



TRANSPARENCY
INTERNATIONAL
ITALIA

Associazione contro la corruzione

R I S S C



CORRUZIONE
E SPRECHI
IN SANITÀ

Report del progetto **"Unhealthy Health System"**
co-finanziato dalla Commissione Europea



e dal Dipartimento della Funzione Pubblica



UNHEALTHY HEALTH SYSTEM è un progetto di:



in partnership con:



con la collaborazione di:



Il presente rapporto è stato curato da RiSSC - Centro Ricerche e Studi su Sicurezza e Criminalità.

AUTORI:

Lorenzo Segato, RiSSC, ha curato e supervisionato il rapporto e ha elaborato i cap. 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9 / **Alessandra Pinna**, RiSSC, ha rivisto i cap. 7, 8 e 9 / **Matteo Ceron** ha elaborato originariamente il cap. 8 / **Davide Del Monte**, TI-Italia, ha scritto il cap. 3 / **Francesco Sardella** ha scritto l'appendice 1 "Quadro Normativo" / **Francesco Saverio Mennini** e **Lara Gitto** hanno scritto l'appendice 2 "Un modello di B convergence della spesa pubblica nell'Unione Europea prima e dopo il Trattato di Maastricht" / Si ringraziano **Salvatore Sberna**, EUI e **Alberto Vannucci**, UNIPI, per i preziosi suggerimenti ed i contributi apportati al testo.

Si ringraziano inoltre:

I componenti dell'**Advisory Board**

Francesco Macchia, Presidente ISPE / **Maurizio Arena**, Presidente Osservatorio 231 Farmaceutiche / **Maurizio Bortoletti**, Colonnello dei Carabinieri, ex commissario ASL Salerno / **Francesco Mennini**, Facoltà di Economia - Università Tor Vergata / **Michele Cozzio**, Osservatorio di diritto Comunitario e Nazionale sugli Appalti Pubblici dell'Univ.di Trento / **Marco Masoero**, Politecnico di Torino / **Paolo Rossi**, Direttore Ortopedoa CTO Torino / **Claudio Galtieri**, Presidente della Sezione giurisdizionale Corte dei Conti Lombardia / **Amedeo Vercelli**, AICQ Piemonte / **Simonetta Pasqua**, Dipartimento della Funzione Pubblica / **Luigi Fruscio**, ASL Bari.

I componenti del **Gruppo di Esperti**

Claudio Bellumori, Guardia di Finanza / **Andrea Messori**, SIFACT - Società Italiana di Farmaci Clinica e Terapia / **Cesare Cislighi**, AGENAS - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali / **Ermanno Granelli**, Corte dei Conti / **Daniela Francese**, Giornalista e autrice del libro "La salute rubata" / **Mario Eumeni**, Guardia di Finanza / **Renato Carletti**, ANAC (ex CIVIT) - Autorità Nazionale AntiCorruzione / **Maurizio De Lucia**, Direzione Nazionale Antimafia / **Giuliano Marloti**, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari / **Patrizia Di Berto**, FP - CGIL

Per informazioni: info@transparency.it - www.transparency.it

Novembre 2013

INDICE GENERALE

01. EXECUTIVE SUMMARY	04
02. PREMESSA	08
03. INTRODUZIONE	09
04. INQUADRAMENTO GENERALE DEL SETTORE	14
05. METODOLOGIA DELLA RICERCA	16
06. IL FENOMENO DELLA CORRUZIONE	18
07. LA CORRUZIONE IN SANITÀ	24
08. GLI SCHEMI CRIMINALI RICORRENTI	38
09. LE PROPOSTE PER RIDURRE LA CORRUZIONE IN SANITÀ	54
10. APPENDICI	74
11. BIBLIOGRAFIA	90

01. EXECUTIVE SUMMARY

Il fenomeno della corruzione in sanità è poco conosciuto: 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.

La presente ricerca, sviluppata da RiSSC e Transparency International Italia, vuole contribuire al dibattito sul tema, con l'obiettivo di 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

Il rapporto non è finalizzato a misurare o stimare la corruzione in sanità (reale, presunta, ufficiale o percepita), non ne analizza i costi (diretti o indiretti), né quantifica un ipotetico rischio di corruzione. Inoltre, la ricerca ha sviluppato 15 proposte per ridurre le opportunità di corruzione in sanità. Le proposte sono state selezionate ed approfondite da un gruppo di esperti e validate dell'Advisory Board di progetto, e rappresentano il punto di partenza per la fase di advocacy del progetto e saranno quindi sviluppate e precisate in una fase successiva a questo documento.

IL CONTESTO

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.

Rispetto alla sanità, le valutazioni internazionali riconoscono che la sanità 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 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 malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo” e che “il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriata organizzazione 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 malamministrazione.
- 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.

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.

- 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 PriceWaterHouseCooper (PwC 2013).²
- 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).³
- Secondo il *Bribe Payers Index 2011*⁴ 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 crimine organizzato, carenza di controlli, false attestazioni di forniture, inadempimenti-irregolarità non rilevate.

NEGLIGENZA:

Scorimento 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.

LE PROPOSTE:

Per combattere la corruzione in sanità, migliorare i servizi, premiare il merito, aumentare la concorrenza, ridurre i costi, vanno cercate delle misure di mitigazione di tali rischi. A seguito dell'analisi degli episodi di corruzione che hanno afflitto il sistema sanitario italiano, THItalia e RiSSC, con il supporto di un gruppo di esperti, hanno individuato 15 proposte per aiutare la "sanità malata", da applicare subito per ridurre il rischio corruzione nel settore sanitario, liberando risorse e abbattendo i costi senza incidere sui servizi erogati. Le proposte toccano tutti i temi sensibili della sanità: la negligenza medica, la trasparenza delle informazioni, la gestione degli appalti e degli acquisti, il controllo della spesa, la sanità privata, le nomine dei direttori e il rischio di infiltrazione del crimine organizzato.

Le proposte - non compiutamente sviluppate nel presente rapporto - costituiscono il punto di partenza per le elaborazioni future che porteranno allo sviluppo di buone pratiche per ridurre la corruzione nella sanità italiana.

- Risanare il rapporto tra politica e sanità
- Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche
- Aumentare l'efficienza e intensificare i controlli sull'attività dei medici
- Modificare le procedure di controllo sulle spese
- Promuovere l'etica tra i medici contro ogni forma di corruzione
- Aumentare i controlli sull'esecuzione degli appalti in sanità
- Pubblicare indicatori di attività e di outcome sull'attività dei medici
- Accreditare le strutture sanitarie private sulla base delle loro effettive capacità
- Aumentare il confronto competitivo tra le case farmaceutiche
- Promuovere il whistleblowing
- Rendere pubblici i pagamenti effettuati nella sanità
- Definire in maniera più precisa i rapporti tra sistema pubblico e sanità privata
- Aumentare la disponibilità di open data sulla spesa sanitaria
- Modificare le regole di finanziamento della spesa sanitaria
- Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti

² 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.

³ Eurobarometro 76.1 - Atteggiamento degli europei verso la corruzione, dati per l'Italia.

⁴ 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.

02. PREMESSA

Il libro bianco sulla corruzione, elaborato nel 2012 da una Commissione di Studio per il Governo Italiano, ha definito la sanità, “tra i settori maggiormente esposti al rischio di corruzione per ragioni di ordine finanziario”.⁵

I cittadini italiani sembrano essere d'accordo: interrogati per il Global Corruption Barometer 2013 di Transparency International (TI), hanno dichiarato di aver pochissima fiducia nell'integrità del settore: solo il 15% lo giudica “pulito” o, per meglio dire, sano.

Se non bastasse, i numerosi scandali che a partire dal periodo di “Mani pulite” fino ai giorni nostri hanno investito il settore sanitario, ne dimostrano la particolare vulnerabilità e sensibilità.

Ripristinare l'integrità, l'etica e la responsabilità del settore sanitario ci è parsa una priorità per il paese e per questo, in partnership con il Centro Ricerche e Studi su Sicurezza e Criminalità (RiSSC), abbiamo deciso di promuovere il progetto “Unhealthy Health System”.

Grazie al cofinanziamento della Commissione Europea e del Dipartimento della Funzione Pubblica e alla preziosa collaborazione di ISPE - Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità, ci è stato possibile analizzare le modalità con cui il fenomeno corruttivo si manifesta, le tante zone d'ombra e debolezze del settore che hanno consentito di aprire dei varchi in cui malaffare e negligenza hanno potuto fiorire per anni.

Sulla base dei risultati di questa analisi andremo a delineare dei “percorsi etici” per ricondurre le istituzioni sanitarie volenterose su piani d'integrità e di responsabilità ben più elevati di quelli attuali.

Vero e proprio obiettivo del progetto “Unhealthy Health System” è infatti quello di definire – e quindi attuare laddove possibile – una serie di misure concrete per limitare l'impatto della corruzione sul settore sanitario, a partire dalle 15 proposte che troverete all'interno di questo report.

Dal *procurement* ai codici di comportamento, dalle relazioni (pericolose) tra politica e amministrazione a quelle tra pubblico e privato, dalla protezione dei *whistleblower* alla creazione di un

contesto più etico, le istituzioni e le aziende sanitarie potranno avvalersi degli strumenti che TIItalia e RiSSC renderanno disponibili. Obiettivi ambiziosi senza dubbio, per questo abbiamo immediatamente avvertito la necessità di non percorrere il cammino da soli, ma di avvalerci del supporto di due organismi esterni in grado di apportare competenze e conoscenze. Un Advisory Board di altissimo livello ha aiutato TIItalia a definire con precisione la strada da intraprendere, indicando la direzione più corretta e gli ostacoli da evitare lungo tutto il percorso progettuale, così da permetterci di raggiungere risultati non solo teorici e aleatori, ma concreti, solidi e attuabili.

Il gruppo di ricerca si è avvalso anche delle competenze e del *know how* specifico di un Gruppo di Esperti, che ha saputo dare un impulso positivo sia nella fase di identificazione delle falle e criticità del settore, sia in quella di definizione ed elaborazione delle 15 proposte.

Contiamo che questo rapporto possa costituire un autorevole punto di partenza per la nostra lunga campagna con cui tenderemo di rinnovare l'etica e l'integrità in un settore, quello sanitario, che pare aver smarrito questi principi e valori.

Perché la nostra azione possa risultare incisiva, concreta ed efficace, abbiamo bisogno del sostegno di tutti.

Anche del tuo.

Maria Teresa Brassiolo

⁵ Per “libro bianco sulla corruzione”, anche noto come “Relazione Garofoli”, si intende il rapporto *La Corruzione in Italia per una politica di prevenzione* stilato dalla Commissione per lo studio e l'elaborazione di misure per la prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione e presentato a Roma il 22 ottobre 2012. La citazione si trova a p. 221.

03. INTRODUZIONE

La corruzione⁶ non ha bisogno di presentazioni. Benché non esistano dati precisi in proposito, gli scandali e le condanne degli ultimi anni dimostrano che il fenomeno pervade tutti i settori economici, a livello globale, soprattutto dove gli investimenti di risorse pubbliche sono maggiori.

I suoi effetti sono invece evidenti.

La Commissione Europea ha recentemente individuato tre macro problemi associati alla corruzione: i danni – economici, sociali e politici - notevoli (*significant harm*) che provoca in alcuni Paesi UE dove esistono alti livelli di corruzione; la mancanza di un approccio comune per adottare strumenti anticorruzione all'interno dell'UE; la scarsa fiducia dei cittadini Europei nella capacità delle istituzioni pubbliche di garantire il funzionamento corretto del mercato, a causa della corruzione, con conseguente malfunzionamento dei mercati e della concorrenza.⁷

Italia, il paziente affetto dal cancro della corruzione

Transparency International è presente in Italia da oltre 15 anni, con sede operativa a Milano e numerosi soci e volontari sparsi su tutto il territorio nazionale con l'obiettivo di promuovere, sia negli enti pubblici che nelle società private, comportamenti etici e pratiche di contrasto alla corruzione.

Trasparenza, Integrità e Responsabilità sono i tre principi fondamentali attorno a cui si articolano le attività dell'organizzazione, valori imprescindibili da cui partire per poter incidere in maniera efficace sul contesto etico e normativo del paese.

Parlando di corruzione, l'Italia figura sempre agli ultimi posti delle classifiche internazionali: gli indicatori elaborati da Transparency International non sono clementi con il nostro paese che nel 2012 si è piazzato 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). Anche il Worldwide Governance Index⁸ di Banca Mondiale, alla voce "control of corruption" vede un crollo della valutazione del nostro paese che da un buon 77,1/100, miglior risultato ottenuto nel 2000, scende al 57,3 del 2011.

Il più recente 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 purtroppo 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.

Per troppi anni le conseguenze della corruzione sono state sottovalutate relegandole al rango di comportamenti moralmente discutibili ma non più di tanto dannosi per la collettività. Solo recentemente, grazie anche al crescente numero di ricerche e di organizzazioni specializzate nel contrasto del fenomeno, ma soprattutto a causa della crisi economica e dell'esplosione del debito pubblico, si è riusciti a mettere a fuoco con

⁶ Ai fini del presente rapporto per corruzione si intende "l'abuso di un potere delegato per ottenere vantaggi non dovuti".

⁷ Commissione Europea, 2011, *Impact Assessment*, Commission Staff Working Paper.

⁸ Il WGI, pubblicato da Banca Mondiale, misura il livello di governance in 212 paesi del mondo, utilizzando 6 indicatori tra cui, appunto, il "control of corruption". Gli altri indicatori sono: efficacia della governance; stabilità politica e assenza di violenza/terrorismo; qualità normativa; stato di diritto; libertà d'espressione e rendicontazione.
<http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#home>

maggior precisione non solo la natura del fenomeno, ma anche le sue cause e le sue implicazioni: la corruzione non è semplicemente un atto contro la morale pubblica, ma un attentato alle risorse del paese, capace secondo la Corte dei Conti di far lievitare i costi delle opere pubbliche fino al 40% in più del normale e di pesare sulle casse dello Stato per diversi miliardi di euro all'anno.

La stessa Corte dei Conti ha stimato che l'Italia veda sfumare ogni anno il 16% degli investimenti esteri a causa di questo fenomeno, poiché un paese molto corrotto viene giudicato di conseguenza poco affidabile e da cui è preferibile stare lontani.

E' difficile negare che il sistema paese sia gravemente, forse patologicamente, affetto dal virus della corruzione, bisogna però non cadere nell'errore di considerare tutti i settori economici e tutte le aree geografiche colpite in maniera omogenea. Una prima importante distinzione che va fatta è quella tra organizzazioni private e pubbliche, laddove le prime appaiono quantomeno più propense a munirsi di sistemi preventivi efficaci: l'introduzione nel 2001 della responsabilità amministrativa delle imprese attraverso il decreto legislativo 231 ha fatto sì che nel privato si cominciasse a considerare la lotta alla corruzione da una prospettiva preventiva con largo anticipo rispetto al pubblico, dove si è invece per anni - e in parte anche tuttora - operato al di fuori di ogni minimo standard di controllo e prevenzione. Basti pensare agli innumerevoli episodi di corruzione o peculato che hanno coinvolto negli ultimi anni tutti i maggiori partiti e diversi consigli regionali, provinciali e comunali, dove non era previsto nessun tipo di rendicontazione delle spese paragonabile con quanto richiesto dalla pratica del privato o, più semplicemente, dal buon senso.

Senza dimenticare poi la galassia oscura delle società a partecipazione pubblica, dove si è ancora molto indietro nell'applicazione di sistemi di controllo organizzativo e di spesa interni. Ancora una volta su questo punto vale la pena di citare la Corte dei Conti, laddove nel "Giudizio di parificazione del bilancio dello stato" presentato il 28 Giugno 2012 si legge: "Quando si tratta dei riflessi negativi sul bilancio pubblico non si possono trascurare tre grandi fenomeni: quello della corruzione, quello dell'evasione fiscale, quello del trasferimento di funzioni pubbliche a soggetti privati. [...] Un aspetto di grande

rilevo è quello del trasferimento di funzioni pubbliche – e delle relative risorse finanziarie – a soggetti esterni alla pubblica Amministrazione, a tal fine costituiti, sotto forma di società private. [...] Il fenomeno ha fra l'altro acquistato dimensioni straordinarie nell'area degli enti locali, come ha rilevato il "Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica": oltre 5.000 organismi che gestiscono i servizi di detti enti, con un indebitamento calcolato in oltre 34 miliardi.

Un buco nero insomma su cui si deve intervenire al più presto.

Per ciò che riguarda invece la distribuzione del fenomeno corruttivo dal punto di vista geografico ci viene in aiuto uno studio pubblicato dall'università di Göteborg a fine 2010,⁹ in cui si analizzano e valutano i livelli di governance in ogni singola regione europea utilizzando tra i vari indicatori anche il livello di corruzione. Da questa ricerca si evince come l'Italia sia il paese con la più elevata variazione interna in Europa per la presenza di fenomeni corruttivi: uno squilibrio nelle performance tra le regioni del centro e del nord e quelle del sud, che si accentua in maniera "vertiginosa" nel giudizio finale sulla qualità della governance in generale.

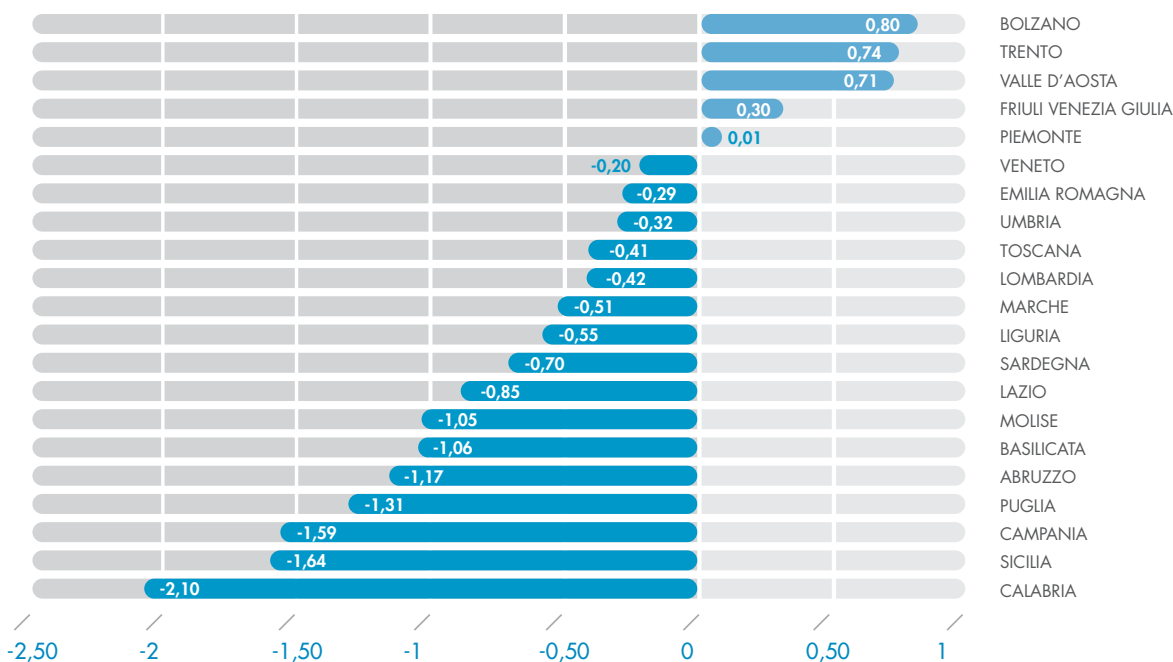
Come riporta lo stesso studio,¹⁰ l'Italia è fra i 18 paesi UE esaminati quello che mostra la maggior variazione a livello regionale, con tre di queste (Bolzano, Val d'Aosta e Trento) tra le migliori in Europa e due (Campania e Calabria) tra le peggiori. ILLUSTRAZIONE 1)

La corruzione rappresenta dunque un fardello insostenibile per lo stato e un crimine a danno di tutta la cittadinanza, che si trova a dover sopportare costi ingiustificabili sia in termini di spesa pubblica che di qualità dei servizi offerti.

Nella situazione tanto critica in cui ci troviamo oggi non è più tollerabile che questi fenomeni criminali continuino a intralciare il già difficile cammino verso la ripresa economica, politica e sociale del paese; ogni ulteriore indugio in questo senso risulterà fatale. Corruzione e sprechi: due zavorre insostenibili per la democrazia e per le casse dello Stato.

Sotto la pressante richiesta di molte organizzazioni della società civile, di organismi internazionali e di larga parte dei cittadini, alcuni

PERCEIVED CORRUPTION IN HEALTH CARE SYSTEM IN ITALIAN REGIONS
ILLUSTRAZIONE 1: ELABORAZIONE SBRENA, S. SU DATI QoG



sforzi a livello normativo per migliorare il contrasto alla corruzione nel paese sono stati compiuti dai recenti governi, a partire dalla legge 190/2012, cosiddetta legge anti-corruzione, che per la prima volta in Italia impone una governance a tutti gli enti pubblici esplicitamente orientata alla prevenzione e al contenimento dei fenomeni corruttivi.

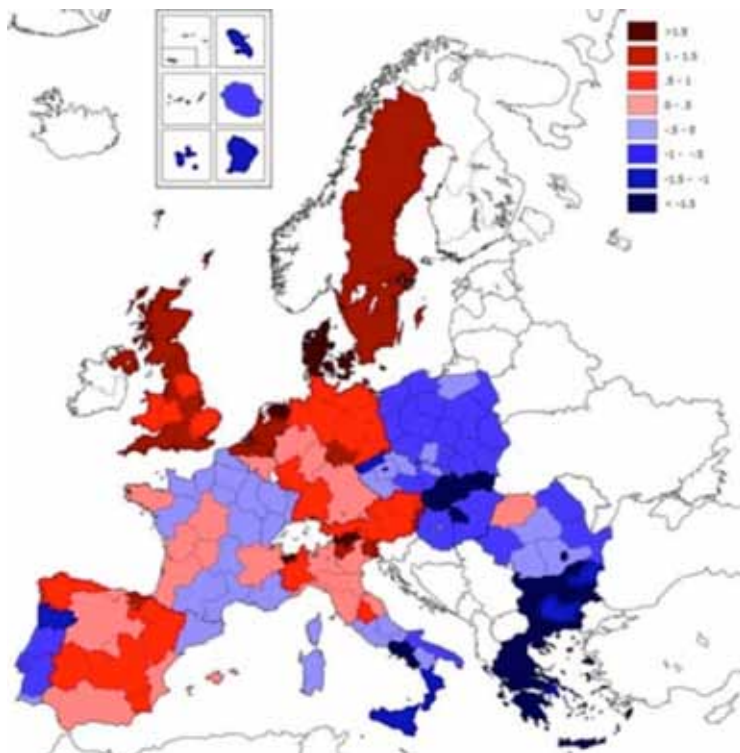
Inoltre, i più recenti decreti legislativi 33/2013 (trasparenza della PA) e 39/2013 (inconferibilità e incompatibilità di incarichi) e il dpr 62/2013 (codice di comportamento dei dipendenti pubblici) emanazione della stessa legge 190/2012, danno un'ulteriore spinta in direzione di una maggior responsabilità e trasparenza degli enti pubblici.

Se per ciò che riguarda il quadro normativo si può quindi dire che dei

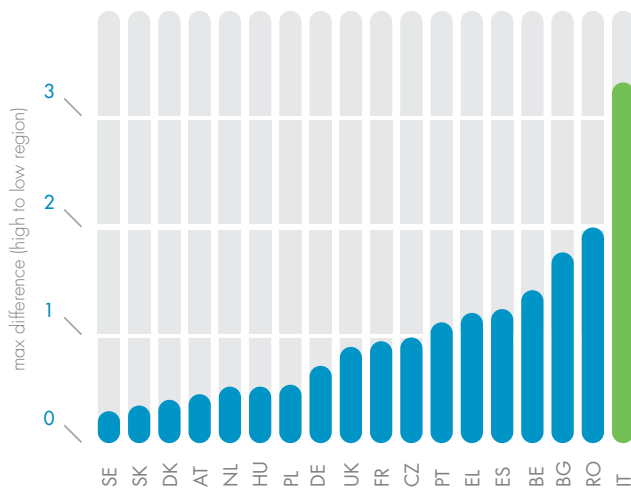
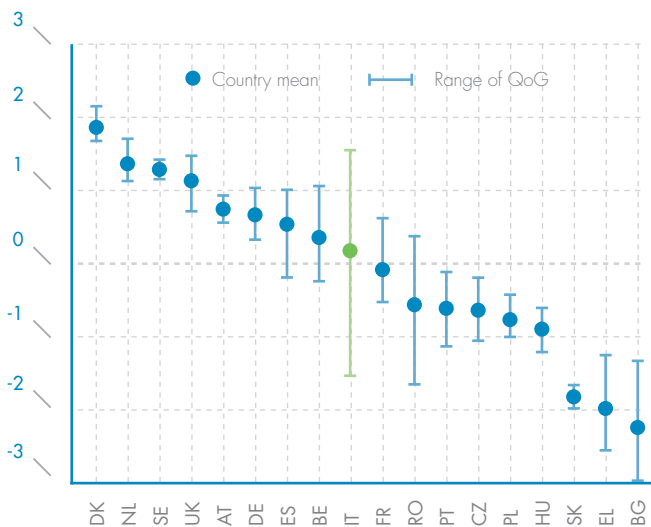
passi avanti, per quanto ancora incompleti, sono stati fatti, all'atto pratico è ancora tutto da valutare l'impatto che queste nuove leggi avranno sul settore pubblico in ordine di efficienza e prevenzione della corruzione. Il report "NIS – Sistemi di Integrità Nazionale", pubblicato il 30 marzo 2012, evidenzia come, nella pratica, la scarsa integrità e responsabilità delle istituzioni politiche - partiti in primis- e del settore pubblico frenino le capacità di sviluppo economico e sociale del paese: opacità normativa, inadeguati sistemi di controllo, scarso accesso alle informazioni e un persistente stato di conflitto tra istituzioni, si ergono come ostacoli insormontabili sulla strada della ripresa e della crescita economica.

⁹ "Measuring the quality of Government and Subnational Variation", University of Gothenburg, December 2010

¹⁰ "Italy displays far and away the most within-country variation among the 18 EU countries in the sample according to the data, with regions spanning over three full standard deviations. Although Italy's mean score is just above the mean EU regional average at 0.11, it has three regions in the top 10% of all 172 regions (Bolzano, Valle d'Aosta and Trento) and two in the bottom 10% (Campania and Calabria)", "Measuring the quality of Government and Subnational Variation", pag. 137, University of Gothenburg, December 2010.



WITHIN-COUNTRY REGIONAL VARIATION OF QoG
ILLUSTRAZIONE 2: QUALITY OF GOVERNANCE 2010, ITALIA



La questione relativa ai comportamenti poco trasparenti e responsabili della politica ha avuto una larga eco mediatica, anche per via dei numerosi scandali che si sono via via succeduti all'interno di molti dei maggiori partiti politici, portando a dure critiche da parte dei cittadini, delle associazioni e dei media sulle condotte interne ai partiti e alle più alte istituzioni rappresentative della volontà popolare. Casi eclatanti come quelli di Belsito, di Lusi o di Franco Fiorito (meglio conosciuto alla cronaca come "Er Batman") hanno colpito l'opinione pubblica e reso evidente, per usare un eufemismo, la diffusa "gestione allegra" di risorse pubbliche da parte di partiti ed istituzioni politiche. Al netto dello scalpore e del colore quasi folkloristico con cui sono stati trattati questi casi sui media, risulta per noi essenziale sottolineare come tali pratiche di mala gestione politica non incidano in maniera negativa solamente sulle casse dello Stato, ma anche e soprattutto sulla qualità della democrazia e della capacità di governo del Paese.

Altrettanto pesanti, se non maggiori sono però i costi economici che corruzione, negligenza e mala gestione provocano nella pubblica amministrazione.

Oltre ai "costi diretti" sopracitati vanno infatti presi in considerazione, come sottolineato dalla Commissione per lo studio e l'elaborazione di misure per la prevenzione della corruzione, dei costi supplementari meno facili da individuare ma che pesano forse ancor più sull'economia e l'efficienza del sistema paese: "i ritardi nella definizione delle pratiche amministrative; il cattivo funzionamento degli apparati pubblici e dei meccanismi previsti a presidio degli interessi collettivi; l'inadeguatezza se non inutilità delle opere pubbliche, dei servizi pubblici e delle forniture realizzati; la non oculata allocazione delle già scarse risorse pubbliche; la perdita di competitività e il freno alla crescita del Paese".¹¹

Tutti questi costi ricadono inesorabilmente sul portafoglio dei cittadini che, ignari, li ripagano attraverso tasse e balzelli più elevati, come nel caso esemplare riportato dal Professor Alberto Vannucci dove *"una tangente di 950mila euro pagata al sindaco di un comune dell'hinterland milanese sarebbe stata recuperata, tra l'altro, caricando sulle bollette del gas delle famiglie un extra-prezzo di 0,04 euro al metro cubo, pari al 17 per cento in più, che la società comunale distributrice versava all'impresa fornitrice"*.¹²

In una situazione come quella in cui si trova oggi il nostro paese, sprofondato in una crisi economica drammatica e persistente, non è più tollerabile che simili comportamenti abbiano luogo. Ogni cittadino deve sentirsi in cuor suo coinvolto e, per quanto possibile, mobilitarsi in prima persona richiedendo massima trasparenza, integrità e responsabilità a coloro che detengono il potere delegato.

Davide Del Monte

Project officer di TI-Italia

¹¹ Questo elenco dei costi indiretti della corruzione è stato estratto dal libro bianco su "La corruzione in Italia. Per una politica di prevenzione" pubblicato il 22 ottobre 2012 dalla Commissione per lo studio e l'elaborazione di misure per la prevenzione della corruzione.

¹² Atlante della corruzione, di Alberto Vannucci, EGA-Edizioni Gruppo Abele, 2012. La citazione è riportata per esteso sul sito "Riparte il Futuro", la campagna promossa da Libera e da Gruppo Abele: <http://www.riparteilfuturo.it/tag/costi-della-corruzione/>

04. INQUADRAMENTO GENERALE DEL SETTORE

Qual è lo stato di salute generale del Sistema Sanitario Nazionale Italiano, nel quale si inquadra il fenomeno della corruzione?

Le valutazioni internazionali¹³ riconoscono che la sanità italiana eroga servizi di buon livello con costi che, pur rappresentando una quota significativa della spesa pubblica, sono in linea con gli altri paesi OCSE¹⁴. 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 capite¹⁵. Le risorse impegnate nel 2011 per la sanità costituiscono circa il 75% della spesa corrente complessiva delle regioni¹⁶ e negli ultimi anni hanno avuto un trend in continua crescita¹⁷, che tuttavia si è invertito nel 2011-2013 a seguito di specifiche previsioni normative. A partire dal 2011 la spesa complessiva, pari a circa 112 miliardi, ha iniziato a decrescere dello 0,6% rispetto all'anno precedente con una riduzione dell'incidenza sul PIL passata dal 7,3% al 7,1%. 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%).¹⁸

Il rapporto OCSE giudica positivamente la qualità delle cure, a fronte di una spesa leggermente inferiore alla media, anche se l'Italia è all'ultimo posto per la spesa nei programmi di prevenzione e di politiche per la salute collettiva¹⁹. In termini di salute, l'Italia²⁰ è al terzo posto in Europa per aspettativa di vita, e in media UE nel rapporto tra PIL e aspettativa di vita. La mortalità infantile (uno degli indicatori generalmente utilizzati per misurare il livello di efficienza del sistema sanitario di un paese) è inferiore alla media UE, con un tasso di riduzione negli ultimi anni tra i migliori in Europa.

In termini di risorse, rispetto alla media EU in Italia ci sono più dottori e meno infermieri per abitante, mentre la dotazione di strumenti è aumentata in modo significativo. Dal 1997 al 2010 il numero di scanner per tomografie (TAC) e risonanze magnetiche nucleari (RMN) è aumentato rispettivamente di sei e due volte, rendendo l'Italia il paese con il più alto numero di TAC e RMN per abitante in Europa, assieme a Grecia e Cipro.²¹ La disponibilità di posti letto negli ospedali italiani è significativamente inferiore alla media UE (3,5 ogni mille abitanti contro 5,3; in Germania si sale fino a 8,3), con una contrazione annua tra le più alte d'Europa (-2,9% annuo, media UE -1,9%). L'Italia, ancora una volta con Cipro e Grecia, si piazza ai primi posti in Europa per consumo di antibiotici, sia in termini assoluti (dose giornaliera definita DDD) che di crescita tendenziale (tra il 2000 e il 2010).

Il dato peggiore emerge dalla spesa per i programmi di prevenzione, che vede l'Italia all'ultimo posto con lo 0,5% della spesa sanitaria (media UE 2,9, Romania al primo posto con 6,2%).

Secondo ISTAT, la spesa sanitaria pubblica italiana è inferiore rispetto a quella di altri paesi europei. "A fronte dei poco più di 2 mila dollari pro-capite in parità di potere d'acquisto spesi in Italia nel 2007, la Francia ne spende 2.844, la Germania 2.758 e il Regno Unito 2.446. Spagna, Paesi Bassi, Grecia e Portogallo hanno livelli di spesa per abitante inferiori a quelli italiani".²² L'analisi trova conferma anche negli studi pubblicati da CERGAS-Bocconi.²³

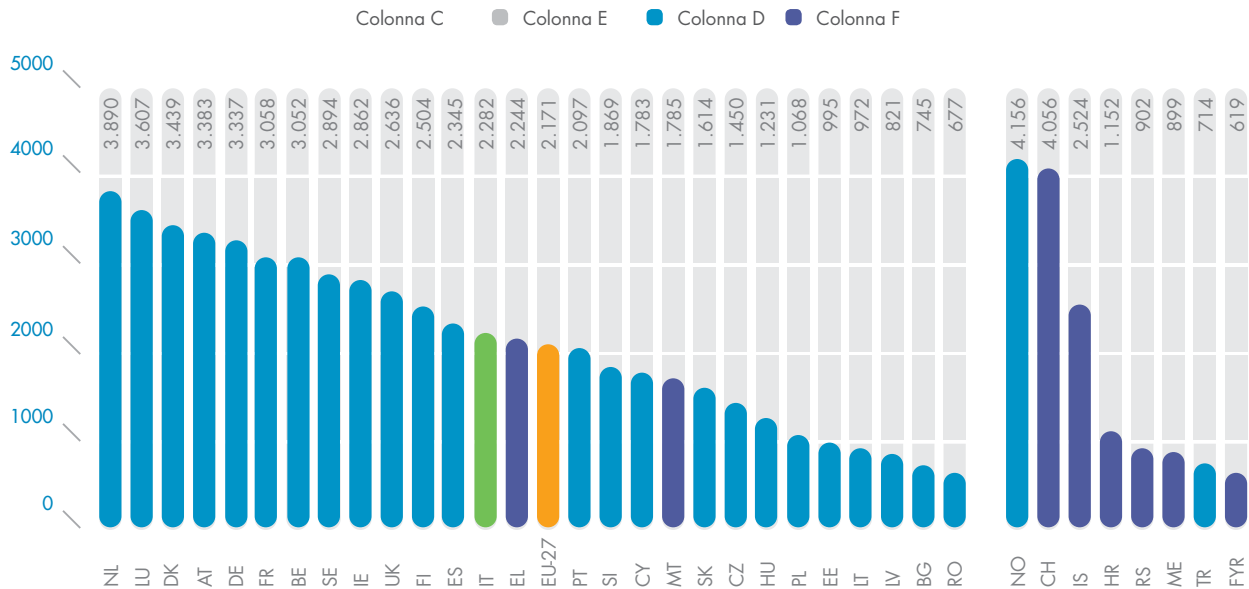


ILLUSTRAZIONE 3 - SPESA SANITARIA PRO-CAPITE. FONTE: OECD HEALTH AT A GLANCE, 2012

PERSONALE: 36 MLD €

APPALTI: 34 MLD €

FARMACEUTICA
9,9 MLD €SANITÀ PRIVATA
8,9 MLD €

ALTRO: 22 MLD €

ILLUSTRAZIONE 4 - COMPOSIZIONE DELLA SPESA SANITARIA NEL 2011 ELAB: RISSC

¹³ OECD, *Health at a Glance 2011* - Principali risultati: Italia: "In Italia il tasso di mortalità ospedaliera a seguito di un attacco cardiaco o di un ictus è inferiore alla media OCSE. L'Italia ottiene buoni risultati anche nel limitare i ricoveri ospedalieri ad alto costo per malattie croniche, quali asma, malattia polmonare ostruttiva cronica o diabete. L'Italia è vicina alla media OCSE per quanto riguarda la percentuale di donne sottoposte a screening del tumore del seno, ma è indietro per quanto riguarda lo screening del tumore della cervice. [...] Nel 2009, la spesa sanitaria italiana è stata pari al 9.5% del PIL (contro l'8.1% nel 2000), un valore che rimane leggermente inferiore alla media OCSE del 9.6%. Anche la spesa pro-capite è leggermente inferiore alla media OCSE".
Fonte: <http://www.oecd.org/els/health-systems/49084476.pdf>, ultimo accesso 13.06.2013.

¹⁴ Secondo Piacenza e Turati (2013), pur spendendo meno di altri sistemi pubblici confrontabili, il servizio sanitario nazionale italiano ha ottenuto buoni risultati in termini di qualità (media) dei servizi erogati e rientra nelle posizioni apicali dei ranking internazionali sulla valutazione complessiva delle prestazioni sanitarie.

¹⁵ OECD, 2012, pag. 17.

¹⁶ Cerimonia d'inaugurazione dell'anno giudiziario 2013 – Relazione scritta sull'attività nel 2012 del Presidente della Corte dei conti Luigi Giampaolino.

¹⁷ L'incremento annuo medio è stato del 6% nel periodo 2000-2007 e del 2,4% nel quadriennio 2008-2011

¹⁸ Fonte: http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=10402.

¹⁹ OECD (cit.) e Il Sole 24 ore, Speciale Sanità 22-28 gennaio 2013. Fonte: http://www.sanita.isole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/In-Europa-e-Dal-Mondo/EUROPA_2.pdf?uid=7109ea9c-6568-11e2-bd27-3c524e377c12, ultimo accesso 13.06.2013.

²⁰ I dati riportati qui di seguito sono tratti da OECD, 2012, Health At A Glance 2012.

²¹ Non esiste un benchmark sul numero ideale di TAC e RMN per abitante, tuttavia il rapporto nota che "un eccessivo numero [di TAC e RMN] può portare ad un abuso di queste procedure diagnostiche costose, con benefici per i pazienti minimi o nulli" (OECD, 2012, p. 74).

²² Istat - spesa sanitaria pubblica, disponibile su [http://noi-italia2010.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1\[id_pagina\]=107&ctHash=39abf23d62](http://noi-italia2010.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1[id_pagina]=107&ctHash=39abf23d62), ultimo accesso 13.06.2013.

²³ Armeni P. e Ferrè F. 2013. La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione, in Rapporto OASI 2012.

05. METODOLOGIA DELLA RICERCA

La ricerca intende esplorare il fenomeno della corruzione per individuare i principali fattori facilitatori (*drivers*) 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*).²⁴

L'analisi è stata condotta attraverso le seguenti fasi: definizione del concetto di corruzione; definizione della metodologia della ricerca; raccolta ed analisi dei dati; elaborazione dei risultati.

Inoltre, la ricerca ha sviluppato 15 proposte per mitigare gli effetti dei *drivers* di corruzione in sanità. Le proposte sono state selezionate ed approfondite da un gruppo di esperti e validate dell'*Advisory Board* di progetto, e rappresentano il punto di partenza per la fase di *advocacy* del progetto e saranno quindi sviluppate e precisate in una fase successiva a questo documento.

Il rapporto non è finalizzato a misurare o stimare la corruzione in sanità (reale, presunta, ufficiale o percepita), non ne analizza i costi (diretti o indiretti), né quantifica un ipotetico rischio di corruzione. Ove possibile sono riportati i risultati di altri studi che possono aiutare nell'interpretazione del fenomeno.

IL CONCETTO DI CORRUZIONE

L'analisi si basa sul concetto di corruzione intesa come "abuso di potere delegato a favore di un vantaggio privato",²⁵ che comprende sia le fattispecie previste dal codice penale, sia i comportamenti nei quali il potere o la funzione pubblica vengono distorti a favore di un vantaggio privato. Si tratta di situazioni nelle quali l'interesse di ottenere un vantaggio privato (o personale) interferisce nell'esercizio di una attività orientata a realizzare un interesse pubblico o collettivo (Libera/CORIFE, 2013, 33), violando i principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa, o i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.²⁶

Il perimetro della ricerca così definito non comprende i fenomeni di mala-sanità in cui manca l'elemento psicologico posto in essere dalle parti dell'ottenimento di un vantaggio privato o personale a scapito dell'interesse pubblico. Gli sprechi nella sanità, l'inefficienza, la negligenza, i favoritismi, il nepotismo, il conflitto di interessi o le violazioni degli obblighi previsti nel contratto di lavoro non sono stati analizzati quando non facenti parte di uno schema criminale volto al profitto. L'analisi ha considerato situazioni di corruzione con pagamenti diretti, in denaro o con altre prestazioni di valenza economica, o vantaggi indiretti, verso terzi o non economici (prestigio, possibilità di carriera, successo elettorale), ottenuti a priori (*bribe*) o a posteriori (*kickback*).

I casi di corruzione esaminati comprendono le forme di corruzione verticali, che comprendono un rapporto subordinato corrotto-corrotto di natura gerarchica (incluso il rapporto pubblico-privato) o economica. Non sono considerate le forme di corruzione orizzontale, cioè quelle in cui più soggetti pari si accordano per porre in essere schemi illeciti (ad esempio gli accordi tra i soggetti privati per dividersi gli appalti pubblici e modificare artificialmente i prezzi).

La definizione comprende sia la "Grande corruzione" (*grand corruption*), che la "Corruzione burocratica" (*bureaucratic corruption*).²⁷ 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 ed 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 (ad es. grandi aziende, banche, categorie professionali) o illeciti (crimine organizzato), ed 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 categoria.

LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI

Lo studio si è basato principalmente sulla raccolta di dati attraverso i seguenti strumenti:

- Analisi della letteratura - rapporti di studio e relazioni ufficiali pubblicate da organizzazioni pubbliche e private, letteratura accademica, libri, e letteratura grigia (fonti on line, quotidiani e riviste, relazioni a convegni, sentenze).
- Raccolta di casi - un campione randomizzato di recenti casi di corruzione in sanità, suddivisi per ambito di analisi (nomine, procurement, farmaceutica, sanità privata, negligenza), degli ultimi due anni, selezionati tramite motore di ricerca delle situazioni con maggiore copertura mediatica negli anni 2012-2013. La ricerca

è stata poi integrata tramite l’analisi dei casi maggiormente significativi riportati nella principale letteratura in materia.

- Interviste in profondità: funzionari del SSN, rappresentanti delle forze dell’ordine e della magistratura, accademici, aziende private. La selezione è avvenuta in una prima fase tramite segnalazioni da parte dei componenti dell’Advisory Board, o tramite autocandidature o per invito diretto, a cui ha fatto seguito la verifica della disponibilità da parte dei funzionari stessi a partecipare all’indagine.
- Tavolo di lavoro (experts’working group): il tavolo ha coinvolto 15 rappresentanti dalle seguenti categorie: forze dell’ordine, magistratura, giornalismo, sindacato, aziende sanitarie, associazioni, ministeri, accademia, aziende private. La funzione principale del tavolo è stata la selezione e la valutazione delle 15 proposte.
- Advisory Board: il tavolo di lavoro ha coinvolto 20 rappresentanti dalle seguenti categorie: forze dell’ordine, magistratura, accademia, aziende sanitarie, enti di certificazione. Il compito principale dell’Advisory Board è stato di indirizzare l’analisi e validare le 15 proposte.

L’ELABORAZIONE DEI RISULTATI

- Il lavoro di sintesi ha portato ai seguenti risultati:
Un inquadramento generale del fenomeno corruttivo nel Sistema Sanitario Italiano, e delle problematiche di rilevazione (cap. 7).
- Una analisi criminologica che descrive le principali opportunità e vulnerabilità alla corruzione del Sistema Sanitario nazionale (cap. 8).
- L’elaborazione di 15 proposte operative per ridurre le opportunità di corruzione in sanità (cap. 9).

²⁴ L’elaborazione degli *early warnings* (pre-avvisi) 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.

²⁵ La definizione di corruzione come “*abuse of power for private gain*” è abbastanza diffusa. Ad es. è stata adottata dalla Commissione Europea sin dal 2003. Vedi *Communication on a comprehensive EU policy against corruption* (COM(2003) 317 final), p.6 e la *Communication on Fighting Corruption in the EU* (COM(2011) 308 final), p.3, in nota. Nella letteratura internazionale, il concetto di corruzione è spesso abbinato a quello di *fraud*, perché il primo costituisce una sotto-categoria della seconda (PWC, 2013, p. 58). L’analisi prende in considerazione i casi di corruzione e frode commessa dal dipendente pubblico in danno della Pubblica Amministrazione, perché in entrambi i casi vi è un abuso di potere al fine di un guadagno personale, mentre non sono considerati i casi di frode o truffa in danno del Sistema Sanitario, nei quali manca lo scambio illecito tra potere e interesse privato.

²⁶ Cfr. il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, emanato con D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013.

²⁷ Jain, A., 2001, “Corruption, a Review”, *Journal of Economics Surveys*, Vol 15, No. 1: 73-75.

06. IL FENOMENO DELLA CORRUZIONE

LE RAGIONI DELLA CORRUZIONE

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)²⁸. E' 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 rifiuti²⁹ e, nel 2012, è nuovamente coinvolto in un'inchiesta per corruzione nel settore sanitario³⁰.

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? Vi sono diversi approcci che possono essere applicati per spiegare la corruzione in sanità: l'approccio della scelta razionale, quello sociologico-culturalista, quello neoistituzionalista³¹. La teoria della scelta razionale sostiene che un soggetto potenzialmente criminale³² decide di commettere un reato sulla base di una scelta che bilancia l'interesse/beneficio ed i rischi/costi connessi alla sua azione criminale. Laddove il rischio di essere identificato, sanzionato e condannato è inferiore al beneficio atteso, è maggiormente probabile che il reato venga posto in essere. In caso contrario, la predominanza dei rischi percepiti, rispetto ai possibili guadagni, diventa un elemento deterrente. L'approccio razionale comprende il fattore psicologico ma trascura le motivazioni personali (il perché si viola la norma o l'etica), perché meno influenti ai fini della scelta finale rispetto al fattore rischio percepito.

La scelta razionale può spiegare sia la grande corruzione che la corruzione burocratica, nonché il potenziale rischio sistemico, cioè la

possibilità che a un primo episodio corruttivo ne seguano molti altri, tra le stesse persone o tra persone diverse che partecipano allo stesso ambiente, perché si basa su un accordo tra più attori che, una volta avviato il percorso corruttivo, hanno tutto l'interesse a mantenerlo in vita per minimizzare i propri rischi. 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 (Massarenti, 2012).³³ 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 negati.³⁴ 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".³⁵

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.

Vi sono numerose evidenze empiriche sull'esiguità di tale costo in Italia: tra tutte, la necessità di fare apposite campagne di advocacy³⁶ o di previsioni normative per non inserire corrotti condannati nelle liste elettorali, così come la pacifica presenza di condannati - anche per reati contro la Pubblica Amministrazione - in Parlamento.

Durante la presente ricerca, ad esempio, è emerso ad esempio come la figura del whistleblower, tradotta con "vedetta civica" da Transparency

International, sia interpretata come “delatore”, cioè un traditore, una spia, da parte dei funzionari della PA. L'assenza di un costo morale, o la debolezza delle preferenze etiche, rappresenta il secondo supporto concettuale al perché avviene la corruzione in sanità.

Una testimone che opera all'interno di una struttura sanitaria racconta di aver vissuto, negli anni, gli effetti della malasanità sulla pelle propria e dei pazienti. Dopo aver riportato le anomalie alla propria Azienda, chiedendo invano di intervenire, si è rivolta alla magistratura. Per questo ha subito una serie di provvedimenti disciplinari, con sospensioni, minacce di licenziamento, accompagnate da continui inviti a dimettersi o trasferirsi per evitare il licenziamento.³⁷

Ma probabilmente non è una storia isolata.

INDIVIDUARE LA CORRUZIONE

Il principale problema di analisi come questa rimane quello di raccogliere informazioni attendibili e precise sulla corruzione, reato particolarmente affetto dal numero oscuro.

La corruzione è un reato “evidentemente invisibile”. Da un lato, i suoi effetti negativi si manifestano in modo evidente nell'aumento dei costi, nella riduzione della qualità, nella scarsa concorrenza. Dall'altro, individuare la corruzione è molto difficile, per cinque principali fattori:

- La natura consensuale del crimine
- L'assenza di vittime dirette
- La distanza causale tra accordo e vittimizzazione
- La sofisticazione degli schemi criminali
- La commistione con altri fenomeni di mal-amministrazione

Il principale fattore di occultamento di questo fenomeno deriva dalla sua natura consensuale e non coercitiva tra le parti in causa, che hanno interesse a tenerlo nascosto. Chi è coinvolto non ha l'interesse a denunciare l'atto illecito, che si consuma con la reciproca soddisfazione dei partecipanti all'accordo, mentre i suoi effetti dannosi si manifestano a distanza, spesso su una platea diffusa di soggetti tra i quali si possono annoverare le vittime finali della corruzione. La natura del reato implica quindi che non vi sia nessuno interessato a sporgere denuncia, rendendo quindi più difficile individuare la corruzione.

La corruzione di conseguenza è definita un reato “senza vittime”, o meglio a vittimizzazione diffusa, perché dall'atto criminoso non discendono conseguenze negative immediate per qualcuno. La mancanza di vittime prossime o danni immediati fa venir meno la notizia di reato, perché non vi è evidenza che dia avvio al procedimento (ad es. il corpo di una vittima di omicidio, l'assenza di un bene rubato, i segni di uno scasso). Ad esempio, le vittime del crollo di un edificio costruito con materiali scadenti, rilevati durante il collaudo ma non contestati dagli organi di controllo proprio perché corrotti, non sono in grado di scoprire l'accordo illecito nel momento in cui si conclude, ma ne subiscono le conseguenze nefaste a distanza di tempo.

Un altro ostacolo è la distanza causale tra evento criminoso ed i suoi effetti negativi. Si pensi ad un caso di iper-prescrizione di ormoni pediatrici generata da tangenti a medici di base. Gli effetti negativi della condotta medica potranno verificarsi a distanza di anni, e sarà probabilmente impossibile dimostrare che alcune patologie future saranno causalmente ascrivibili a quel fatto di corruzione.

²⁸ Fonte: <http://cinquantamila.corriere.it/storyTellerThread.php?threadId=ChiesaMario>.

²⁹ Fonte: <http://www.ilgiornale.it/news/arrestato-chiesa-ancora-tangenti.html>.

³⁰ Fonte: <http://espresso.repubblica.it/googlenews/2012/06/27/news/tangenti-torna-mario-chiesa-1.44512>.

³¹ Per un'analisi dettagliata dei tre approcci si veda Vannucci, 2013, pag. 111 e ss.

³² Per soggetto potenzialmente criminale si intende un soggetto dotato di propensione o attitudine a commettere un crimine qualora se ne verifichi l'occasione. Può essere un soggetto che non ha mai commesso alcun reato o un recidivo.

³³ 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.

³⁴ 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 corrottivo nascosto, si scambiavano reciprocamente favori in un contesto nel quale tutti erano collegati.

³⁵ 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-37643087/1/#10>

³⁶ La recente campagna “Fuori i Corrotti dal Parlamento” promossa dalle associazioni Libera e Avviso Pubblico.

³⁷ Il testimone ha chiesto l'anonimato.

Oppure al caso di corruzione impropria, cioè commessa per atti compiuti secondo il dovere d'ufficio, ad esempio in un caso di corruzione per vincere un appalto. In questi casi, non solo è difficile quantificare il danno provocato (in questo caso alla collettività, che non ha avuto la prestazione più efficiente), ma è anche complicato dimostrare che i danni alla collettività sono derivati – in tutto o in parte – da episodi di corruzione casualmente lontani.

Non si riesce a rilevare il fenomeno anche a causa della sofisticazione degli schemi criminali di corruzione, che ha abbandonato il vecchio modello prestazione-tangente verso circuiti di prestazioni circolari tra più soggetti che rendono difficile ricostruire il patto criminale che sta alla base. Con la corruzione non si acquista più l'atto illecito, il credito-debito viene "cartolarizzato" e ceduto ai partecipanti allo schema sotto diverse forme (ad es. opere, prestazioni in natura, assunzioni, polizze assicurative, vacanze, servizi...). Il vecchio sistema Tangentopoli aveva disegnato un reticolo di corruzione ambientale finalizzato al finanziamento dei partiti che si sovrapponeva alle normali procedure pubbliche. Un volta che tale sistema è stato scardinato dalla magistratura, il fenomeno corruttivo è divenuto più sofisticato. Secondo Davigo, magistrato di punta nella lotta alla corruzione, tale evoluzione ha effettuato una selezione naturale dei corruttori, lasciando in campo i più preparati. La figura del corruttore con la "mazzetta" appartiene ormai al passato o a situazioni specifiche di scarso rilievo, come il caso del funzionario pubblico che per gestire le pratiche si fa consegnare qualche banconota da ogni utente che si presenta nel suo ufficio.

Oggi si verificano grandi schemi collusivi, con gruppi strutturati che seguono codici di comportamento condivisi tra di loro, finalizzati a violare o distorcere le regole per ottenere vantaggi illeciti. In questi meccanismi complessi può capitare che l'imprenditore effettui una prestazione a favore di un soggetto (il cd. faccendiere) che utilizza le sue buone relazioni con un politico, in modo che questo orienti il lavoro dei pubblici funzionari in modo da favorire il soggetto che ha avviato il processo. A volte è il politico, o il faccendiere, o il funzionario che dà il via al processo, che si conclude sempre con un vantaggio distribuito per tutti, in modo che nessuno sia spinto a violare il patto criminoso e a rivelarne lo schema.

In alcuni contesti la corruzione assume il rango di sistema criminale, un metodo di violazione sistematica della legge che riguarda più soggetti, alcuni direttamente coinvolti nella commissione di illeciti e altri, invece, che partecipano al sistema accettando la "mentalità diffusa" o anche attraverso attività "di sostegno, di favoreggiamento e di accettazione".³⁸ L'impatto di un tale sistema criminale è molto più elevato della somma delle conseguenze dei singoli illeciti.

Da ultimo, la corruzione, per sua natura, si mescola con altri fenomeni, siano essi criminali o di cattiva performance della pubblica amministrazione, derivanti da scarse capacità di gestione, da situazioni di spreco di risorse pubbliche, che caratterizzano l'azione viziata. Non sempre il costo di un appalto pubblico dipende dalla corruzione, ma bisogna considerare altri costi non giustificabili né illeciti, come ad esempio il costo della burocrazia, il costo degli approvigionamenti, la concorrenza sleale. Inoltre, la corruzione è un fenomeno dai contorni incerti rispetto ad altre fattispecie di cattiva gestione, di inefficienza o di sprechi, che non possiedono rilevanza penale, ma che costituiscono un danno alla collettività ed al buon andamento della pubblica amministrazione.

L'inefficienza nel procurement è pari a circa il 18%, di cui un 13% è corruzione (PWC 2013).

"Nell'ambito di una valutazione di sistema dell'evoluzione delle modalità di svolgimento della corruzione o dei reati contro la pubblica amministrazione, si passa dalla dazione alla corruzione ambientale e alla corruzione di sistema, con una progressiva evoluzione del meccanismo della corruzione. Il modello dell'interferenza sulla sanità si è progressivamente allargato a vari meccanismi: prima quello della spesa, poi quello delle forniture, poi gli accreditamenti e così via. Il sistema complessivo riguarda inoltre anche la farmatruffa, un'altra spesa enorme che grava sul sistema, e la finanza di sostegno al deficit della sanità".³⁹

³⁸ Audizione del Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Bari, dottor Antonio Laudati, presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 85a seduta. Resoconto stenografico n. 82, pag. 11.

³⁹ Audizione del Procuratore Laudati, pag. 13

MISURARE LA CORRUZIONE

Individuare la corruzione è difficile, ma quantificarla con precisione è impossibile, poiché i dati ufficiali disponibili sulla corruzione non sono sufficienti a spiegare né ad inquadrare il fenomeno e le misure riferite alla corruzione⁴⁰ si basano da stime e sono soggette a margini di indeterminazione (Tab. 1).

Nel 2011 il SAET, ufficio del Dipartimento della Funzione Pubblica, basandosi sui soli dati ufficiali, presenta 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". Ma il dato ufficiale non rappresenta né la difficoltà di rilevare e denunciare episodi di corruzione, né considera le problematiche connesse al regime vigente della prescrizione⁴¹ che porta a terminare i procedimenti penali in corso, con una sostanziale impunità dei colpevoli, ignorando quindi la c.d. cifra oscura del reato, che rende le statistiche ufficiali⁴² lacunose e poco rappresentative del fenomeno (Vannucci, 2012).

Oltre alle statistiche ufficiali, la corruzione è generalmente misurata in forma indiretta tramite informazioni raccolte dagli *stakeholders* (indagini di percezione o di vittimizzazione) o indicatori *proxy*, che misurano il rischio di corruzione (o l'indice di integrità).⁴³ Esempi del primo tipo si trovano nell'Eurobarometro, nel Worldwide Governance Indicator - Control of Corruption (CoC) di World Bank, o nel Corruption Perception Index (CPI) di Transparency International (TI), ma anche in studi nazionali: una recente indagine del Censis

ha rilevato che l'87% degli italiani, contro il 74% della media UE, è convinto che la corruzione sia un problema grave e il 43% lo indica, insieme alla crisi morale della politica, quale causa principale dell'attuale recessione economica (Censis 2012). Indicatori del secondo tipo sono, ad esempio, il National Integrity System di TI, o il Global Integrity Report, della Global Integrity.

Queste analisi sui fenomeni corruttivi producono valori che non sono indicativi della quantità di corruzione in un paese, ma permettono o di confrontare i paesi tra di loro, o di individuare, tra i settori della PA, quali sono più corrotti,⁴⁴ o di analizzare i mutamenti nel tempo. Recenti analisi (Pippidi, 2013) hanno rilevato la consistenza elevata di tali indici, che presentano correlazioni significative pur partendo da diverse fonti e utilizzando metodologie differenti.

Uno studio pubblicato da PWC per OLAF⁴⁵ nel 2013 ha rilevato che 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. Tali costi derivano da: spese gonfiate, ritardi nella realizzazione, perdita di efficacia. Complessivamente, i costi diretti della corruzione negli 8 paesi e nei 5 settori analizzati analizzati sono stimati tra 1,4 e 2,2 miliardi di Euro per il 2010.

⁴⁰ Per un'analisi dei meccanismi di stima della corruzione si vedano Vannucci A., 2102, *Atlante della Corruzione*, Gruppo Abele edizioni. Un'analisi critica si trova in: Servizio Anticorruzione e Trasparenza, 2011, *Relazione al Parlamento. Anno 2010*, pp. 76-77. Si veda inoltre il recentissimo Mungiu-Pippidi (ed.), 2013, *Controlling Corruption in Europe – The Anticorruption Report*, Vol. 1, pp. 9-13.

⁴¹ Secondo le norme vigenti, i termini per la prescrizione del reato di corruzione corrono dalla data in cui il fatto è stato commesso e per tutta la durata del procedimento nei tre gradi di giudizio, creando le condizioni per rendere quasi impossibile la condanna per corruzione. La riduzione delle pene edittali per reati di corruzione contenuta nella legge 190/2012 ha ulteriormente ridotto tali termini, anche per i procedimenti in essere, sollevando notevoli proteste da parte della magistratura. Per un approfondimento sui termini di prescrizione si veda Transparency International, 2010, *Conto alla rovescia verso l'impunità*. Disponibile su http://issuu.com/nisitalia/docs/sol_completo/1.

⁴² La quantità di corruzione certa dipende dal numero di condanne penali passate in giudicato o dal numero di denunce per i reati 318 ss c.p., pubblicate sugli annuari delle statistiche ufficiali.

⁴³ Alcuni indici internazionali focalizzati sulla corruzione si basano sulla raccolta di opinioni (indici di percezione) oppure sulla valutazione di elementi oggettivi (indici di integrità), solo indirettamente riconducibili al rischio di corruzione, quali ad esempio: il rapporto tra i poteri dello stato, l'autonomia del governo, il sistema elettorale, il sistema di finanziamento dei partiti, la libertà dei media, la possibilità di fare business. Tra questi il Global Integrity (di Global Integrity) e il National Integrity System (di Transparency International). Altri indici internazionali prendono in considerazione la corruzione in modo meno diretto. Tra questi il Quality of Governance, elaborato dall'University of Gothenburg.

⁴⁴ Le indagini di percezione non sono in grado di misurare un fenomeno in termini quantitativi, ma sono sufficientemente accurate per permettere di elaborare serie storiche, di effettuare confronti tra paesi, e di individuare i settori maggiormente affetti dal fenomeno. Studi comparati hanno dimostrato che i risultati della percezione dei cittadini corrispondono con i risultati delle valutazioni degli esperti e con i risultati emersi dalle indagini di vittimizzazione (Mungiu-Pippidi, 2013, 11). Pur trattandosi quindi di indagini di percezione, i loro risultati devono essere tenuti in considerazione.

⁴⁵ PricewaterHouseCooper, 2013, *Public Procurement: costs we pay for corruption - Identifying and Reducing Corruption in Public Procurement in the EU*.

LA CORRUZIONE NEL SETTORE PUBBLICO

DATI GIUDIZIARI	
DELITTI DI CORRUZIONE E CONCUSSIONE CONSUMATI	Dai 311 casi del 2009 ai 223 casi del 2010
PERSONE DENUNCIATE PER DELITTI DI CORRUZIONE E CONCUSSIONE	Dalle 1821 del 2009 alle 1226 del 2010
SOGGETTI CONDANNATI PER I DELITTI DI CORRUZIONE E CONCUSSIONE	Dai 341 del 2007 ai 295 del 2008
NUMERO DELLE PERSONE COINVOLTE E DEI REATI DENUNCIATI PER CORRUZIONE E CONCUSSIONE	In crescita dal 1992, raggiunto il picco dei 2.000 delitti e oltre 3.000 persone denunciate nel 1995. Ridottosi a circa un terzo per i reati e della metà per le persone
NUMERO DI CONDANNE PER REATI DI CORRUZIONE	Da oltre 1700 nel 1996 ad appena 239 del 2006
DATI DI PERCEZIONE	
CORRUPTION PERCEPTION INDEX DI TI	Italia al 69° posto, trend in peggioramento
EXCESS PERCEIVED CORRUPTION INDEX, SSPA	Italia al penultimo posto
RATING OF CONTROL OF CORRUPTION, BANCA MONDIALE	Italia tra gli ultimi in Europa, trend in peggioramento
DATI DI ESPERIENZA	
EUROBAROMETRO	dal 17% del 2009 al 12% del 2011 (media UE 8%)

TABELLA 1 - FONTE: RELAZIONE GAROFALO, PAG. 193-194

07. LA CORRUZIONE IN SANITÀ

Potrebbe stupire la semplicità con cui l'inefficienza, la cattiva amministrazione, gli sprechi e la corruzione prosperano nella sanità.

La corruzione prospera nella combinazione tra "questione morale" e "opportunità criminali", che proprio nella sanità sono maggiorate da elementi peculiari di settore che facilitano la commissione del reato o perlomeno riducono le capacità di controllo previste dal sistema.

Il problema della corruzione in sanità è noto sia in Italia che a livello globale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità OMS, "molti, se non tutti [i Paesi] non riescono a sfruttare completamente le risorse disponibili, a causa della cattiva esecuzione degli appalti/acquisti, dell'uso irrazionale dei medicinali, della cattiva gestione o allocazione delle risorse tecniche e umane, o a causa di una gestione amministrativa e finanziaria frammentaria" (OMS 2010, 61).

In Italia, la Corte dei Conti certifica che nel settore sanitario "si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo" (Ristuccia 2011, 128-129). Numerose indagini hanno accertato la diffusione di corruzione e frode ad ogni livello del sistema sanitario, attraverso schemi criminali di diversa complessità e sofisticazione. In particolare, i fenomeni patologici riguardano soprattutto l'esternalizzazione – e quindi gli appalti – dei servizi, le consulenze esterne e i fenomeni delle transazioni.⁴ Inoltre, "il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriata organizzazione e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività" (Corte dei Conti 2012, 265).

Secondo una ricerca coordinata da CORIPE Piemonte, "opacità, inefficienze e illegalità sono pervasive di tutti i sistemi di tutela della

salute, compreso il Servizio Sanitario Nazionale, pur con notevoli divari fra le diverse realtà territoriali e settoriali". Il settore sanitario rappresenta una vera e propria miniera d'oro per coloro che vivono di frode e corruzione (CORIPE Piemonte 2013, 70).

La Relazione Garofalo sulla corruzione ha evidenziato gli alti livelli di rischio corruttivo che imperversano nel settore sanitario menzionando le molteplici situazioni che danno adito a tentativi di condizionamento illecito: spese inutili, contratti conclusi senza gara, competizioni svolte in modo illegale, assunzioni e inquadramenti illegittimi, falsità e irregolarità nella prescrizione di farmaci e simili, inadempimenti e irregolarità nell'esecuzione dei lavori e nella fornitura di beni (relazione Garofalo 2012)

A causa della mancanza di vittime dirette, risulta difficile misurare l'impatto della corruzione sulle risorse disponibili, sulla qualità e sulla quantità del servizio, sui costi degli appalti e dei servizi erogati, sulla concorrenza tra le aziende, sul merito nelle carriere, sull'imparzialità e sul buon andamento della pubblica amministrazione verso i cittadini (Vian, 2008). Tanto più difficile è misurare l'impatto indiretto, cioè le conseguenze finali sulla salute dei cittadini, che sono gli utenti del settore della sanità.

STIME DELLA CORRUZIONE IN SANITÀ

Nei casi recentemente analizzati si passa da poche decine di euro pagati a un medico, fino alle tangenti milionarie versate da società private a favore dei vertici regionali. Al di là degli importi che emergono in singoli episodi, la misura complessiva è ignota. Nella sanità non è

possibile isolare - quasi si potesse intervenire con precisione chirurgica - il fenomeno della corruzione dalla cattiva gestione e dallo spreco. Tutto si mescola nell'inefficienza,⁴⁶ quella quota di spesa sanitaria che non concorre al pieno raggiungimento del diritto alla salute: le risorse pubbliche destinate alla sanità sono limitate e ogni atto di inefficienza la sottrazione di risorse che altrimenti andrebbero a finanziare un servizio.⁴⁸ È l'evidenza empirica derivante da numerose indagini giudiziarie, seguite anche da condanne passate in giudicato, a confermare l'esistenza di tale extra-spesa, un macigno nascosto tra i costi della sanità.⁴⁹ Piacenza e Turati hanno stimato che l'inefficienza media della spesa sanitaria italiana sia pari al 3% (3,5 miliardi di Euro l'anno), con estremi a livello regionale che vanno dallo 0,7% al 25,7% (Piacenza e Turati, 2013). L'esperienza recente delle politiche fiscali restrittive ha ulteriormente provato l'esistenza di tale extra costo, poiché in molti casi attraverso la spending review si è riusciti a tagliare le spese senza incidere sui servizi.⁵⁰ Piacenza e Turati hanno dimostrato che il rigore fiscale, in Italia, incide solo sull'inefficienza (extra costo) e non ha alcun impatto reale sul benessere dei cittadini. Anche questo esperimento, tuttavia, ha permesso di misurare la corruzione separandola da sprechi, inefficienze, furti ed altre forme di mal-amministrazione. La difficoltà di quantificare la corruzione in sanità dipende anche da fattori quali la discrezionalità medica, le dimensioni economiche e strutturali del servizio pubblico, la numerosità e la tipologia degli attori coinvolti, la quantità e la natura dei servizi erogati, le difficoltà di controllo sistemico.

Secondo le più recenti stime sulla corruzione in sanità,⁵¹ il tasso medio⁵² 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. Non è dato sapere la frequenza relativa della corruzione nei diversi centri di spesa del SSN, ma tutte le fonti concordano nell'individuare il settore del procurement come quello più a rischio. Ad esempio, il rischio di corruzione nell'acquisto di dispositivi per terapia meccanica, radiologica, elettrica e fisica è pari al 11-14%, secondo uno studio di PriceWaterHouseCooper (PwC 2013).⁵³ 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).⁵⁴ Secondo il *Bribe Payers Index 2011*⁵⁵ 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. Golden e Picci, nel 2005, hanno provato ed elaborare una misura proxy della corruzione in Italia attraverso la differenza tra la quantità di infrastrutture pubbliche e il tasso d'interesse applicato sui finanziamenti pubblici (Golden e Picci 2005).

⁴⁶ Audizione del Procuratore regionale della Corte dei conti per la Puglia, dottor Francesco Lorusso, presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 77a seduta. Resoconto stenografico n. 74, pag. 4.

⁴⁷ La quota di inefficienza in termini economici, dipende da fenomeni degenerativi del sistema quali corruzione, frode, sprechi, cattiva amministrazione, etc. Una linea di pensiero, minoritaria, sostiene che la corruzione può portare benefici all'economia, perché è in grado di velocizzare le procedure, superare i problemi burocratici o normativi. Quindi la corruzione aumenterebbe l'efficienza. In effetti, alcuni studi hanno dimostrato alcune ricadute positive della corruzione, solamente in Paesi con un quadro istituzionale molto debole e una burocrazia corrotta e inefficiente. Questa ipotesi non è applicabile all'Italia, come dimostrato in recenti studi (Castro, Guccio e Rizzo 2013).

⁴⁸ Secondo Kumbhakar e Hjalmarsson, l'inefficienza nel processo produttivo di un output è l'uso eccessivo di risorse (input) rispetto al bisogno (minimo) ottimale definito da una best practice o frontiera (citato in Piacenza e Turati 2013). Una definizione più semplice individua l'inefficienza nella parte di costo che può essere eliminata senza intaccare il servizio.

⁴⁹ Anche se non è possibile distinguere la voce corruzione tra le componenti dell'extra costo a carico del sistema sanitario, va precisato che una strategia capace di ridurre tale costo, senza incidere sul livello e sulla qualità dei servizi sanitari, comporta necessariamente una consequenziale riduzione della corruzione perché elimina il presupposto stesso per lo scambio criminale, ovvero la disponibilità di risorse - che non sono strutturali al costo efficiente dei servizi sanitari - per l'arricchimento illecito. Un migliore utilizzo delle risorse in ambito sanitario può quindi aiutare a contrastare i fenomeni corruttori, senza minacciare la salute dei cittadini, perché riduce lo spreco di risorse pubbliche senza intaccare la quantità e la qualità dei servizi erogati.

⁵⁰ Alcune esperienze recenti in ASL del Piemonte e della Campania sembrano dimostrare come sia possibile incidere sui costi - almeno per la spesa corrente - senza necessariamente tagliare i servizi in misura proporzionale.

⁵¹ Button M. e Ley C., 2013. *Healthcare Fraud in the new NHS market - a threat to patient care*, the Centre for health and the Public Interest.

⁵² Gli autori hanno rilevato nel 97% dei casi analizzati un fraud frequency rate (FFR - i.e. frequency of fraud and error) tra il 3% e l'8%. PKF and University of Portsmouth, 2011, "The Financial Cost of Healthcare Fraud".

⁵³ 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*.

⁵⁴ Eurobarometro 76.1 - Atteggiamento degli europei verso la corruzione, dati per l'Italia.

⁵⁵ 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 5:
ANALISI DEI GIORNALI. ELAB RISSC SU DATI AVISO PUBBLICO

- > 10 CASI
- 8 - 10 CASI
- 6 - 8 CASI
- 4 - 6 CASI
- 2 - 4 CASI
- 0 - 2 CASI

Aviso Pubblico, l'associazione di enti locali contro le mafie e la corruzione, emanazione di Libera, nel 2012 ha raccolto i casi di corruzione emersi sulle testate a livello nazionale e locale, per cercare di mappare il fenomeno.

Dal risultato, elaborato nella immagine 5, si evince come la diffusione della corruzione in sanità non sia un fenomeno tipico di alcune regioni, ma ampiamente diffuso.

I FATTORI DELLA CORRUZIONE IN SANITÀ

Il rischio di corruzione dipende 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-amministrazione.⁵⁴

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 ed l'efficacia delle cure.⁵⁶

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.

FATTORI GENERALI DELLA CORRUZIONE		Natura consensuale del patto
		Distanza causale tra l'evento criminoso e i suoi effetti negativi
		Sofisticazione degli schemi criminali
		Connessione con altri fenomeni
FATTORI PECULIARI DEL SISTEMA SANITARIO	GENERALI	Incertezza o debolezza del quadro normativo
	DOMANDA SANITARIA	Asimmetria informativa tra utente ed Sistema Sanitario
		Elevata parcellizzazione della domanda sanitaria
		Fragilità nella domanda di servizi di cura
	OFFERTA SANITARIA	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		

TABELLA 2: I DRIVERS DELLA CORRUZIONE IN SANITÀ

⁵⁶ Vedi il paragrafo "Individuare la corruzione" nel cap. 6.

⁵⁷ Quest'ultimo fattore di rischio corruzione è poco applicabile ai paesi evoluti come l'Italia.

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 farragginosa 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

Incertezza/debolezza del quadro normativo
Complessità organizzativa
Asimmetria informativa
Privatizzazione

VULNERABILITÀ

Lottizzazione politica
Questione Morale/senso civico
Deresponsabilizzazione
Inefficacia dei controlli
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 economico.⁵⁸

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, sanare.⁵⁹

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. 381/91.⁴⁰ In oltre, 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.

Dal punto di vista finanziario, sono 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 problema.⁴¹

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.

³⁸ G. Rossi, *Il capitalismo malato non si cura in tribunale*, Il Sole 24 Ore, 21 luglio 2013—, <http://www.ilsole24ore.com/art/commenti-idee/2013-07-21/capitalismo-malato-cura-tribunale-151742.shtml>.

³⁹ 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*, Ipsoa, Milano, 2012, p. 26.

⁴⁰ Audizione del presidente dell’Autorità di vigilanza sui contratti pubblici, dott. Giuseppe Bienza, presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio sanitario nazionale, 108a seduta. Resoconto stenografico n. 103, pag. 4.

⁴¹ 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*.

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 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 presa 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 acquisto,⁴² 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*.⁴³ 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 scandali di corruzione in sanità degli anni recenti hanno riguardato i vertici – politici ed amministrativi – delle regioni Abruzzo, Lombardia, e Puglia.⁴⁴

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 agente del malato, generando per suo conto la domanda sanitaria⁴⁵ 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 preconstituita 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 gara. 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 sanità⁶² 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 "concausa 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"⁶³.

⁶² 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.

⁶³ Ad es. VVAA, 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.

⁶⁴ 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.

⁶⁵ 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.

⁶⁶ 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.

⁶⁷ Conclusioni della Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, pagg. 40-41.

⁶⁸ 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.

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 politica⁹

La lottizzazione politica della sanità è talmente evidente che nessuno è in grado di 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 abbinabile a 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’inchiesta,¹⁰ “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 prodotti 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 magazziniere. 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 accreditamento.¹¹

Un procedimento tuttora in corso⁷² 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 Autoambulanze" (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 persone. Al suo posto ti segnalerei il sig...". Come se non bastasse, a mano aggiunge "Caro..., è importante" (maggio 2003). 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 turno.⁷³

Questione Morale/senso civico

Il problema "non riguarda le regole, che pure esistono, ma gli uomini".⁷⁴ L'analisi della corruzione nella sanità conferma quanto emerso dalla ricerca "Sistemi di Integrità Nazionale – Italia 2011" condotta da TIItalia 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 legalità.⁷⁵ 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 è dell'etica pubblica anche in questo settore".⁷⁶

Il sostituto procuratore Beelli 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

⁶⁹ Il paragrafo è tratto dalle Conclusioni della Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, pagg. 40-41.

⁷⁰ Fraschetti V. e Saviano, C., 2012, Sanità, dove per fare carriera non conta l'abilità ma il giro giusto. L'Espresso. Disponibile su http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/2012/02/28/news/meritocrazia_sanit-30646709/.

⁷¹ 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.

⁷² Fonti: <http://www.ilfattoquotidiano.it/2013/10/11/commissione-antimafia-arriva-fazione-lex-autista-di-mancino-che-blocca-scioglimento/740927/>; <http://www.ilfattoquotidiano.it/2013/10/25/antimafia-fazione-sfida-su-raccomandazioni-fuori-prove-eccecole/755801/>. Le lettere sono visibili sul sito: <http://www.slideshare.net/lfattoquotidiano/lettere-fazioneadirettoreasli2003ridotta>. Ultimo accesso 17/11/2013.

⁷³ Ibid, pag. 10.

⁷⁴ 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.

⁷⁵ 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.

⁷⁶ Relazione Garofalo, pag. 109.

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”.⁷⁸ 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.

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 (TItalia 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

LA TRATTATIVA “ANOMALA” SU UN CAPITOLATO DA RITIRARE E RI-PUBBLICARE MODIFICATO ⁷⁸

TABELLA 3- FONTE: TRASCRIZIONE INTEGRALE DELLA CONVERSAZIONE AMBIENTALE TRA PRESENTI, TENUTASI IN DATA 21.01.2009

IMPRENDITORE:	Ma non gli puoi dare un incarico esterno [all’interno della PA] velocemente a “Gino”?
DIRETTORE ASL:	Non posso finché non finiscono le stabilizzazioni.
IMPRENDITORE:	Me lo puoi far avere per esempio su floppy no? Perché se deve essere risistemato... [...] lo te lo preparo e chiaramente lo devo preparare anche in base ai requisiti che la XXX o chi per lui, è chiaro, perché sennò rischio di mettere dei fatturati diversi che uno magari non ha e non ha neanche i requisiti per partecipare”
IMPRENDITORE:	l’indicazione che deve essere data è questa: ci sono tre lotti, questi tre lotti ancora si devono ridefinire... l’indicazione è: uno XXX, uno te e uno YYY.
FACCENDIERE:	Tu fai tutto, poi mi prendi il capitolato, ci prendiamo ad Enrico, ce ne veniamo qui a Roma (dove non ci vede nessuno) un’altra volta e dici a Enrico “Enrico, questo questo... mi dai le caratteristiche tue? Questo è tuo” e basta.
DIRETTORE ASL:	Facciamo così.
IMPRENDITORE:	- Facciamo tre lotti, uno lo facciamo più grosso e ci portiamo dietro anche... e lo gestiamo insieme. Cioè io non sono famelico, insomma.
FACCENDIERE:	- al di là del ricorso o meno che poi ne parliamo, perché se può essere strategicamente vincente il fatto di fare un ricorso per non far vedere che l’abbiamo annullata [la gara].
IMPRENDITORE:	Io non posso pensare che possa andar bene questa divisione [...] La miglior soluzione per me era quella di allargare anche ad altri centri di spesa e fare una quadratura un po’ più seria.
DIRETTORE ASL:	infatti stavamo parlando di intervenire su questo per allargare...

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 sanità " 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 ragioneria; 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 banca che ha generato l'operazione, che ha causato un danno consistente all'erario regionale.⁸⁰

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",⁸¹ 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

⁷⁷ 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.

⁷⁸ Il testo della trascrizione è disponibile su http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/2012/06/20/foto/hotel_de_rusie-37589270/1/#1.

⁷⁹ Regione Puglia, delibera di Giunta regionale n. 1129 dell'8 agosto 2002.

⁸⁰ 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.

⁸¹ Audizione del Procuratore Laudati, p. 17.

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 assente politica".⁸² 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".⁸³

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"⁸⁴. 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 compiti.⁸⁵

La ridotta capacità del sistema giudiziario danneggia anche i diritti di chi vuole agire per tutelare realmente un proprio diritto lesa. 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. Nel ... 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 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 diverso:⁸⁶ 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.

⁸² 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>.

⁸³ Intervento del Procuratore regionale Tommaso Cottone - Inaugurazione anno giudiziario 2013, adunanza del 2 marzo 2013.

⁸⁴ Intervento del Procuratore regionale Tommaso Cottone, pag. 49.

⁸⁵ Conclusioni della Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, pagg. 40-41.

⁸⁶ Il testo è liberamente tratto da Transparency International, 2011, National Integrity System Assessment - Corruzione e Sistemi di Integrità in Italia, pag. 5.

08. SCHEMI CRIMINALI RICORRENTI

area	tema	criticità
NOMINE	SELEZIONE	ingerenza politica
		conflitto di interessi
		revolving doors
		spoil system
	POTERI	insindacabilità
		discrezionalità
	FORMAZIONE	carenza di competenze
FARMACEUTICA	PREZZO	aumento artificioso
		brevetti
	PRESCRIZIONE	comparaggio
		falsa ricerca scientifica
	RIMBORSI E DISTRIBUZIONE	prescrizioni fasulle
		prescrizioni non necessarie
	rimborsi fasulli	
PROCUREMENT	PROCEDURE	gare non necessarie
		procedure non corrette
		gare orientate o cartelli
		infiltrazione crimine organizzato
	FORNITURA	carenza di controlli
		false attestazioni di forniture
	inadempimenti-irregolarità non rilevate	

area	tema	criticità
NEGLIGENZA	LISTE D'ATTESA	scorrimento liste
		dirottamento verso sanità privata
	INTRAMOENIA	false dichiarazioni
		omessi versamenti
SANITÀ PRIVATA	CONVENZIONI	mancata concorrenza
		mancato controllo requisiti
		ostacoli all'ingresso e scarso turnover
	RIMBORSI	prestazioni inutili
		false registrazioni drg
	falso documentale	

I dipendenti pubblici che lavorano nel settore sanitario hanno innumerevoli opportunità di farsi corrompere. Emblematico è il caso del "mercato delle salme" emerso in Lombardia nel 2008 in cui numerosi infermieri sono stati corrotti da imprese funebri locali per spartirsi defunti: mazzette in cambio di (lucrose) sepolture⁸⁷

In questa sessione, saranno esaminati cinque ambiti del sistema sanitario spesso soggetti alla corruzione: nomine, gestione dei farmaci, procurement, negligenza e sanità privata. Attraverso l'analisi dei casi giudiziari, relativi ad indagini per corruzione nella sanità, è stato possibile individuare alcune criticità ricorrenti negli schemi corruttivi. Tali criticità sono state contestualizzate in riferimento all'ambito in cui si verificano e – ove possibile – al danno economico causato, così da poter creare una cornice precisa in cui inserire i fenomeni di devianza registrati.

LE NOMINE

Prescindendo anche da ipocrite affermazioni di terzietà, è noto a tutti che in ogni Regione le principali nomine a livello di gestione del Servizio Sanitario si siano determinate attraverso scelte di natura politica. Nella migliore delle ipotesi, tali nomine sono passate attraverso una qualche scrematura del materiale umano disponibile, anche se poi si è fatto prevalere l'affidamento nei confronti di determinati soggetti, piuttosto che di altri, da parte degli organi di Governo, con il conforto dei Gruppi politici presenti nei diversi consigli regionali"

Sen. Tedesco

I dipendenti⁸⁷ del sistema sanitario italiano sono circa 650.000, di cui circa 40.000 sono manager e responsabili di struttura,⁸⁸ la cui nomina è caratterizzata da un ampio margine di discrezionalità.⁸⁹

Direttore generale – È nominato dalla giunta regionale con un contratto di lavoro di tre-cinque anni. La sua rimozione può avvenire solo nei casi in cui non si raggiunge il pareggio di bilancio o per altri gravi motivi.

Direttore Amministrativo Aziendale e Direttore Sanitario – Sono nominati dal direttore generale tramite chiamata diretta e fiduciaria. Il primo è referente per quanto riguarda la gestione economica aziendale, il mantenimento dell'equilibrio di bilancio e la legittimità degli atti. Il secondo è responsabile per l'elaborazione della politica sanitaria aziendale e svolge la funzione di direzione tecnico-organizzativa e igienico-sanitaria dell'attività aziendale.

Primario – Il direttore generale nomina la commissione che selezionerà la rosa dei candidati e, tra i nomi proposti, sceglie il medico al quale conferire l'incarico. Il primario è un dirigente di secondo livello che

svolge attività medico-chirurgiche così come di programmazione e direzione dell'unità operativa o dipartimentale affidatogli.

SCHEMI CRIMINALI RICORRENTI

La selezione dei direttori generali è caratterizzata da un'ampia discrezionalità di scelta da parte dell'autorità politica regionale, visto che i requisiti per la nomina, quali il titolo di studio richiesto e l'esperienza maturata, non sono particolarmente restrittivi. Dai dati raccolti emerge che la discrezionalità è usata per effettuare scelte basate sulla fedeltà politica più che sulla competenza, in modo da dare ai direttori "un mandato politico più che amministrativo".⁹¹ La nomina dei direttori generali di ASL e ospedali è legata all'esito delle elezioni regionali, con incarichi assegnati a soggetti appartenenti a determinate aree politiche sulla base delle preferenze ottenute dai partiti che siedono in giunta.⁹² Particolarmente eloquente è l'intervento di Maurizio Ferrara: "Le procedure di selezione e di nomina rispondono a logiche di natura squisitamente politica, le affiliazioni dirette e indirette dei direttori generali sono note a tutti [...] i giornali possono tranquillamente pubblicare mappe regionali con le bandierine dei partiti e nessuno smentisce, nessuno si stupisce".⁹³ L'ampio potere discrezionale nella selezione dei direttori sia sanitari sia amministrativi è in capo ai direttori generali. Il vincolo fiduciario con il mandato politico può annullare tale discrezionalità, acquisita dal politico in cambio della nomina. Pertanto, l'indipendenza delle figure in questione è seriamente compromessa come anche la loro capacità di controllo reciproco. Quando i soggetti apicali non risultano più graditi, la "partitocrazia della salute" utilizza il mancato

⁸⁷ Consani M., Racket del caro estinto: i ras rischiano 4 anni, Il Giorno Milano, 2 luglio 2012, <http://www.ilgiorno.it/milano/cronaca/2012/07/02/737812-cimitero-racket-caro-estinto-milano-processo.shtml>.

⁸⁸ Ministero della Salute, Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario, Ufficio di direzione statistica, 2010, *Personale delle ASL e degli Istituti di cura pubblici - Anno 2010*.

⁸⁹ Nel dettaglio: 180 direttori generali di ASL; 102 direttori generali di Azienda ospedaliera; 1.800 direttori di dipartimento ospedaliero (scelti tra i dirigenti di struttura complessa del dipartimento); 9.851 medici dirigenti di struttura complessa; 18.545 medici dirigenti di struttura semplice; 5.606 dirigenti di struttura complessa e semplice "non medici" (veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi e dirigenti delle professioni sanitarie); 2.702 dirigenti amministrativi di struttura complessa e semplice; 767 dirigenti professionali di struttura complessa e semplice (avvocati, ingegneri, architetti e geologi); 535 dirigenti tecnici di struttura complessa e semplice (analisti, statistici e sociologi). HC Magazine, *Chi sono e come sono nominati i 38 mila managers e responsabili di struttura del Servizio Sanitario Nazionale*, 17 novembre 2009, <http://www.hcmagazine.it/news/politico-sanitaria/chi-sono-e-come-sono-nominati-i-38-mila-managers-e-responsabili-di-struttura>.

⁹⁰ La disciplina delle nomine nel settore sanitario è regolamentata dagli artt. 3 e seguenti del d. lgs. 502/92 e ss. mm. ii.

⁹¹ Audizione del sostituto procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Torino dottor Paolo Toso, presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 151a seduta. Resoconto stenografico n. 145, pag.11.

⁹² Testimonianza del medico lombardo Luciano Bresciani contenuta in F. Pinotti (2012).

⁹³ Intervento di Maurizio Ferrara tratto da E. D'Annunzio (2010, 35).

raggiungimento del pareggio di bilancio per aggirare il divieto di spoils system e rimuovere le persone non più "allineate".⁹⁴

Al contrario, in altri casi si abusa della proroga per assegnare posizioni senza passare per procedure ad evidenza pubblica. La DDA di Bari ha denunciato il sistema regionale nel quale gli organi politici nominavano i direttori generali e a questi imponevano (concussione per induzione) - a volte pretendevano - i nomi i direttori amministrativi e sanitari da nominare, proprio in virtù del vincolo associativo che si crea con le nomine. Questo ha provocato un "effetto a catena" perché, controllando i direttori sanitari e amministrativi si controllano anche le gare d'appalto e le nomine dei primari. Il tutto, secondo la Procura, con "l'unico intento di garantirsi ritorno di consenso elettorale, clientele e finanziamenti nel corso delle campagne elettorali" per il politico, e indebito arricchimento per il privato.⁹⁵

Il sistema distorto arriva fino al controllo delle nomine ai livelli più bassi della struttura. Si pensi al caso riportato delle raccomandazioni per fare l'autista. L'intero meccanismo sembra costruire un sistema al servizio della politica, la quale gode di ampi poteri, è immune da qualsiasi responsabilità e non è soggetta a forme efficaci di controllo. Tutti elementi che offrono terreno fertile per possibili episodi di corruzione ad alto livello e le indagini, che nel triennio 2011-2013 hanno coinvolto i vertici della sanità di alcune regioni, sembrano suffragare questa ipotesi. Nelle regioni in cui esiste un albo pubblico da cui selezionare i dirigenti, i criteri adottati per essere iscritti all'albo sembrano privilegiare coloro che hanno una cimentata esperienza gestionale di budget ma presentano carenze significative in formazione manageriale. La Riforma Balduzzi ha modificato tale impostazione codificando i titoli e l'esperienza necessari e stabilendo l'istituzione dei registri regionali. Leggermente diverso, se pur collegato, è il problema della valutazione dei direttori e dirigenti: la programmazione annuale viene adottata in ritardo così che non sia possibile fissare obiettivi chiari; mancando gli obiettivi non si può successivamente contestare a nessun dirigente il proprio mancato lavoro.

Infine, va evidenziato il problema delle revolving doors.

La Relazione Garofalo evidenzia la necessità di "perfezionare il quadro delle incompatibilità delle cariche di vertice delle aziende sanitarie, in particolare per la fase successiva al rapporto con l'azienda: occorrerebbe almeno evitare, per uno o più anni dalla scadenza, l'assunzione di incarichi e lo svolgimento di collaborazione con le imprese che hanno rapporti commerciali con l'azienda e con soggetti, come le associazioni di imprese farmaceutiche o di medici, che abbiano avuto un interesse rilevante nell'attività svolta dal funzionario".⁹⁶

⁹⁴ La pratica dello "spoils system" è stata dichiarata incostituzionale con sentenza della Corte costituzionale, 21 giugno 2010, n. 224.

⁹⁵ 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. 9.

⁹⁶ Relazione Garofalo, pag. 97.

LA FARMACEUTICA

Il sistema normativo italiano pone a carico del SSN l'assistenza farmaceutica territoriale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, la distribuzione diretta di medicinali collocati in classe A ai fini della rimborsabilità, e la distribuzione per conto e in dimissione ospedaliera. Nel 2012, sono state prescritte oltre 591 milioni di ricette e le confezioni di medicinali distribuite a carico del SSN sono state oltre 1 miliardo e 88 milioni. Ogni cittadino ha ricevuto mediamente poco meno di 10 ricette e ha ritirato in farmacia 18 confezioni di medicinali a carico del SSN (Federfarma 2013, 1). In Italia, la presenza delle farmacie è capillare. Secondo i dati di Federfarma (Federazione nazionale unitaria dei titolari di farmacia italiani), nel territorio nazionale sono presenti 18.039 farmacie, almeno una in ciascuno degli oltre 8.000 Comuni italiani.⁹⁷ A livello nazionale, una farmacia serve mediamente 3.364 abitanti, un dato in linea con quello europeo (3.323 abitanti). Il numero delle farmacie in Italia è comunque destinato ad aumentare grazie alle disposizioni a favore della concorrenza previste all'art. 11 del d.l.1/2012.⁹⁸

SCHEMI CRIMINALI RICORRENTI

Nel settore farmaceutico, il rischio corruzione è presente lungo ogni passaggio della cosiddetta "catena del farmaco" (Organizzazione Mondiale della Sanità 2009, 1-2). La ragione risiede nel fatto che la vita delle aziende farmaceutiche si incrocia costantemente con i poteri pubblici dai quali dipende il rilascio dei permessi necessari per lo svolgimento di numerose funzioni preliminari (ad es. la realizzazione di impianti e l'avvio delle sperimentazioni), così come

gli step indispensabili per poter operare nel mercato del farmaco (ad es. i controlli sul rispetto delle normative di settore, la registrazione e la definizione del prezzo di vendita del farmaco).⁹⁹

Ricerca e sviluppo dei farmaci:

In questa fase, i rischi principali sono legati alla comunità scientifica che sviluppa la ricerca sui farmaci. Alla base di ciò vi è la perdita della sua indipendenza perché condizionata dai finanziamenti delle aziende farmaceutiche. In questo ambito, è stato rilevato il pagamento di tangenti a medici e ricercatori affinché falsificassero le informazioni al fine di creare allarme su un determinato problema, fenomeno o pandemia. Inoltre, a volte i ricercatori manipolano i dati – ad esempio selezionando i soli indicatori di esito – o omettono alcuni risultati della ricerca per mostrare i soli benefici di un nuovo farmaco.

Prezzo dei farmaci:

Il costo di un farmaco deve garantire sia il ritorno dell'investimento sia l'utile per l'azienda che lo sviluppa. Pertanto, i nuovi prodotti vengono tutelati con un brevetto che permette la vendita esclusiva da parte delle aziende produttrici per la durata di 20 anni. Alla scadenza, altre aziende possono commercializzare lo stesso prodotto come "farmaco generico", solitamente ad un prezzo inferiore di circa il 30%.¹⁰⁰

I casi giudiziari hanno evidenziato accordi collusivi tra case farmaceutiche e uomini politici per l'adozione di leggi sulla disciplina dei farmaci. In particolare, i politici corrotti hanno cercato di impedire o limitare l'approvazione di norme a favore dell'utilizzo di farmaci generici perché avrebbero portato a una diminuzione della vendita di quelli coperti da brevetto, con conseguente calo dei profitti per le aziende produttrici.¹⁰¹

⁹⁷ Dato di marzo 2013: <http://www.federfarma.it/Farmacie-e-farmacie/Farmacie-e-farmacisti-in-Italia/La-presenza-delle-farmacie-sul-territorio.aspx>.

⁹⁸ Art. 11 "Potenziamento del servizio di distribuzione farmaceutica, accesso alla titolarità delle farmacie e modifica alla disciplina della somministrazione dei farmaci e altre disposizioni in materia sanitaria": http://www.camera.it/_dati/leg16/lavori/stampati/html/decretolegge%5Ccarticoli%5Ccompariarticoli.asp?CodiceBarre=16PDL0057500&NameFile=16PDL0057500_Capo_III_Articolo_11_.html.

⁹⁹ Per maggiori approfondimenti sul tema, si veda Arena (2011).

¹⁰⁰ Saluter, il portale del servizio sanitario regionale Emilia Romagna, <http://www.saluter.it/servizi/farmacie/farmacie-equivalenti-o-generici>.

¹⁰¹ Art. aggiuntivo n. 30.0.4 al d.l.1. S.1195. art. 30-bis. "Disposizioni a tutela della concorrenza nel settore farmaceutico" 1. All'art. 6 del d.l.347/2001, convertito, con modificazioni dalla l. 405/2001, successive modificazioni, dopo il comma 2-bis è aggiunto il seguente: "2-ter. Al fine di garantire la concorrenza ed il corretto funzionamento del mercato, ferme restando le competenze delle Regioni e Province Autonome in materia di emanazione di linee guida sulla prescrizione di farmaci, sono nulli gli atti e i provvedimenti regionali di indirizzo od orientamento del servizio sanitario che rechino l'indicazione di quote di consumi di farmaci da raggiungere ovvero limitazioni alle prescrizioni da parte del personale del servizio sanitario aventi contenuto discriminatorio nei riguardi dei farmaci con copertura brevettuale". Emendamento non approvato.

In un altro schema criminale, sono stati creati passaggi fittizi nella compravendita delle materie prime dei farmaci per gonfiarne i prezzi. Sono state utilizzate false fatturazioni di società offshore con lo scopo di inserire una barriera addizionale tra le società titolari dei brevetti e le case farmaceutiche. Con questo escamotage, le case farmaceutiche beneficiano di un abbattimento del reddito imponibile con conseguente omissione del pagamento di imposte su redditi. In questi schemi si creano fondi neri funzionali alla corruzione di funzionari pubblici.

Prescrizione dei farmaci:

Nel mercato dei farmaci, la figura dell'informatore scientifico collega l'industria farmaceutica con i medici e i farmacisti.¹⁰² Il suo ruolo consiste nell'illustrare le caratteristiche del farmaco che l'azienda farmaceutica da cui dipende vuole commercializzare.

La categoria professionale dell'informatore scientifico è stata frequentemente coinvolta in inchieste giudiziarie riguardanti casi di corruzione di varie decine di medici in tutto il territorio nazionale. Lo schema seguito è generalmente il seguente: l'informatore offre al medico regali in cambio della prescrizione, ai propri pazienti, del farmaco da lui rappresentato. A volte si verifica anche il processo inverso, ovvero è il medico a chiedere all'informatore di ricevere beni in cambio di prescrizioni.

Si è riscontrato come l'oggetto dello scambio vari a seconda del profilo professionale del medico. Il medico di famiglia e lo specialista sono interessati a beni da loro direttamente fruibili come prodotti elettronici, cene, viaggi, etc. Il primario invece è interessato a far valere la propria posizione all'interno del reparto che dirige e per questo preferisce contributi per l'acquisto di macchinari. Formalmente, il sistema opera grazie ad una società di servizi che procura i beni per il medico e successivamente invia le fatture alla casa farmaceutica facendole figurare in tutti i casi come spese per acquisto di dispositivi medici (Francesco 2011).

Distribuzione dei farmaci:

La procedura dei rimborsi da parte del SSN in favore della farmacia avviene per mezzo del codice a barre apposto sulla confezione del farmaco. Al momento della vendita, il farmacista lo rimuove e lo applica sulla ricetta come prova dell'avvenuta dispensa del medicinale al malato. La ricetta verrà inviata all'ASL per ottenere il rimborso.

In questo ambito, lo schema criminale si realizza grazie alla compiacenza di medici e farmacisti che nell'esercizio delle proprie funzioni di pubblico servizio utilizzano i loro poteri per attestare false distribuzioni di farmaci. I medici, all'insaputa dei propri pazienti, prescrivono loro dei farmaci compatibili con le patologie di cui sono affetti. Le ricette vengono consegnate direttamente al farmacista il quale chiede il rimborso all'ASL. Il farmacista ottiene quindi il corrispettivo per un farmaco non venduto che oramai, privo del codice a barre, può essere rivenduto sottobanco, ottenendo così un duplice guadagno, oppure anche se ancora utilizzabile, lo getta nei rifiuti tra i farmaci scaduti.

¹⁰² Benché non esista un apposito albo di iscrizione, la figura professionale dell'informatore scientifico del farmaco è regolata dal d. lgs 219/2006 che prevede come requisito la laurea in una delle seguenti discipline: farmacia, chimica e tecnologie farmaceutiche, scienze biologiche e veterinaria.

LE GARE PER LA FORNITURA DI FARMACI

Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (AVCP), Relazione annuale 2011, pp. 202-203

APPROFONDIMENTO

L'analisi puntuale effettuata dall'autorità di vigilanza in merito a diverse procedure di gara espletate dalle amministrazioni interessate ha evidenziato le seguenti rilevanti criticità:

Scarso livello di concorrenza su un numero rilevante di lotti, concernenti principi attivi tutelati da esclusiva, con conseguente aggiudicazione al prezzo a base di gara ovvero tramite rinegoziazione diretta con la ditta titolare del brevetto, a seguito di lotto andato deserto;

Forte competizione su un nucleo più ristretto di lotti, associati a principi attivi non più coperti da brevetto e sui quali si raggiungono ribassi consistenti, talvolta addirittura superiori al 99%;

Eterogenea determinazione della base d'asta delle singole gare, talvolta definita a partire dal prezzo del principio attivo contrattato tra azienda produttrice e agenzia italiana del farmaco (aifa) decurtato degli sconti obbligatori previsti dalla normativa ed altre volte, fissata sulla base dei prezzi di aggiudicazione delle gare precedenti;

Inserimento in diversi bandi di specifiche clausole che prevedono a favore della stazione appaltante la facoltà di prorogare/rinnovare il contratto per uno o più anni, con conseguente possibile dilatazione della durata effettiva del contratto e aumento dei quantitativi acquistati con la medesima procedura;

Attuata rinegoziazione in corso di fornitura del prezzo del farmaco in seguito alla scadenza del relativo brevetto, effettuata spesso con il solo aggiudicatario, e senza alcuna riapertura del confronto competitivo secondo le disposizioni previste dal codice.

PROCUREMENT

“Ho colto la degenerazione di questo sistema, al punto tale che non c’era più spazio per la legalità”

Sost. Proc. DDA Bari, Digeronimo

Gli appalti costituiscono la spesa più grossa in sanità, dopo il personale ma con un grado di elasticità e discrezionalità superiore. Negli ultimi anni, la spesa per l’acquisto di beni e servizi nella sanità si è assestata sui 32-34 miliardi di euro annui, pari a circa il 30% della spesa complessiva sostenuta dallo Stato per il SSN (Amatucci e Mele 2011).¹⁰³ A livello percentuale, si colloca al secondo posto dopo la spesa per il personale dipendente. Il dato diviene ancora più significativo quando si considera il suo tasso di crescita, pari a 8,4% nell’intervallo 2001-2011.¹⁰⁴ A seguito delle modifiche introdotte dalla Legge di stabilità del 2013, gli importi degli appalti per la fornitura di beni e servizi, ad esclusione dei farmaci, stipulati dagli enti del SSN sono stati ridotti del 10% a partire dal 1° gennaio 2013.

I maggiori appetiti illeciti si concentrano in questo settore, che oltre a presentare i “normali” rischi di corruzione legati agli appalti pubblici, detiene alcune particolarità legate soprattutto alle caratteristiche specifiche richieste dai prodotti o dai servizi, che rendono la corruzione nel procurement sanitario particolarmente interessante.¹⁰⁵

Le principali problematiche sorgono nella fase di scelta del contraente che nella fase di esecuzione del contratto. Nella prima (procedure di selezione), la corruzione si concretizza sia violando le normali procedure di selezione, sia abusando della infungibilità di un prodotto o servizio o delle procedure di urgenza, sia prorogando illegittimamente situazioni in essere, o a causa del conflitto di interessi. Nella seconda (erogazione), la corruzione serve ad evitare controlli sia su cosa viene erogato, ad ottenere pagamenti non dovuti, o a raggiungere accordi extra-contrattuali, incluse le proposte transattive per chiudere i contenziosi.

SCHEMI CRIMINALI RICORRENTI

Procedure di selezione:

Recentemente, il rapporto tra le imprese private e le amministrazioni si è evoluto in nome della trasparenza, della concorrenza e della semplificazione, attraverso la centralizzazione degli acquisti¹⁰⁶ e le gare telematiche, come il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione per tutti gli acquisti inferiori alla soglia comunitaria.¹⁰⁷

I meccanismi criminali adottati da alcune aziende per conseguire la fornitura di beni e servizi a scapito di aziende concorrenti sono innumerevoli, ma generalmente possono essere raggruppati in quattro macro-schemi.

Accesso alle informazioni – La corruzione del funzionario è finalizzata ad ottenere informazioni in possesso della pubblica amministrazione così da acquisire un vantaggio rispetto agli altri attori competitori.

Cucito su misura – La corruzione è finalizzata ad influenzare la procedura di selezione della pubblica amministrazione in modo da avvantaggiare un privato a scapito degli altri. Spesso gli illeciti sono compiuti modificando i requisiti (ad es. caratteristiche tecniche e prestazioni dei devices e dei macchinari) dei beni e servizi di cui la sanità ha necessità. In questo ambito rientra il tema dell’infungibilità, in base al quale si stabilisce un rapporto contrattuale con un privato per una fornitura con caratteristiche che non si trovano in nessun altro concorrente.

Aggiramento delle procedure – La corruzione è finalizzata ad eludere le procedure di gara attraverso l’urgenza dell’acquisto, lo spacchettamento della fornitura in più appalti sotto-soglia, l’inserimento all’interno di contratti più ampi e il mascheramento dell’accordo sotto altra forma.¹⁰⁸ Tra le varie forme di aggiramento delle procedure, il **conflitto di interesse** è la più insidiosa perché difficile da rintracciare. In alcuni dei casi analizzati, è emerso che lo stesso esperto sia stato prima consulente di un’azienda e poi membro della commissione esaminatrice. In tali contesti, il soggetto valutatore ha giudicato il proprio lavoro. Rientra in questo settore l’abuso delle discipline della negoziazione diretta e degli acquisti in economia, al solo scopo di aggirare le procedure di evidenza pubblica. Uno schema ben organizzato riesce infatti ad erogare la prestazione - acquistata in modo non trasparente - prima che il vizio venga rilevato, generando così

il diritto al pagamento della prestazione, da un lato, e limitando ad un eventuale risarcimento le aziende danneggiate.

Gli studi condotti dall'AVCP hanno evidenziato situazioni di mal'amministrazione che potrebbero nascondere atti di corruzione.¹⁰⁹ Ad esempio, quando nel bando di gara non è indicato il prezzo base, si viene a creare una sostanziale incertezza sull'onere che l'amministrazione deve sostenere. Fattispecie a sé stante è quella che si viene a creare nei contratti di global service, ovvero contratti nei quali una serie di servizi non inerenti all'ambito sanitario – ad es. il servizio mensa, la gestione e la fornitura delle apparecchiature informatiche, le pulizie e manutenzioni, etc. – vengono affidati per alcuni anni ad un unico appaltatore. In questo caso, è più facile che si verificano atti fraudolenti: nel tempo i controlli sul rispetto di tutti i capitoli del contratto d'appalto si riducono, e spesso le aziende si approfittano di questa situazione riducendo con il tempo la qualità dei materiali impiegati e il numero di addetti assegnati ai servizi, creando così dei risparmi che si trasformano in illeciti guadagni. "I contratti di global service sembrano a volte nati esclusivamente con l'intento di impedire ogni confronto fra la valutazione della spesa ed i diversi campi".¹¹⁰

In alcuni casi di concussione, un tecnico preposto agli acquisti proponeva alla società di approvigionarsi da un fornitore ottenendo uno sconto, ma fatturando il prezzo pieno all'ASL. In questo modo - spiega il tecnico - la società può crearsi un margine del 5% a spese dell'ASL, che deve essere girato poi come tangente. In altri casi, il tecnico obbligava la società ad avvalersi di un sub-appaltatore, dal quale il tecnico pretendeva tangenti del 7-10%.¹¹¹

L'analisi di PWC rivela che "La maggioranza dei casi analizzati (71%) ha rivelato situazioni di distorsione della procedura di gara, la percentuale

più alta tra i settori analizzati. Il 24% dei casi mostra tangenti pagate successivamente (kickbacks) e il 12% dei casi è affetto da conflitto di interesse, la percentuale più bassa tra i settori analizzati. La cattiva gestione (mismanagement) è presente nel 6% dei casi. I dati mostrano un'elevata corruzione attiva dal lato del contractor, con frequenti episodi di collusione".¹¹²

Il rischio di corruzione nel settore ricerca e sviluppo in ambito terapeutico (radioterapia, elettroterapia, magnetoterapia ecc.) va dal 10% al 23%. I costi diretti della corruzione in questo ambito - riferito a 8 paesi e a un anno, il 2010 - sono stimati tra i 99 ed i 228 milioni di euro (intervallo 1.7% - 3.9%).

Fornitura:

Una volta individuata l'azienda fornitrice, il passaggio successivo è la concreta fornitura dei materiali e lo svolgimento dei servizi. La criticità che emerge in questa fase è la mancata corrispondenza tra le prestazioni ricevute e quanto pattuito.

SCHEMI CRIMINALI RICORRENTI

A volte si assiste alla corruzione di medici e funzionari pubblici che attestano falsamente la ricezione di materiali e l'esecuzione di servizi in realtà mai erogati, permettendo così alle aziende di ottenere il pagamento delle fatture emesse. In questi casi, l'illecito commesso rientra nella categoria di falso ideologico. Si aggiunge il falso materiale quando la documentazione amministrativa necessaria al pagamento di servizi ed opere – mai posti in essere – è completamente falsa. Il meccanismo della falsificazione è diffuso anche nella prestazione di servizi a bassa tecnologia: vengono certificati lavori non eseguiti o eseguiti in modo non conforme,

¹⁰⁹ Secondo l'AVCP, nel settore delle forniture le aziende del servizio sanitario nazionale costituiscono il maggior peso rispetto alla totalità delle pubbliche amministrazioni per numero di procedure attivate (46,8%) http://www.avcp.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/Pdf/Relazione2011/AvcpRelaz2011_04.07.12.pdf.

¹¹⁰ "Beni e servizi sanitari. Boom della spesa: +8,4% annuo", *Quotidianosanita.it*, 16 giugno 2011, http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=4431.

¹¹¹ L'acquisto di farmaci e l'acquisto di servizi in convenzione con la sanità privata sono trattati in capitoli separati.

¹¹² L'ambito di intervento della Consip è volto a fornire servizi di consulenza e assistenza progettuale, organizzativa e tecnologica in favore delle amministrazioni pubbliche nell'ambito degli acquisti di beni e servizi. Inoltre, Consip opera in qualità di centrale di committenza nazionale gestendo il programma per la razionalizzazione degli acquisti nella pubblica amministrazione.

¹¹³ Il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione corrisponde ad una piattaforma virtuale nella quale aziende private e stazione appaltante si incontrano per raggiungere le migliori condizioni di compravendita.

¹¹⁴ Un caso emblematico di mascheramento dell'accordo sotto altra forma è quello della fornitura di nuove apparecchiature non tramite gara, ma attraverso un finto servizio di manutenzione che in realtà, pezzo dopo pezzo, sostituisce il macchinario obsoleto con uno nuovo.

¹¹⁵ Per visionare gli studi condotti dall'AVCP, si visiti il link: www.autoritalavoripubblici.it/portal/public/classic/.

¹¹⁶ 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. 9.

¹¹⁷ Fonte: Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 151a seduta. Resoconto stenografico n. 145, pag. 22-23.

¹¹⁸ PWC, 2013, pag. 209-210. Nostra traduzione

potendo contare sulla difficoltà di verificare – e quindi contestare – la mancata prestazione. Questo avviene, ad esempio, per la fornitura di pasti, le pulizie e il servizio di lavanderia.

Una seconda tipologia di reato avviene in concorrenza con schemi criminali finalizzati ad accrescere i guadagni attraverso il ricorso strumentale al contenzioso. In questi casi - che si verificano soprattutto dove le carenze organizzative sono maggiori, il privato cerca di chiudere accordi transattivi o modifiche contrattuali per evitare all'azienda sanitaria di sostenere i costi legali di eventuali ricorsi e richieste di pignoramento. In altri casi i contenziosi

sono “provocati a tavolino proprio per ottenere una proroga di un servizio”.¹¹³

I 27 RED FLAGS DI CORRUZIONE NEL PROCUREMENT

La recente pubblicazione del report di PriceWaterhouseCooper, per conto di OLAF, ha aperto un nuovo fronte nella ricerca in materia di corruzione nel public procurement.

Si ritiene opportuno riportare l'elenco dei 27 red flags, indicatori di rischio corruzione, riportati nel report, riservandosi maggior tempo per gli approfondimenti necessari.

LE AFFIDAMENTI DI SERVIZI DA PARTE DELLE ASL EX ART. 5 DELLA L.

AVCP – Relazione annuale 2011, pp. 205-206

In base a tale disposizione gli enti pubblici e le società di capitali a partecipazione pubblica possono stipulare “anche in deroga alla disciplina in materia di contratti della p.a.” apposite convenzioni con le cooperative sociali per la fornitura di “beni o servizi” diversi da quelli socio-sanitari ed educativi, il cui importo stimato sia inferiore alla soglia comunitaria e purché tali convenzioni siano finalizzate alla creazione di opportunità di lavoro per le persone svantaggiate.

In mancanza delle condizioni specificate, l'utilizzo delle convenzioni in discorso non può ritenersi ammesso; parimenti è da escludersi l'applicabilità della disposizione richiamata in caso di artificioso frazionamento degli importi degli affidamenti. [...]

In virtù dell'approfondito accertamento è stato possibile appurare che diversi servizi sociali di importo sopra-soglia sono stati assegnati tramite convenzionamento diretto e senza previo espletamento di una procedura ad evidenza pubblica, in applicazione della legislazione regionale di settore che, in diversi casi, ne ammette l'utilizzo anche per i suddetti servizi ed importi.

In particolare, a seguito dell'indagine è stato riscontrato che:

- Solo in un numero molto esiguo di casi, gli affidamenti sono stati disposti in palese violazione dei limiti di importo posti dalla legge; mentre in diversi altri, nonostante l'apparente conformità al dettato normativo, l'elusione dei limiti imposti dalla legge è avvenuta a causa di un artificioso frazionamento degli importi dei contratti stipulati;
- Viene spesso disposta l'assegnazione di un medesimo servizio tramite affidamento diretto alla stessa cooperativa per diversi anni e senza alcuna forma di rotazione, facoltà da ritenersi, invero, non consentita anche in presenza delle condizioni, dell'oggetto e dell'importo indicati dall'art. 5;
- L'oggetto delle convenzioni concerne spesso oltre a servizi strumentali di cui è destinataria l'amministrazione anche servizi rivolti al pubblico (es. gestione di bar o parcheggi), da non ritenersi consentiti ai sensi del suddetto art. 5, come di recente evidenziato anche dalla giurisprudenza amministrativa, con specifico riferimento ai servizi pubblici locali.

Sono state, inoltre, riscontrate specifiche problematiche riguardanti le leggi in materia di cooperative sociali di alcune regioni, quali Veneto, Puglia, che consentono l'estensione del convenzionamento diretto oltre i casi indicati dalla normativa statale, o riservano la partecipazione alle gare alle sole cooperative sociali iscritte nei relativi Albi, pur in assenza dei presupposti di cui all'art. 52 del codice dei contratti relativo agli appalti riservati.

Dall'indagine sono, infine, emerse ulteriori questioni, non strettamente correlate all'applicazione della legislazione speciale in materia di cooperative sociali.

Infatti, in un caso è stata rilevata la mancata specificazione nei documenti di gara dei criteri per l'attribuzione del punteggio all'offerta tecnica, mentre in numerosi altri si è riscontrato un largo uso di proroghe se non addirittura di rinnovi non considerati ai fini del calcolo dell'importo totale dell'affidamento, disposti nelle more dell'individuazione del nuovo affidatario.

Dall'indagine sono, infine, emerse ulteriori questioni, non strettamente correlate all'applicazione della legislazione speciale in materia di cooperative sociali.

Infatti, in un caso è stata rilevata la mancata specificazione nei documenti di gara dei criteri per l'attribuzione del punteggio all'offerta tecnica, mentre in numerosi altri si è riscontrato un largo uso di proroghe se non addirittura di rinnovi non considerati ai fini del calcolo dell'importo totale dell'affidamento, disposti nelle more dell'individuazione del nuovo affidatario.

¹¹³ 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. 14.

PANORAMICA DEGLI INDICATORI DI CORRUZIONE NEGLI APPALTI PUBBLICI (RED FLAGS) E DEI LORO PRESUPPOSTI

	PRESUPPOSTO	INDICATORE
01	Inerzia nella composizione degli organismi di valutazione delle offerte	Inerzia nella rotazione degli organismi di valutazione
02	Qualsiasi evidenza di conflitto di interessi tra membri degli organismi di valutazione	Conflitti di interessi dei componenti
03	Molteplicità di persone/uffici di contatto	Contact point multipli
04	L'ufficio di contatto non è subordinato alla stazione appaltante	Ufficio non incardinato presso la stazione appaltante
05	La persona di contatto non è dipendente della stazione appaltante	Persona di contatto non incardinata presso la stazione appaltante
06	Qualsiasi elemento nel bando che indica un fornitore avvantaggiato (ad esempio criteri di valutazione non usuali o che individuano beni o servizi determinati invece di caratteristiche tecniche)	Indizi di un concorrente preferito
07	Tempi lavorativi ridotti per la procedura di assegnazione (ad esempio bandi pubblicati il venerdì per il lunedì)	Tempi ridotti di procedura
08	Utilizzo di procedure di urgenza nell'appalto	Procedure di urgenza
09	Appalto di dimensioni eccezionalmente grandi (mediamente più del doppio dello standard)	Appalto eccezionalmente grande
10	Tempo concesso ai concorrenti non conforme alle previsioni normative	Termini irregolari
11	Accettazione di offerte dopo la scadenza del bando o riapertura dei termini	Offerte accettate dopo i termini
12	Basso numero di offerte ricevute	Numero di offerte
13	Offerte fasulle (ad esempio da parte di aziende inesistenti)	Offerte fasulle
14	Recriminazioni (formali o informali) da parte dei non assegnatari	Recriminazioni dai non vincitori
15	Il contratto comprende elementi non inseriti nel bando	Nuove specifiche nel contratto
16	Modifiche sostanziali nell'obiettivo o nei costi del progetto dopo l'assegnazione	Modifiche sostanziali nell'oggetto/importo del contratto
17	Qualsiasi collegamento tra i concorrenti che potrebbe minare l'effettiva concorrenza	Collegamenti tra concorrenti
18	Tutte le offerte superiori ai costi complessivi del progetto	Tutte le offerte superiori al bando
19	Non tutti/nessun concorrente informato dell'assegnazione del contratto o delle ragioni della decisione	Mancata comunicazione dei risultati
20	Assegnazione del contratto e documenti della procedura non disponibili pubblicamente	Mancata pubblicazione dei documenti di gara
21	Anomalie nel budget o nel numero di dipendenti	Anomalie nel budget o nel personale
22	Azienda vincitrice non registrata presso la Camera di Commercio locale	Aziende non registrate presso la Camera di Commercio
23	Assenza di finanziamenti europei (come % del valore totale del contratto)	% di finanziamenti Europei
24	Presenza di quote di finanziamento statale (come % del valore del contratto)	% di finanziamenti statali
25	La stazione appaltante non ha compilato tutti i campi del database TED/CAN	TED/CAN non completo
26	Le certificazioni presentate sono rilasciate da enti senza credenziali (auditor non registrati o con competenze non idonee)	Certificati senza credenziali
27	Notizie di stampa che evidenziano anomalie nel progetto	Notizie negative

TABELLA 4: RED FLAGS DI CORRUZIONE NEGLI APPALTI PUBBLICI. FONTE: PWC, 2013, PAG. 22-23

IL RITARDO NEI PAGAMENTI E LE SOCIETÀ DI FACTORING

Libro bianco sulla corruzione, pp. 102-105

Un [ulteriore] problema, che può facilmente generare corruzione, è quello dei pagamenti delle aziende sanitarie. A causa degli squilibri finanziari di molti sistemi sanitari regionali e della riduzione delle risorse, molte aziende si trovano spesso nell'impossibilità di pagare tempestivamente i propri fornitori, come le strutture convenzionate e le farmacie.

I tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni, nel settore sanitario, sono anche più lunghi che in altri settori.[...]

In questo contesto va anche rimarcato come spesso gli operatori privati, per far fronte alle obbligazioni connesse alla loro attività, sono costretti a monetizzare i loro crediti rivolgendosi a società di factoring che riescono a lucrare – in relazione all'entità spesso significativa dei crediti vantati – cospicui guadagni.

A parte il rischio – certo marginale – che dietro società di questo tipo, che non siano diretta emanazione di istituti bancari, possano celarsi operazioni di riciclaggio di denaro di illecita provenienza, la gestione dei crediti può essere stessa fonte di rapporti non chiari con la pubblica amministrazione.[...]

E tuttavia, entità particolarmente forti dal punto di vista finanziario possono creare rapporti preferenziali con singoli funzionari o dipendenti deputati all'erogazione delle risorse, riuscendo a farsi pagare in tempi più brevi, in tal modo lucrando sul piano degli interessi prededotti e creando un canale privilegiato che consente loro, in prospettiva, di diventare monopolisti del settore – chi vuol farsi pagare velocemente deve rivolgersi ad essi – a scapito dei singoli imprenditori privati.

In conclusione, il factoring rischia di diventare una sorta di mediazione necessaria che incide sui ricavi delle aziende private – potendo anche indirettamente avere influenza sul livello delle prestazioni erogate – ed attribuisce ad entità esterne a quelle che dovrebbero essere le parti di un rapporto bilaterale un ruolo determinante di interlocuzione con la pubblica amministrazione.

In questo quadro, è bene che vi siano regole chiare e trasparenti, che consentano di contemperare le diverse esigenze di funzionamento, individuando i pagamenti da effettuare prioritariamente e le regole per gli altri: per esempio, il pagamento in proporzione, in base alla dimensione del debito e al tempo trascorso, l'eventuale tutela dell'occupazione, le possibili eccezioni.

Le regole in questione non dovrebbero necessariamente essere poste dalla legge, che potrebbe anche lasciare alle singole aziende una certa autonomia nella definizione delle regole in esame. Ma simili regole dovrebbero essere stabilite in via generale e la loro applicazione essere trasparente, con piena pubblicità dei pagamenti effettuati.

NEGLIGENZA

In questa sessione, si analizzano due ambiti della sanità, le liste d'attesa e l'intramoenia, in cui sono stati individuati casi di negligenza che comportano abuso d'ufficio e guadagno privato a discapito del cittadino contribuente.

SCHEMI CRIMINALI RICORRENTI

Liste d'attesa:

Nel 2006 è stato istituito il Piano nazionale per il contenimento dei tempi d'attesa, strumento tramite il quale vengono stabiliti quelli che dovrebbero essere i tempi massimi di erogazione delle prestazioni: per le visite specialistiche 30 giorni, 60 per le prestazioni diagnostiche. Il contesto rimane critico: il Rapporto PiT Salute raccoglie ogni anno le segnalazioni da parte dei pazienti su quelle che sono state le maggiori inefficienze riscontrate nel SSN. L'edizione 2012, basata su oltre 26.000 segnalazioni, pone al secondo posto i tempi delle liste d'attesa (Cittadinanza Attiva 2012, 10-11).

Le inchieste della magistratura hanno portato ad individuare due schemi criminali che hanno come base comune l'eccessivo protrarsi delle liste d'attesa. Il primo meccanismo si realizza attraverso la richiesta di compensi in denaro per avanzare lungo la lista interna all'ospedale pubblico. Nel secondo meccanismo, i medici non propongono un semplice scorrimento nelle liste, bensì invitano i malati a rivolgersi a case di cura private. In questo caso, il medico, spesso primario, si assicura ingenti guadagni utilizzando la struttura pubblica come fonte di clienti da indirizzare presso la clinica privata nella quale lavora, quando non è impiegato nell'ospedale pubblico.

Intramoenia:

Con il termine intramoenia ci si riferisce all'attività di circa 40.000 medici ospedalieri, su un totale di 107.500, che hanno deciso di erogare prestazioni in regime di libera professione, al di fuori del normale orario di lavoro, utilizzando strutture ambulatoriali e

diagnostiche dell'ospedale (Ministero della Salute 2010).

Le prestazioni sono generalmente le stesse che il medico eroga quando lavora per il SSN, ma in questo caso il paziente è tenuto a pagare una tariffa che deve essere regolarmente fatturata dal medico. L'ospedale riceve circa il 25% della parcella.

I casi giudiziari raccolti testimoniano come alcuni medici abbiano utilizzato in modo illegittimo le possibilità concesse dal regime di intramoenia. Si sono registrati essenzialmente tre schemi criminali. Nel primo, i medici lavorano presso le strutture private rilasciando ricevute fiscali con l'intestazione dello studio, e non delle aziende sanitarie ospedaliere di cui sono dipendenti, per non dover versare parte dei propri compensi alle casse del sistema sanitario. Nel secondo, i medici svolgono la loro attività senza emettere alcuna ricevuta per evitare di pagare le tasse. Nel terzo, sfruttando la carenza di controlli, i medici esercitano l'attività privata durante l'orario istituzionale nel quale dovrebbero prestare servizio presso l'ospedale pubblico.¹¹⁴

¹¹⁴ Sul tema dell'intramoenia è intervenuta anche la "Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali" affermando che si "può determinare l'evidente paradosso secondo il quale le strutture non sono incentivate ad aumentare l'efficienza nell'erogazione dei servizi a carico del SSN, poiché ciò può ridurre la quota di servizi erogati a pagamento, e quindi può tradursi in mancate entrate per i professionisti coinvolti e per le strutture medesime." (2013, 28).

SANITÀ PRIVATA

In Italia su un totale di 1.200 ospedali, circa 550 sono strutture di cura private accreditate,¹¹⁵ che rappresentano quasi 48.178 posti letto, su un totale di circa 251.023, nei quali vengono ricoverati ogni anno circa 1 milione e 400mila italiani.¹¹⁶ Il numero di ricoveri privati accreditati corrisponde al 23% del totale nazionale con differenze significative tra regione e regione: vanno dal 48% nel Lazio al 2% in Basilicata. Queste strutture danno lavoro a oltre 83.277 addetti tra cui 20.596 medici e 24.632 infermieri con una spesa complessiva pari al 19% della spesa sanitaria totale.¹¹⁷

Il rapporto tra sanità pubblica e privata convenzionata muta da regione a regione, e dovrebbe essere finalizzato a garantire la migliore efficienza nei servizi sanitari erogati (dai privati), con un serrato controllo pubblico. La logica di profitto (privato) deve infatti essere bilanciata con il contenimento della spesa e con l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

I momenti principali che regolano il rapporto pubblico privato sono: a) a monte, la scelta politica di ricorrere in misura maggiore o minore alla sanità privata convenzionata (definizione del fabbisogno); b) il momento dell'accredimento (a bando o a requisiti) e del contratto di erogazione dei servizi (con relativo tariffario); c) la fase del rimborso, basata sostanzialmente sui DRG e sulla quantificazione delle prestazioni non tariffabili.

SCHEMI CRIMINALI RICORRENTI

Accreditamento e contratto:

L'accredimento è un riconoscimento obbligatorio senza il quale le strutture private non possono erogare prestazioni per conto del SSN e non possono ottenere rimborsi da parte dello Stato per i servizi forniti. Viene rilasciato dalla Regione ed è vincolato alla politica sanitaria regionale, al rispetto di alcuni parametri strutturali e organizzativi, e all'esistenza di un sistema endogeno di verifica della qualità, nonché all'accettazione di monitoraggi esterni.

In alcune Regioni l'accredimento avviene previa la verifica dei requisiti, in altre avviene a bando. In seguito, la Regione si convenziona - tramite accordi diretti o tramite bando - con le strutture

private fissando le quantità ed i budget disponibili ogni anno. Esiste quindi un filtro in ingresso o nella fase di accreditamento o nella fase di convenzionamento. In ogni caso, i requisiti minimi dovrebbero essere sempre sottoposti a controlli.

In questo ambito, lo schema criminale adottato è quello del pagamento di denaro o elargizione di beni all'autorità politica, in genere assessore o presidente della regione, affinché venga favorito l'accredimento o il convenzionamento di una struttura a discapito di altre. In alcuni casi, tale meccanismo viene applicato anche ai pubblici funzionari che hanno il compito di verificare le caratteristiche delle strutture. Ciò si verifica frequentemente nei casi in cui le strutture non presentano i requisiti minimi per poter operare per conto del SSN. Pertanto, si richiede la compiacenza dei funzionari per non rilevare le lacune presenti che porterebbero ad un esito negativo della procedura di verifica. Un ulteriore problema è l'assenza di turn over degli accreditamenti: chi è riuscito ad ottenerlo, soprattutto se con i metodi sopra descritti, ha instaurato un legame con l'ente che difficilmente verrà sciolto, di conseguenza chi non l'ha ottenuto rischia di rimanere a lungo escluso.¹¹⁸ Si sono verificati dei casi in cui singoli operatori privati (soprattutto Fondazioni) hanno beneficiato - a scapito di altri concorrenti - di contributi straordinari regionali distorsivi della concorrenza. Alla base di queste erogazioni sono stati ipotizzati accordi collusivi e tangenti a favore di esponenti delle Regioni coinvolte. In una regione, il tema della sanità privata convenzionata è rimasto per più di 20 anni priva di programmazione e di regolamentazione regionale, trasferendo il potere di decisione alle contrattazioni periferiche, nelle quali si sono chiusi accordi collusivi che si sono protratti per lungo tempo. Questo non solo ha generato distorsioni macroscopiche quali accreditamenti abusivi di strutture che non avevano i requisiti, ma anche trattamenti discriminatori nelle clausole contrattuali proposte dalla Regione ai diversi operatori.

Nella stessa regione sono stati occultati i dati sui tassi di ospedalizzazione, che evidenziavano come tra le cliniche private alcune avessero ridotto i propri tassi, mentre altre (finite poi sotto processo) li avevano aumentati fino al 80%.¹¹⁹

Rimborsi:

Il sistema Diagnosis Related Groups (DRG), ovvero Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi, classifica i pazienti dimessi dagli ospedali in gruppi omogenei per quanto riguarda il consumo di risorse, la durata della degenza e il profilo clinico. Il sistema DRG viene utilizzato come base per calcolare il finanziamento delle aziende ospedaliere per le prestazioni di assistenza e di cura erogate.

In Italia, il sistema DRG fu introdotto nel 1995 ed è tuttora in vigore. Ad ogni classe è associata una tariffa che rispecchia una stima del costo medio di ciascun ricovero e in base ad essa si remunera l'azienda ospedaliera. Attualmente, il sistema conta più di 530 gruppi e di questi circa il 40% sono di tipo chirurgico. Lo strumento DRG viene applicato sia per le strutture sanitarie pubbliche sia per quelle private accreditate.

Dall'analisi dei casi giudiziari, si evincono tre distinti schemi criminali attuati per ottenere maggiori profitti dai rimborsi dei DRG. Nel primo caso, si è registrato un aumento delle prestazioni che assicurano maggiori profitti, facendo risultare nelle schede di dimissione ospedaliera interventi e accertamenti diversi da quelli ai quali i pazienti sono stati effettivamente sottoposti. Si arriva ad allungare le degenze per garantire la massima occupazione dei posti letto disponibili.

Nel secondo caso, tenuto conto che i chirurghi sono retribuiti sulla base del numero di interventi eseguiti, si è riscontrato un accanimento sui pazienti ingiustamente sottoposti ad operazioni che provocano solamente inutili sofferenze (D'Amato 2008). Altro aspetto da considerare nel valutare il funzionamento dei DRG è il fatto che il risarcimento avviene ogni volta che si conclude un ricovero. In questi casi, i pazienti venivano dimessi il più velocemente possibile per poter chiudere il ricovero e accogliere un nuovo ammalato. Da quando i DRG sono stati introdotti, si sono registrati aumenti del

53,3% dei ricoveri di breve durata (2-3 giorni) nelle case di cura private. A volte, però, le dimissioni rischiano di essere precoci e di causare gravi rischi per la salute dei pazienti (Francesco 2011).

Il terzo meccanismo si realizza con la richiesta di rimborso per lo stesso paziente di più DRG: si ricovera un malato acuto e nel minor tempo possibile si cerca di chiudere questo primo DRG (ottenendo un primo rimborso) trasferendo il paziente nel reparto di riabilitazione e aprendo in questo modo un nuovo ricovero. Nel caso il paziente dovesse avere una ricaduta, frequente nei malati più anziani, si ritrasferisce il paziente nel reparto acuti potendo così incamerare il rimborso per la riabilitazione e riaprendo un nuovo ricovero nel primo reparto. Si tratta di un meccanismo che può essere ripetuto più volte e che comporta un fittizio trasferimento del paziente: il malato continua ad occupare lo stesso letto cambia solo il motivo formale per il quale si trova in quel posto.

In una regione è emerso un sistema criminale che vede coinvolti imprenditori, funzionari e politici (2012, 145-146). Le aziende sovra-fatturano l'importo delle loro prestazioni, successivamente restituiscono parte della maggiorazione ai funzionari dell'ospedale i quali, grazie all'aiuto di consulenti, li utilizzano per creare fondi neri all'estero. Questi ultimi vengono poi utilizzati per corrompere politici al fine di ottenere rimborsi e finanziamenti strategici per il funzionamento della struttura convenzionata, o come corrispettivo per il *factum sceleris* avvenuto.¹²⁰

In un altro caso, la Regione autorizza la liquidazione, a favore di una clinica, di un extra budget derivante da prestazioni erogate al di fuori della programmazione, sulla base di un richiamo a norme non pertinenti. Le prestazioni (specialistiche) non concordate vengono infatti fatte rientrare tra le discipline "generali", e quindi rimborsabili, facendo riferimento ai decreti che stabiliscono l'equipollenza delle discipline in materia di concorsi pubblici.

¹¹⁵ Oltre agli ospedali privati (accreditati e non) in Italia sono presenti come erogatori ospedalieri privati anche gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i policlinici universitari privati, gli ospedali classificati e gli istituti qualificati presidio di ASL. "Paolini (Aiop): Troppi sprechi nel Ssn", *Quotidianosanita.it*, 14 maggio 2010, http://www.sanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=404.

¹¹⁶ Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali 2013, 30.

¹¹⁷ Fonte: Rapporto CERGAS Università Bocconi. Elaborazione RISSC sulla banca dati del Servizio Sanitario Nazionale.

¹¹⁸ L'accreditamento istituzionale ha una validità di 5 anni e può essere rinnovato, su istanza di parte, inviando l'apposita richiesta alla Giunta regionale almeno 90 giorni prima della scadenza. La procedura è la medesima con la quale viene rilasciato la prima volta.

¹¹⁹ Audizione del presidente dell'AIOP, dott. Luigi Pietrangeli, presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 142a seduta. Resoconto stenografico n. 136.

¹²⁰ Cfr. Pinotti, *La sanità di Dio*.

Un caso speciale: la cartolarizzazione del debito¹²¹

Il caso della cartolarizzazione del debito sanitario in Abruzzo merita attenzione non tanto per la sua creatività finanziaria, quanto per l'accordo illecito finanziato con tale operazione. La ricostruzione del meccanismo: "vi erano numerosi crediti di titolari di case di cura private che, all'epoca della prima cartolarizzazione, riguardavano un periodo di tempo abbastanza lungo, dal 1995 al 2003 [...] La Finanziaria regionale abruzzese (FIRA) acquistava dai privati i loro crediti verso le ASL abruzzesi. A quel punto la FIRA diventava creditrice delle ASL e dunque, per via di una delega rilasciata dalle ASL alla Regione, diventava creditrice della Regione stessa. In sostanza, in questo modo un organo della Regione, una società a prevalente capitale pubblico, con socio di maggioranza la Regione e come soci di minoranza le banche locali abruzzesi, è diventato creditore della Regione. Questi crediti venivano poi ceduti a una società veicolo, il cui oggetto sociale era quello di procedere alla cartolarizzazione. [...] Tale società, essendo a sua volta diventata titolare dei crediti nei confronti delle ASL, emetteva dei titoli, delle obbligazioni. [...] Dopodiché si faceva anticipare i soldi, cedendo a sua volta questo credito a delle banche".

Il problema che nasce deriva dal fatto che i crediti "erano rappresentati sia dai cosiddetti crediti performing, ovvero per prestazioni già certificate e che comunque rientravano nel tetto di spesa annuo previsto per la sanità, sia i cosiddetti crediti non performing, che non erano stati accertati e certificati e che superavano il tetto massimo previsto per la spesa sanitaria dell'anno di riferimento e/o che comunque si riferivano a prestazioni ritenute inappropriate".

Un primo problema nasce dal fatto che, per concludere l'operazione, i crediti vengono auto-certificati dalle cliniche private. E nessuno controlla: "non fu compiuto nessun accertamento o verifica. Ciò anche perché [...] la Giunta regionale impose ai manager delle ASL di certificare entro tre giorni quei crediti e di apportare le variazioni di bilancio relative, minacciando testualmente [...] la rimozione per chi non avesse provveduto entro tale lasso di tempo a certificare e a modificare il bilancio".

Nei dati forniti dalla Regione stessa, emerge una clinica che vanta - per le prestazioni performing - un tasso di occupazione dei posti letto del 315%, ottenendo rimborsi tripli per ogni posto letto. "Siamo riusciti a contare sino a 17 cartelle per uno stesso oggetto, ricoverato una settimana all'interno della clinica" afferma il magistrato. Nella cartolarizzazione, la stessa società si fa pagare prestazioni inappropriate (non performing), classificando una serie di interventi specialistici - non convenzionati - come "medicina generale" e "chirurgia generale".

Anche qui, nessuno sembra controllare. La regione riconosce un pagamento del 65% dei crediti non dovuti (presentando l'operazione come un risparmio del 355), per operazioni non certe e non controllate, con un ricavo di circa 13 milioni di Euro.

A coronamento dell'operazione "a capo dell'ufficio della Regione che si occupava del controllo delle case di cura private ad un certo punto è stato posto un funzionario di una ASL che, secondo le indagini che abbiamo compiuto, era diretta emanazione del titolare di una clinica al quale era peraltro collegato, anche quando operava presso la ASL, perché la moglie era dipendente di tale clinica.

¹²¹ Le informazioni di questo paragrafo sono tratte da: Audizione del procuratore presso il tribunale di Pescara, dott. Nicola Trifuoggi, presso la Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 130a seduta. Resoconto stenografico n. 124.

RISCHIO CORRUZIONE	nomine	farmaceutica	negligenza	appalti	sanità privata
incertezza quadro normativo	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO
complessità organizzativa	BASSO	BASSO	ALTO	ALTO	MEDIO
asimmetria informativa	BASSO	ALTO	BASSO	ALTO	BASSO
privatizzazione	BASSO	MEDIO	BASSO	ALTO	ALTO
lottizzazione politica	ALTO	BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO
questione morale	ALTO	MEDIO	ALTO	MEDIO	BASSO
irresponsabilità	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
inefficacia dei controlli	BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO	ALTO
assenza di trasparenza	BASSO	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO

TABELLA 5: LIVELLI DI RISCHIO CORRUZIONE NEI CINQUE SETTORI ANALIZZATI, PER CRITICITÀ. ELAB. RISCC

09. LE PROPOSTE PER RIDURRE LA CORRUZIONE IN SANITÀ

La Tabella 4 ricostruisce il peso presunto delle criticità sul rischio di corruzione presente all'interno dei cinque settori di analisi. Per combattere la corruzione in sanità, migliorare i servizi, premiare il merito, aumentare la concorrenza, ridurre i costi, vanno cercate delle misure di mitigazione di tali rischi.

A seguito dell'analisi degli episodi di corruzione che hanno afflitto il sistema sanitario italiano, THItalia e RiSSC, con il supporto di un gruppo di esperti, hanno individuato 15 proposte efficaci e facilmente realizzabili per aiutare la "sanità malata". 15 proposte da applicare subito per ridurre il rischio corruzione nel settore sanitario, liberando risorse e abbattendo i costi senza incidere sui servizi erogati. Le proposte toccano tutti i temi sensibili della sanità: la negligenza medica, la trasparenza delle informazioni, la gestione degli appalti e degli acquisti, il controllo della spesa, la sanità privata, le nomine dei direttori e il rischio di infiltrazione del crimine organizzato.

Le proposte contenute in questo paragrafo non vengono compiutamente sviluppate nel presente rapporto, perché costituiscono il punto di partenza per le elaborazioni future che porteranno allo sviluppo di buone pratiche per ridurre la corruzione nella sanità italiana.

Nota metodologica: Le 15 proposte sono state selezionate da un gruppo di 15 esperti, di diversa estrazione, tra 40 possibili opzioni. Ad ogni esperto è stato chiesto di individuare le 10 proposte più rilevanti, e di ordinarle, assegnando un punteggio a ciascuna posizione (10 pt per il primo posto, 9 pt per il secondo e così via). Le 15 proposte selezionate derivano dalla somma dei risultati totali.

- Risanare il rapporto tra politica e sanità
- Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche
- Aumentare l'efficienza e intensificare i controlli sull'attività dei medici
- Modificare le procedure di controllo sulle spese
- Promuovere l'etica tra i medici contro ogni forma di corruzione
- Aumentare i controlli sull'esecuzione degli appalti in sanità
- Pubblicare indicatori di attività e di outcome sull'attività dei medici
- Accreditare le strutture sanitarie private sulla base delle loro effettive capacità
- Aumentare il confronto competitivo tra le case farmaceutiche
- Promuovere il whistleblowing
- Rendere pubblici i pagamenti effettuati nella sanità
- Definire in maniera più precisa i rapporti tra sistema pubblico e sanità privata
- Aumentare la disponibilità di open data sulla spesa sanitaria
- Modificare le regole di finanziamento della spesa sanitaria
- Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti

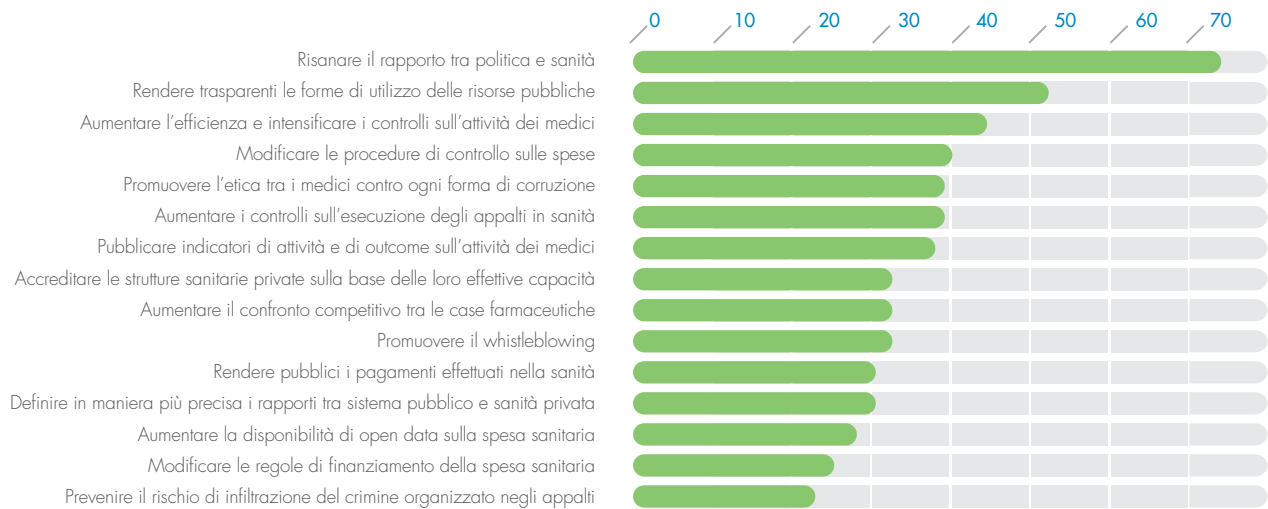


TABELLA 6: PUNTEGGI. ELAB. RISSC

CRITICITÀ	PROPOSTE
INCERTEZZA QUADRO NORMATIVO	Revisionare le regole di finanziamento della spesa sanitaria
COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA	Definire in modo più chiaro i rapporti tra sistema pubblico e sanità privata
	Prevenire il rischio di infiltrazioni del crimine organizzato e l'utilizzo di canali non certificati nelle forniture
ASIMMETRIA INFORMATIVA	Aumentare il confronto competitivo tra case farmaceutiche
PRIVATIZZAZIONE	Accreditare le strutture sulla base delle loro effettive capacità
LOTTIZZAZIONE POLITICA	Risanare il rapporto politica sanità
QUESTIONE MORALE	Promuovere l'etica tra i medici e lo staff
	Promuovere il ruolo delle vedette civiche con il whistleblowing
IRRESPONSABILITÀ	Aumentare l'efficienza ed intensificare i controlli sull'attività dei medici e dello staff
	Pubblicare indicatori di attività e di risultato dei medici e dei dirigenti
INEFFICACIA DEI CONTROLLI	Riesaminare e modificare le procedure di controllo sulle spese
	Aumentare i controlli sull'esecuzione degli appalti
ASSENZA DI TRASPARENZA	Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche
	Aumentare la disponibilità di open data sulla spesa sanitaria
	Rendere pubblici i pagamenti effettuati in sanità

TABELLA 7: CRITICITÀ E PROPOSTE PER RIDURRE LA CORRUZIONE IN SANITÀ

LE PROPOSTE PER AMBITO

MENO POLITICA IN SANITÀ¹²²

Con la riforma del titolo V della Costituzione, gli organi di governo regionali definiscono la politica sanitaria ed hanno il potere di nominare i direttori generali, che a loro volta scelgono i direttori sanitari e amministrativi, e definiscono le commissioni per la selezione del personale medico. La politica regionale decide quindi le sorti della sanità pubblica nel proprio territorio, così come il suo livello d'integrità, trasparenza ed efficienza, attraverso la selezione dei suoi vertici.

POLITICA NON PARTITICA

La competenza politica nel gestire la sanità non è in discussione. Il politico rappresenta i cittadini ed è quindi legittimato a scegliere la politica sanitaria. L'assenza di politica nella sanità creerebbe un vuoto pericoloso che potrebbe essere occupato da poteri forti o interessi economici privati. I problemi nascono dal sopravvento della partitocrazia sulla politica. Infatti, i grandi fatti di corruzione accaduti in passato sono legati ad una eccessiva ingerenza della politica partitica in sanità, più che nelle mere procedure di nomina.

I DIRETTORI GENERALI

La relazione Garofoli ha ben evidenziato l'esistenza di alcune dinamiche disfunzionali che coinvolgono i direttori generali in sanità ed il rischio corruzione che ne deriva (2012). Nello specifico, il libro bianco sulla corruzione è particolarmente critico verso la scelta dei direttori generali su base politica, più che tecnica, e l'ampiezza dei loro poteri.

La Corte Costituzionale ha recentemente ribadito la legittimità del legame tra gli organi di governo (politici) e gli organi esecutivi (direttori generali e aziende) perché è di vitale importanza che sussista un rapporto fiduciario tra i soggetti che determinano la politica sanitaria e gli attori che sono chiamati a realizzarla. Sulla base di ciò, la procedura concorsuale per la selezione dei direttori è da escludersi, ma è necessario che l'elemento fiduciario non sia abusato

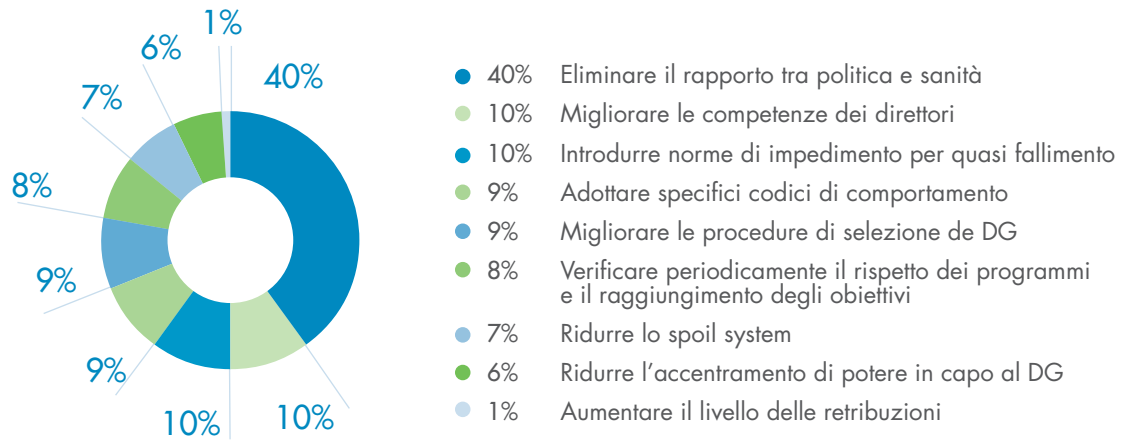
a favore di scelte clientelari basate su logiche partitiche e spartitorie. L'opportunità del rapporto fiduciario giustifica anche lo spoil system, a condizione che non diventi strumento di colonizzazione politica del settore sanitario.

Altri problemi legati ai direttori generali derivano non tanto dalla mancanza di competenza, che viene comunque rilevata, quanto dalla loro presunta intangibilità che li rende irresponsabili – se non di fronte al loro mandante politico verso il quale mantengono un atteggiamento di sudditanza – per l'operato compiuto durante lo svolgimento delle proprie funzioni. La cattiva politica in sanità emerge anche quando si omette, o si rende estremamente complicato, valutare l'operato dei direttori generali.

PROPOSTE:

- Incaricare organismi di valutazione esterni per la preselezione della rosa di candidati. Alcune regioni hanno già sperimentato tale espediente: Agenas è stata coinvolta nella procedura di nomina dei direttori generali nella regione Lazio, mentre in Veneto la Giunta ha incaricato un'agenzia di head hunting.
- Introdurre norme che escludano la possibilità di nomina per coloro che hanno avuto precedenti gestioni fallimentari, hanno mostrato inadempienze nel raggiungimento di passati obiettivi, non presentano requisiti minimi di buone capacità.
- Inserire un elemento intermedio – possibilmente indipendente – tra il potere politico e l'amministrazione sanitaria per aiutare il primo nelle scelte di politica sanitaria e valutare la seconda nel raggiungimento degli obiettivi.
- Istituire commissioni indipendenti di alto valore che valutino la qualità dell'azione delle strutture sanitarie e dei suoi vertici, come già accade in altri paesi dell'UE. In caso di valutazione negativa per mancato raggiungimento degli obiettivi, il direttore generale è passibile di licenziamento.

¹²² I grafici riportano la lista delle proposte per ambito sottoposte alla valutazione degli esperti e la distribuzione delle preferenze relativa.



LE PROPOSTE DELLA COMMISSIONE PER LO STUDIO E LE PROPOSTE IN TEMA DI TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Libro bianco sulla corruzione, pp. 93-94/96-97

Selezione – Una soluzione, che merita di essere valutata, è quella dell'albo o elenco, inizialmente previsto dal decreto legislativo n. 502 del 1992, che qualche proposta di legge all'esame del Parlamento mira a reintrodurre. Ciò consentirebbe di restringere la scelta, da parte delle autorità regionali, a soggetti i cui requisiti siano stati preventivamente accertati, e dei quali sia dunque dimostrata la professionalità nel settore. L'elenco potrebbe essere nazionale, come nella previsione originaria, ed essere tenuto dal Ministero della Salute, ove si ritenesse sussistente un'esigenza di esercizio unitario, al livello nazionale, della relativa funzione. In alternativa, esso potrebbe essere tenuto da un'altra autorità nazionale, come l'Agenas, che consenta anche un certo coinvolgimento delle regioni. Oppure l'elenco potrebbe essere regionale (come già avviene in qualche regione), a condizione di garantire un controllo dei requisiti da parte di un organo indipendente che presti, a sua volta, garanzie di professionalità. Restringere la scelta ai soggetti iscritti all'albo, tra l'altro, potrebbe consentire di alleggerire l'onere motivazionale, che nel quadro attuale merita invece – come già osservato – di essere decisamente rafforzato.

Nella direzione sopra tracciata si è posto anche il Governo atteso che, con il recente d.l. "Balduzzi", le nomine dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale vengono sottoposte a una nuova disciplina che privilegia il merito e tende a riequilibrare il rapporto tra indirizzo politico e gestione delle aziende sanitarie.

Le Regioni, infatti, dovranno provvedere alla nomina dei direttori generali attingendo ad un elenco regionale di idonei costituito a valle di una procedura selettiva che sarà svolta da una commissione costituita da esperti indipendenti, procedura a cui potranno accedere solo coloro che documenteranno, oltre ai titoli richiesti, un'adeguata esperienza dirigenziale nel settore. Saranno garantite idonee misure di pubblicità, anche sul web, dei bandi, delle nomine e dei curricula, oltre che di trasparenza nella valutazione degli aspiranti alla nomina.

Poteri – Per limitare i poteri del direttore generale, poi, si potrebbe attribuire di regola, o per determinate categorie di atti di sua competenza, un potere di proposta al direttore amministrativo e al direttore sanitario. Si potrebbe, inoltre, rafforzare il ruolo di organi collegiali come il consiglio sanitario e il collegio di direzione, specificandone la composizione e le competenze, nonché i casi in cui essi devono essere consultati e gli effetti dei loro pareri.

In ordine allo stato giuridico del direttore generale, si potrebbe valutare, da parte del legislatore nazionale e soprattutto da parte di quelli regionali, il problema della durata del mandato. La scelta di alcune regioni, di porre un limite, può pregiudicare l'interesse alla continuità della gestione, ma può anche prevenire rischi derivanti dall'eccessiva consuetudine con soggetti interessati, all'interno e all'esterno dell'azienda.

In tal senso si potrebbe ipotizzare il limite massimo di un doppio mandato, un primo breve (diciotto mesi) ed un secondo "ordinario" di ulteriori quattro anni, al termine dei quali non si potrebbe essere più riconfermati alla carica di direttore generale nella stessa ASL.

MAGGIORE TRASPARENZA VERSO I CITTADINI

In nome della trasparenza nella pubblica amministrazione, il controllo civico richiede quantità sempre maggiori di dati sull'azione amministrativa. Il tema è stato aggiornato, o meglio rafforzato, da recenti riforme normative e l'ultimo esempio è il d. lgs. 33/2013 derivato della legge anticorruzione 190/2012. Tre delle 15 proposte per combattere la corruzione in sanità vanno in questa direzione: 1) rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche (2); 2) promuovere il whistleblowing (10); e 3) aumentare la disponibilità di open data sulla spesa sanitaria (13).

Nonostante i nuovi obblighi di trasparenza e accesso alle informazioni, alcune questioni rimangono ancora insolte, come ad esempio la qualità, la quantità e il livello di dettaglio dei dati sul tema della corruzione in sanità. Innanzitutto, sussiste un problema infrastrutturale legato alla mancanza di dati. La corruzione si combatte con la trasparenza (rendere pubblico), che però ha bisogno di informazioni (cosa si mostra) che siano accessibili e comprensibili. Il dato non raccolto rimane un dato oscuro che facilita l'occultamento di inefficienza e corruzione. Un secondo problema riguarda le difficoltà di accesso ai dati stessi. Esistono limiti, fatti propri dalla normativa, che ostacolano l'accesso ai dati e vanno in conflitto con l'esigenza di trasparenza.

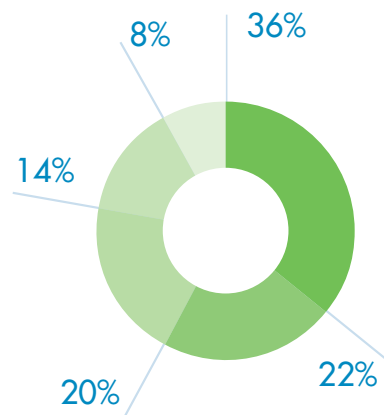
Considerati i limiti appena descritti, emerge l'esigenza di avere un controllo diffuso del sistema sanitario con accesso facilmente fruibile (open-data) alle informazioni, specie quelle riguardanti l'utilizzo delle risorse economiche. La promozione del Whistleblowing è altrettanto importante perché rappresenta un'ulteriore forma di controllo da parte degli stessi funzionari che operano nel settore sanitario.

La proposta di rendere pubblici i dati patrimoniali delle figure apicali si colloca nella parte bassa della classifica. Questo suggerisce due ordini di riflessioni: la prima è che rendere pubblici informazioni sulla ricchezza delle persone è inutile perché è inverosimile che vengano dichiarati i proventi di attività illecite; la seconda, più generale, è che la corruzione di un funzionario porta inevitabilmente ad una gestione distorta delle risorse pubbliche.

Il controllo pubblico richiede parametri certi di valutazione, ma anche su questo punto sussistono delle problematiche. Spesso, è difficile valutare le performance amministrative perché gli enti si danno obiettivi di basso livello difficilmente misurabili attraverso comuni indicatori.

PROPOSTE:

- Ridurre le limitazioni di accesso ai dati
- Migliorare gli indicatori di performance della pubblica amministrazione
- Educare le persone al controllo



- 36% Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche
- 22% Promuovere il Whistle blowing
- 20% Aumentare la disponibilità di Opendata sulla spesa sanitaria
- 14% Disciplinare il lobbying
- 8% Rendere pubblici i dati reddituali, patrimoniali dei direttori, curricula e procedure di selezione

LE PROPOSTE DELLA "COMMISSIONE PER LO STUDIO E LE PROPOSTE IN TEMA DI TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE"

del Libro bianco sulla corruzione, pp. 98-101

Controlli – Il sistema dei controlli nelle aziende sanitarie è ovviamente cruciale ai fini della prevenzione della corruzione.

A questo riguardo, una forma di controllo che merita certamente di essere valorizzata, e che deriva tra l'altro da recenti previsioni legislative, è quella della trasparenza, che consente un controllo diffuso da parte di cittadini e utenti, in forma individuale e associata, sull'uso delle risorse pubbliche e sui risultati dell'attività svolta.

Questo principio è particolarmente importante in un settore, come quello sanitario, nel quale vi sono prestazioni che si possono misurare con relativa facilità e spese simili o identiche, svolte da diverse amministrazioni, che si possono confrontare con la stessa facilità. [...]

Occorre anche che lo Stato e le regioni procedano a loro volta a rilevazioni e comparazioni, intese a informare i cittadini sulla gestione delle risorse pubbliche e sui risultati raggiunti nell'ambito dei vari sistemi regionali e delle singole aziende. Tale compito potrebbe essere svolto da Age.na.s. la quale attualmente già conduce attività di rilevazione in tale ambito. Si potrebbe potenziare il suo ruolo in termini sia di maggiore diffusione (comunicazione) dei risultati ai cittadini, sia di evidenziazione delle best practices, anche al fine di introdurre spinte alla concorrenzialità tra strutture sanitarie e di migliorare la stessa programmazione regionale.

Al di là di ciò, la disciplina di dettaglio dei controlli nelle aziende sanitarie è materia di competenza regionale, per il cui esercizio possono essere formulate alcune indicazioni. Maggiori poteri potrebbero essere attribuiti al collegio sindacale e ai revisori dei conti, sotto il profilo della regolarità contabile e di legittimità.

La verifica, da parte degli organi regionali, sul raggiungimento degli obiettivi posti al direttore generale, potrebbe essere disciplinata in modo da renderla meno soggettiva e, quindi, meno facilmente influenzabile da valutazioni di tipo partitico o clientelare.

In alcune realtà regionali è stato efficacemente sperimentato un sistema molto complesso di verifica dei risultati, articolato su obiettivi predefiniti, di sistema e specifici. In tale ottica le singole ASL, e conseguentemente l'operato del Direttore generale e dei suoi dirigenti, possono essere valutati "a tutto tondo", anche con la partecipazione degli enti locali. Si potrebbero, inoltre, introdurre meccanismi di trasparenza e di motivazione nel relativo procedimento e considerare la costituzione di una struttura tecnica indipendente, cui demandare la valutazione dei risultati della gestione e del raggiungimento degli obiettivi.

La questione dei controlli è strettamente connessa alla completezza del processo di tracciatura informatica del ciclo passivo e dell'intera azione amministrativa dell'azienda sanitaria. Attualmente tale processo è in molte realtà (in particolare del centro-sud) largamente incompleto e ciò favorisce l'opacità amministrativa fornendo spazio a fenomeni corruttivi.

ETICA E DILIGENZA NELLA PROFESSIONE MEDICA

Il medico detiene ampio potere discrezionale, che – se usato male – espone il sistema sanitario a rischi di corruzione e frode. La domanda di servizi sanitari dipende in larga misura dall'autonomia del medico che ha piena legittimità, ma anche responsabilità, nel richiedere prestazioni, ordinare analisi, prescrivere cure e ricoveri, disporre l'acquisto di farmaci e dispositivi. Questo vale sia verso il paziente, sia verso la struttura sanitaria che determina la maggior parte dei propri fabbisogni di acquisto sulla base delle richieste del personale medico. Il paziente difficilmente può limitare l'uso inappropriato del potere discrezionale del medico poiché non è in grado di controllare la prestazione eseguita dal dipendente pubblico, come invece avviene in altri settori della pubblica amministrazione.

Il medico può abusare del suo potere discrezionale per motivi di arricchimento personale, di carriera, o anche per tutelarsi da eventuali responsabilità. Quest'ultimo fenomeno è noto come medicina difensiva o difensivismo e si stima abbia un'incidenza di circa il 10% sulla spesa sanitaria nazionale (Barresi et al. 2012, 25).

La mancanza di protocolli di cura e di meccanismi di valutazione sull'attività medica – soprattutto rispetto ad appropriatezza e tempestività – attribuiscono una discrezionalità eccessiva ai medici come anche ai soggetti fornitori, compresa l'industria farmaceutica. A causa di questa libertà, la mancanza di etica del personale medico è spesso causa di corruzione.

Un altro rischio di abuso deriva dalla legge, che permette a ogni medico di svolgere nello stesso luogo attività sia di dipendente pubblico che di libero professionista, secondo il regime di intramoenia. Per ridurre la corruzione nella sanità, si ritiene prioritario aumentare l'efficienza dell'attività medica, intensificarne i controlli (3), e richiedere la pubblicazione di indicatori di attività e di risultato per ogni medico. Queste misure possono senza dubbio limitare il potere discrezionale del medico che però non può essere né compresso né annullato perché parte integrante della sua stessa professione, pertanto ogni medico dovrebbe applicarlo nel pieno rispetto dei principi deontologici.

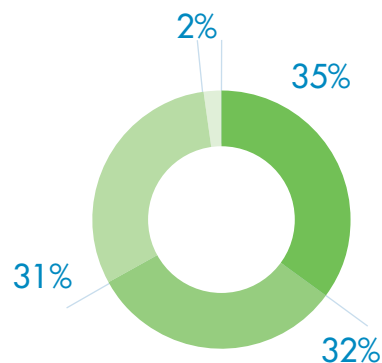
PROPOSTE:

Promuovere l'etica

- Formare una cultura nuova, partendo dalle scuole
- Creazione di corsi appositi nelle università
- Contrastare la contro-etica, cioè contrastare il disvalore e gli elementi degenerativi
- Implementare in modo effettivo il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici

Aumentare i meccanismi di controllo su appropriatezza e tempestività

- Istituire commissioni indipendenti di alto valore che valutino la qualità dell'azione delle strutture sanitarie e dei suoi vertici, come già accade all'estero. Se il direttore generale non raggiunge gli obiettivi viene valutato negativamente e licenziato
- Spostare il sistema di valutazione dalla prestazione al risultato clinico passando dai controlli sulle procedure ai controlli sui risultati
- Impostare un sistema di verifica e valutazione dei comportamenti ai fini della retribuzione di risultato, così come dell'applicazione delle misure disciplinari, della responsabilità dirigenziale e delle responsabilità amministrative contabile per danno all'immagine



- 35% Aumentare l'efficienza ed intensificare i controlli
- 32% Promuovere l'etica quale azione di contrasto a forme di corruzione non percepite
- 31% Pubblicare indicatori di attività e di outcome delle strutture
- 2% Focalizzare l'attenzione sulla cronicità
- 0% Rivedere il ruolo del medico nella decisione della diagnosi e della cura

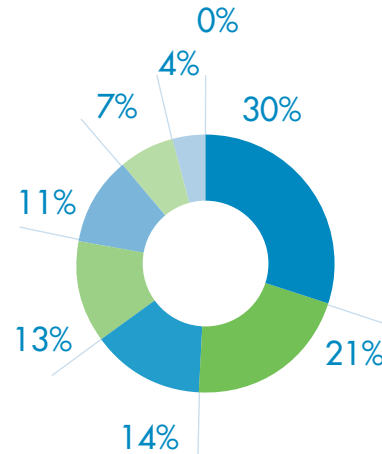
CONTROLLARE I COSTI

La corruzione si combatte soprattutto attraverso un migliore controllo della spesa sanitaria, sia in termini di previsione che di controllo dei flussi monetari, specie rispetto alle prestazioni ricevute.

Gli esperti ritengono sia importante modificare radicalmente sia le regole di finanziamento della spesa sanitaria, sia le procedure di monitoraggio, aumentando i controlli soprattutto sull'esecuzione degli appalti e rendendo pubblici i pagamenti effettuati. Le proposte prevedono di legare i finanziamenti ai risultati in termini di salute piuttosto che alla spesa storica o alla quantità di prestazioni erogate dalle strutture sanitarie. Le priorità di finanziamento e le procedure di programmazione della spesa non sono considerati aspetti urgenti su cui intervenire.

Questo richiede di considerare lo sviluppo tecnologico ed i relativi costi e di responsabilizzare i medici nel considerare anche il rapporto costi-efficacia nella scelta della cura. La qualità dei dati usati per le funzioni di controllo va migliorata.

Tra le proposte più importanti ci sono il miglioramento delle procedure di controllo, non tanto sulle singole cartelle cliniche ma sulla spesa nel suo complesso, e le regole di finanziamento della spesa.



- 30% Modificare le procedure di controllo
- 21% Modificare le regole di finanziamento della spesa sanitaria
- 14% Modificare le procedure di prescrizione medica
- 13% Attivare e diffondere i controlli sulle cartelle cliniche
- 11% Modificare le priorità di finanziamento dei servizi sanitari

APPALTI E ACQUISTI PULITI

Rispetto agli appalti, sia in materia sanitaria che di altra natura, tre azioni risultano essere particolarmente importanti: 1) definire bandi e costi standard, limitando la normazione d'urgenza, al fine di individuare le anomalie; 2) stabilire il fabbisogno in modo chiaro per evitare sprechi e abusi; e 3) applicare strumenti di controllo in fase di esecuzione di gara con le relative responsabilità in caso di omissione. Ridurre il rischio di corruzione negli appalti a bassa tecnologia (ad es. ristorazione e pulizie) può essere realizzato soprattutto intensificando le verifiche successive all'assegnazione dell'appalto. In questo tipo di gare, i servizi richiesti sono standardizzati per cui è difficile favorire un concorrente rispetto ad un altro.

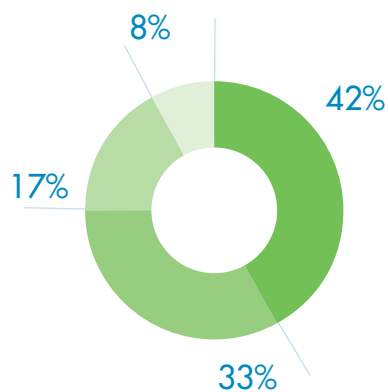
Diverso, invece, è il caso degli appalti ad alta tecnologia (ad es. apparecchiature sanitarie) nei quali le caratteristiche del prodotto richiesto sono i principali fattori che determinano l'azienda vincitrice del bando. In questi casi bisogna aumentare il confronto competitivo, migliorare gli strumenti di valutazione dell'appropriatezza e necessità, e delle caratteristiche tecniche (ad esempio attraverso tavoli di lavoro di Health Technology Assessment). Non ultimo, bisogna garantire adeguate competenze nei funzionari pubblici, evitando per quanto possibile il ricorso ad esperti esterni che spesso sono coinvolti anche dai soggetti privati.

I PROBLEMI DI CONTROLLO

La corruzione negli appalti e ordini di fornitura si nasconde nello spread tra quanto formalmente previsto per iscritto e quanto effettivamente realizzato. Vi sono molteplici problemi nella funzione di controllo: 1) costi dei controlli; 2) carenza di controlli sull'esecuzione dei contratti; 3) inidoneità dei controlli (ad es. il controllo preventivo di legittimità e il controllo sulla gestione sono inidonei perché programmati).

PROPOSTE:

- Attivare controlli a sorpresa, surprise e casuali, soprattutto sull'esecuzione dei contratti.
- Puntare sugli acquisti centralizzati



- 42% Aumentare i controlli sull'esecuzione dell'appalto
- 33% Rendere pubblici i pagamenti effettuati
- 17% Rivedere le modalità di partecipazione alle gare d'appalto
- 8% Rivedere i criteri di elaborazione dei bandi di gara per gli appalti sanitari
- 0% Rivedere i criteri di elaborazione dei bandi di gara per gli appalti non sanitari

I PRIVATI IN SANITÀ

Il SSN si avvale del supporto del settore privato in termini di opere, beni e servizi. In particolare, ciò avviene per quanto concerne appalti di costruzione e manutenzione; fornitura di dispositivi, apparecchiature e farmaci; fornitura di servizi a bassa e alta intensità medica. Rientrano in quest'ultimo caso i servizi privati di riabilitazione, diagnostica e ricoveri fino alla chirurgia convenzionata; esempi di servizi di altra natura sono le pulizie, la lavanderia e la guardiania.

Il servizio sanitario pubblico e quello privato collaborano, ma con finalità diverse. Il primo ha l'obiettivo e la necessità di garantire il benessere delle persone e di fornire cure sanitarie universali; il secondo ha lo scopo – lecito – di generare utili. La collaborazione pubblico/privato si basa principalmente sull'accreditamento e la fornitura di prestazioni a prezzi concordati.

Racconta una testimone, che ha chiesto di restare anonimo: "Si possono effettuare [prestazioni] inutili (che provocano un danno biologico al paziente e un danno economico allo stato), prestazioni improprie (che provocano un danno al paziente poiché non svelano la patologia e contestualmente un danno al medico che "sbaglia" la diagnosi visionando un esame che non è in grado di "svelare" la patologia stessa). La non osservanza di tale procedura, oltre a creare di fatto un potenziale incremento di neoplasie radio-indotte (ulteriore spesa sanitaria futura), genera l'incremento del numero di prestazioni (e della spesa sanitaria) con conseguente "intasamento" delle liste d'attesa che "legittima" la necessità del ricorso a prestazioni effettuate in regime privato convenzionato/non convenzionato".

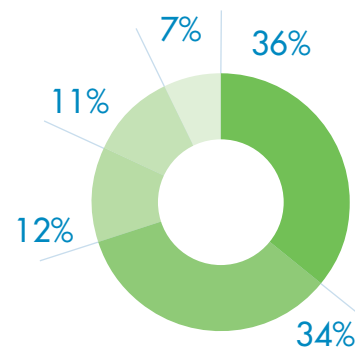
Il rischio corruzione è elevato sia nella fase di assegnazione delle risorse per la fornitura di prestazioni tramite contratti pubblici, sia nella realizzazione dei controlli da parte del soggetto pubblico per garantire qualità e prezzo dei servizi forniti dai privati. Nel caso della sanità privata, si può escludere l'inefficienza, quindi i casi di corruzione sono funzionali all'illecito arricchimento del privato. Considerato che la spesa sanitaria è basata sui DRG, servirebbe anzitutto la certezza del percorso di cura perché la mancanza di certezza nei protocolli fa sì che si abusi dei servizi prescrivendo anche cure non necessarie ma costose.

La carenza di concorrenza, che dipende dal mantenere accreditate aziende indipendentemente dalla loro efficienza ed efficacia, è correlata alla corruzione. La competizione tra aziende influisce molto sulla riduzione dei costi e taglia, di fatto, quel margine – spesso creato attraverso fondi neri e falso in bilancio – che l'ente privato usa per "ripagare" il funzionario pubblico e il politico.

Per ridurre i rischi di corruzione è necessario definire meglio i rapporti tra sanità pubblica e privata (11), migliorare i sistemi di accreditamento e soprattutto le proroghe degli accrediti di strutture private in modo che siano basati sulle effettive capacità (8).

PROPOSTE:

- **Assoggettare il pagamento delle prestazioni al risultato clinico:** il SSN non ha l'obiettivo di comprare un prodotto, ma procurare beneficio clinico (outcomes). **Definire con chiarezza il fabbisogno degli appalti** in termini di appropriatezza e tempestività.
- **Promuovere la concorrenza attraverso strategie di valutazione comparativa** (ad es. health technology assessment).

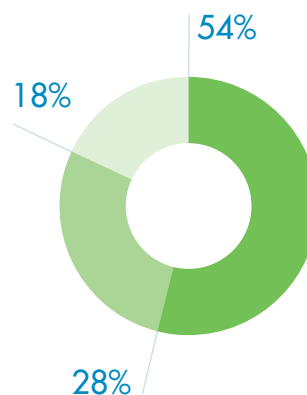


- 36% Accreditare / mantenere accreditate le strutture sulla base delle loro effettive capacità
- 34% Definire in maniera più precisa i rapporti tra pubblico e privato
- 12% Rivedere i requisiti richiesti e le competenze attribuite alle case di cura private
- 11% Impedire la selettività d'accesso
- 7% Imporre prezzi convenzionati

LE FARMACEUTICHE

Diverso e probabilmente più pericoloso per la salute è il rischio di corruzione legato alle società farmaceutiche, che sviluppano farmaci coperti da brevetto e finanziano la ricerca e la formazione medica al fine di far adottare e prescrivere i propri farmaci per la cura dei malati. Per combattere questi fenomeni si propone di **aumentare il confronto competitivo tra le case farmaceutiche**.

Oltre a questo, va segnalata l'opportunità che la distribuzione dei farmaci avvenga direttamente da parte delle Aziende Sanitarie, con acquisti presso le aziende attraverso procedure di gara e non presso i rivenditori (ad es. farmacie). Nei casi in cui le aziende sanitarie hanno provveduto ad applicare per intero la distribuzione diretta sono stati rilevati grandi risparmi per la sanità regionale. Ad esempio, la Regione Friuli Venezia Giulia è la prima regione in Italia per distribuzione diretta dei farmaci.



- 54% Aumentare il confronto competitivo tra le case farmaceutiche
- 28% Migliorare i controlli sui circuiti di vendita e distribuzione dei farmaci
- 18% Regolamentare i rapporti tra medico, informatore farmaceutico e farmacista.

LA MINACCIA DEL CRIMINE ORGANIZZATO

La ricerca ha evidenziato un ulteriore punto critico che merita attenzione. Il crimine organizzato, dotato di elevate capacità, solide radici territoriali e ingenti somme di denaro da riciclare, è un elemento di rischio per l'economica nazionale, incluso il comparto sanitario, uno dei più ricchi in termini di risorse pubbliche allocate e spese. I rischi sono maggiori in quei settori dove l'organizzazione malavitosa può sostituirsi facilmente nell'esecuzione di lavori o nella gestione di aziende. Si tratta di settori a bassa specialità medica, quali i servizi di pulizia, lavanderia, mensa, trasporto, guardiana, o negli appalti di costruzione, soprattutto quelli che prevedono i sub-appalti.

L'infiltrazione criminale avviene di solito attraverso l'ottenimento e la realizzazione di commesse, normalmente con standard molto inferiori a quanto previsto da contratto, o attraverso il posizionamento di personale controllato all'interno di aziende sane, o tramite la messa a disposizione di ingenti somme di denaro riciclato con conseguente controllo aziendale. La corruzione, in questi casi, è reato strumentale perché serve ad impedire la denuncia delle anomalie da parte dei funzionari pubblici preposti ai controlli, a superare l'eventuale concorrenza, fino a determinare – in associazione mafiosa – le politiche sanitarie e il ruolo degli attori privati controllati dalle organizzazioni criminali.

I gruppi criminali hanno mostrato il proprio interesse anche nei confronti della sanità privata e le ragioni sono essenzialmente legate alle grandi quantità di denaro pubblico disponibile e ai rendimenti certi del settore. Inoltre, è bene rammentare che il rischio di infiltrazione nell'economia legale aumenta in periodi di crisi, quando la stretta sul credito, il ritardo nei pagamenti e la conseguente mancanza di liquidità espone le aziende a situazioni di bisogno.

In Italia, il crimine organizzato giova di un sistema repressivo debole: il sistema penale è così inefficace che commina pochissime condanne per corruzione. Le problematiche più evidenti derivano dalla disciplina del falso in bilancio, pratica necessaria per costituire i fondi neri per pagare tangenti, e dai termini di prescrizione. Anche la nuova disciplina 190/2012 desta perplessità soprattutto per quanto concerne la punibilità del concusso.

PROPOSTE:

- Aumentare l'attenzione sul problema del riciclaggio di denaro
- Aumentare i controlli sulla provenienza dei fondi degli attori privati
- Migliorare la tracciabilità dei flussi
- Obbligare i beneficiari di pagamenti pubblici e i loro fornitori ad attivare i conti dedicati

EFFICACIA E REALIZZABILITÀ

Dopo la selezione delle 15 proposte più importanti (Tab. 4), individuate dagli esperti in via preliminare da una rosa di 40, si è provveduto a valutare la loro efficacia e realizzabilità.

Per efficacia si intende l'impatto atteso della misura rispetto alla riduzione della corruzione in sanità. Per realizzabilità si intende la possibilità reale di porre in essere la misura, alla luce delle caratteristiche del Sistema Sanitario e della situazione attuale, sia essa economica, normativa, sociale. Agli esperti è stato chiesto di dare un punteggio ad ogni proposta, da 0 a 5 a seconda della minore o maggiore realizzabilità od efficacia.

I risultati mostrano che le 15 misure proposte sono facilmente realizzabili (65,64%) e molto efficaci (78,21%) nel contrastare la corruzione nella sanità. I risultati sono presentati nelle illustrazioni 4 e 5.

La proposta che mira a sanare il rapporto tra politica e sanità, a partire dalle nomine dei direttori generali, e che ha ottenuto il maggior punteggio ed il maggior numero di voti in termini di importanza (Tab. 4), è considerata la più efficace per eliminare la corruzione nel settore sanitario, insieme alla proposta che aspira a contrastare il crimine organizzato.

Le proposte per una maggiore trasparenza – sia riguardo le scelte di destinazione fondi (2 con 69%) che sugli effettivi pagamenti effettuati (12 con 41%) – possono giovare di una nuova normativa in materia:
Rendere pubblici i pagamenti effettuati nella sanità

Definire in maniera più precisa i rapporti tra sistema pubblico e sanità privata

Aumentare la disponibilità di open data sulla spesa sanitaria

Modificare le regole di finanziamento della spesa sanitaria

Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti

La analisi mostra come il rapporto realizzabilità/efficacia non è lineare. Ad esempio, le proposte sugli appalti sono le più semplici da porre in essere, ma la loro efficacia nel contrastare la corruzione è più limitata rispetto ad altre misure, che però scontano una maggiore difficoltà di realizzazione. Emerge con una certa chiarezza che le proposte politiche siano considerate tra le più efficaci ma allo stesso tempo le meno fattibili proprio perché gli attori che le dovrebbero adottare sono spesso soggetti coinvolti nei fenomeni corruttivi.

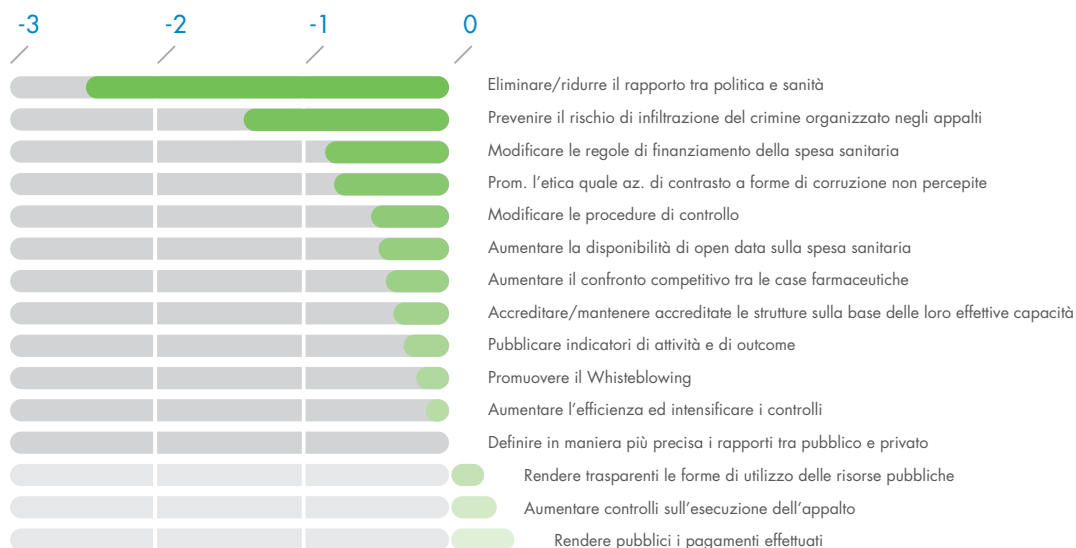
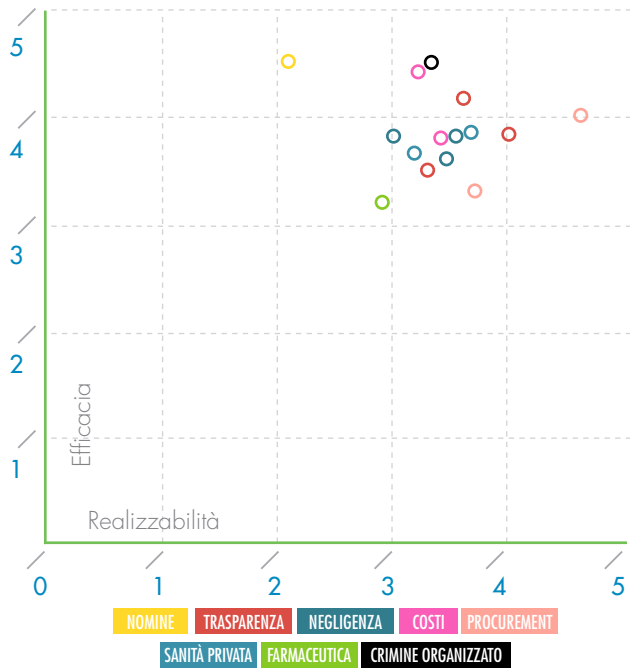


ILLUSTRAZIONE 8: RAPPORTO TRA REALIZZABILITÀ ED EFFICACIA ANTICORRUZIONE. ELAB. RISSC

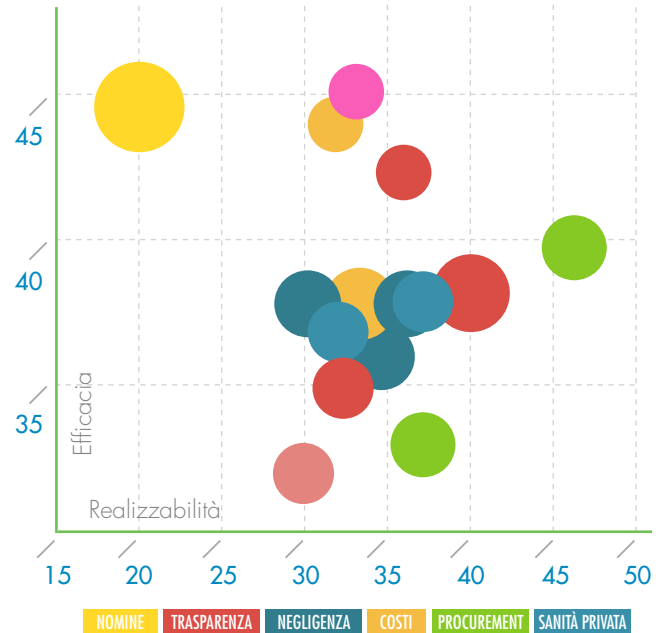
ILLUSTRAZIONE 6: REALIZZABILITÀ ED EFFICACIA DELLE 15 MISURE SELEZIONATE ELAB. RISSC



In ordine di efficacia, le proposte sono:

- 01 Rendere pubblici i pagamenti effettuati nella sanità
- 02 Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche
- 03 Aumentare la disponibilità di open data sulla spesa sanitaria
- 04 Definire in maniera più precisa i rapporti tra sistema pubblico e sanità privata
- 05 Aumentare i controlli sull'esecuzione degli appalti in sanità
- 06 Pubblicare indicatori di attività e di outcome sull'attività dei medici
- 07 Aumentare l'efficienza e intensificare i controlli sull'attività dei medici
- 08 Modificare le procedure di controllo sulle spese
- 09 Promuovere il whistleblowing
- 10 Accreditare le strutture sanitarie private sulla base delle loro effettive capacità
- 11 Modificare le regole di finanziamento della spesa sanitaria
- 12 Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti
- 13 Promuovere l'etica tra i medici contro ogni forma di corruzione
- 14 Aumentare il confronto competitivo tra le case farmaceutiche
- 15 Risanare il rapporto tra politica e sanità

ILLUSTRAZIONE 7: IMPORTANZA, REALIZZABILITÀ ED EFFICACIA DELLE 15 MISURE SELEZIONATE. ELAB. RISSC



In ordine di realizzabilità, le proposte sono:

- 01 Aumentare il confronto competitivo tra le case farmaceutiche
- 02 Aumentare i controlli sull'esecuzione degli appalti in sanità
- 03 Promuovere il whistleblowing
- 04 Accreditare le strutture sanitarie private sulla base delle loro effettive capacità
- 05 Aumentare l'efficienza e intensificare i controlli sull'attività dei medici
- 06 Definire in maniera più precisa i rapporti tra sistema pubblico e sanità privata
- 07 Pubblicare indicatori di attività e di outcome sull'attività dei medici
- 08 Modificare le procedure di controllo sulle spese
- 09 Promuovere l'etica tra i medici contro ogni forma di corruzione
- 10 Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche
- 11 Rendere pubblici i pagamenti effettuati nella sanità
- 12 Modificare le regole di finanziamento della spesa sanitaria
- 13 Aumentare la disponibilità di open data sulla spesa sanitaria
- 14 Risanare il rapporto tra politica e sanità
- 15 Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti

1. Eliminare/ridurre il rapporto tra politica e sanità

Realizzabilità: La realizzazione di questa misura richiede la volontà da parte della politica di accettare la riduzione della propria influenza, consentendo così una piena separazione tra l'indirizzo politico e quello amministrativo. Per agevolare l'attuazione di questa proposta si può valutare l'applicazione di meccanismi di controllo indipendenti ed esterni.

Efficacia: Gli accordi collusivi si riducono e si creano le condizioni di indipendenza tra controllore e controllato.

Tempo di realizzazione: lungo.

2. Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche

Realizzabilità: Questa misura può realizzarsi facilmente dando attuazione alle normative già esistenti in favore della trasparenza. Funzionale a questa proposta è il recente d. lgs. 33/2013 che si focalizza sulla pubblicazione online delle informazioni in possesso delle pubbliche amministrazioni.

Efficacia: I ruoli apicali sono consapevoli del fatto che le loro scelte gestionali saranno rese pubbliche e pertanto ne dovranno rispondere.

Tempo di realizzazione: breve.

3. Aumentare l'efficienza ed intensificare i controlli

Realizzabilità: Le aziende sanitarie hanno una gran mole di dati in loro possesso e ciò agevola la realizzazione di questa proposta in quanto risulta sufficiente gestire tali informazioni in modo efficiente. Il risultato migliore si può ottenere ponendo in evidenza irregolarità sul merito più che sulle procedure di gestione. Le difficoltà sono legate alla mancanza di risorse umane e finanziarie per sviluppare i controlli così come alla carenza di potere in capo alla Corte dei Conti e alla Commissione indipendente per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche.

Efficacia: I controlli riducono la corruzione specie se saranno previste anche adeguate sanzioni per i comportamenti scorretti.

Tempo di realizzazione: medio.

4. Modificare le procedure di controllo

Realizzabilità: Questa misura può realizzarsi facilmente grazie all'uso di strumenti informatici in grado di far aumentare la frequenza dei controlli senza un grande dispendio di risorse. La difficoltà consiste nel fatto che i controlli, per essere realmente efficaci, devono prevedere una verifica sui risultati raggiunti collegando il rimborso da parte del SSN al risultato clinico invece che alla prestazione effettuata. La legge prevede l'implementazione dei poteri ispettivi della Corte dei Conti.

Efficacia: I fenomeni corruttivi vengono smascherati dai controlli, soprattutto se si sviluppano sistemi di monitoraggio e di alert automatico delle anomalie.

Tempo di realizzazione: lungo

5. Etica quale azione di contrasto a forme di corruzione non percepite

Realizzabilità: La difficoltà maggiore nella realizzazione di questa proposta è la creazione della giusta sinergia tra istituzioni, organizzazioni di categoria e sindacati in grado di avviare programmi di sensibilizzazione su temi di natura etico-valoriale. L'agire congiunto dei diversi attori consente azioni più incisive rispetto a quelle attuate dai soggetti singoli.

Un ulteriore elemento funzionale alla realizzazione della proposta è l'inserimento di moduli formativi sull'etica all'interno dei corsi di laurea. La difficoltà potrebbe essere la riorganizzazione parziale dei piani di studi.

Efficacia: I programmi di sensibilizzazione etica creano un diffuso sentimento di condanna e disapprovazione sociale per chi si rende responsabile del reato di corruzione.

Tempo di realizzazione: molto lungo.

6. Aumentare controlli sull'esecuzione dell'appalto

Realizzabilità: La realizzabilità della presente proposta è relativamente alta visto che numerose forme di controllo sono già in vigore. La complessità sta nel creare sinergia tra i vari organi di controllo assicurandone l'indipendenza. Aumentare la responsabilità dei direttori generali in caso di mancata o parziale esecuzione è funzionale al raggiungimento dell'obiettivo.

Efficacia: Maggiori controlli sull'esecuzione dell'appalto eliminano il rischio di inadempimenti, pianificati fin dall'origine, da parte delle ditte appaltatrici.

Tempo di realizzazione: medio.

7. Pubblicare indicatori di attività e di outcome

Realizzabilità: Il d. lgs. 33/2013 prevede importanti novità a favore della trasparenza e della pubblicazione online delle informazioni in mano alla pubblica amministrazione. Le eventuali difficoltà consistono nella mancata volontà di attuare la normativa da parte dei funzionari preposti.

Efficacia: La diffusione delle informazioni è uno strumento efficace perché crea la consapevolezza che è possibile avere un'immediata evidenza della non corretta gestione delle risorse; in questo modo si responsabilizzano i funzionari. L'efficacia di questa proposta potrebbe essere minata dalla pubblicazione di dati aggregati o comunque difficili da interpretare.

Tempo di realizzazione: medio.

8. Accreditare/mantenere accreditate le strutture sulla base delle loro effettive capacità

Realizzabilità: La realizzazione di questa proposta ha come condizione necessaria la presenza di valutatori preparati ed indipendenti. La complessità consiste nel fatto che non è sufficiente fondare le verifiche solo sul numero delle prestazioni effettuate; è necessaria una valutazione complessiva che prenda in considerazione in primo luogo la salute dei pazienti nel medio-lungo periodo.

Il punto di forza di questa proposta è rappresentato dalla possibilità di realizzare importanti economie senza danneggiare i servizi. Inoltre, il risparmio per la spesa pubblica supera ampiamente i costi da affrontare per i controlli.

Efficacia: Le amministrazioni sono costrette a puntare sull'efficienza dei servizi e a combattere gli sprechi: oltre a prevenire la corruzione, tale proposta può anche essere uno strumento efficace per ridurre gli errori medici.

Tempo di realizzazione: medio

9. Aumentare il confronto competitivo tra le case farmaceutiche

Realizzabilità: Questa proposta si può concretizzare con un forte impulso da parte del contraente pubblico nel confronto con le multinazionali del farmaco. Uno strumento di attuazione può essere rappresentato da meccanismi di premialità nei confronti delle aziende che investono maggiormente sulla ricerca. Va promosso l'uso dei farmaci generici.

Efficacia: La corruzione in farmaceutica è diffusa ma a basso impatto economico per singolo caso. Una maggiore efficacia si ottiene lavorando sull'integrità e l'etica con i medici.

Tempo di realizzazione: medio

10. Promuovere il Whistleblowing

Realizzabilità: La promozione del Whistleblowing incontra delle difficoltà soprattutto di tipo culturale, a causa della percezione negativa che si ha del collega che riporta un evento negativo. Inoltre, si paventa il rischio che possano emergere fenomeni di utilizzo improprio dello strumento per danneggiare colleghi.

Efficacia: La misura è ritenuta abbastanza efficace.

Tempo di realizzazione: medio

11. Definire in maniera più precisa i rapporti tra pubblico e privato

Realizzabilità: La realizzazione di questa proposta avviene solo se sussiste la volontà politica atta a consentire un'equa distribuzione tra pubblico e privato dei diversi tipi di prestazioni. Attualmente, le aziende sanitarie private, che beneficiano di finanziamenti pubblici, svolgono i servizi e gli interventi meno remunerativi e rischiosi.

Efficacia: La ridefinizione dei rapporti tra pubblico e privato limita gli sprechi e promuove la creazione di servizi più efficaci ed efficienti. Tali condizioni portano ad una riduzione del rischio corruzione.

Tempo di realizzazione: medio.

12. Rendere pubblici i pagamenti effettuati

Realizzabilità: Questa proposta è facilmente realizzabile considerando gli obblighi sulla trasparenza e sulla diffusione online delle informazioni imposti dal d.lgs 33/2013. Al momento della pubblicazione di questo rapporto, l'obbligo non ha ancora iniziato a decorrere, pertanto per non è possibile valutare la completa attuazione del decreto e l'eventuale irrogazione delle sanzioni.¹²³

Efficacia: Il confronto pubblico generato dalla pubblicazione dei pagamenti aumenta la responsabilizzazione del dirigente che deve dar conto della scelta effettuata.

Tempo di realizzazione: breve.

13. Aumentare la disponibilità di open data sulla spesa sanitaria

Realizzabilità: Gli open data sulla spesa sanitaria sono in possesso delle amministrazioni pubbliche. Per poterli analizzare in termini comparati, è necessario standardizzarli e pubblicarli centralmente. Grazie alle tecnologie largamente diffuse, è possibile realizzare questa proposta senza esosi costi aggiuntivi, però la scarsa cultura informatica dei funzionari pubblici può presentarsi come elemento ostacolante.

Efficacia: Maggiore accesso agli open data si traduce in un aumento di analisi sui dati della spesa sanitaria entrando nel merito delle scelte effettuate o che si intendono effettuare. L'accessibilità dei dati permette un monitoraggio pressoché costante sulle spese facilitando così i controlli incrociati e la messa a galla di eventuali anomalie di appalti e commesse. È utile prevedere un controllo sulla congruenza dei dati pubblicati da parte delle istituzioni.

Tempo di realizzazione: breve.

¹²³ "Art. 49 comma 1: L'obbligo di pubblicazione dei dati di cui all'articolo 24 decorre dal termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto." Il decreto è stato pubblicato nella GU n.80 del 5-4-2013 ed è entrata in vigore il 20/04/2013. Il termine di decorrenza della pubblicazione sarà il 20/10/2013.

14. Modificare le regole di finanziamento della spesa sanitaria

Realizzabilità: Per la realizzazione di questa proposta è necessaria la volontà politica di rivedere le normative che disciplinano il finanziamento sanitario, prestando particolare attenzione al ruolo dei DRG. La realizzabilità può essere agevolata dall'utilizzo di metodi già sperimentati in altri settori, come ad esempio i Fondi di finanziamento ordinario delle università,¹²⁴ i quali permettono un controllo sui risultati conseguiti al momento inapplicabile in sanità?

Efficacia: Il finanziamento mirato su obiettivi ed outcome di salute obbliga regioni e ASL ad una gestione più oculata. Se l'aggiornamento delle regole prevedesse l'utilizzo di costi standard ed un accorpamento dei centri di spesa, ciò porterebbe anche ad una riduzione del fenomeno corruttivo perché i margini per gli illeciti sono più ampi in centri di spesa su base locale.

Tempo di realizzazione: medio.

15. Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti

Realizzabilità: La realizzazione di questa proposta può avvenire solo attraverso un costante aggiornamento degli strumenti di prevenzione, visto l'utilizzo di sistemi mutevoli nel tempo da parte del crimine organizzato. I principali strumenti sono la riduzione delle stazioni appaltanti, la standardizzazione dei costi, i controlli di merito sulla spesa ed il rafforzamento nella partnership tra magistratura e forze dell'ordine.

Efficacia: L'incentivazione alla segnalazione di comportamenti illeciti attraverso strutture dedicate e sicure può eliminare lo scoglio dell'omertà presente in alcune regioni riducendo fortemente i tentativi d'infiltrazione. L'attuazione di questa proposta può avere grande impatto sulla qualità dei servizi e sulla riduzione del debito pubblico.

Tempo di realizzazione: medio

¹²⁴ Istituito con l'art. 5 della legge 537/93, si compone di due parti: una "quota base" ed una "quota di riequilibrio". La quota base viene attribuita automaticamente alle università, la quota di riequilibrio dovrebbe invece essere assegnata sulla base di parametri quantitativi.

RIMUOVERE LE SCUSE

Le 15 proposte avanzate in questa sede sono dei provvedimenti concreti finalizzati a ridurre l'inefficienza e limitare i rischi di corruzione nel settore sanitario. Tuttavia, tali iniziative scontano una genericità che rischia di renderle lettera morta. Pertanto, nell'immediato futuro è necessario svilupparle ulteriormente per renderle più operative. In questo percorso si vuole arrivare ad elaborare un set di proposte facilmente realizzabili, a basso costo, da proporre alle Agenzie regionali ed alle Agenzie sanitarie per un'immediata adozione nel contrasto alla corruzione. In questo modo, non ci saranno più scuse: chi vuole davvero contrastare la corruzione avrà l'occasione per FARE qualcosa di concreto per cambiare le cose. Una prima elaborazione, effettuata con l'Advisory Board, ha prodotto il seguente risultato:

NOMINE:

Nominare rappresentanti di enti/interessi terzi presso le Agenzie Regionali Sanitarie

Definire in modo tempestivo gli obiettivi per i direttori generali e collegare la nomina al raggiungimento degli obiettivi (best-practice: regione Toscana)

TRASPARENZA:

Rendere accessibili gli strumenti per la trasparenza già esistenti

Predisporre manuali delle procedure per i funzionari

Attivare il Whistleblowing con valenza positiva (es. Cassetta di suggerimenti/critiche) collegato con un organo terzo quale il collegio sindacale, o il nucleo ispettivo regionale

NEGLIGENZA:

Implementare un sistema informativo reale che permetta la tracciabilità delle scelte operate

Inserire il codice nosologico per la validità del certificato di malattia

Far passare la prenotazione intramoenia tramite sistema pubblico di prenotazioni, collegandolo con la verifica dei pagamenti e delle fatture emesse (Buona pratica APSS Trento)

COSTI:

Monitorare l'implementazione della delibera della Conferenza Stato-Regioni

Anticipare l'adozione del documento di programmazione finanziaria a inizio anno

PROCUREMENT:

Accorpamento di funzioni nella commissione di valutazione in sede di gara – estensione pubblicità della seduta tecnica

Ottimizzare e rendere trasparenti i criteri di contrattazione (contratti misti, PPP, centrali di acquisto, mercato elettronico, modalità attuativa delle procedure)

Confronto tra prezzi pagati dall'operatore economico pubblico e dal gestore di cliniche private

CRIMINE ORGANIZZATO:

Introdurre il reato dell'autoriciclaggio

Rendere le stazioni appaltanti più consapevoli dei rischi e dotarle di strumenti adeguati per evitarli

10. APPENDICI

10.1 IL QUADRO NORMATIVO (a cura di Fabrizio Sardella)

Il Decreto Legislativo 229/99

Benché successivamente integrato e modificato, il d.lgs. 229/1999, meglio noto come “decreto Bindi”, è attualmente in vigore e saranno esposte nel prosieguo le sue principali caratteristiche. Il decreto si inserisce nel percorso di aziendalizzazione e regionalizzazione inaugurato, in nuce, dal d.lgs. 502/1992, con la finalità ultima di responsabilizzare i diversi centri di responsabilità ed i livelli territoriali di governo nell’ottica di una comune obbligazione di risultato.

I livelli essenziali di assistenza (LEA)

L’oggetto delle attività del S.S.N. è rappresentato dai livelli essenziali ed uniformi di assistenza. Essi si riferiscono al contenuto minimo esigibile del diritto alla salute protetto dall’art. 32 Cost. e tracciano l’insieme delle prestazioni garantite a tutti cittadini, gratuitamente od in regime di compartecipazione, con eguali opportunità di accesso ed in funzione dei criteri di individuazione previsti dal Piano Sanitario Nazionale (PNS).¹²⁵ Il Servizio sanitario nazionale, quale “complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale (...) nonché delle funzioni conservate allo Stato”, garantisce l’uniformità distributiva dell’offerta essenziale. I LEA sanitari hanno ricevuto prima definizione con il d.p.c.m. 29 novembre 2001, che articola tre aree di offerta:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- Assistenza distrettuale;
- Assistenza ospedaliera.

Le Regioni possono poi offrire livelli aggiuntivi, purché assicurino la copertura economico-finanziaria dei relativi costi. Sono, altresì, chiamate a specificare le condizioni di erogabilità dei LEA nel rispetto del principio dell’appropriatezza, alla luce dei criteri della tutela della urgenza/complessità, della fragilità sociale e dell’accessibilità territoriale. In via complementare promuovono forme di assistenza integrativa, al fine di elevare l’esigibilità del diritto alla salute.¹²⁶

La programmazione sanitaria

Il d.lgs. 229/1999 introduce un modello tendenzialmente federale, informato al principio della sussidiarietà verticale.¹²⁷ Il decreto Bindi investe su una programmazione strategica e partecipata, vincolata all’obiettivo ultimo del contenimento della spesa pubblica e fondata sulla capacità di costruire il dialogo tra regioni, aziende sanitarie ed autonomie locali, attraverso la dotazione di strumenti idonei all’effettiva interlocuzione.

Le Regioni, nella veste di portavoce delle istanze del proprio livello territoriale, concorrono alla elaborazione del PSN, mentre i singoli piani regionali sono soggetti al parere del Ministero della Salute sotto il profilo della coerenza con gli indirizzi nazionali.¹²⁸

Al fine di assicurare il raccordo e l’utile confronto tra Regione e Comuni, singoli od associati, in ragione dell’architettura dei rapporti tra Stato e Regioni, l’art. 2, comma 2-bis, d.lgs. 502/1992, mod. d.lgs. 229/1999, prevede l’istituzione, con legge regionale, della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale.

Regionalizzazione ed aziendalizzazione

Il processo di aziendalizzazione delle USL, avviato nel 1992, in parallelo alla c.d. privatizzazione del pubblico impiego, ha subito una netta accelerazione in seguito alla riforma Bassanini del 1998 ed al decreto Bindi del 1999, con l’integrale regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

Con questi provvedimenti è mutata la fisionomia delle USL: esse si costituiscono in aziende dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia imprenditoriale, la cui attività risponde a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, nel rispetto del vincolo di bilancio. L’organizzazione ed il funzionamento dell’azienda speciale è disciplinata con “atto aziendale di diritto privato”, che individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica. Il potere di autorganizzazione delle ASL avviene, dunque, con gli strumenti e nelle forme del diritto comune, nel quadro dei principi e criteri direttivi enunciati dalla Regione.

Il federalismo fiscale

Alla luce delle distorsioni generate dal sistema di finanziamento della sanità, il legislatore, con gli interventi di riordino del 1992 e del 1999, rimodulava le modalità di finanziamento del S.S.N. a fini di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica.

La prima riforma organica della fiscalità regionale è segnata dal d.lgs. 56/2000: è un atto legislativo che opera verso la federalizzazione del prelievo tributario, superando il sistema dei trasferimenti erariali in favore di una compartecipazione delle Regioni al gettito fiscale, al fine di restituire responsabilità alle Regioni nell'amministrazione delle risorse economiche.

È stato, quindi, reintrodotta, surrettiziamente, il sistema di finanziamento derivato, che il d.lgs. 56/2000 intendeva progressivamente smantellare. La L. 311/2004 (legge finanziaria 2005) ha, perciò, introdotto i c.d. piani di rientro (PdR), articolati sul triennio e preordinati al ripristino dell'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate. L'accordo è configurato come un piano di ristrutturazione industriale ed agisce selettivamente sui fattori di spesa che hanno determinato il disavanzo strutturale di gestione.¹²⁵ Il rispetto degli adempimenti è condizione di accesso alla quota premiale di finanziamento.

La L. 296/2006 istituisce un fondo transitorio a cui possono attingere le Regioni critiche, successivamente alla stipulazione di un accordo finalizzato all'equilibrio economico, comprensivo di un piano di rientro. È solo con la L. 42/2009, rubricata "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione", che la riforma della fiscalità regionale conosce un successivo sviluppo. In applicazione del principio di solidarietà è istituito, dall'anno 2013, un fondo perequativo, che assicura il finanziamento integrale delle spese correlate all'erogazione dei LEP, affinché sia realizzata uniformità di trattamento sul territorio nazionale.¹³⁰

In ultima analisi, il decreto delegato, anziché riprendere le scelte del 1992, si pone in sostanziale continuità con la situazione normativa, esito del consolidamento della riforma sanitaria.

L. 6 novembre 2012 n. 190

Accanto al rafforzamento dei rimedi repressivi, è stata necessaria l'introduzione o il potenziamento di strumenti di prevenzione; a tali misure deve associarsi la promozione della legalità nell'attività amministrativa e dell'etica pubblica.

La risposta è stata l'approvazione, nella seduta della Camera del 31 ottobre 2012, della L. 6 novembre 2012 n. 190 che detta "disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione" ed i successivi decreti attuativi. Questo intervento normativo rappresenta uno sforzo per migliorare il contrasto alla corruzione. Infatti, per la prima volta in Italia ha imposto una governance a tutti gli enti pubblici esplicitamente orientata alla prevenzione e al contenimento dei fenomeni corruttivi e successivamente con i più recenti decreti legislativi n. 33/2013 (trasparenza della PA), n. 39/2013 (inconfirmità e incompatibilità di incarichi) ed il dpr n. 62/2013 (codice di comportamento dei dipendenti pubblici) emanazione della stessa legge 190/2012.

Sul punto occorre rilevare che il 17 settembre u.s. la C.I.V.I.T., (Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche – di seguito anche solo "Civit"), ha approvato la proposta di Piano Nazionale Anticorruzione ("PNA") elaborata dal Dipartimento della funzione pubblica in base alla legge n. 190/2012. Il PNA fornisce alle amministrazioni pubbliche gli indirizzi per la stesura del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ("PTPC") che ciascuna amministrazione dovrà adottare entro il prossimo 31 gennaio 2014.

¹²⁵ Castelli G. M., Il ruolo delle forme integrative di assistenza sanitaria, in *Relaz. industriali* 2000, 03, 365.

¹²⁶ Ministero della Sanità, loc. cit. sub. 1.

¹²⁷ LAMBERTI L., *Diritto sanitario*, Ipsoa, Milano, 2012, p. 26.

¹²⁸ Bindi R., *La salute impaziente*, Joca Book, Milano, 2005, p. 43.

¹²⁹ Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Relazione unificata sull'economia e la finanza pubblica 2009*, p. 180 (<http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/ruof/>).

¹³⁰ Cincotti F., Bussone M. C., *Il federalismo sanitario: la gestione del SSN nel nuovo assetto di federalismo fiscale*, Centro Studi Assobiomedica, Analisi, 13, aprile 2012.

Le misure repressive

La L. 190/2012 innova il codice penale come segue:

- Introduce il reato del traffico di influenze illecite di cui all'art. 346 bis c.p., estendendo l'area del penalmente rilevante a condotte prodromiche alla stipulazione dell'accordo corruttivo. La stessa pena si applica a chi dà o promette ed è aumentata se quest'ultimo riveste una qualifica pubblicistica;
- Riscrive l'art. 318 c.p. che punisce la corruzione per l'esercizio della funzione, senza che la punibilità dell'accordo illecito dipenda più dalla precisa individuazione di un determinato atto d'ufficio del pubblico ufficiale;
- Revisiona la disciplina della corruzione privata, mediante la riscrittura dell'art. 2635 c.c., che prevede l'estensione dei soggetti attivi del reato e l'aumento delle pene edittali. Il compimento o l'omissione di atti, in violazione degli obblighi d'ufficio o di fedeltà, verso dazione o promessa di denaro o altra utilità, che cagioni nocumento alla società, è punito con la reclusione da uno a tre anni;
- Ridefinisce il reato di concussione nei limiti della condotta di costrizione, punita dall'art. 317 c.p. con la reclusione da sei a dodici anni;
- Introduce l'induzione indebita a dare o promettere utilità all'art. 319-quater c.p.,
- Amplia il novero dei reati alla cui condanna consegue l'interdizione perpetua dai pubblici uffici, inserendo, accanto a peculato e concussione, la corruzione propria ed in atti giudiziari;
- Aumenta le pene edittali previste per il peculato (da quattro a dieci anni), la corruzione propria (da quattro a otto anni), la corruzione in atti giudiziari (da quattro a dieci anni), l'abuso d'ufficio (da uno a quattro anni).

Le misure preventive

Il legislatore predispose una serie di "barriere interne" tramite l'adozione obbligatoria, da parte di ogni pubblica amministrazione, di piani di prevenzione della corruzione, ispirati a modelli di risk management, sulla falsariga dei modelli di organizzazione e controllo nelle imprese e negli organismi privati - D.lgs. 8 giugno 2001, n. 231 - di cui la legge determina il contenuto minimo.

Tra l'altro, così specificando meglio quanto sopra succintamente

indicato, sono previsti nella legge del 2012 ulteriori baluardi al fenomeno corruttivo tra i quali:

- L'approvazione da parte della Civit, individuata, ai sensi della Convenzione di Merida, quale Autorità nazionale anticorruzione, del Piano nazionale anticorruzione a fini di raccordo e coordinamento;
- L'introduzione e la regolamentazione della figura del responsabile della prevenzione della corruzione, che opera quale referente istituzionale, permettendo ai cittadini di avere notizie in merito alle misure di prevenzione della corruzione, ed esercita poteri di controllo e verifica sull'efficacia e sull'idoneità del piano (accountability). L'amministrazione e l'ente vigilato organizzano poi un idoneo sistema informatico per monitorare le misure sopra indicate. La commissione di un reato di corruzione, accertata con sentenza passata in giudicato, nell'ambito della p.a. di competenza, produce responsabilità dirigenziale e disciplinare, oltre che per il danno erariale e d'immagine subito dalla p.a., in capo allo stesso, salvo che provi di aver puntualmente adempiuto ad ogni prescrizione di legge;
- La delega al Governo perché detti la disciplina in materia di non conferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali in presenza di conflitti di interesse o di sentenze di condanna anche non passate in giudicato per reati contro la p.a. (esercitata con d. lgs. 33/2013); la delega al Governo per l'adozione di un testo unico delle disposizioni su incandidabilità e divieto di ricoprire cariche elettive e di governo (esercitata con d. lgs. 33/2013);
- La definizione di un codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, la cui violazione comporterà responsabilità disciplinare, sino alla sanzione del licenziamento, oltre all'eventuale responsabilità civile, amministrativa e contabile;
- La fissazione di elevati livelli di trasparenza ed obblighi di disclosure; tutti gli enti pubblici economici, le società a partecipazione pubblica, nonché quelle dalle stesse controllate ai sensi dell'art. 2359 c.c., gli enti di diritto privato in controllo pubblico sono tenuti ad assumere tempestivamente e senza ritardo ogni iniziativa utile e necessaria per l'attuazione della prescrizioni sulla trasparenza. E' poi prevista delega al Governo per il riordino della disciplina in materia di pubblicità ed informazione in capo alle p.a. (esercitata nel mese di febbraio 2013);

- La codificazione dell'obbligo di astensione del dipendente pubblico in conflitto di interessi e la previsione di obblighi di comunicazione di ogni dato utile relativo ai soggetti assegnatari di incarichi esterni; l'istituzione di una white list presso ogni prefettura, che individui, nell'ambito dei settori qualificati a maggior rischio di infiltrazione mafiosa, gli operatori che non risultano soggetti a tentativi di infiltrazione mafiosa;

- La tutela del c.d. whistleblower, mediante il divieto di irrogare sanzioni o misure discriminatorie o di licenziare il dipendente pubblico che denunci condotte illecite di cui abbia conosciuto in ragione del rapporto di lavoro. Ciascuna amministrazione deve infatti prevedere al proprio interno canali differenziati e riservati per ricevere segnalazioni; in secondo luogo va previsto un codice sostitutivo dei dati identificativi del denunciante ed un modello di ricezione delle informazioni utili a individuare gli autori della condotta illecita. Devono poi essere previsti obblighi di riservatezza a carico di coloro che vengano investiti della segnalazione e a carico di coloro che ne vengono, in qualunque modo, a conoscenza. La tutela dei denunciatori dovrà, in fine, essere tutelata da efficace attività di sensibilizzazione e comunicazione sui diritti e gli obblighi di divulgazione della condotte illecite;

- L'avvio di percorsi di formazione in materia di rispetto delle regole e dell'etica pubblica, a cura della Scuola superiore della pubblica amministrazione, destinati unicamente ai dipendenti pubblici. Tali percorsi devono essere strutturati su due livelli: uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, che riguardi le competenze e le tematiche dell'etica e della legalità, ed uno specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari delle aree di rischio circa le politiche della prevenzione ed il proprio ruolo rispetto all'amministrazione.

Accanto all'apprezzabile sforzo di arginare il fenomeno corruttivo e, in generale, la maladministration, la dottrina ha evidenziato alcuni profili di difficoltà nell'implementazione dei meccanismi previsti dalla legge.

L'adozione del piano di prevenzione, anzitutto, implica un notevole sforzo finanziario ed organizzativo e non tiene conto delle significative diversità che caratterizzano le pubbliche amministrazioni coinvolte.

La legge disciplina un percorso di formazione ed attuazione dei piani molto articolato, che potrebbe tradursi in una eccessiva frammentazione dell'azione amministrativa ed in una conseguente dispersione di risorse. In particolare, sarà necessario coordinarlo con i programmi previsti dal d.lgs. 150/2009 in materia di trasparenza ed integrità.

Sarà, altresì, opportuno prevedere il periodico monitoraggio dei risultati raggiunti al fine di predisporre eventuali modifiche.

Quanto alla protezione del whistleblower, sarà opportuno, come suggerito da autorevole dottrina, predisporre canali di denuncia protetti e facilmente accessibili, oltre all'eventuale individuazione di un organismo dedicato alla ricezione ed all'esame delle denunce di ritorsione e/o di indagini improprie.

Gli organi di controllo

La funzione di controllo assume, senza dubbio, rilievo centrale nella prevenzione del rischio.

Il d.lgs. 502/1992 ha introdotto un nuovo sistema di controllo su atti, organi ed attività delle aziende sanitarie. Si distinguono:

- Controlli esterni o intersoggettivi, esercitati principalmente dalle Regioni e dalla Corte dei conti;
- Controlli interni o interorganici, esercitati principalmente dal Direttore generale e dal Collegio sindacale.

Tutti gli organi di controllo fungono da ulteriore argine al fenomeno corruttivo e sono stati previsti allo scopo di costituire un sistema di controllo costante e continuativo.

10.2 UN MODELLO DI β CONVERGENCE DELLA SPESA PUBBLICA NELL'UNIONE EUROPEA PRIMA E DOPO IL TRATTATO DI MAASTRICHT (LA RATIO DELL'ANALISI DELLA CONVERGENZA DELLA SPESA SANITARIA E IL RUOLO DELLA CORRUZIONE).

di FS Mennini³¹ e L Gitto³²

1. Introduzione

L'espressione "*welfare state*" sintetizza il ruolo svolto dal settore pubblico nel ridurre o eliminare le disuguaglianze sociali ed economiche tra i cittadini.

Le politiche di *welfare* hanno l'obiettivo di fornire un livello essenziale dei servizi pubblici (sanità, istruzione, sussidi di disoccupazione, sussidi per gli anziani, ecc.), in grado di garantire alla popolazione un tenore di vita dignitoso.

Negli ultimi decenni la nozione di *welfare state* è stata esaminata approfonditamente dalla letteratura economica e gli studiosi si sono concentrati sull'implementazione di un modello di politica sociale europea. Tuttavia, quanto più complesso è il quadro istituzionale, tanto più strutturato deve essere il modello di *welfare* così da poter rispondere alle sfide emergenti: tra queste vi sono l'esposizione alle dinamiche economiche internazionali, la transizione demografica, i rischi sociali legati ai nuovi bisogni sanitari nonché, il rischio, sempre più diffuso, di corruzione.

Il confronto tra analoghe realtà, ha condotto a ipotizzare un trend di convergenza del *welfare* a livello europeo (Iversen e Cusack, 2000; Paetzold, 2012). Tuttavia, in contrapposizione agli scenari di convergenza, alcuni studi descrivono l'effetto di modelli istituzionali già esistenti, e propongono la dipendenza da questi modelli. In quest'ottica, i diversi regimi di *welfare* perdureranno e continueranno a perseguire gli obiettivi nazionali (Pierson 1996; Paetzold, 2012).

Il presente studio costituisce il primo passo di un progetto più ampio finalizzato a esaminare gli effetti delle politiche di *welfare* definite a livello sovranazionale e, in particolar modo, correlate all'assistenza sanitaria e al derivante rischio di corruzione.

Il suo obiettivo principale consiste nell'analizzare il processo di convergenza delle politiche sociali prima e dopo la costituzione dell'Unione Europea nel 1992. L'analisi empirica è basata sul modello

di β convergence di Barro e Sala-i-Martin e prende in esame la convergenza della spesa di *welfare* per gruppi di Paesi e singoli Paesi nel periodo compreso tra il 1980 e il 2001.

Lo studio è così articolato: nella sezione che segue vi è una breve descrizione delle caratteristiche dei sistemi di *welfare*, classificati in diverse tipologie come suggerito dalla letteratura. Nella sezione 3 viene presentato il modello di β convergence e viene svolta l'analisi empirica. Alcuni commenti riguardanti i risultati delle stime, insieme a ulteriori considerazioni su possibili approfondimenti dell'analisi concluderanno lo studio.

2. La letteratura economica sui sistemi di *welfare*

La letteratura economica su sistemi di *welfare* risale all'inizio degli anni '70. Nel suo saggio "Social Policy", Titmus (1974) identifica tre categorie di *welfare*: un tipo di *welfare* "residuale", in cui le famiglie e i lavoratori si fanno carico dei costi dei servizi sanitari e sociali; in tal caso l'intervento pubblico è residuale e avviene ogniqualvolta l'intervento privato non è efficace. Il modello "industriale" è, invece, caratterizzato da un mercato libero e, di conseguenza, il settore pubblico svolge un ruolo complementare nell'attuazione delle politiche sociali. Il modello "redistributivo" prevede una responsabilità diffusa per tutta la società: lo Stato interviene solo laddove sia necessario.

Una classificazione analoga dei sistemi di *welfare* è adottata da Esping Andersen (1990 e 1999). Lo "stato liberale" comprende quei paesi in cui la presenza del mercato è dominante (come gli Stati Uniti o il Regno Unito). Lo "stato corporativo" invece, presente in paesi come la Germania, il Belgio e la Francia, è caratterizzato da uno schema assistenziale gerarchico. Infine, vi è un modello di *welfare* di tipo "socialdemocratico", attuato in Svezia, Danimarca e Norvegia, secondo cui viene garantito un livello elevato di protezione sociale esteso a tutti i cittadini. Questo tipo di sistema, basato sui contributi sociali, è sostenibile solo nel caso in cui vi sia piena occupazione.¹³³

Ferrera (1998) e Bertola *et al.* (2001) hanno proposto un altro tipo di classificazione, operando una distinzione tra i paesi "nordici" (quali la Danimarca, la Finlandia, la Svezia e l'Olanda), in cui una grande quota di spesa pubblica è destinata alla protezione sociale e lo Stato svolge un ruolo importante nel mercato del lavoro; i paesi "anglosassoni" (quali l'Irlanda e il Regno Unito), in cui un numero elevato di trasferimenti viene

destinato alla popolazione, pur rimanendo marginale il ruolo dei sindacati; i paesi "continentali" (quali l'Austria, il Belgio, la Francia, la Germania e il Lussemburgo), caratterizzati dalla sicurezza sociale, da politiche a favore dei lavoratori e sussidi per gli anziani, secondo un modello di *welfare* tradizionalmente bismarckiano; i paesi "mediterranei" (quali la Grecia, l'Italia, la Spagna e il Portogallo), che presentano un livello elevato di spesa per i lavoratori, sussidi per gli anziani, esenzioni per la popolazione attiva. In questi ultimi, si ha una forte presenza dei sindacati.

Il raggiungimento di una politica sociale comune è uno degli obiettivi dell'Unione Europea. L'attuazione di misure finalizzate alla convergenza della spesa pubblica sociale tra i diversi Paesi può essere vista in questa chiave. Tuttavia, fattori istituzionali, demografici ed economici possono condizionare il processo di convergenza tra le politiche di *welfare*. In altre parole, l'eterogeneità esistente tra i diversi paesi può impedire la creazione di un "modello di politica sociale transnazionale" (Hay *et al.*, 1999).

Sono numerosi gli studi che hanno affrontato il problema della convergenza tra diversi sistemi di *welfare*. Possono identificarsi due principali filoni di indagine: il primo prevede che possa esservi convergenza a lungo termine; il secondo riconosce, invece, come la divergenza delle prestazioni di *welfare* sia ineliminabile.

In generale, la nozione di convergenza e le modalità per raggiungere tale obiettivo sono spesso troppo generiche. Una questione sollevata in letteratura è se la convergenza debba essere interpretata come la tendenza delle società a omologarsi, in termini di strutture, processi e prestazioni (Bouget, 2002; Kerr *et al.*, 1973), o se essa debba essere valutata in base ai risultati. Infatti, le politiche di "convergenza" del *welfare* hanno lo scopo di ridurre le differenze nella distribuzione del reddito, garantire la protezione dei lavoratori attraverso rischi che non possono essere previsti¹³⁴ e creare incentivi per l'occupazione.

Insieme agli studi finalizzati a identificare le caratteristiche principali dei sistemi di *welfare*, sono state condotte analisi statistiche ed econometriche.

Mentre solo pochi studi quantitativi si concentrano esclusivamente sul trend di convergenza tra i Paesi membri dell'Unione Europea sin dalla sua fondazione, altri (Montanari *et al.*, 2008; Corrado *et al.*, 2003) prendono in esame un campione più ampio di Paesi europei.

Gli studi empirici hanno condotto spesso a risultati contrastanti (Mauro e Rodriguez-Pose, 2007). Tra i problemi metodologici che sono emersi, vi sono la disponibilità dei dati e la scelta di un metodo idoneo di comparazione tra i paesi (Fingleton, 1999; Magrini, 1999).

I principali indicatori utilizzati nelle analisi quantitative di convergenza dei sistemi di *welfare* (Alonso *et al.*, 1998; Cornelisse and Goudswaard, 2001; Overbye, 2003) sono stati la spesa pubblica sociale pro capite (considerando la parità del potere di acquisto nel confronto tra più Paesi) e la percentuale di PIL destinata alla spesa sociale.¹³⁵

Gli studi econometrici hanno utilizzato più frequentemente dei modelli di β convergence e di σ convergence, mentre altri si sono concentrati sulle analisi di serie temporali e di cointegrazione, *panel data* o *cluster analysis*.

La σ convergence è definita come la misura di un indicatore di disparità tra diversi fattori e il loro sviluppo nel tempo. L'indicatore utilizzato più frequentemente è il coefficiente di variazione (CV) che consiste nella deviazione standard di una variabile divisa per il valore della media della variabile corrispondente. Si registra un andamento convergente quando il CV diminuisce, il che indica una diminuzione della differenza delle variabili considerate.

Il concetto di β convergence assoluta è utilizzato per rilevare i *trend* di convergenza nelle prestazioni sociali. Questo concetto viene impiegato negli studi di Barro e Sala-i-Martin (1992) e Barro (1992) che lo hanno sviluppato nell'ambito di modelli neoclassici di crescita.

Sulla base della loro teoria, le analisi di convergenza del *welfare* successivamente condotte (Corrado *et al.*, 2003; Caminada *et al.*, 2010) hanno ipotizzato l'esistenza di un livello costante di prestazioni di *welfare* verso il quale tutti i Paesi convergono, a prescindere delle loro

¹³¹ Professore di Economia sanitaria e Direttore di Ricerca, Valutazione economica e HTA (EEHTA), CEIS, Facoltà di Economia dell'Università di Roma Tor Vergata. Kingston University, Londra, Regno Unito

¹³² Ricercatore, Valutazione economica e HTA (EEHTA), CEIS, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata

¹³³ Una caratteristica comune degli stati "liberali" rispetto alle nazioni in cui gli altri due modelli sono stati utilizzati, consiste nella presenza di una maggiore disuguaglianza nella distribuzione e nel livello finale di reddito, insieme a una maggiore percentuale di popolazione al di sotto della soglia di povertà.

¹³⁴ Mentre nel primo caso le misure si applicano a quei soggetti già impiegati al fine di proteggerli da licenziamenti ingiusti, nel secondo caso il livello di protezione è maggiore e può essere diretto a gruppi sociali ben identificati (Boei, 2008).

¹³⁵ Tuttavia il PIL come deflatore può essere sensibile a shock economici. Inoltre, nei paesi più piccoli, il PIL può comprendere fattori che non sono correlati esclusivamente a quel paese. Pertanto potrebbero sorgere problemi di distorsione tra la spesa di *welfare* e il PIL.

specifiche condizioni economiche, sociali e istituzionali.

Tale concetto di convergenza implica una relazione inversa tra il livello iniziale di prestazioni sociali e il loro conseguente aumento. Detto in altri termini, più un Paese è lontano da un livello uniforme di spesa pubblica sociale al tempo zero, maggiore dovrà essere la sua crescita futura per avvicinarsi alle condizioni economiche degli altri Paesi.

Un'analisi basata sulla β convergence rende possibile il controllo di diversi fattori che influenzano le prestazioni sociali, e tiene conto della potenziale eterogeneità dei sistemi previdenziali esistenti. Questi fattori possono derivare sia da caratteristiche nazionali che riflettono una specifica situazione socio-economica del paese (ad esempio, il tasso di disoccupazione, l'indice di vecchiaia, il debito pubblico), sia da fattori esterni, come il grado di apertura al commercio e alle transazioni internazionali.

Barro e Sala-i-Martin hanno valutato i risultati dell'analisi β convergence di 90 regioni europee nel periodo che va dagli anni '60 agli anni '80. Se la β convergence è vera per tutti i Paesi ($i = 1, 2, \dots, M$), allora le dinamiche del welfare possono essere espresse con la seguente relazione:

$$\ln w_{i,t} = \alpha + (1 + \beta) \ln w_{i,0} + \varepsilon_{i,t}$$

dove $w_{i,t}$ è la spesa sociale pro capite per la nazione i al tempo t con $t = 1, \dots, T$.

Come già detto, il presente studio intende esaminare l'effetto dei diversi regimi di welfare sulle dinamiche della spesa sociale pro capite. I Paesi ricompresi nell'analisi sono stati raggruppati in base alla classificazione dei sistemi di welfare elaborata da Esping Andersen e riportata nella sezione 2.

Si giunge così alla stima del seguente modello:

$$w_{i,t}^* = \alpha + k_i + \beta w_{i,0}^* + \varepsilon_{i,t}$$

dove $w_{i,t}^*$ è pari a $(\ln w_{i,t} - \ln w_{i,0})$ e misura il cambiamento reale in termini di spesa sociale pro capite nel tempo tra t e zero, mentre $w_{i,0}^*$ w è pari a $\ln w_{i,0}$.

Le dinamiche di convergenza sono state analizzate nel periodo antecedente e successivo al trattato di Maastricht.

Nel modello stimato, k_i rappresenta la classificazione dei modelli di welfare: 1) Liberale; 2) Socialdemocratico; 3) Corporativista; 4) Sud europeo.

Oltre a questi gruppi ne è stato considerato un quinto, che include i paesi che ancora non hanno aderito all'Unione Europea, pertanto non direttamente coinvolti negli obiettivi di convergenza: 5) Altri paesi. Un altro modello stimato ha l'obiettivo di spiegare l'interazione tra le politiche di welfare e le caratteristiche specifiche dei singoli Paesi.

In questo modo è possibile osservare il trend di ogni specifico contesto istituzionale di convergenza verso (o di divergenza da) un welfare state europeo. Qualora tutti i β stimati nel panel riportassero un segno negativo è possibile concludere che c'è convergenza, poiché il tasso di crescita al tempo t è inversamente correlato al livello iniziale; un coefficiente più alto indica una più rapida tendenza verso la convergenza (Corrado *et al*, 2003).

Il processo di convergenza è stato analizzato da diversi studi che hanno preso in esame il periodo tra gli anni '60 e la fine del secolo scorso (cioè dalla fondazione dell'Unione Europea fino all'introduzione dell'Unione Monetaria Europea).

E' possibile individuare tre fasi.¹³⁶

Nel primo periodo, che va dagli anni '60 fino all'inizio degli anni '70, si registra un lento processo di convergenza, influenzato dalla migrazione dei lavoratori dai settori industriali meno produttivi verso quelli più produttivi. Nel secondo periodo, la crisi internazionale degli anni '70 e la diminuzione del processo di migrazione determinano, al contrario, un trend di divergenza. Nell'ultimo periodo, che va dagli anni '80 fino alla fine degli anni '90, quindi nell'intervallo di tempo in cui è stata realizzata l'Unione Monetaria Europea, si assiste a una progressiva stabilizzazione delle differenze territoriali: il trend va dalla convergenza alla divergenza e in seguito dalla divergenza alla convergenza.

L'allargamento a est dell'Unione Europea ha determinato un aumento del numero dei Paesi membri caratterizzati da condizioni socio-economiche meno favorevoli. Vi sono 10 nuovi stati membri (12 dopo il 2007) il cui PIL è, in media, -7% del PIL europeo, la popolazione +20% e il PIL pro capite -12,5%. Poiché si registrano maggiori differenze tra i Paesi, anziché concentrarsi sulle diversità e le similitudini tra essi, negli ultimi anni il problema più importante da risolvere è stato quello relativo alla progettazione di un modello di politica sociale che possa tenere conto di un quadro istituzionale e sociale così variegato.

TABELLA 1: CONVERGENZA-DIVERGENZA TRA I PAESI OCSE NEGLI ULTIMI DUE DECENNI DEL XX SECOLO (FONTE: DATI OECD.)

Paesi	1980-1990	1990-1993	1993-1998
Belgio	-1,56	-0,13	-0,59
Danimarca	-2,57	0,15	-1,84
Finlandia	1,44	7,33	-7,45
Francia	1,45	-0,01	0,84
Germania	-1,08	1,45	1,06
Grecia	-3,40	0,67	-0,68
Irlanda	0,32	0,81	2,77
Italia	1,04	-0,39	0,05
Lussemburgo	-1,68	0,04	0,01
Paesi Bassi	-1,18	-2,03	-2,52
Portogallo	0,38	-0,33	-1,76
Regno Unito	-0,17	0,77	-0,40
Spagna	-0,25	0,14	0,48
Svezia	-1,03	8,21	-8,46
Australia	-0,31	0,47	-2,41
Canada	-1,29	-0,03	1,31
Giappone	2,58	2,49	-5,16
Nuova Zelanda	0,10	0,50	-0,30
Stati Uniti	2,02	1,03	0,03
Svizzera	0,01	-0,03	1,78
Turchia	1,30	4,83	-10,69
Varianza	-3,89	25,96	-33,92
	Convergenza	Divergenza	Convergenza

3. Dati, commenti ai risultati e conclusioni

Nell'analisi di β *convergence* la variabile fondamentale consiste nella quota del PIL destinata alla spesa di *welfare*. I dati utilizzati sono tratti dal database OECD Health Data 2006. L'analisi ha preso in esame 23 Paesi europei nel periodo tra il 1980 e il 2001.

I Paesi considerati dall'analisi sono i seguenti: Austria, Belgio, Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Norvegia, Polonia, Portogallo, Slovacchia, Spagna, Svezia, Svizzera, Turchia, Regno Unito.

Sono stati identificati cinque gruppi di Paesi:

- 1) Paesi liberali: Regno Unito e Irlanda.
- 2) Paesi corporativisti: Danimarca, Finlandia, Norvegia, Svezia.
- 3) Paesi socialdemocratici: Austria, Belgio, Lussemburgo, Olanda, Francia.
- 4) Paesi mediterranei: Italia, Grecia, Portogallo, Spagna.
- 5) Altri paesi: Repubblica Ceca, Ungheria, Islanda, Polonia, Slovacchia, Svizzera, Turchia.

Prima del 2001, non tutti i Paesi considerati nell'analisi avevano ancora aderito all'Unione Europea. La Repubblica Ceca, l'Ungheria, la Polonia, la Slovacchia hanno aderito nel 2004; la Turchia e l'Islanda hanno avviato, rispettivamente nel 2005 e nel 2010, i negoziati per diventare Paesi membri. La Svizzera ha adottato una posizione neutrale, sebbene nel 1992 avesse richiesto di aderire alla Comunità Europea. Nel dicembre 1992 gli elettori svizzeri rifiutarono la ratifica dell'accordo, congelando così la richiesta di adesione alla Comunità Europea.

L'aumento della spesa pubblica sociale pro capite è la variabile dipendente: essa può essere disaggregata nella spesa per il pagamento delle pensioni, delle pensioni di reversibilità, nella spesa delle famiglie e in altre voci di spesa.

Sono state stimate due specificazioni del modello, la prima è:

$$\ln y_t = a + k' + \beta \ln y_{t_0} + \epsilon_t \quad (1)$$

in cui $\ln y_t$ rappresenta la crescita della spesa per *welfare* pro capite, $\ln y_{t_0}$ è il livello iniziale di spesa di *welfare*, β misura la velocità della convergenza.

¹³⁶ Barro e Sala-i-Martin descrivono la convergenza durante gli anni '60 (tasso di convergenza del 2,3%). Il processo rallenta durante gli anni '70 e '80 (rispettivamente, il 2% e l'1% in meno l'anno). Quando vengono presi in esame intervalli di tempo maggiori, il tasso di convergenza è basso e, pertanto, non significativo. Craci- Angelini (2002) stima un tasso annuale di convergenza dell'1,02% nel periodo 1982-1996; Rombaldoni (1998) stima un tasso dell'1,03% nel periodo 1981-1994; Rodriguez-Pose (1998) ottiene un tasso di convergenza dello 0,9% con il PIL calcolato secondo la parità dei poteri d'acquisto.

ki identifica diversi regimi di *welfare* (modello liberale, modello corporativista, modello socialdemocratico, paesi mediterranei e altri paesi).

La seconda specificazione del modello, invece, analizza l'effetto di ciascun paese sulla crescita della spesa per *welfare*, attraverso l'interazione tra l'effetto-Paese e il livello iniziale di spesa per *welfare*.

$$lyt_{it} = \alpha + \beta lyt_{i0} * paese + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

Un coefficiente $\beta < 0$ implicherebbe una tendenza comune alla convergenza. I modelli (1) e (2) sono stati stimati tenendo conto dei dati prima e dopo il 1992 (Trattato di Maastricht sull'Unione Europea che afferma i "criteri di convergenza"). I risultati del primo modello stimato sono riportati nella tabella che segue. Il gruppo di riferimento è quello costituito dai sistemi liberali come il Regno Unito e l'Irlanda.

Il coefficiente associato alla spesa di *welfare* prima degli accordi di Maastricht è negativo, sebbene leggermente significativo. Al contrario, tutti i coefficienti relativi alla classificazione basata sui diversi assetti istituzionali, non sono significativi. I modelli di *welfare* socialdemocratici (Austria, Belgio, Germania, Lussemburgo, Olanda e Francia) sono caratterizzati da livelli di spesa di *welfare* più elevati in confronto a quello di riferimento. La spesa di *welfare* è inferiore nei paesi che vivono una fase di transizione.

E' possibile osservare un processo di convergenza crescente dopo il Trattato di Maastricht. Nella seconda stima, infatti, aumenta il valore di tutti i coefficienti che risultano quasi tutti significativi.

Si registra un forte impegno dei paesi mediterranei verso le politiche sociali. Ad eccezione del gruppo corporativista (inclusi i paesi del nord Europa), i coefficienti stimati per altre variabili di comodo sono significativi.

La seconda specificazione tiene conto dell'interazione tra gli effetti dei paesi e la spesa iniziale di *welfare* pro capite. Le stime sono state ripetute sia per il periodo antecedente che successivo al Trattato di Maastricht. Il paese di riferimento è l'Austria. Tuttavia, diversi paesi non sono stati considerati nell'analisi a causa di problemi di collinearità.

Il coefficiente β relativo al livello iniziale della spesa di *welfare* mostra un valore negativo, seppur non significativo. Nella stima relativa al periodo precedente al Trattato di Maastricht, il coefficiente

di convergenza è significativamente diverso da 0, indicando così una tendenza alla convergenza.

I coefficienti stimati relativi a ciascun Paese mostrano valori sia positivi sia negativi: questo comporta che non tutti i Paesi convergono sulle questioni sociali. In alcuni casi i coefficienti stimati diventano significativi nel secondo periodo preso in esame (è il caso, ad esempio, di Francia e Lussemburgo i cui coefficienti – negativi – tendono ad aumentare in valore assoluto nel secondo periodo). Il coefficiente è positivo per la Danimarca, la Finlandia e l'Italia. L'Irlanda, la Norvegia e la Svizzera registrano una variazione (da negativa a positiva) tra il primo e il secondo periodo. L'effetto specifico dovuto a ciascun Paese è significativo specialmente nel secondo periodo.

Un problema da considerare per ulteriori analisi riguarda l'eterogeneità esistente tra i Paesi, che può determinare la presenza di eteroschedasticità all'interno di ciascun panel e autocorrelazione. Complessivamente, dall'analisi condotta, si nota come negli ultimi due decenni del XX secolo non si sia raggiunta una convergenza delle politiche sociali tra i Paesi europei. I risultati ottenuti per Paesi come il Belgio, la Germania, la Grecia, la Spagna e la Svezia indicano che le politiche di *welfare* sono rimaste invariate. Si osserva un lieve aumento del processo di convergenza dopo il Trattato di Maastricht, misurato dal coefficiente β .

Tuttavia, la convergenza della spesa sociale non deve essere necessariamente intesa come un obiettivo primario per tutti i paesi. Come ha sottolineato Boeri (2000) "la sovrapposizione di un unico modello sociale europeo metterebbe a repentaglio gli sforzi riformatori dei paesi europei. Le istituzioni europee sovranazionali dovrebbero, piuttosto, introdurre standard comuni nello sviluppo delle politiche di protezione sociale come meccanismo di coordinamento tra i sistemi di *welfare* nazionali".

TABELLA 2: MODELLO β CONVERGENCE
AUMENTO DELLA SPESA DI WELFARE

Variabile dipendente: variazione nella spesa di welfare	Coefficienti stimati prima del 1992 (errori standard tra parentesi)	Coefficienti stimati dopo il 1992 (errori standard tra parentesi)
Modello corporativista	0.013 (0.039)	0.023 (0.077)
Modello socialdemocratico	0.089 (0.082)	0.026** (0.114)
Paesi mediterranei	0.021 (0.067)	0.195* (0.110)
Altri paesi	-0.272 (0.214)	-0.815*** (0.183)
Spesa di welfare	-0.144* (0.084)	-0.529*** (0.090)
Costante	1.511*** (0.603)	4.939*** (0.601)
Numero di osservazioni	202	178
Verosimiglianza	-29.443	74.107
Devianza/Gradi di libertà	0.080	0.026

*** significativo al 99%; ** significativo al 95%; * significativo al 90%

TABELLA 3: MODELLO β CONVERGENCE - AUMENTO DELLA SPESA DI WELFARE
(PREVISIONE CON GLI EFFETTI SPECIFICI DEI PAESI)

Variabile dipendente: variazione nella spesa di welfare	Coefficienti stimati prima del 1992 (errori standard tra parentesi)	Coefficienti stimati dopo il 1992 (errori standard tra parentesi)
Belgio	-0.042 (0.166)	-0.022(0.061)
Repubblica Ceca	-0.112 (0.175)	-0.421(0.063)
Danimarca	0.112 (0.153)	0.194*** (0.058)
Finlandia	0.031 (0.160)	0.120** (0.059)
Francia	-0.099 (0.169)	-0.115* (0.061)
Germania	0.128 (0.130)	0.075 (0.054)
Grecia	0.009 (0.136)	0.027 (0.054)
Islanda	0.021 (0.154)	0.044 (0.058)
Irlanda	-0.024 (0.169)	0.179*** (0.061)
Italia	0.237 (0.174)	0.297*** (0.058)
Lussemburgo	-0.113 (0.171)	-0.229*** (0.062)
Norvegia	-0.039 (0.119)	0.242*** (0.053)
Polonia	0.009 (0.150)	0.040 (0.057)
Spagna	-0.007 (0.137)	0.031 (0.055)
Svezia	-0.054 (0.175)	-0.075 (0.063)
Svizzera	-0.062 (0.158)	0.179*** (0.059)
Spesa di welfare iniziale	-0.035 (0.053)	-0.211*** (0.020)
Costante	0.733*** (0.295)	2.652*** (0.135)

*** significativo al 99%; ** significativo al 95%; * significativo al 90%

4. Convergenza e spesa sanitaria

Sviluppi più recenti in questo ambito di analisi hanno riguardato settori specifici, come la spesa sanitaria. Vi è un consenso diffuso sul “modello europeo di spesa sanitaria” che emerge dalle riforme avvenute in molti Paesi europei dagli anni ‘90 in poi (Taroni, 2008).

I temi comuni richiamati nelle riforme sono stati l’attuazione di “quasi mercati”, l’aumento degli incentivi finanziari determinato dall’uso di metodi di rimborso basati sulle tariffe e la privatizzazione di strutture ospedaliere.

La spesa sanitaria è aumentata in modo significativo negli ultimi due decenni, portando, in molti Paesi, all’adozione di misure mirate al contenimento dei costi. Come indicato nella Tabella 4, Lettonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Belgio e Lussemburgo hanno registrato gli aumenti maggiori di quota percentuale del PIL destinata alla spesa sanitaria. Soltanto la Finlandia ha riportato una diminuzione della quota del PIL nel periodo compreso tra il 1992 e il 2004. Nonostante la quota di PIL destinata alla spesa sanitaria sia aumentata in tutti gli Stati membri nel periodo 1992-2004, nei Paesi europei che hanno aderito alla Comunità Europea sin dalla sua costituzione l’aumento è stato più rapido che nei nuovi Stati membri (Kerem *et al.*, 2008). Nel periodo 1992-2004 l’aumento maggiore della spesa sanitaria pro capite si è verificato in Lettonia, mentre l’incremento più basso si è avuto in Finlandia.

La convergenza nella spesa sanitaria è stata analizzata da Kerem *et al.* (2008), considerando sia l’aumento della quota percentuale di PIL destinata alla spesa sanitaria, sia il tasso di aumento della spesa sanitaria pro capite.

La tabella 5 riporta i risultati della β *convergence* assoluta, tenendo conto del tasso di aumento annuale della spesa sanitaria pro capite nei Paesi europei nel periodo 1992-2004.

Il valore stimato del coefficiente beta è di -0.027 con un intervallo di confidenza di $-0.037 < \beta < -0.016$. Sono esclusi due paesi, la Slovenia e il Lussemburgo. Senza di essi il coefficiente β sarebbe sceso a -0.038 nel gruppo che comprende 15 stati membri e a -0.053 nel gruppo che comprende gli altri 8 stati membri.

La presenza della β *convergence* assoluta nei gruppi che includono, rispettivamente, 23, 15 e 8 Stati membri, soddisfa le condizioni per la convergenza della spesa sanitaria pro capite dei paesi europei nel periodo 1992-2004.

Per stimare l’efficienza della spesa pubblica e per valutare la presenza di schemi di convergenza, la spesa sanitaria può essere esaminata insieme alla spesa pubblica per *welfare*.

In questa prospettiva, la corruzione presente nel settore sanitario può essere considerata un fattore che limita la crescita e la convergenza (Attila, 2008). La corruzione incide sulla crescita economica diminuendo le risorse disponibili per il settore pubblico e riducendo gli investimenti produttivi in settori quali la sanità e l’istruzione. Per stimare il costo della corruzione e la mancata crescita economica bisognerebbe inserire alcuni indicatori di *governance* nelle analisi empiriche, come la quantità di corruzione presente in ciascun Paese e la qualità burocratica.¹³⁷

La corruzione presente all’interno del sistema politico riduce l’efficacia della *governance*. L’indice di qualità burocratica misura invece la solidità delle istituzioni e la qualità dell’amministrazione statale, nonché il potere e la competenza dei burocrati.

Il tasso di corruzione non può essere modificato facilmente nel breve periodo, in particolare nelle aree caratterizzate storicamente da questo fenomeno. I governi dovrebbero attuare politiche di anti-corruzione per conseguire maggiore trasparenza nelle politiche sanitarie.

¹³⁷ Indicatori di questo tipo vengono calcolati da agenzie specializzate come, ad esempio, il Political Risk Services Group.

TABELLA 4: QUOTA PERCENTUALE DI PIL DESTINATA ALLA SPESA SANITARIA NEI PAESI EUROPEI NEL PERIODO 1992-2004

Country	Total health care expenditure as % of GDP			Country	Total health care expenditure, PPP\$ per capita		
	Relative order based on data of 2004	1992	2004		Change 1992-2004 (%points)	Relative order based on data of 2004	1992
Germany	9.7	10.7	1.0	Luxemburg	1758	5809	289.5
France	8.9	10.5	1.6	France	1752	3159	180.3
Portugal	7	10	3.0	Belgium	1557	3145	201.9
Greece	7.9	9.8	1.9	Austria	1541	3124	202.7
Belgium	7.7	9.8	2.1	Germany	1961	3056	155.8
Austria	7.4	9.6	2.2	Netherlands	1632	3041	186.3
Sweden	8.3	9.3	1.0	Denmark	1641	2881	175.6
Denmark	8.3	8.9	1.6	Sweden	1604	2825	176.1
Netherlands	8.1	8.9	0.8	Ireland	1007	2596	257.8
Italy	8	8.7	0.7	United Kingdom	1181	2546	215.6
Slovenia	7.4	8.6	1.2	Italy	1550	2392	154.3
United Kingdom	6.9	8.3	1.4	Finland	1552	2235	144.0
Hungary	7.6	8.3	0.7	Greece	963	2162	224.5
Spain	7.1	8.1	1.0	Spain	1030	2094	203.3
Luxemburg	5.4	7.7	2.2	Portugal	852	1813	212.8
Finland	9	7.5	-1.5	Slovenia	448.5	1801	401.6
Czech Republic	5.1	7.3	2.2	Czech Republic	570	1361	238.8
Ireland	7	7.1	0.1	Hungary	633	1323	209.0
Poland	6.2	6.5	0.3	Poland	378	805	213.0
Cyprus	4.6	6.3	1.7	Lithuania	155.4	786.4	506.0
Latvia	2.8	6.3	3.5	Estonia	301.1	771.4	256.2
Lithuania	4.2	6	1.8	Latvia	169.7	734.1	432.6
Estonia	4.5	5.3	0.8	EU-12	353.7	782.8	221.3
EU-12	5.32	6.01	0.69	EU15	1524	2694	176.8
EU-15	8.21	9.43	1.22				

TABELLA 5: CONVERGENZA DELLA SPESA SANITARIA NEL PERIODO 1992-2004, TASSO DI AUMENTO ANNUALE PRO CAPITE IN BASE ALLA PPA

	Coef.	StdErr	T	P>t	(95% CI)		
EU-23	β	-0.027	0.005	-5.180	0.000	-0.037	-0.016
	α	0.246	0.035	7.064	0.000	0.173	0.318
	R ²	0.56					
	Annual convergence rate (%)	3.2	0.7	4.7	0.000	1.9	4.5
	T _{half} (in years)	22	4			14	29
EU-15	β	-0.027	0.015	-1.790	0.097	-0.600	0.006
	α	0.252	0.110	2.300	0.039	0.015	0.488
	R ²	0.20					
	Annual convergence rate (%)	3.3	1.8	1.8	0.1	-0.3	6.9
	T _{half} (in years)	21	8			6	36
EU-8	β	-0.047	0.017	-2.850	0.029	-0.088	-0.007
	α	0.365	0.098	3.730	0.010	0.125	0.604
	R ²	0.58					
	Annual convergence rate (%)	7.0	1.6	43	0.000	3.8	10.2
	T _{half} (in years)	10	2			6	14

Appendice: L'indice di corruzione percepita (Transparency International) e la sua correlazione con il tasso di aumento della spesa pubblica sociale pro capite, la spesa pubblica sociale pro capite e la spesa sanitaria pubblica pro capite.

In letteratura la corruzione e le altre variabili istituzionali sono generalmente considerate endogene (Mauro, 1995; Dreher and Schneider, 2006). Infatti, esse possono influire sulla crescita; tuttavia, un maggior tasso di crescita economica può contribuire a formare delle istituzioni migliori e, pertanto, a ridurre la corruzione. La tabella 6 riporta la correlazione tra la percezione della corruzione, il tasso di aumento della spesa pubblica pro capite, la spesa pubblica sociale pro capite, le entrate pubbliche pro capite e la spesa sanitaria pubblica pro capite.

I dati utilizzati per calcolare tali correlazioni si riferiscono ai dati dell'OECD dal 2003 al 2010, riferiti a un gruppo di 25 stati europei (compresi alcuni paesi che ancora non hanno aderito all'Unione europea, come la Turchia, l'Islanda e la Svizzera).

TABELLA 6: CORRELAZIONE TRA LA CORRUZIONE PERCEPITA, IL TASSO DI CRESCITA DELLA SPESA PUBBLICA SOCIALE PRO CAPITALE, LA SPESA PUBBLICA SOCIALE PRO CAPITALE, LE ENTRATE PUBBLICHE PRO CAPITALE E LA SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO CAPITALE.

	Percezione della corruzione	Aumento della spesa pubblica pro capite	Spesa pubblica sociale pro capite	Entrate pubbliche pro capite	Spesa sanitaria pubblica pro capite
Percezione della corruzione	1				
Aumento della spesa pubblica sociale pro capite	-0.32*	1			
Spesa pubblica sociale pro capite	0.64*	-0.31*	1		
Entrate pubbliche pro capite	0.73*	-0.34*	0.90*	1	
Spesa sanitaria pubblica pro capite	0.75*	-0.32*	0.89*	0.91*	1

L'aumento della spesa pubblica sociale pro capite è correlata inversamente proporzionale all'indice di percezione della corruzione (occorre tener presente, però, come un livello più alto del *Corruption Perceived Index* – CPI – rappresenti un miglior livello di *governance*).

Si osserva una correlazione significativa anche tra questa variabile e la spesa pubblica sanitaria pro capite.

L'indice mostra il grado di corruzione presente nel settore pubblico percepito da imprenditori e analisti. Esso oscilla tra 0 (elevato livello di corruzione) e 10 (migliore *governance*).

FIGURA 1: RISULTATI DELL'INDICE DI TRANSPARENCY INTERNATIONAL DI PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE (VALORI MEDI 2003-2010)

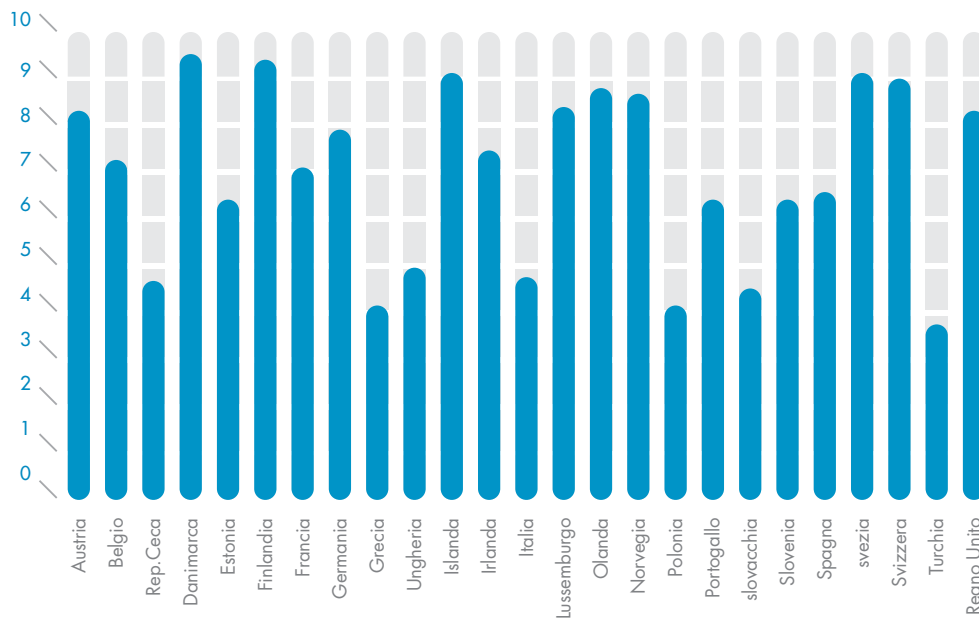


FIGURA 2 - AUMENTO PERCENTUALE DELLA SPESA PUBBLICA SOCIALE PRO CAPITE E DELLA PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE.

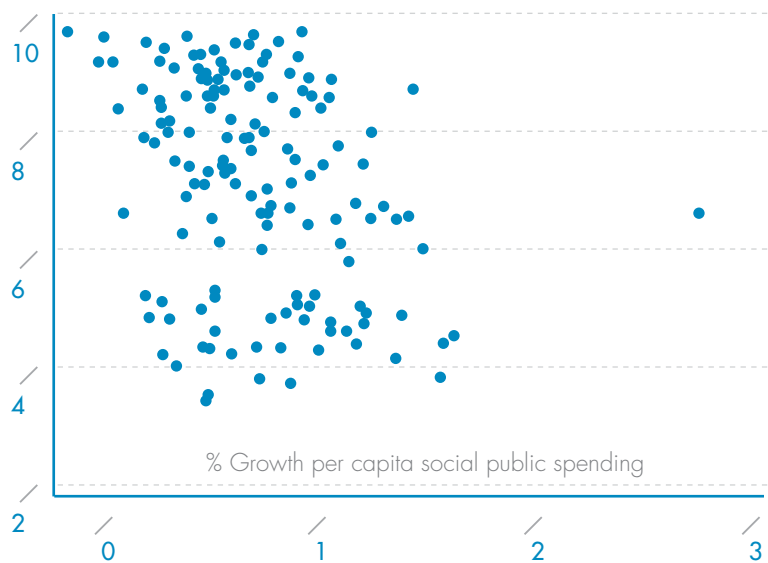


FIGURA 3 – SPESA PUBBLICA SOCIALE PRO CAPITE E PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE

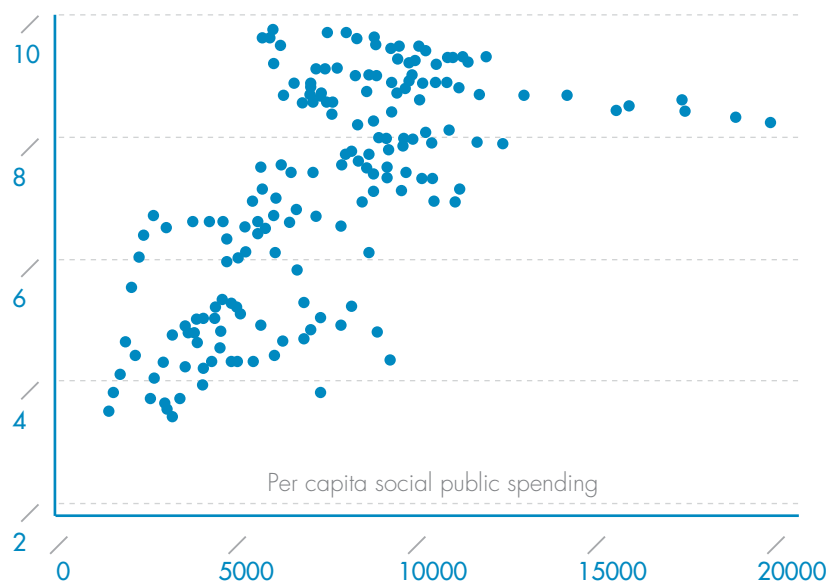
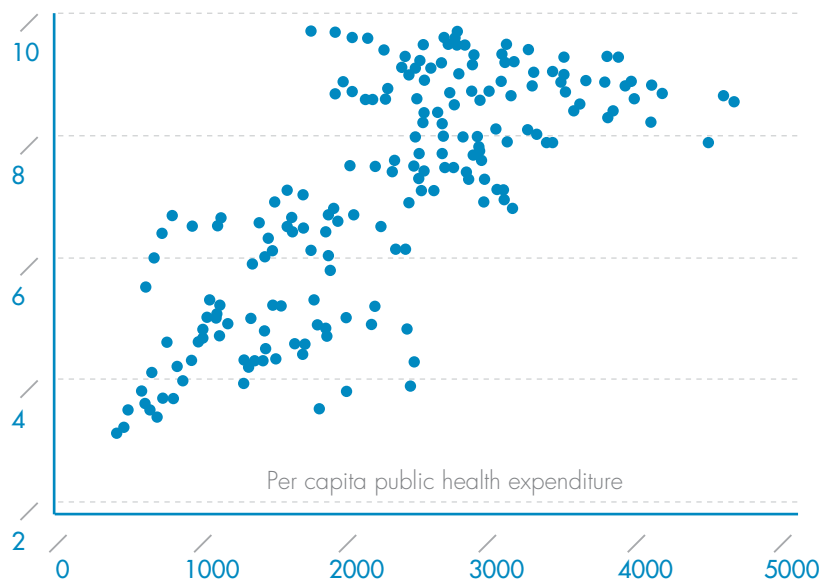


FIGURA 4 – SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO CAPITE E DELLA PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE



Riferimenti bibliografici

- Alonso J., Galindo M.A., Sosvilla-Rivero S. (1998), "Convergence in Social Protection Benefits across EU Countries", *Applied Economics Letters*, 5: 153-155.
- Attila G. (2008), *Corruption, taxation and economic growth: theory and evidence*, Clermont Université, Université de Clermont I, CERDHUMR CNRS, 2008.
- Barro R.J. (1991) "Economic Growth in a Cross Section of Countries", *Quarterly Journal of Economics*, 2: 407-443.
- Barro R.J., Sala-i-Martin X. (1991), "Convergence across States and Regions", *Brookings Papers on Economic Activity*, 1: 107-182.
- Bertola G., Boeri T., Nicoletti G. (2001), (eds.), *Welfare and Employment in a United Europe*, MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- Boeri T. (2008), *Social Policy: one for all?*, Working Paper Università Bocconi and Fondazione Rodolfo De Benedetti.
- Boeri T. (2000) "Social Europe: Dramatic Visions and Real Complexity", Bocconi University, CEPR Discussion Paper 2371.
- Bouget D. (2004), "Convergence in Social Welfare Systems: from evidence to explanations", Paper presented at the workshop *Researching the European Social Model from a Comparative Perspective*, European Research Centre, Loughborough University, 15 September 2004.
- Bouget D. (2002), "Convergence in social welfare systems: what are we talking about?", Paper presented at the Conference *Welfare Reforms for the 21st Century*, Oslo, 5-6 April 2002.
- Caminada K., Goudswaard K., Van Vliet O. (2010), "Patterns of Welfare State Indicators in the EU: Is there Convergence?", *Journal of Common Market Studies*, 48 (3): 529-556.
- Cornelisse P.A., Goudswaard K.P. (2001), "On the convergence of social protection systems in the European Union", *International Social Security Review*, 5: 3-17.
- Corrado L., Londoño D.A., Mennini F., Trovato G. (2003), "The Welfare States in a United Europe", *European Political Economic Review*, 1, 1: 40-55.
- Croci Angelini E. (2002), *Quale convergenza? Tendenze evolutive delle disparità di reddito fra le Regioni dell'Unione Europea*, in Farina F. and Tamborini R. (eds.), *Da nazioni a regioni*, Il Mulino, Bologna.
- Dreher A., Schneider F. (2006), *Corruption and the Shadow Economy: an empirical evidence*, IZA Discussion Paper no.1936.
- Esping Andersen G. (1999), *Social Foundations of PostIndustrial Economics*, Oxford University Press, Oxford.
- Esping Andersen G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey.
- Ferrera M. (1998), "The Four Social Europes: between Universalism and Selectivity", in Meny Y. and Rhodes M. (es), *The Future of European Welfare: A New Social Contract?*, Macmillan, London: 81-96.
- Fingleton B. (1999), "Estimation of time to economic convergence: an analysis of regions of the European Union", *International Regional Science Review*, 22: 5-35.
- Hay C., Watson M., Wincott D. (1999), "Globalisation, European Integration and the Persistence of European Social Models", *ESRC Working Paper*, 3/99.
- Iversen, T., Cusack, T. (2000): "The causes of welfare state expansion: deindustrialization or globalization?", *World Politics* 52: 313-349.
- Kerem K., Puss T., Viies M., Maldre R. (2008), "Health and convergence of healthcare expenditure in EU", *International Business and Economic Research Journal*, 7 (3): 29-44.
- Kerr C., Dunlop J.T., Harbison F., Myers C.A. (1973), *Industrialism and Industrial Man: The Problems of Labour and the Management of Economic Growth*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Magrini S. (1999), "The evolution of income disparities among the regions of the European Union", *Regional Sciences and Urban Economics*, 29: 257-281.
- Mauro P. (1995), "Corruption and Growth", *Quarterly Journal of Economics*, 60 (3): 681-712.
- Mauro G., Rodriguez-Pose A. (eds.) (2007), *Squilibri regionali e crescita economica nell'Unione Europea*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Overbye E. (2003), "Globalisation and social policy convergence", Paper presented at the Forum on Social Protection in a Widening Europe, DREES-MIRE, 20-22 March 2003, Paris.
- Paetzold J. (2012), *The convergence of Welfare State indicators in Europe: evidence from panel data*, Working Paper no. 201204, University of Salzburg, 2012.
- Pierson P. (1996), "The new politics of the welfare state", *World Politics*, 48: 143-179.
- Rombaldoni R. (1998), "Core and periphery patterns of regional convergence in Europe", *Rivista Italiana degli Economisti*, 3: 419-457.
- Taroni F. (2009), *La riforma del welfare. Dieci anni dopo la «Commissione Onofri» Il sistema sanitario: per un bilancio delle politiche del decennio*, Fondazione Guerrieri per gli studi sociali.
- Titmus R. (1974), *Social Policy: an Introduction*, London Allen and Unwin.

11. BIBLIOGRAFIA

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2012, Dossier copayment Aprile 2012, <http://www.nuovasair.it/dossier-copayment-aprile-2012/>

Amatucci F. e Mele S., 2011, I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentrimento, Egea, Milano

Arena M., 2011, La prevenzione della corruzione nelle aziende farmaceutiche, Filodiritto, Bologna

Armeni P. e Ferrè F., 2012, "La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione", in Cantù E. (a cura di) L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2010, Egea, Milano.

Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, 2012, Relazione annuale 2011 http://www.avcp.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/Pdf/Relazione2011/AvcpRelaz2011_04.07.12.pdf

Azienda USL Umbria 2, 2013, Piano triennale anticorruzione 2013-2015 – programma per la trasparenza e l'integrità <http://www.uslumbria2.it/amministrazione-trasparente/programma-per-la-trasparenza-e-lintegrita>.

Banca Mondiale, 2012, Worldwide Governance Indicators <http://data.worldbank.org/data-catalog/worldwide-governance-indicators>.

Barresi R., 2012, Impatto sociale, economico e giuridico della pratica della medicina difensiva in Italia e negli Stati Uniti, Fondazione Istud <http://www.fsk.it/eventi/documentieventi/2012-11-09c.pdf>

Castro M.F., Guccio C. e Rizzo I., 2013, An assessment of the waste effects of corruption on infrastructure provision through bootstrapped DEA approach, paper presentato alla 54a Conferenza Annuale della Società Italiana degli Economisti.

Censis, 2012, Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2012, Franco Angeli, Milano.

Cittadinanza Attiva, 2012, Rapporto PiT Salute 2012. Servizio Sanitario Nazionale e cittadini: lo Stato A (sociale) <http://www.cittadinanzattiva.it/primo-piano/salute/4215-xv-rapporto-pit-salute-lo-stato-a-sociale.html>.

Commissione Europea, 2012, Special Eurobarometer 374, Corruption Report http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_374_en.pdf.

Commissione Europea, 2011, Commission Staff Working Paper – Commission Decision on EU Anti-Corruption Report Impact Assessment SEC (2011) http://ec.europa.eu/governance/impact/ia_carried_out/docs/ia_2011/sec_2011_0661_en.pdf.

Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, 2013, Relazione conclusiva http://leg16.camera.it/544?stenog=/_dati/leg16/lavori/documentiparlamentari/indiceetesti/022bis/010&pagina=d020#00.

Commissione per lo studio e l'elaborazione di misure per la prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione, 2012, *La Corruzione in Italia per una politica di prevenzione (anche noto come Libro bianco sulla corruzione e Relazione Garofoli)* http://www.funzionepubblica.gov.it/media/1052330/rapporto_corruzione_29_gen.pdf

Comitato di studio sulla prevenzione della corruzione, 1996, "Rapporto al Presidente della Camera" <http://www.diritto.it/articoli/amministrativo/rapporto.html>

CORIFE Piemonte, 2013, *Illuminiamo la salute - Per non cadere nella ragnatela dell'illegalità* <http://www.snop.it/attachments/article/299/report.pdf>

Corte dei Conti, 2013, *Inaugurazione dell'anno giudiziario 2013. Relazione sull'attività svolta nell'anno 2012* http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/documenti_giurisdizione/inaugurazione_anno_giudiziario_centrale/2013/5_2_2013_discorso_scritto_presidente_giampaolino.pdf

Corte dei Conti, 2012, *Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica* http://www.rivistacorteconti.it/visualizzaPdf.html?nomeFile=%2FRapp_Fin_Pubbl_2012.pdf&provenienza=arretrati

Corte dei Conti, 2009, *Giudizio sul rendiconto generale dello stato 2008. Memoria del Procuratore Generale* http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/documenti_procura/giudizio_di_parifica/giudizio_parificazione_2008_memoria_scritta_pasqualucci.pdf

D'Amato A., 2008, *Mani sulla sanità da Nord a Sud, i predoni della salute*, Editori Riuniti, Roma.

D'Annunzio E., 2010, *Sanità malata*, Cattelvecchi, Roma.

Domenighetti G., 2013, "Frode e corruzione nel sistema sanitario" *Janus*, <http://www.janusonline.it/news/frode-e-corruzione-nel-settore-sanitario>

Fattore G. e Ferrè F., 2012, "I tempi di attesa per le prestazioni del SSN: lo stato dell'arte e alcune riflessioni", in Cantù E. (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2012*, Egea, Milano.

Federfarma, 2013, *La spesa farmaceutica nel 2012* <http://www.federfarma.it/Documenti/spesa/2012/opuscolo2012.aspx>.

Francese D., 2011, *Sanità SPA*, Newton Compton Editori, Roma.

Gee J. e Button M., 2013, *The Financial Cost of Healthcare Fraud*, BDO, Londra. <http://www.port.ac.uk/departments/academic/icjs/centreforcounterfraudstudies/documents/filetodownload,182354,en.pdf>

Golden M.A. e Picci L., 2005, "Proposal for a New Measure of Corruption Illustrated with Italian Data", *Economics and Politics*, 17(1): 37-75.

Istat, 2012, Annuario statistico italiano

http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=432&cHash=e92dffa8e3b7988b531609bbc6fdcd73

Massarenti A., 2012, Perché pagare le tangenti è razionale, ma non vi conviene, Guanda, Parma.

Nottola S., 2013, Cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario 2013. Relazione scritta del procuratore generale Salvatore Nottola

http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/documenti_procura/procura_generale/relazioni_anni_giudiziari/inaugurazione_anno_giudiziario_2013_scritta.pdf

Ministero della Salute, Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario, Ufficio di direzione statistica, 2010, Personale delle ASL e degli Istituti di cura pubblici - Anno 2010

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1952_allegato.pdf

OECD, 2012, Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing

<http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>

OECD, 2011, Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing

<http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>

Organizzazione Mondiale della Sanità, 2010, The World Health Report – Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage

<http://www.who.int/whr/2010/en/>

Organizzazione Mondiale della Sanità, 2009, Measuring Transparency in the Public Pharmaceutical Sector. Assessment Instrument

<http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/AssessmentInstrumentMeastranspENG.PDF>

Piacenza M. e Turati G., 2013, "Does Fiscal Discipline towards Sub-national Governments Affect Citizens' Wellbeing? Evidence on Health", in Health Economics.

Pinotti F., 2012, La sanità di Dio, Rizzoli bur, Milano.

Quality of Government Institute, 2010, Measuring the quality of Government and Subnational Variation, Report for the European Commission Directorate-General Regional Policy Directorate Policy Development

http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/studies/pdf/2010_government_1.pdf

Ristuccia M., 2011, Inaugurazione anno giudiziario 2011 - Relazione del Procurato regenerale dott. Mario Ristuccia

http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/documenti_procura/procura_generale/relazioni_anni_giudiziari/inaugurazione_anno_giudiziario_2011.pdf

Servizio Anticorruzione e Trasparenza, 2011, Relazione al Parlamento. Anno 2010

<http://www.anticorruzione.it/Portals/altocommissario/Documents/Altro/Anticorruzione.pdf>

Transparency International, 2006, Global Corruption Report 2006

http://archive.transparency.org/publications/gcr/gcr_2006.

TIItalia e RiSSC, 2012, Sistemi di Integrità Nazionale – Italia 2011
http://issuu.com/nisitalia/docs/nis_italia_-_2011/3?e=0.

Vannucci A., 2012, Atlante della corruzione, Edizioni Gruppo Abele, Torino.

Vian T., 2008, "Corruption and the Consequences for Public Health", in Encyclopedia of Public Health a cura di K. Heggenhougen e S. Quah, Academic Press, San Diego.

ABBREVIAZIONI

Agenas: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Art.: articolo

Artt.: articoli

AVCP: Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture

ASL: azienda sanitaria locale

CPI: Corruption Perception Index – Indice di Percezione della Corruzione

Cost.: Costituzione

d.d.l.: disegno di legge

d.l.: decreto legge

d. lgs.: decreto legislativo

DRG: Diagnosis Related Groups – Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi

es.: esempio

etc.: et cetera

D.P.R.: decreto del Presidente della Repubblica

IMU: imposta municipale unica

l.: legge

OCSE: Organizzazione per la sicurezza e cooperazione in Europa

TI: Transparency International

UE: Unione europea

Tab.: tabella

TAC: tomografia assiale computerizzata

RiSSC: Centro Ricerche e Studi su Sicurezza e Criminalità

RMN: risonanze magnetiche nucleari

ss. mm. ii.: successive modifiche e integrazioni



Transparency International Italia

Via Zamagna 19 - 20148 Milano

Tel. +39 02 40093560

info@transparency.it

www.transparency.it

