto viene trasferito dalla Regione. Così, la perdita registrata nel I trimestre del 2011 di oltre 51 milioni di euro (389.930.000 i trasferimenti, 441.241.000 i costi) si riduce progressivamente fino alla chiusura del 2011 con una perdita di poco superiore ai 33 milioni di euro (1.526.206 i trasferimenti, 1.559480 i costi), con un avanzo di gestione caratteristica di oltre 18 milioni di euro;
 3. il I semestre 2012, proseguendo nel *trend*, si chiude con un avanzo di quasi 11 milioni di euro (769.601.000 di trasferimenti regionali e 758.812.000 di costi), con un bilancio preventivo 2012 chiuso in equilibrio con l'EBITDA pari a zero e un piano di investimenti in infrastrutture e apparecchiature biomedicali appostato a bilancio di oltre 38 milioni di euro.

Governare la realtà, ha permesso di chiudere l'EF 2012 in pareggio, grazie al proseguimento di questa azione per merito del Direttore Generale oggi in carica, se si tiene conto che la perdita evidenziata dai dati di bilancio corrisponde al taglio dei trasferimenti operato dalla Regione nelle ultime settimane dell'anno.



Maria Luisa Di Pietro - Walter Ricciardi

Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

Nell'introdurre una riflessione etica è necessario definire, innanzitutto, l'ambito di indagine. Il moltiplicarsi dei fattori, che concorrono a definire la salute (fattori non solo medici, ma anche ambientali, sociali, educativi, economici, etc.), ha portato al progressivo ampliamento delle possibilità di intervento in sanità pubblica. Identificata dapprima con l'igiene e con la lotta alle malattie trasmissibili, la sanità pubblica si allarga - oggi - a comprendere altri ambiti di intervento: dalla sorveglianza della condizione di salute della popolazione alla promozione della salute e alla prevenzione dalle malattie anche non trasmissibili; dall'organizzazione strutturale dei servizi medico-sanitari e socio-sanitari alla gestione dell'assistenza terapeutica. Il tutto in un contesto sempre più complesso e globalizzato. E con dinamiche che la rendono differente dall'attività clinica (1).

L'attività clinica si focalizza, infatti, su diagnosi, terapia, cura e riabilitazione a seguito della richiesta di un paziente, che si rivolge al medico in presenza di un bisogno specifico e per guadagnare salute. Si instaura, in questo modo, una relazione interpersonale in cui il medico "professa" - dichiara - le sue conoscenze e competenze, promettendo ad una persona in difficoltà e vulnerabile di aiutarla. La medicina non è, dunque, solo un'interazione clinica: è una relazione tra "quel" medico e "quel" paziente; è una relazione che ha come fine principale il ripristino - nei limiti del possibile - della condizione di salute del paziente (2). Dall'intenzione e dalla relazione di "quel" malato e di "quel" medico nasce l'evento medico, che mette subito in gioco una *téchnè iatriké*, un'abilità a guarire e a prendersi cura. Una relazione interpersonale sbilanciata, in modo inevitabile, da parte di chi offre aiuto (il medico) perché possiede conoscenza e competenza e può rispondere alla domanda di salute del paziente. Una relazione, che deve tenere in conto le opzioni personali, le preferenze e la libertà di scelta del soggetto, alla luce di quel bene "vita", ragione e obiettivo della relazione stessa.

I programmi di sanità pubblica non rispondono - invece - ad una richiesta da parte del "paziente" (l'assenza di sintomi renderebbe ridondante questa definizione) e hanno come *target* la popolazione più che il singolo individuo. Della popolazione, la sanità pubblica: 1. misura lo stato sanitario attraverso metodi epidemiologici e bio-statistici; 2. identifica i rischi per la salute e contribuisce a sviluppare politiche sanitarie per fronteggiarli; 3. cerca di assicurare alcuni servizi relativi alla salute.

Dell'attività clinica mancano - soprattutto - la relazione interpersonale (medico-paziente) e il rispetto delle singole specificità. Basti pensare - per fare un esempio - a quanto avviene nell'ambito della sorveglianza e della prevenzione. E se, da una parte, la sorveglianza in sanità pubblica non tiene presente - nella maggior parte dei casi - la procedura di richiesta del consenso informato (3), il che violerebbe uno dei fondamenti dell'attività clinica ovvero il rispetto dell'autonomia del paziente, dall'altra parte la medicina preventiva avoca a sé il diritto di spingere persone sane a fare ciò che si ritiene sia meglio per loro (4). Si può, allora, verificare che le esigenze della collettività entrino in conflitto con le esigenze del singolo e con il rischio di un approccio meramente coercitivo (5). Ed ancora, mentre l'attività clinica tende a tutelare gli interessi del singolo, la sanità pubblica insegue l'interesse collettivo e deve fare i conti con risorse economiche sempre più limitate (6).

La riflessione etica in sanità pubblica: criticità e orientamenti

Il dibattito etico o, per meglio dire, bioetico ha prestato - per alcuni anni - poca attenzione ai problemi di sanità pubblica. D'altra parte, la bioetica si è sviluppata negli anni '70 soprattutto in risposta ad altre esigenze: il susseguirsi di abusi nel campo della sperimentazione sugli esseri umani; l'emergere del movimento a sostegno dei diritti umani; i rischi di una medicina sempre più tecnologizzata. Le questioni dominanti erano, dunque, la tutela e il rispetto dell'esercizio dell'autonomia del singolo a lungo violate, ma non la sanità pubblica e gli interessi della popolazione.

È a partire dalla metà degli anni '90 che la bioetica inizia ad interessarsi di sanità pubblica, ovvero nel momento che ci si è resi conto che la salute della popolazione è in funzione non solo di dinamiche mediche, ma anche di interventi di buon governo sanitario e di condizioni socio-economiche adeguate. Alle problematiche più note (promozione della salute, prevenzione della malattia, riduzione del rischio, epidemiologia e altre forme di ricerca in sanità pubblica, disparità strutturali e socio-economiche negli interventi per la salute), si sono aggiunte - nel tempo - altre importanti sfide come l'aumento delle malattie croniche, delle condizioni di disabilità e i rischi derivanti dall'inquinamento ambientale. Molteplici gli interrogativi: quale grado di rischio può essere considerato accettabile per gli individui e la società? Sono giustificati interventi che possono violare l'autonomia e la *privacy* del soggetto allo scopo di ridurre il rischio per la società? Quali politiche sanitarie attuare a fronte della complessità e del costo crescente dei servizi? Come evitare la disparità socioeconomica, consentendo un equo accesso alle cure?

Si tratta di decisioni non sempre facili per la mancanza, spesso, di dati certi e perché accanto agli aspetti biologici, epidemiologici e clinici, bisogna tenere presenti anche aspetti economici e sociali. Si tratta di decisioni che possono essere affron-

tate secondo diverse visioni etiche (utilitarista; contrattualista; liberalista; centrata sulla persona; etc.) e che, differenziandosi tra loro per fondazione, giustificazione e gerarchia di valori, sono difficilmente conciliabili. Alla complessità delle problematiche si aggiunge, quindi, la molteplicità degli approcci.

La scelta della visione etica non può, però, che essere condizionata dagli obiettivi della sanità pubblica: proteggere la vita e promuovere la salute dei singoli; rispettare i diritti umani; promuovere giustizia sociale e capacità civica (7). Il parametro di riferimento è, allora, la persona nella sua realtà concreta e con i suoi specifici bisogni. D'altra parte, è la persona che interviene su un bene che non ha posto nel mondo e su leggi ed equilibri che lo precedono e lo coinvolgono, che ha una responsabilità che non può essere assoggettata soltanto alle leggi dell'avere, del produrre e del mercato, e il cui agire non è misurato solo dalle intenzioni ma anche dalle singole azioni.

Una visione centrata sulla persona impone, volendo parafrasare Kant, di agire in modo da trattare sé stessi e gli altri sempre come fine e mai soltanto come mezzo. In questa ottica, il bonum, il valore ultimo che misura l'agire morale, è proprio la promozione dell'essere e della preziosità (o dignità) della persona in quanto persona. E principio primo è il rispetto incondizionato dell'inviolabilità della persona (e quindi della sua vita) e la tutela della sua libera espressione, a cui fanno - poi - seguito la responsabilità del proprio agire, la ricerca del bene comune, la solidarietà.

Il conflitto tra “paternalismo” della sanità pubblica e autonomia del soggetto

Alcuni interventi in sanità pubblica, e in modo particolare nell'ambito della sorveglianza sanitaria e della prevenzione delle malattie, appaiono limitare l'esercizio dell'autonomia del soggetto: al punto che si è parlato di “volto impersonale e arrogante” (8) o se ne è evidenziato il tratto prettamente paternalistico.

Premesso che il concetto di “paternalismo” è nato in un altro contesto - il paternalismo medico guarda ad una relazione scandita dalle decisioni del medico per il bene del paziente non coinvolto nel processo decisionale -, si pone la questione di come superare questo limite.

Una categoria di riferimento potrebbe essere, in questo caso, la “responsabilità”. E l'agire responsabile deve essere di per sé un agire libero. Una libertà intesa come capacità di pianificare, di essere consapevoli, di scegliere, e come luogo dell'integrazione tra l'autonomia e la responsabilità (9).

In nome della responsabilità, gli interventi in sanità dovranno essere - allora- improntati non tanto ad una concezione normativa dell'etica (la cosiddetta "etica della terza persona"), quanto piuttosto ad una "etica della prima persona. E, se - nell'ottica dell'etica della terza persona - l'agire umano risulta governato da norme che prescindono dal soggetto agente, l'etica della prima persona è finalizzata alla ricerca del bene globale (il bene della vita umana nella sua globalità e complessità) da parte del soggetto agente. Oggetto di indagine dell'etica non è - allora- la liceità o illiceità di un'azione in base a criteri stabiliti da un giudice esterno (la "terza persona"), ma il come "si deve" vivere né quale sia lo stile di vita desiderabile.

L'etica della prima persona è un'etica di impronta aristotelica, secondo la quale l'uomo virtuoso "giudica rettamente ogni cosa, ed in ognuna a lui appare il vero (...) forse l'uomo di valore si distingue per il fatto che vede il vero in ogni cosa, in quanto ne è regola e misura" [Etica nicomachea (III, 4, 1113 a 28-32)] (10). L'etica si verrebbe - così - a configurare come una sorta di "discussione" sui diversi stili di vita e sui diversi modi di vivere (vizi e virtù) e solo secondariamente sulle singole azioni, allo scopo di individuare la vita migliore da condurre e da desiderare. Interpellando dinamiche quali senso, fine, valori, ecc., l'etica della prima persona consente di rafforzare, così, le motivazioni di una scelta.

Un percorso appropriato per passare dall'etica della terza persona all'etica della prima persona potrebbe essere una nuova lettura dell'etica della responsabilità di Jonas (11). La responsabilità "dei padri verso i figli" è, infatti, il caso più evidente di una responsabilità e di un dovere non reciproco che si riconosce e si pratica spontaneamente. Per Jonas, infatti, l'origine della responsabilità non è la relazione tra adulti autonomi quanto piuttosto con chi è in condizioni di maggiore fragilità (i "figli") e necessita di protezione. L'attenzione dei genitori per i figli è, allora, l'archetipo dell'azione responsabile che non muove dall'ottemperanza di norme e principi, ma è radicato nella natura di ciascun essere umano. Lo stesso si potrebbe, però, dire per qualsiasi altra situazione in cui un "adulto" ha la responsabilità di persone in condizioni di fragilità. In altre parole, per Jonas, anche la cura della "cosa pubblica" da parte di chi governa deve essere informata alla responsabilità nei confronti di ciascun membro della società, dal momento che c'è stata questa assunzione spontanea dell'interesse collettivo. La differenza fondamentale tra le due situazioni è data, solo, dalla naturalezza della condizione parentale e dall'artificialità della responsabilità di governo.

In sintesi, nell'ottica della "etica della terza persona", vi è il rischio che alcuni interventi di sanità pubblica possano divenire un complesso di obblighi e proibizioni,

che possono esacerbare il conflitto con le istanze di autonomia del soggetto, le “frustrazioni” del percepirsi uno “strumento” per il bene della società o, ancora, le demotivazioni nei confronti della propria salute. Una sanità pubblica ispirata all’etica della responsabilità sarebbe, invece, in grado di favorire l’acquisizione di attitudini morali (virtù) - questa è la novità rispetto al pensiero di Jonas - che permetteranno lo sviluppo della persona verso una “etica della prima persona” in vista della realizzazione, in generale, del proprio bene e, nel caso particolare, di quello che - come ebbe già modo di osservare Cartesio - è il “maggior” dei propri beni: la salute. E, in tal senso vanno letti i contenuti della Carta di Ottawa del 1986, la quale specifica che la promozione della salute va intesa come un processo che mette le persone in grado di aumentare il controllo della propria salute, identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, cambiare l’ambiente circostante e farvi fronte (12). Non solo il protagonista è la persona e non l’istituzione, ma quest’ultima deve mettere la prima nelle condizioni di potere (*empowerment*) e sapere scegliere, assicurando nel contempo condizioni di benessere fisico, psichico e relazionale.

Assicurare equità nei trattamenti sanitari

La domanda di salute e la crescente disponibilità di tecnologie sanitarie si devono confrontare - di continuo - con le risorse sanitarie disponibili. Che le risorse siano o meno scarse, siano o meno mal utilizzate, è un dato di fatto che l’eterogeneità delle condizioni in un singolo Paese o tra i diversi Paesi interroga su quali decisioni prendere e in base a quali criteri (13). Il termine “decisione” chiama già in causa la dimensione etica, sulla quale conformare - poi - la decisione stessa: dimensione etica resa ancor più cogente dall’inevitabile intersecarsi con dinamiche economiche e politiche. E, se obiettivi della sanità pubblica devono essere il miglioramento della salute e il benessere dei singoli, come si fa a garantire a tutti un trattamento equo?

Muovendo dalla distinzione classica tra giustizia commutativa (regola e controlla i rapporti tra gli individui, ovvero gli scambi, le transizioni e i contratti) e giustizia distributiva (distribuisce le risorse disponibili), la nozione di equità si colloca nell’area delle questioni della giustizia distributiva, cioè di un particolare criterio normativo con cui si intende affrontare le questioni di distribuzione delle risorse.

È evidente che, seppure sia necessario definire ulteriormente il concetto di equità, la nozione stessa si contrappone ad interpretazioni liberali o utilitariste di giustizia. Secondo il liberalismo individualista, lo Stato non deve interferire con le decisioni del singolo, ma limitarsi a metterlo nelle condizioni di esercitare la propria autonomia attraverso norme adeguate e la promozione dell’economia di mercato. E, se da

una parte vi è il vantaggio di garantire la massima libertà individuale, dall'altra si escludono di fatto tutti coloro che sono in condizioni di grande vulnerabilità: la logica del profitto prevale, di fatto, sulla logica della solidarietà e del prendersi cura. Secondo la visione utilitarista, ogni scelta va giudicata in base alla somma complessiva di utilità che genera. L'obiettivo principale è la ricerca del massimo beneficio per il maggior numero di persone a fronte della minimizzazione dei costi. Ne consegue che, anche se in apparenza si tiene conto dell'interesse della collettività, si escludono - di fatto - le persone considerate "inutili" e, quindi, non degne di vivere: con una prevalenza dell'utile sociale sull'utile individuale. Lo Stato ha, così, il compito di intervenire non in risposta a specifici bisogni, ma solo per realizzare l'utile collettivo.

Un fondamento dell'equità potrebbe essere, allora l'egualitarismo sociale che privilegia le esigenze sociali sulla libertà individuale. La sanità egualitarista si dovrebbe fondare sul diritto alla salute, di cui uno Stato deve farsi carico: bisogna dare a ciascuno in modo uguale e a chi è indigente ciò di cui ha bisogno. Solo in questo modo è possibile sanare quelle disuguaglianze che la lotteria naturale e la lotteria sociale inevitabilmente causano. E se auspicare l'istituzione di servizi sanitari ad accesso universale (per tutti) e su base solidaristica è un fatto - senza dubbio - positivo, non bisogna sottovalutare le criticità. Ad esempio, quale è il fondamento dell'uguaglianza e dei diritti? Se è l'attribuzione, i diritti dipenderanno solo dalla volontà sociale che li attribuisce e potrebbe anche non riconoscerli più. L'uguaglianza dell'egualitarismo non tiene, inoltre, conto delle differenze individuali che influenzano la stessa condizione di salute. Basti pensare alle differenze che dipendono dal patrimonio genetico dei singoli soggetti, o alle circostanze fortuite, o ai comportamenti liberamente scelti.

Si deve, invece, tendere a garantire quanto risulta efficace a tutti secondo i propri bisogni: altrimenti, si corre il rischio che trattando tutti allo stesso modo si creino ulteriori disuguaglianze e discriminazioni e si privilegi la quantità alla qualità. Assicurare, dunque, un trattamento equo, rispettando sì l'uguale dignità di tutti gli esseri umani a prescindere dalla loro condizione esistenziale, ma anche - nel contempo - i differenti bisogni di ciascuno relativi allo stato di salute o malattia. A prescindere dalle singole esigenze dell'equità e delle singole decisioni, il fondamento di una scelta equa non può, allora, che essere la persona nella sua realtà - nel contempo - sostanziale e concreta con l'obiettivo di metterla nelle condizioni di raggiungere il massimo potenziale di salute consentito dalla propria situazione. La persona come misura dell'intervento in sanità pubblica; la tutela della salute e della vita come bene prioritario; la giustizia come strumento funzionale al bene. In que-

sto contesto, la giustizia distributiva porta a dare a ciascuno ciò che gli spetta oggettivamente (perché essere umano) e concretamente (in ragione del bisogno specifico) e si interseca con quel principio di socialità - proprio della giustizia commutativa - che impegna il singolo a realizzare se stesso “nella” realizzazione del bene comune. E’, però, possibile pensare ad un “bene comune” quale punto di incontro tra i bisogni individuali e le necessità sociali?

Se “la società è una relazione, una relazione reale (perché pone qualcosa di reale negli individui che la compongono e che l’arricchiscono), ed è costituita per il bene degli individui, per il bene comune [...]”, il “bene comune significa dire il bene di tutti e di ciascuno, un bene che non deve - allora - mai togliere all’individuo quello che è essenziale per essere uomo” (14). Il bene comune incontra, allora, la sua chiave di lettura e la sua ragione d’essere in una realtà dinamica e partecipativa: dinamica in quanto vive la tensione tra natura e storia; partecipativa in quanto si costituisce nel confluire stesso delle persone, tanto da avere spessore nella misura in cui tutti vi partecipano.

Nell’ambito della sanità pubblica, questo si traduce in una particolare attenzione ai bisogni di ciascuno, evitando di privilegiare le logiche del libero mercato o dell’utilità o dell’eguaglianza intesa come livellamento minimo. Con riferimento - nelle singole scelte - ai criteri di urgenza, di proporzionalità terapeutica, di sussidiarietà. E la solidarietà: tra i popoli; tra le persone; tra le generazioni.

La centralità della domanda etica

“La prima decisione da prendere quando si sviluppa una strategia di salute pubblica deve essere decidere le basi filosofiche sulle quali essa si fonda” (15). Un’affermazione questa, nella quale McKee sembra voler sintetizzare due aspetti della riflessione in sanità pubblica:

1. non si può prescindere - come in tutto l’agire umano - dalla dimensione etica, che deve divenire non solo uno dei pilastri su cui fondare il funzionamento dei sistemi sanitari, ma anche la misura per le scelte economiche e per la valutazione delle evidenze scientifiche;

2. chiamare in causa la dimensione etica significa, poi chiarire le ragioni ultime - “le basi filosofiche” - che orientano verso una scelta.

Una scelta fortemente condizionata - a sua volta - dal significato e dal senso che si dà alla vita.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Swain GR, Burns KA, Etkind P. Preparedness: Medical Ethics versus Public Health Ethics [editorial], *J Public Health Management & Practice* 2008; 14 (4): 354-357.
2. Pellegrino ED, Thomasma DC, *A philosophical basis of medical practice*, New York: Oxford University Press, 1981.
3. Lee LM, Heiligh CM, White A. Ethical justification for conducting public health surveillance without patient consent. *Am J Public Health* 2012; 102(1):38-44.
4. Dawson A, Verwei M, *Ethics, prevention and public health*, Oxford: Clarendon Press, 2007.
5. Thomas JC. Teaching ethics in schools of public health. *Pub Health Rep* 2003; 118: 279-286.
6. Beaglehole R Public health in the new era: improving health through collective action. *The Lancet* 2004; 328:2084-2086.
7. Petrini C. Triage in public health emergencies: ethical issues. *Intern Emerg Med* 2010; 5:137-144.
8. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*, 2002; 167(4): 363-364.
9. Buchanan DR. Autonomy, Paternalism, and Justice: Ethical Priorities in Public Health. *AJPH* 2008; 98: 15-21
10. Aristotle, *Nicomachean Ethics*, New York: Cosimo Inc., 2007.
11. Jonas H., *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt: Insel, 1985.
12. Santos Ferreira M, Castiel LD. Which empowerment, which health promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practice, *Cad Salude Publica* 2009; 25 (1): 68-76.
13. Ricciardi W. Health in Europe-policies for progress. *The Lancet* 2013; 38: 1075-1076.
14. Vanni Rovighi S., *Istituzioni di filosofia*, Brescia: La Scuola, 1982: 150.
15. McKee M., Raine R. Choosing health? First choose your philosophy. *The Lancet* 2005; 29: 369-371.



IL CONTRIBUTO TRASFORMATIVO DEL COACHING PER L'ETICA IN SANITÀ

F. Di Coste, V. Balbi, S. Camerini, D. Mattoni *ITCF Learning Community*

Una delle questioni calde che riguarda i sistemi sanitari nel mondo, e in particolare la nostra Sanità Pubblica, è quella di comprendere in che modo si possano attuare e valutare dei programmi edu-formativi che, da una parte, incoraggino la pratica dell'etica e, dall'altra, riducano il tasso di "corruption" all'interno dei singoli sistemi. In questo studio sono stati considerati i livelli di "corruption" che vanno al di là dei reati sanzionati dal codice penale. Vengono invece osservati, inquadrati e in qualche modo suggerite delle "cure" per l'insieme dei comportamenti che costituiscono il "corteo sintomatologico" determinato da carenza di etica in sanità. Questo corteo di sintomi, sul piano gestionale e dei comportamenti, si palesa attraverso una serie di disfunzionalità quali: assenteismo, vittimismo, negligenza nell'esercizio del ruolo, abuso di autorità o conflitto di interessi nell'esercizio di funzioni sanitarie, frapposizione colposa di ostacoli amministrativi nell'accesso alla cure, inefficienza manageriale e carenza di *leadership*. Si tratta di un insieme di sintomi connaturali ad un clima socio-organizzativo disfunzionale, perché non più integro, e che per tale ragione concorrono a produrre:

1. un deficit di *performance* del sistema
2. un ritardo nell'ottenere atti diagnostici e terapeutici per la collettività
3. un dilatamento dei costi sanitari
4. una riduzione della qualità del servizio ai pazienti
5. un vulnus al principio di equità nell'accesso alle cure

Proposito dello studio

Il bisogno di indagare quali programmi e metodi possano rilanciare il concetto e le prassi dell'etica in sanità, non è solo di interesse sociologico o epistemologico, ma ha un carattere urgente e pratico connesso alla drammatica riduzione dei fondi disponibili per il Servizio Sanitario Nazionale, in concomitanza con la crisi della finanza pubblica dello Stato italiano.

Il processo di aziendalizzazione che ha riguardato la Pubblica Amministrazione in questi anni ha determinato la necessità di implementare modelli organizzativi in grado di governare la forte complessità che caratterizza le aziende sanitarie. Il processo di adeguamento organizzativo ha comportato un progressivo cambiamento di prospettiva nella gestione del personale, così come abbiamo osservato avvenire nelle Aziende Industriali: accanto all'orientamento al **cliente esterno** si è cominciato

a sviluppare l'attenzione anche al **cliente interno**, ai lavoratori che costituiscono la risorsa strategica delle organizzazioni sanitarie. Si è diffusa la consapevolezza della necessità di pensare al benessere organizzativo, al **ben-essere e al ben-stare** dentro le organizzazioni.

Il Gruppo di Lavoro ICTF (Idee che TrasFormano), che da tempo si misura con la sfida dell'impatto dei programmi di coaching nell'ambito della Pubblica Amministrazione, si è posto i seguenti obiettivi:

- **Chiarire la natura e il metodo degli interventi edu-formativi** in ambito socio-organizzativo, con particolare riferimento al *Coaching* nel contesto di Sanità Pubblica
- **Esporre e rivedere i risultati ottenuti in alcuni contesti organizzativi** che presentino similitudini con quello della Sanità Pubblica
- **Definire quali parametri possono essere modificati** per creare un clima organizzativo improntato all'etica, nelle ASL e nelle A.O., allo scopo di ripristinare il senso di equità nei servizi sanitari fruiti dalla popolazione
- **Presentare un piano ISPE-ICTF** per promuovere delle *partnership* tra decisori politico-amministrativi e consulenti di sviluppo personale/organizzativo, allo scopo di ottenere il massimo impatto possibile in tutti gli ambiti in cui si andrà ad operare con interventi edu-formativi di etica in Sanità Pubblica

La premessa del Coaching ne anticipa la promessa

Espressioni come «tirare fuori il meglio da una persona» e «le vostre potenzialità nascoste», ormai scientificamente acclamate dalla psicologia, implicano che all'interno dell'individuo esistano capacità che attendono soltanto di essere liberate. Se un *manager* o un *coach* non sono essi stessi convinti per primi che le persone possiedono molte più capacità di quelle che esprimono normalmente, allora non riusciranno mai ad aiutarle a liberare le loro **potenzialità inesprese**. Si deve guardare alle persone in termini di potenzialità, non di *performance*¹.

Il *Coaching* è una “Professione d'aiuto” regolata dalla legge 4/2013 e permette a persone, manager e dirigenti che lo desiderano di “definire **percorsi di miglioramento** strutturato e misurabile”.

Si fonda sulla premessa che ciascuna persona ha già in se le risorse e le capacità necessarie per realizzare il cambiamento desiderato. L'aiuto di un Coach professionale pertanto si può sintetizzare nel definire l'obiettivo di cambiamento facendone contemporaneamente emergere impedimenti e ostacoli, reali o percepiti. Lavorando sulla **Consapevolezza** delle persone, il Coaching consente di recuperare gli aspetti che stimolano la **Responsabilità**, l'Impegno e la Motivazione di ciascuno, salvaguardando i propri Valori nel contesto sociale e collettivo in cui si è inseriti. Il Coaching

mira dunque allo sviluppo della Responsabilità. Come effetto collaterale di questo approccio si rileva una nuova definizione di se stessi e delle organizzazioni in cui siamo inseriti basata sul paradigma “Nessun Alibi”: se il risultato dipende soprattutto da me, non ho più alibi. Non vale più scagionarmi dai piccoli insuccessi adducendo situazioni di comodo. L’esperienza di *coaching* in varie aziende ed amministrazioni dimostra al contrario che il *coaching* è strumento adeguato e idoneo ai contesti più disparati: dalla riorganizzazione di un Carcere di Massima Sicurezza alla pianificazione di attività complesse come nella gestione di una Nave da Crociera.

In un’organizzazione in cui il *Manager* è orientato ad esprimere la sua *leadership* come *Coach*, il “Capo sa ciò che deve essere realizzato” ma è il collaboratore che “sceglie come farlo”². Tale impostazione salvaguarda sia le prerogative piramidali e verticistiche che nelle organizzazioni diffondono i livelli di responsabilità aziendale e manageriale ma anche l’ambito di autonomia del singolo collaboratore che potrà sviluppare autonomamente la propria competenza tecnica, crescendo in **autostima** e diventando un collaboratore migliore.

Un buon *Manager* è colui che desidera e lavora affinché egli stesso ed i propri **collaboratori** diventino “migliori”.

Queste sono le **qualità** che il *Coaching* consente di Sviluppare sia nel *Manager* che nel collaboratore:

Pazienza, Imparzialità, Saper Incoraggiare, Essere Coinvolgente, Essere un buon ascoltatore, Saper gestire il proprio Intuito, Essere consapevole delle proprie e delle altrui possibilità, Dimostrare Attenzione, Essere capace di ricordare, Saper far leva sui valori propri e dei collaboratori.

A volte si migliora anche in aspetti più squisitamente “tecnici” come l’Abilità Tecnica, la Competenza, la Credibilità Professionale.

E ciò accade perché il *Coaching* lavora sulla **Consapevolezza** e la Consapevolezza genera Apprendimento. “La Consapevolezza è la conoscenza di quanto accade attorno a noi. La Consapevolezza di noi stessi è la conoscenza di ciò che proviamo dentro di noi”³.

Gli strumenti del Coaching

In che modo può avvenire tutto ciò? Come il *Coaching* è in grado di mantenere la sua promessa?

Domande. Il *Coach* non ha risposte prestabilite, non fornisce soluzioni confezionate. Piuttosto stimola la perlustrazione di possibilità “altre” attraverso Domande: il *Coach* pone Domande. Alla base del meccanismo di scoperta del “non ancora sperimentato” vi è la “fiducia” nella novità e nella capacità che ciascuno ha di rigenerare nuovi interessi e risvegliare nuove risorse se solo gli viene consentito.

2 J. Whitmore – Coaching – S&K

3 J. Whitmore – Coaching – S&K

Feedback. Il *Coach* non giudica, non valuta secondo propri parametri i comportamenti delle persone. Piuttosto restituisce “**dati di Realtà**” che accadono durante il percorso professionale, favorendo un “effetto specchio” sempre al fine di aumentare la Consapevolezza dei *Manager* sui propri comportamenti visibili e sulle proprie convinzioni che affiorano nel linguaggio.

Risultato del Coaching

Il risultato degli interventi di *Coaching* tiene presso organizzazioni strutturate, aziende, P.A., organismi privati e statali è quello di un diffuso ed apprezzato senso di soddisfazione sia da parte del Management che dei collaboratori; abbiamo registrato la possibilità di “misurare” grandezze credute non controllabili come l’impatto dello Sviluppo dell’autonomia dei singoli collaboratori e quello sulla redditività delle Unità Organizzative.

Va infine ricordato che il *Coaching* non crea dipendenza ma al contrario libera l’autorevolezza e il desiderio teso al **costante miglioramento** sia delle persone che delle organizzazioni.

Riportiamo, a titolo esemplificativo e non esaustivo, un tipo di risposta che il coaching fornisce alla *Governance* e che può essere utile ai fini della costruzione di un clima socio-organizzativo improntato all’etica.

Tabella 1

OSSERVATO DAI COACH	RIFERITO DAI MANAGER
Il percorso ha favorito un’evoluzione dello stile di leadership verso una modalità maggiormente assertiva nella partecipare alla promozione di un clima etico in azienda.	Le sessioni di coaching hanno rappresentato un momento prezioso di riflessione a “bocce ferme” che mi ha permesso di divenire più consapevole dei miei punti di forza, delle esigenze inerenti al mio ruolo e anche alle situazioni critiche latenti con le quali sono chiamato a confrontarmi
Il percorso ha prodotto un rafforzamento della proattività; i team leader manifestano maggior consapevolezza e serenità nel gestire il proprio ruolo in rapporto ai temi e alle criticità poste dalla carenza di senso etico.	Ho trovato molto utile ricevere dei feedback diretti e specifici – attraverso dei “giochi di ruolo” -, sulle mie competenze, in quanto mi ha permesso di osservare alcune aree sensibili che non avrei altrimenti notato.
E’ abbastanza diffusa tra alcuni Manager la consapevolezza della necessità di un cambiamento verso un’Azienda Pubblica che dia maggior spazio al rinnovamento e alla ricerca, e che parli un’ unica voce; riferiscono una certa fatica a far conoscere il valore e l’importanza dell’operato della propria area funzionale ai propri collaboratori ed esprimono l’esigenza di avere una comunicazione più assidua con i propri referenti di vertice.	Ho sperimentato l’utilità degli strumenti metodologici che mi sono stati offerti nel percorso di coaching, e persino lo scambio di mail periodiche, di report e di monitoraggio costituiscono una sorta di cruscotto dal quale poter attingere successivamente

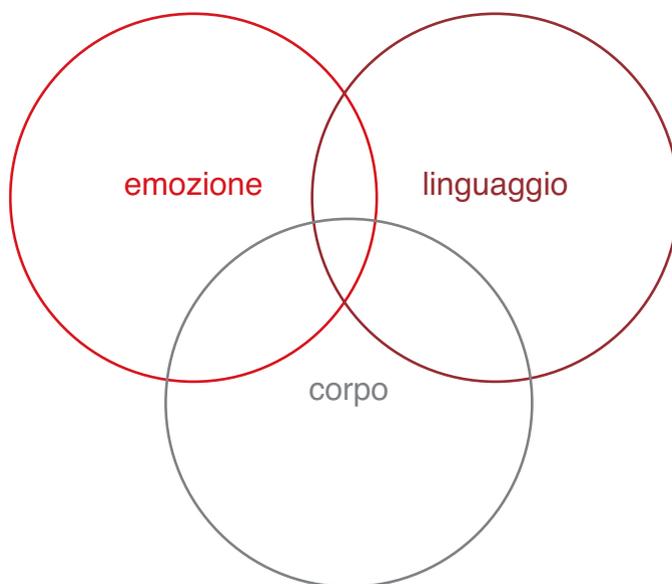
Le metodologie e le finalità del Coaching

Tutti gli interventi edu-formativi prevedono percorsi di sviluppo diversificati, in quanto sono “disegnati” in risposta a specifici fabbisogni formativi di aziende pubbliche e private, e perciò contemplano l'utilizzo di diversi approcci e metodologie.

- Il **Coaching individuale** prevede rapporti di *coaching one to one*. Il coaching è un servizio flessibile e personalizzato che facilita un pieno sviluppo ed utilizzo delle potenzialità del manager sanitario, in funzione del raggiungimento di alcuni obiettivi concreti, connessi al suo ruolo e alla sua unità organizzativa: Reparto, Distretto, Direzione.
- Il **Team coaching** si fonda sugli stessi due principi del *coaching* e costituisce una forma di allenamento volta a rendere una squadra “**capace di rendersi capace**”. Risulta fondamentale nell'approccio del *Team coaching* la definizione di un obiettivo di miglioramento condiviso all'interno del *Team*. Per esempio in una società generale di I.T. posseduta al 100% dal Ministero dell'Economia e Finanza abbiamo constatato come la 1° linea dei Dirigenti sperimenti un'oggettiva difficoltà a motivare la generazione dei 30-40enni. In particolare registriamo il desiderio di incoraggiare queste risorse ad una maggiore professionalizzazione e a mettersi al passo con i settori più innovativi della Pubblica Amministrazione. Questa aspettativa viene correttamente comunicata a tutte le strutture e tradotta in obiettivi attraverso l'avvio di 6 percorsi paralleli di *Team Coaching*, tanti quanti sono le Direzioni coinvolte.
- Il **TrainingCoaching®** si basa su un approccio sistemico, multidisciplinare, che facilita la realizzazione di processi di apprendimento e di cambiamento, coniugando alcuni contributi delle scienze umane e manageriali con elementi di intrattenimento creativo ed educativo. Il *TrainerCoach®* integra ed orchestra spunti provenienti da diverse discipline (come ad esempio la formazione outdoor, il brainstorming, la narrazione di storie di successo, tecniche meditative, improvvisazione teatrale, visualizzazioni guidate, OMT, giochi di ruolo ecc..), coinvolgendo mente, emozioni e corpo.
- La **Formazione** aiuta a definire e a rafforzare specifiche competenze. Lo fa coniugando una parte didattica-espositiva, detta anche frontale, a una parte attiva, in cui i partecipanti si impegnano – attraverso giochi di ruolo e simulazioni, a sperimentare le competenza che hanno appreso.

Il modello di *coaching* al quale aderisce ISPE Sanità è quello di ICTF, cioè un modello olistico, che investe tutti i domini: emotivo, cognitivo, sensoriale e corporeo. L'esperienza ci ha insegnato che l'apprendimento può essere realmente efficace e duraturo solamente se agisce su tutti questi domini.

Figura 1



Per questo è fondamentale, nella gestione degli interventi, inserire dei momenti di apprendimento attivo, che diano spazio a tutti e quattro questi ambiti, ad esempio attraverso giochi di ruolo mirati, o delle tecniche creative, *brainstorming*, esercizi teatrali e altri simili.

Un intervento di TrainingCoaching® e di Formazione è in genere preliminare a quello di *Coaching* o di *Team Coaching*. Il TrainingCoaching® serve a “risvegliare” energie motivazionali e a delineare il “quadro” attuale e i *gap* che si vogliono colmare. Può essere talvolta coniugato a una parte più formativa, che aiuti a individuare e potenziare alcune “competenze chiave”.

Il *coaching* può subentrare in una seconda fase, per aiutare ciascun dirigente o manager sanitario a lavorare su un piano di miglioramento personalizzato e di potenziamento della propria performance etica.

Il *Team Coaching* può accompagnare, nel tempo, un <<gruppo di lavoro>> al raggiungimento degli obiettivi e dei miglioramenti del clima etico, messi a fuoco nella prima fase, come dal flusso qui rappresentato:

TrainingCoaching®→Formazione→Team Coaching/Executive Coaching

Attraverso il TrainingCoaching® viene creato un “contenitore” e un contesto. L’impiego delle domande e le esperienze proposte dai TrainerCoach® aiutano i partecipanti a far emergere elementi di consapevolezza, a re-incorniciare problemi e frustrazioni in uno spazio-dimensione di **fattibilità etico-sociale**, a mobilitare risorse e potenzialità latenti.

Il punto di partenza rimane dunque l’esperienza professionale e organizzativa dei partecipanti. Il contesto organizzativo viene passato allo *scanner*, attraverso una fase di *audit on the job*. È utile ricordare che le aspettative dei vari approcci metodologici cambiano sulla base della relazione che si stabilisce tra l’esterno (Docenza, Consulenza, Coaching) e l’interno (Partecipante-Discente, Cliente, Partner)
Nella tabella qui sotto riportiamo le differenze tra i vari approcci di intervento educativo

Tabella 2

COACH	PARTNER
Esperto nella facilitazione di processi di apprendimento; Esperto di dinamiche evolutive	Esperto e competente del proprio ambito Obiettivi auto-realizzativi e di costruzione di senso
CONSULENTE	CLIENTE
Esperto in un particolare ambito tecnico-scientifico; Portatore di un “saper fare” utilizzabile nel contesto del cliente	Obiettivi e bisogni da soddisfare; Aspettativa di una soluzione “a misura”
DOCENTE	PARTECIPANTE-DISCENTE
Esperto in un particolare “dominio di saperi” Obiettivi di insegnamento e di trasferimento di conoscenze	Desiderio di conoscenza e aspettativa di ricevere dati e informazioni utili per la propria crescita professionale

Nella fase di rilevazione si stimolano i partecipanti a delineare il quadro attuale, gli elementi del proprio contesto, esprimendo anche i propri “mal-di-pancia”. Attraverso le domande potenti i partecipanti individuano cause ed effetti, distinguendoli dai sintomi. Ad esempio, una mancata definizione di obiettivi e di responsabilità all'interno di una Direzione Sanitaria può produrre – come effetti – uno scarso orientamento al risultato in termini di compliance etica e una bassa motivazione a prestazioni terapeutiche di qualità. Alcuni sintomi derivanti da questi fatti possono essere un “clima lassista” sul piano organizzativo, una mancanza di coordinamento tra diversi reparti, un vagare incerto dei pazienti alla ricerca di dati, informazioni, esiti terapeutici ecc..

L'intervento prescrittivo con il quale si agisce come *Coach*, lavora sulle cause e aiuta i *Manager* a **trasformare le frustrazioni in dati che si possono elaborare, quindi in fattori di “opportunità”** ed i desideri in obiettivi. Per favorire un maggior orientamento al risultato, per esempio, non basta indicare la causa, ma occorre fare appello alle risorse motivazionali e valoriali del *team* attraverso un “Visioning e Goal Setting”, un momento fondativo che porta i *Team Leader* a trovare energie e risorse interne alla propria squadra per **rispondere prima ai perché e poi ai come**. Inoltre i Coach supportano i manager sanitari ad agire su alcuni elementi del contesto (*social determinants*), comprese alcune *routine* organizzative che possono accrescere le iniquità e ridurre la qualità dei servizi. Negli interventi prescrittivi viene infine promosso il rafforzamento di alcune competenze chiave (ad es. la capacità di delegare o di *feedback*), e vengono fornite alcune linee guida operative e comportamentali, (attinenti, ad esempio, la definizione di obiettivi ben formati e la loro condivisione tra i diversi reparti).

Tutto ciò ha un senso esplicitarlo dopo che si sono attivate le **motivazioni e l'impegno** dei professionisti e *Manager* coinvolti. Per questo motivo è opportuno partire dalle sessioni di TrainingCoaching®

Ed è proprio in questi ambiti che il *coaching* – e il TrainingCoaching® – esprimono tutta la loro efficacia, in quanto sono i *Manager* stessi a guidare il “processo”, con la facilitazione dei TrainerCoach®, e sono loro stessi che apprendono a fare delle **scelte etiche**, assumendosene la piena responsabilità. Infatti il TrainerCoach® può facilitare, stimolare, offrire *feedback* mirati, ma mai forzare delle decisioni. E' proprio questo elemento di **“allenamento alla scelta”** a rendere il *Coaching* particolarmente efficace nel favorire un maggior senso di responsabilità degli attori coinvolti.

Le azioni edu-formative agiscono quindi su diversi livelli – che possono essere sintetizzati dal seguente modello (Livelli Logici di Bateson, modificato da ICTF):

Tabella 3

				V IDENTITÀ (Chi sono io, missione, scopo) <i>Domanda fondante: Chi</i>			
			IV VALORI E CONVINZIONI (Permesso e motivazione, significati e credenze) <i>Domanda fondante: Perché</i>				
		III CAPACITÀ (repertorio di strategie, stili di apprendimento e stili cognitivi, stati interni, mappe e piani) <i>Domanda fondante: Come</i>					
	II COMPORTEMENTI (cosa faccio abitualmente, repertorio di comportamenti abituali, azioni e reazioni) <i>Domanda fondante: Che Cosa</i>						
I AMBIENTE (stimoli esterni, dove e quando, cosa sperimento/provo nella mia relazione con l'ambiente, limitazioni e opportunità) <i>Domanda fondante: Dove e Quando</i>							

Secondo questo modello, il cervello, e di fatto ogni sistema biologico o sociale, è organizzato in livelli: il cervello ha diversi livelli di elaborazione, cui corrispondono diversi livelli di pensiero e di modi di essere. Quando lavoriamo per comprendere il cervello, o per **cambiare dei comportamenti**, abbiamo bisogno di prendere in considerazione ciascuno di questi livelli.

Occorre quindi individuare i “colli di bottiglia” delle *performance* nei vari contesti di Sanità Pubblica. Ad esempio, uno scarso senso di appartenenze (**livello identità**) si accompagna in genere a una comunicazione poco aperta, veloce e chiara nei reparti e tra i reparti (**livello capacità**), ad atteggiamenti e malvezi evasivi rispetto ai propri impegni e responsabilità (livello comportamento), e a un sistema di credenze – più o meno fondate – che giustifica lo scarso senso di appartenenza (**livello convinzioni**).

In un intervento di TrainingCoaching® si indagano anche gli elementi che vengono adottati a fondamento di queste convinzioni, per distinguere i fatti oggettivi, eventualmente suscettibili di “intervento prescrittivo”, dalle mere rappresentazioni soggettive che gli attori avranno la possibilità di modificare, o quanto meno di relativizzare, dopo l'intervento.

Una volta delineato il contesto attuale, si aiutano i *manager* e *leader* sanitari, attraverso *brainstorming* mirati, a individuare scenari possibili: questo **processo di esplorazione** è finalizzato alla individuazione di una situazione desiderata/ideale di

approdo del PerCorso edu-formativo - che sia al contempo realizzabile – che possa assumersi come “meta finale”. Si aiuta il *team*, infine, a definire le differenze tra la situazione attuale e la situazione desiderata (in termini di competenze da rafforzare, routine organizzative da modificare, nuove prassi da inserire, ecc...), e a **identificare le traiettorie** del cambiamento, e i parametri di processo che permetteranno di misurarlo.

In alcuni casi, benché si agisca sulle componenti *soft* delle prestazioni, è tuttavia possibile arrivare a misurare il ROI di un intervento di *Coaching* e di TrainingCoaching®, in termini di **risparmio economico**.

La risposta trasformativa del Coaching

Il *Coaching* è per sua natura lo **strumento migliorativo** che più si addice ad interventi di tipo relazionale nelle organizzazioni complesse. In particolare rispetto all'Etica nella Sanità Pubblica sono diversi gli attori chiamati in causa con differenti ruoli. Una volta definito il quadro normativo al cui interno possono muoversi i *Manager* sanitari, il *Coaching* diventa lo strumento più adatto per interventi edu-formativi finalizzati ad incidere sugli aspetti comportamentali e competenziali, a vari livelli organizzativi nelle ASL e nelle A.O.

La sintesi di uno studio PricewaterhouseCoopers del 2013 sulla Corruption in Sanità, qui riportata, indica nello specifico quali possano essere **le aree di miglioramento** da perseguire mediante interventi di *Coaching*.

Tabella 4

Corruption nel Sistema Sanitario
1° Corruzione in senso stretto (estrapolata)
2° Inefficienza (3% della spesa totale)
3° Sprechi (18% della spesa totale)

Il *Coaching* si candida a definire **obiettivi di miglioramento strutturati e misurabili** nel secondo e nel terzo ambito della *Corruption* di sistema totale (Inefficienze + Sprechi), lasciando il primo ambito agli attori istituzionalmente preposti a combattere gli illeciti ed i crimini finanziari (Ministero della Salute, Guardia di Finanza, Nas, Magistratura e altri organi regolatori e di controllo della spesa sanitaria).

Come indicano diversi studi, alla base di un **buon clima etico** risulta necessario, ma non sufficiente, che i processi di selezione del personale direttivo nella Sanità Pubblica siano improntati a criteri di massima integrità. Oltre ad essere un criterio di

sana trasparenza, quello della corretta selezione produce un migliore ambiente di lavoro anche per effetto della rimozione di alibi e sospetti verso i profili apicali che, diversamente, potrebbero apparire dei professionisti cooptati al ruolo di Direttori Generali, Amministrativi o Sanitari secondo un meccanismo clientelare. Durante alcune nostre interviste al personale ASL abbiamo riscontrato infatti un preconceito in base al quale per entrare in azienda e fare una buona carriera non occorra dimostrare qualità a differenza delle ditte esterne. Su questi processi di selezione sarebbe tra l'altro possibile intervenire, in sede di selezione, attraverso interviste semi-strutturate tese a misurare il livello di propensione etica del candidato.

Al di là della correttezza del processo selettivo, l'**approccio di Coaching** risulta utile ed opportuno in due altri passaggi fondamentali della vita organizzativa delle strutture sanitarie:

- La fase di ingaggio motivazionale e di allineamento ai fini istituzionali;
- La fase di pianificazione ed orientamento delle prestazioni etiche del personale;

Una valida analisi aiuta le organizzazioni sanitarie pubbliche, di ogni tipo e dimensioni, a capire quale relazione ci sia tra il concetto di Missione e i Valori Organizzativi che ne sono alla base. Altra fondamentale distinzione è quella relativa alla definizione dei Ruoli e delle relative responsabilità in termini di competenze, attività ed obiettivi.

A cascata ne derivano una serie di possibili **interventi sulla cultura etico-organizzativa** dai quali dipende l'integrità complessiva del Sistema e il conseguente grado di soddisfazione della popolazione, in termini di qualità percepita e ricevuta.

Mentre, in fase di rendicontazione, è sempre possibile prospettare alla **Governance un'analisi dei Rischi/Opportunità** in senso etico, come da report qui riprodotto e riguardante un'Azienda interamente a controllo Pubblico.

Vogliamo qui fornire un modello di **Coaching Integrato**, comprendente vari strumenti e *setting* di consulenza, finalizzati a trasformare la cultura organizzativa delle ASL in senso etico.

Il primo obiettivo è quello di elevare il clima socio-organizzativo secondo criteri di eccellenza. Come dimostrato nelle ricerche di Great Place to Work[®], un ambiente di lavoro tende all'eccellenza quando vi sono le premesse e le prassi che incoraggiano le Persone ad **avere fiducia** le une nelle altre. Questo sentimento di fiducia, laddove viene alimentato e consolidato, genera nelle Persone come prima conseguenza un sano orgoglio per quello che fanno e per l'istituzione al cui interno operano. In seconda battuta determina un sano rapporto di "appartenenza" con i propri capi, colleghi e collaboratori.

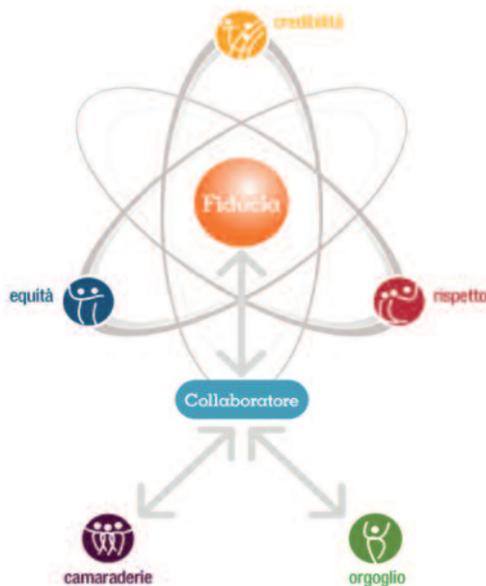
Tabella 5

AREE DI RISCHIO	AREE DI OPPORTUNITÀ
<p>- Diversi <i>manager</i> incontrano una difficoltà strutturale a motivare la generazione degli <i>over 40</i> sui temi etici. Si sentono poco professionalizzati per sostenere una comunicazione di questo tipo, pur riconoscendo che si tratta di un'azione lodevole che porterebbe la Pubblica Amministrazione al passo con i settori più innovativi della società.</p>	<p>- Manifestano un'adeguata maturità professionale che ha permesso loro di lasciarsi coinvolgere nel percorso di rilancio dell'Etica organizzativa; La loro esperienza <i>cross-divisionale</i> e le conoscenze delle cause e dei sintomi della "corruption sistemica" ne faciliterebbe il ruolo di Agenti di Cambiamento per prevenire e scoraggiare il protrarsi di atteggiamenti disfunzionali e poco etici.</p>
<p>- La scarsa abitudine a chiedere e ricevere <i>feedback</i> orizzontali tende ad appiattire i livelli di <i>performance</i> nelle Unità Organizzative;</p>	<p>- Presentano la capacità di sapersi mettere in gioco e di migliorarsi, se stimolati attraverso percorsi innovativi ed autentici; Sanno entrare bene in contatto con molteplici tipologie di interlocutori amministrativo - politici interlocutori istituzionali.</p>
<p>-Vi è uno smisurato timore nell'intervenire su comportamenti improduttivi e poco integri del personale dipendente per le imprevedibili conseguenze laddove dovessero poi gestire in prima persona le conseguenze o il contenzioso. Da qui, un clima di passiva rinuncia ad agire per la salvaguardia di un clima etico</p>	<p>-I <i>manager</i> più giovani appaiono pronti a raccogliere la sfida per costruire ed omogeneizzare una cultura della valutazione delle prestazioni in linea con i criteri di meritocrazia della nuova Sanità Pubblica</p>

Di seguito uno schema che riproduce i **valori cardini** da far emergere e consolidare per generare fiducia intra-organizzativa.

La fiducia è il principio cardine degli ambienti di lavoro eccellenti. Deriva dalla credibilità del *management*, dal rispetto riconosciuto ai dipendenti e dalla misura in cui essi ritengono di ricevere un trattamento equo. Il grado di orgoglio nei confronti dell'organizzazione, il livello di sincerità dei legami e un fraterno spirito di corpo tra dipendenti sono ulteriori elementi fondanti di organizzazioni eccellenti.

Figura 2



La **fiducia intra-organizzativa** è pertanto la prima leva utile per invertire il “corteo sintomatologico” determinato da **carenza di etica in sanità** e che si palesa attraverso: assenteismo, vittimismo, negligenza nell’esercizio del ruolo, abuso di autorità o conflitto di interessi nell’esercizio di funzioni sanitarie, frapposizione di ostacoli amministrativi nell’accesso alla cure, inefficienza manageriale e carenza di *leadership*. La fiducia intra-organizzativa è la chiave per mitigare sul nascere il malvezzo dello sfogatoio collettivo, rappresentato da dichiarazioni come quelle in calce recentemente rilasciateci in un’intervista sul campo, da parte di un Capo Distretto in una Asl campana:

- Vi è una totale incertezza nella programmazione del lavoro: per esempio non so a chi rivolgermi per chiedere i soldi per riparare la fotocopiatrice
- La maggiore causa di demotivazione è connessa al fatto del mancato riconoscimento economico e professionale; se un mio collaboratore vede che è difficile accedere ai livelli superiori non si sentirà coinvolto nel fornire dei suoi validi contributi
- Siamo rassegnati perché vi è anche una componente culturale nel fatto che ci attendiamo che le cose cambino sempre dall’esterno e tendiamo a custodire il piccolo orticello personale

Quando viene evocata la dimensione dell'etica ci si riferisce alla desiderabilità di comportamenti concreti ispirati a principi e valori quali: responsabilità, riconoscimento, inclusione, partecipazione, fiducia, trasparenza etc. I recenti contributi sul tema suggeriscono che questi principi e valori devono orientare il comportamento concreto di coloro che operano all'interno della Funzione Risorse Umane tutte le volte che sono chiamati a prendere decisioni in merito a chi formare, come valorizzare i contributi, quali incentivi attribuire, chi far partecipare, cosa negoziare col sindacato, e come farlo con il *management*.

Pertanto la possibilità di far evolvere questo quadro disfunzionale risiede proprio nella capacità del *Coaching* di responsabilizzare i **componenti del team direzionale**, di stimolare cioè il *Top Management* dell'ASL a divenire una Learning Organization "auto-organizzantesi"⁴, un'azienda in grado di trasformare la complessità organizzativo-relazionale in opportunità di concreta **innovazione sul piano etico**⁵.

Tuttavia, la porta di ingresso per arrivare alla qualità di comportamenti che rafforzino i legami fiduciari interni, creando una "moral suasion" favorevole alla costruzione di un clima socio-organizzativo etico, passa attraverso la ricerca di senso del proprio ruolo.

Il Piano Edu-Formativo qui proposto pone la ricerca di senso al centro dei Percorsi manageriali, la ricerca di senso come parte meno tangibile ma più intima di ogni ruolo, arte, mestiere e professione sanitaria che viene mobilitata e nobilitata quando affrontiamo le sfide più grandi, quelle che ci fanno sentire Uomini degni di Umanità⁶.

Il senso è l'area di intersezione di quattro domini sui quali il TrainingCoaching® incide in modo proattivamente etico:

II TALENTO: la forza e i doni che ciascun attore manageriale può recare nel SSN

La PASSIONE: ciò che da energia, motivazione ed ispirazione per lavorare a sostegno della sanità pubblica

I BISOGNI: ciò di cui il sistema necessita, inclusa la domanda di diagnosi e cura per i suoi cittadini

La COSCIENZA: quella flebile e costante voce interiore che incoraggia ogni *Manager* a fare il meglio che può, con le risorse di cui dispone, ovunque si trovi ad operare. Questa voce talvolta può sembrare soffocata quando il *Manager* si trovi ad operare in un contesto socio organizzativo caratterizzato dalla *corruption*. Il *coaching* – attraverso l'utilizzo di domande potenti - aiuta a "risvegliare" questa con-

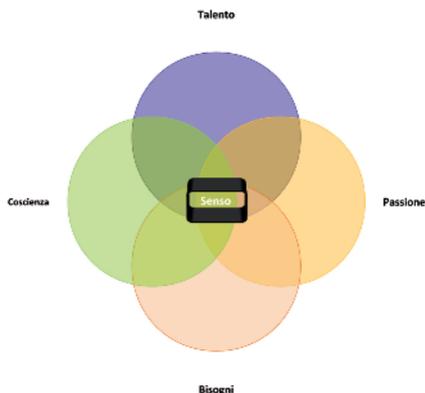
4 P. Senge La quinta disciplina – Sperling & Kupfer Editori

5 Di Giacomo Il nuovo Medico d'Italia: Etica e Sanità, Settembre 2007

6 Covey Le sette regole per avere successo – Franco Angeli Editori

sapevolezza, a nutrire e ad enfatizzare questa “voce”, restituendo al *Manager* la capacità di scegliere, in accordo ai propri valori e a quelli organizzativi. Nella rappresentazione grafica qui sotto viene semplificata la mappa dei *driver* – sollecitati dai *Coach* – che concorrono alla ricerca di senso nelle Aziende Sanitarie.

Figura 3



Il programma proposto da ISPE-Sanità in *partnership* con ICTF è basato su un approccio di apprendimento combinato (blended learning) che facilita l’elaborazione dei contenuti di apprendimento attraverso una pluralità di strumenti e di impostazioni di sessioni formative.

Nei due schemi che seguono (figura 4 e 5) si riporta la panoramica dell’intero Programma:

Figura 4

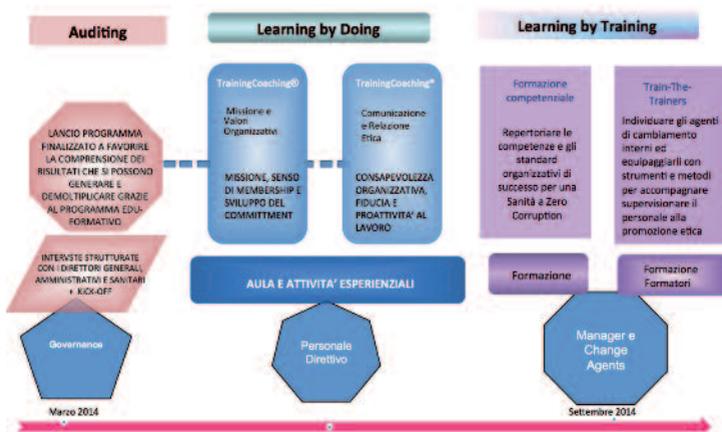
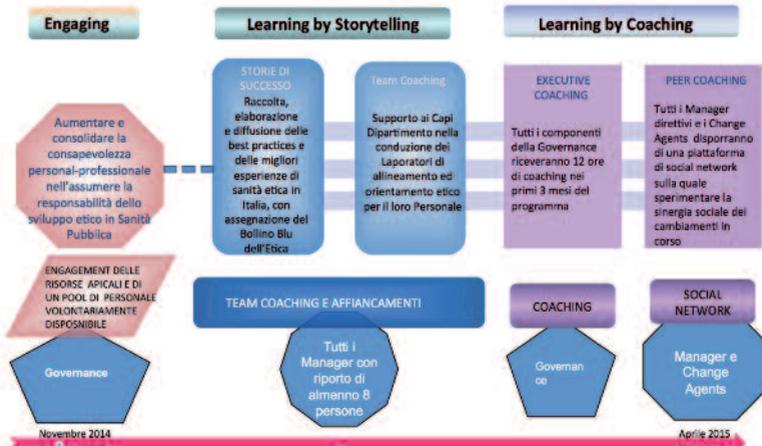


Figura 5



Le fasi. L'avvio del Programma Edu-Formativo, come in tutti progetti di *Change management*, prevede un *Auditing* nel corso del quale vengono condotte le interviste ai primi livelli dirigenziali. Viene inoltre avviato un "Incontro d'avvio" tra le funzioni di *Governance* finalizzato ad una rilevazione più affinata del contesto e della cultura aziendali; vengono infine dichiarati i <<saper-fare>> e i <<saper-essere>> impliciti, allo scopo di mettere a punto i successivi interventi del Programma. L'incontro d'avvio rappresenta il primo snodo significativo per far emergere i Valori organizzativi e diventa, esso stesso, un cantiere di condivisione e in parte di co-creazione del tenore emotivo-cognitivo dell'intero Programma.

Il TrainingCoaching®: il successivo intervento di TrainingCoaching®, riservato ai Dirigenti di primo livello, permette di generare apprendimento e cambiamento attivo in quanto ha la potenzialità di "risvegliare" energie motivazionali sopite. L'area elettiva sulla quale si può generare apprendimento è quella delle competenze, in particolare le competenze della Delega e del *Feedback* che risultano cruciali in questo contesto, perché generano **impegno e motivazione** in sintonia con la nuova "**moral suasion**" attesa dal Sistema.

In questa fase sono previsti dei momenti di affiancamento da parte dei TrainerCoach® verso i Responsabili delle Unità Organizzativa.

La Formazione delle competenze pro-etiche. Il *Team di Governance* verrà chiamato ad individuare degli Agenti di **Cambiamento interni** e, in questa fase, si procede a repertoriare le competenze e gli standard organizzativi di successo per una Sanità a Zero *Corruption*. I TrainerCoach® ISPE-ICTF passano così a formare i futuri formatori e mentori interni, insieme ai quali demoltiplicare gli sforzi e rendere possibile una <<vaccinazione massiva>> di carattere etico.

La fase di Engage. In tutti i processi di *Change management* è opportuno che il *top management* sia periodicamente tenuto in una tensione evolutiva verso il clima atteso. Per questa ragione, a distanza di alcuni mesi dall'avvio del Programma, risulta utile ed opportuno riattivare dei momenti di *Engage & Align* per il *Team di Governance*.

Il Team Coaching e la “Narrazione dei casi di successo”. Questi due momenti rappresentano le fasi di consolidamento dei risultati in progress. Infatti il *Team Coaching* ha lo scopo di focalizzare le Unità Organizzative, con i loro team leader, intorno alle buone pratiche del clima socio-organizzativo virtuoso e, al tempo stesso, di reperire storie di buona sanità, casistiche positive, attitudini edificanti del personale, esempi da emulare etc.etc. In questa fase vengono inoltre lanciate delle gare, su base volontaria, per stimolare la condivisione dell'etica nel proprio contesto lavorativo e promuovere i <<Bollini Blu dell'Etica>> in quelle Unità Organizzative che si sono distinte nell'applicazione del Programma.

L'Executive Coaching. La fase finale del Programma prevede il mantenimento dei progressi compiuti attraverso sessioni di *coaching* dirette alla prima dirigenza. Nel corso delle sessioni, partendo dall'unicità del manager in quanto individuo, si proporrà di operare un cambiamento, una trasformazione che possa migliorare e amplificare le proprie potenzialità per raggiungere gli obiettivi pro-etici attinenti alla sfera personale, di *team* e organizzativa. Obiettivi che sono in parte emersi nel corso delle precedenti sessioni formative ed in parte sono sollecitati dalla consapevolezza del *manager* stesso, alla luce del contributo che intende dare al recupero di un sano clima organizzativo.

Social Network. In chiusura di Programma, viene inoltre attivata per i Dirigenti e per gli Agenti di Cambiamento, una piattaforma di *social networking* per sperimentare e monitorare i cambiamenti etici in corso. La strategia dell'intervento si basa sul concetto di “Sinergia Sociale”, combinando il perseguimento degli obiettivi individuali con le priorità di *leadership* etica attese dal SSN.



[Postfazione]

POSTFAZIONE

Marco Magheri *Vice Segretario Generale*
Associazione Italiana Comunicazione Pubblica e Istituzionale

Il business etico in sanità: oltre la Corporate social responsibility

Tra la Corporate Social Responsibility (CSR) come viene vissuta oggi in azienda e quello che invece, davvero, ha un impatto concreto sul piano della reputazione e della credibilità di un brand - c'è la stessa distanza siderale che corre tra un sito web vetrina e una app per tablet. Quindici o vent'anni sono un'eternità sul web e – se possibile - nelle coscienze dei cittadini. La percezione dei quali verso la CSR ha sempre più il sapore e l'aspetto di un make-up, a volte raffinato, ma comunque facile da smascherare.

“Sbilanci sociali”

Diciamoci la verità: i bilanci sociali, confezionati sotto forma di patinati libroni pieni di foto e tabelle, sono fatti più a immagine e somiglianza delle aspettative dei componenti di un cda piuttosto che per incontrare effettivamente l'interesse dei cittadini, delle associazioni, dei consumatori, dei rappresentanti istituzionali, in una parola, degli stakeholder. Stare al passo con le esigenze informative e ancor più comunicative e partecipative dei cittadini impone una disposizione all'ascolto verso la quale aziende e istituzioni fanno ancora e purtroppo “orecchie da mercante”.

In morte delle smart cities

Mentre in Italia si propongono con grottesco affollamento dibattiti accademici sul futuro della smart cities, il resto dei Paesi più evoluti e avanzati dedica sentiti minuti di raccoglimento per la dipartita delle stesse, consegnando il testimone della modernità e dell'attualità organizzativa, amministrativa e di governo delle comunità - al concetto di social city.

I recenti mondiali di calcio hanno mostrato ad occhi attenti quanto il primato di Rio De Janeiro nell'esplorare il concetto di smart city e la sua applicazione concreta si siano dimostrati inefficaci e inefficienti. Ad Amsterdam, nel 2012, in uno dei numerosi consessi organizzati sul tema, sono stati approfonditi gli elementi di superamento delle smart cities a favore delle social cities, andando oltre l'incrocio di destini tra progettazione urbanistica/infrastrutturale e capitale umano e di conoscenze. Una social city moltiplica i contributi specialistici aggregando esperienze e visioni che integrano l'obiettivo della qualità della vita e delle relazioni al progresso tecnologico. Insomma, va superato il concetto che sia sufficiente innovare l'hardware per vedere

ricadute positive sul software che, in questo caso è il benessere soggettivo e collettivo – come nel caso delle smart cities. Lo stesso accade con la CSR: trattasi di un adempimento che tiene in poca considerazione l'ascolto delle istanze della collettività (e non solo degli stakeholder in senso stretto).

Se pensiamo che l'Unione Europea prevede un investimento totale tra i 10 ed i 12 miliardi di euro in un arco di tempo che si estende fino al 2020 per le smart cities, ebbene si tratta di risorse che possono essere integrate dal mondo aziendale per aggregare consenso e partecipazione in chiave di miglioramento concreto, misurabile ed etico della qualità della vita dei singoli. Se il mondo della salute – pubblico e privato – prendesse coscienza di questa opportunità per tempo, potrebbe essere colta una opportunità storica: incidere in maniera epocale sul tessuto urbano e sociale europeo. Appunto, se in definitiva, siamo in ritardo su quasi tutto fuorché sulla corruzione in sanità che, come analizzato nelle pagine di questo volume, costa a tutti noi quasi sei miliardi di euro l'anno ma che, se intesa in senso più ampio – sulla scia dell'anglosassone "corruption" comprensiva di sprechi e inefficienze – si porta ad una stima pari ad oltre 23 mld di euro.

Il Papa twitta e la CSR langue

In un mondo in cui pure il Santo Padre twitta e si concede ai selfie con i fedeli, aspettare un anno per sapere quanto è stata responsabile una banca, una casa farmaceutica o un'industria di materiale bellico, pardon, di presidi per la sicurezza, non è nemmeno da prendere in considerazione o tollerabile. Le resistenze culturali nei confronti del superamento maturo e compiuto della Corporate Social Responsibility in favore di un business etico sono fisiologiche in tutti i processi complessi che recano in sé una cessione di quota di sovranità.

Abbiamo già avuto modo di apprezzare quanto sia difficile stendere sull'immagine di un'azienda la coperta corta della sostenibilità ambientale da parte di molte imprese e di quanto sia frequente il ricorso al cosiddetto greenwashing. Nel contesto attuale di elevata attenzione da parte della collettività alle scelte del management delle corporation, soprattutto in tema di salute, la CSR, così com'è oggi: un atto dovuto verso gli stakeholder in luogo di una convinta apertura verso trasparenza e partecipazione al progresso collettivo, suona come un programma di ethicswashing che supera il concetto del make up tracciando nel camouflage.

Ah, quando non c'era internet...

Internet ha contribuito in maniera decisiva a cambiare lo scenario ed è un imperativo per le aziende, pubbliche e private, adeguarsi. Se oggi il tema della brand re-

putation viene declinato fino alla dimensione personale, è perché la nostra responsabilità sociale è sotto l'occhio attento dei navigatori del web, praticamente in ogni momento della giornata. Ogni azienda, grande e/o piccola, sa quanto sia facile vedere demolita la propria credibilità in un battito di ciglia. E' nella natura di una azienda fare profitto, e i tre cardini su cui agire non possono che essere efficienza, efficacia ed economicità. Ma i consumatori non si accontentano più di pubblicità seducenti e martellanti per essere spinti a preferire un prodotto rispetto a un altro: devono riconoscersi in un marchio, nelle caratteristiche che esprime e nei valori che porta con sé. Cercano di più, cercano altro. Chiedono di potersi riconoscere nei prodotti che acquistano, pretendono di acquistare non solo un prodotto ma un universo che somigli a loro e a quello in cui credono.

Brand in salute

Nel campo della salute e della sanità questo tema acquista ancor più rilevanza, incrociando frequentemente i temi più spigolosi e controversi dei diversi orientamenti culturali e bioetici. Proprio per questo, parlare in campo sanitario ancora di Corporate Social Responsibility suona più che mai vetusto e anacronistico. E soprattutto ridondante. Se un'azienda petrolifera può cercare di strappare consenso e simpatia impegnando risorse per rimboschire un terreno o pulire un tratto di costa o finanziare l'apertura di una mostra d'arte o un concerto rock, un'azienda che produce farmaci o presidi diagnostici e terapeutici deve fare altro, considerato soprattutto che la vera responsabilità sociale d'impresa o csr che dir si voglia risiede esattamente nel pieno compimento della propria mission. Nulla da eccepire se una casa farmaceutica o una multinazionale biomedica o di tecnologie per la sanità decide di sostenere organizzazioni non governative che si battono per portare assistenza sanitaria in luoghi di guerra o particolarmente disagiati, o costruire un ospedale in Africa o sviluppare le forniture per cure compassionevoli, stando tuttavia bene attenta a non cadere nel rischio di un conflitto di interessi. Ma per mantenere il proprio brand in salute sarebbe sufficiente (e necessario) che l'azienda cercasse nuove strade e nuove iniziative per migliorare la propria efficacia. Anzitutto cercando di migliorare il contesto nel quale opera, "curando" eventuali derive patologiche delle relazioni industriali e istituzionali. In quest'ottica, ha pieno diritto di cittadinanza tra le forme di responsabilità sociale più efficace e socialmente apprezzata, l'avvio di relazioni collaborative con chi si concentra sull'etica e sulla trasparenza come leva del cambiamento di una organizzazione, nella consapevolezza che l'etica negli affari si raggiunge attraverso l'integrità degli uomini e delle donne che di quella organizzazione fanno parte. Non CSR per le aziende nel campo della salute, bensì, vera e propria realizzazione del business etico.

Le quotazioni di Big pharma

Se la nota capacità di sintesi anglosassone ha coniato "big pharma", portando con sé una solida produzione cinematografica e pubblicitaria, è anche perché si è trovato terreno fertile nell'immaginazione delle persone, incoraggiate - va detto - dal riscontrare il nome delle principali case farmaceutiche più spesso nelle pagine economiche dei giornali che negli spazi dedicati alle notizie sui progressi medici.

Investire sul business etico diventa così, anche e soprattutto per big pharma, un investimento fruttuoso: l'acquisto del "mattoncino" (e il fatto che il simbolo dell'Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità – Ispe-Sanità sia un mattoncino delle costruzioni la dice lunga) in luogo di titoli tossici e ad alto rischio.

Efficacia, efficienza, economicità, etica

Aggiungere la "e" di etica a efficienza, efficacia ed economicità vuol dire ripensare e intervenire sull'organizzazione stessa dell'azienda, sui suoi meccanismi di funzionamento e di relazione.

Alcune aziende lo hanno già capito e hanno avviato una politica di sostegno all'empowerment dei pazienti. Ma il confine tra l'apertura di un canale di ascolto e di dialogo tra chi ricerca, produce e commercializza nuove soluzioni diagnostiche, terapeutiche o vaccinali e l'allevare schiere di potenziali nuovi consumatori o di gannizzeri – talvolta organizzati in Associazioni a difesa dei propri interessi - per spingere le istituzioni ad attivare dispositivi di inclusione nell'elenco dei "rimborsabili" dal Servizio Sanitario, è spesso assai sfumato.

La dieta mediatica e comunicativa dei cittadini è in continua evoluzione e i "malati" di oggi sono – e questa è una buona notizia - più informati, consapevoli, esigenti e disincantati.

La corruption cresce nei luoghi poco soleggiati

La responsabilità sociale di impresa in campo sanitario deve andare oltre, illuminando e rendendo accessibili al "controllo sociale" dei cittadini tutte quelle zone d'ombra e di contiguità tra decisori pubblici e mercato, tra prescrittori e pazienti, tra professionisti e produttori. La trasparenza diventa, come nel settore pubblico, una leva di modernizzazione e una dote per ricostituire una vera e propria alleanza tra aziende, cittadini, medici e istituzioni.

Azioni concrete per un businessman etico

Attivare iniziative di business etico significa dunque, in questa prospettiva, sostenere il processo di modernizzazione del Paese, contribuendo a formare una gene-

razione di decisori pubblici ispirati ai principi del bene comune, della trasparenza e della rendicontazione oggettiva del proprio operato. Sviluppare un dialogo con la Pubblica Amministrazione, con le Asl, con le Regioni e con le realtà che a vario titolo abitano e intervengono nel territorio affollato delle politiche sanitarie, è un primo passo per poter avviare relazioni industriali e istituzionali basate sul valore delle soluzioni diagnostiche e terapeutiche - e non invece sulla capacità di negoziazione per fare interessi altri da quelli della collettività.

Se lo puoi misurare, diventa etico

E' purtroppo noto che tutti gli spazi lasciati all'arbitrio diventano habitat prediletto di corrotti, corruttori e corruttibili - e ben lo si è visto con il processo di definizione dei costi standard in sanità. Ora bisogna proseguire su questa strada, avendo anche il coraggio di riconsiderare nel suo complesso le aree di potenziale spreco, sperequazione, interesse altro da quello della collettività, anche se questo dovesse significare intervenire sull'impianto complessivo del nostro Servizio Sanitario o addirittura sull'incompiuto percorso delle riforme istituzionali.

La salute come tema globale

Alcuni temi di particolare rilevanza non possono essere circoscritti ai confini nazionali o all'articolazione amministrativa delle autonomie. Se le dinamiche migratorie non possono essere affrontate singolarmente da un singolo Stato, ancor meno possono essere assoggettate a leggi regionali o nazionali la tutela dell'ambiente e la salute delle persone. La lotta alla diffusione di Ebola è solo l'ultimo esempio in ordine di tempo. La modifica del Titolo V della Costituzione con l'attribuzione alle Regioni italiane della competenza in materia sanitaria, ha di fatto dato vita a 21 Servizi Sanitari Regionali, mettendo in discussione (ed è un eufemismo) il diritto alla salute enunciato nell'articolo 32 della nostra Carta. E 21 Servizi Sanitari Regionali, significa altrettanti territori diversi in cui sprechi, corrottele e diseconomie possono trovare territori nuovi in cui proliferare. E così è stato.

Etico è bello

I dati contenuti nel Libro Bianco sulla Corruption in Sanità dovrebbero, già da soli, essere da sprone per amministratori delegati, responsabili d'area e dirigenti pubblici a orientare la selezione delle iniziative di rendicontazione della responsabilità sociale verso un futuro di sane relazioni pubblico-privato, profit-non profit, azienda-cliente.

Una economia basata sulla conoscenza - come ci esorta il Trattato uscito dal Consiglio Europeo di Lisbona del 2000 e come Gilberto Corbellini sottolinea in essere sin dall'avvio del processo scolastico nella sua prefazione - non può che essere

un'economia basata su sistemi aperti e trasparenti. Ahimé, la pessima abitudine di modellare con le norme la società crea resistenze insolenti e insolentite, dure da assorbire.

“Se fate delle nuove leggi, ci procurate nuove preoccupazioni: dovremo escogitare il modo di trasgredire anche quelle, dopo che ci siamo sbarazzati delle vecchie” confessava Teresa Filangieri a Wolfgang Goethe, di passaggio a Napoli, a proposito delle riforme fiscali prospettate dallo zio Gaetano, una delle menti più illuminate dell'Italia preunitaria. E, oggi i tempi non sono cambiati. L'etica, l'integrità, la tutela del bene comune, non si ottengono per delibera: è un percorso di sviluppo culturale e del patrimonio valoriale dei cittadini e ancor di più di chi con il proprio agire, nel pubblico e nel privato, determina ricadute e influenza l'esercizio del diritto alla salute da parte dei singoli cittadini.

Io sono etico, tu sei etico

I cittadini, gli acquirenti, gli investitori, ancora una volta insomma, gli stakeholder descritti da William Evan ed Edward Freeman nel 1988, pretendono di relazionarsi con interlocutori “etici”. Anche se questo non è stato ancora ben assorbito da molte pachidermiche organizzazioni multinazionali o dall'ossidato meccanismo di innovazione della Pubblica Amministrazione. Nell'attesa che essere “etici” diventi cool, non si può - però - restare con le mani in mano. Sono passati più di trent'anni da quando Tom Donaldson scrisse “Corporation and morality” aprendo la strada a discussioni sullo status morale delle imprese e di chi ne fa parte e molte delle questioni poste allora sono ancora aperte. Soprattutto sul fronte della convenienza dell'etica per un'azienda o per un suo dirigente.

Il motore dell'economia

L'etica – stando a Giacomo Marramao e ad alcune tesi espresse nel Libro Bianco - è anche e soprattutto un motore di sviluppo economico: “non possiamo comprendere i caratteri della crescita del mercato nelle diverse fasi storiche o nelle diverse civiltà se non partiamo da un'analisi di quelli che sono i comportamenti pratici dominanti in determinate aree, vale a dire dall'etica”.

Un'analisi critica degli eventi degli ultimi anni (suggerisco due opzioni: dallo scoppio di “Mani pulite” nel 1992 con la scoperta di una tangente in campo sanitario, oppure dalla modifica del Titolo V della Costituzione) potrebbe riservare non poche sorprese se svolta nell'ottica della relazione etica/mercato. Dal Pio Albergo Trivulzio all'IDI, dal San Raffaele ai “libri paga” di alcune multinazionali con sfilze di medici prescrittori, dalla gestione dell'emergenza-antrace all'H1N1, solo per citare degli episodi. Chi è appassionato di enigmistica potrebbe cimentarsi a “unire i puntini”.

Case farmaceutiche e CSR, matrimonio di interesse?

Nella primavera 2014 è stato pubblicato il VI Studio CSR online awards Italy realizzato da Lundquist sulla comunicazione online della Responsabilità Sociale e della sostenibilità in Europa e con un focus sul nostro Paese.

Le case farmaceutiche non eccellono nella classifica stilata dai ricercatori e le 6 aziende valutate si collocano dall'11° al 60° posto, precedute da banche, aziende alimentari, società assicurative, energetiche. C'è dunque molto da lavorare. Attivando in maniera più convinta una politica aziendale di responsabilità sociale oppure – ed è il futuro che attende le imprese pubbliche e private – rimodellare la propria struttura di impresa al business etico.

7 miliardi di stakeholder, tra cui i nostri colleghi

Chi ha il proprio core business nel territorio della fragilità e della vulnerabilità umana, dalla vita nascente fino al suo termine, si confronta inevitabilmente con aspettative giustamente adeguate. Da una casa farmaceutica o da un'industria biomedicale, il cittadino si aspetta che non sia composta da persone che pensano: “lavoro per un'azienda che produce medicine o protesi” - bensì da uomini e donne che dicono: “lavoro per una realtà che contribuisce a mantenere in salute le persone e a studiare soluzioni di cura sempre nuove”. E' il primo passo verso un'autentica e produttiva politica di responsabilità sociale – non solo un make-up di facciata - e ancor di più di una ridefinizione del proprio business in chiave etica. D'altronde, siamo 7 miliardi di stakeholder e, grazie alla rete, guardiamo cosa un'azienda fa davanti a casa nostra o a migliaia di chilometri di distanza.

A cura di ISPE SANITÀ www.ispe-sanita.it
Progetto grafico LAURA CIARAFFO Lciaraffo@gmail.com
Stampa LITOGRAFIA BRUNI srl Pomezia
finito di stampare settembre 2014