

# I DOCUMENTI DI QUOTIDIANO SANITÀ

## Le mozioni sulla corruzione in sanità approvate dalla Camera il 6 dicembre 2017

La Camera

impegna il Governo:

- 1) ad affrontare in maniera sistemica e globale il problema della corruzione in sanità attraverso misure coordinate che siano risolutive delle problematiche esposte in premessa;
- 2) a continuare ad intervenire efficacemente nel settore dei prodotti farmaceutici, dei dispositivi, delle tecnologie nonché dell'attività di ricerca, di sperimentazione clinica e di formazione e delle correlate sponsorizzazioni, assumendo iniziative per rescindere ogni legame esistente tra aziende produttrici di prodotti e servizi della salute e i professionisti che vi operano, anche introducendo divieti volti a rimuovere ogni legame promozionale diretto o indiretto, sia all'interno delle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate o nei locali ove si erogano prestazioni sanitarie convenzionate, sia durante gli eventi formativi, tra le aziende/informatori e gli operatori/professionisti della sanità, e prevedendo specifiche sanzioni o la risoluzione di ogni convenzionamento/accreditamento per i soggetti coinvolti o responsabili di ogni indebito condizionamento;
- 3) a garantire l'efficacia delle iniziative già intraprese per introdurre l'obbligo di dichiarazione pubblica, che preveda conseguenze in caso di falso, affinché siano rese conoscibili tutte le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti dell'area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività sia decisionali che esecutive e che siano in relazione a prodotti farmaceutici o parafarmaceutici o comunque a prodotti e/o servizi commercializzabili nell'ambito della salute (ivi inclusi, ad esempio, i prodotti assicurativi, prodotti e/o attività formative);
- 4) a garantire l'efficacia del monitoraggio nel settore degli acquisti in ambito sanitario al fine di rilevare l'attuazione delle procedure centralizzate d'acquisto, il numero degli affidamenti diretti sul totale degli acquisti, il numero di proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti e il numero delle procedure in deroga, dettate da situazioni di urgenza, anche attraverso iniziative volte all'introduzione di misure volte a rendere uniforme, pubblico e tracciabile l'intero processo dell'*e-procurement*, dalla definizione del fabbisogno e dalla programmazione dei beni da acquistare e/o dei servizi da appaltare fino alla logistica e alle giacenze di magazzino, al fine di rendere tracciabile e pubblica l'intera filiera di un bene o servizio, dalla fase dello stoccaggio a quella della somministrazione o consumo;
- 5) a valutare l'opportunità di assumere le iniziative di competenza affinché, in modo uniforme sul territorio nazionale, sia adottato un sistema di controllo esterno ed informatizzato, come descritto in premessa, che consenta ai cittadini di rilevare, in tempo reale e attraverso un'interfaccia accessibile a chiunque, l'esistenza di anomalie negli acquisti, l'intera filiera di un centro di costo e di un capitolo di bilancio, i titoli che hanno consentito qualsiasi pagamento o incasso, lo stato patrimoniale, i beni d'inventario e le rimanenze di magazzino, nonché la movimentazione delle scorte, la completa tracciabilità di ogni prodotto sanitario o farmaceutico, le fasi dell'esecuzione dei contratti, inclusi i contratti di convenzionamento o accreditamento con le strutture sanitarie private, la contabilità separata dell'attività di *intramoenia*, anche prevedendo che il mancato aggiornamento del sistema operativo

integrato non consenta alcuna operazione successiva o cumulativa e comporti una penalizzazione economica, nonché una responsabilità disciplinare in capo ai soggetti responsabili;

6) a garantire l'efficacia delle iniziative intraprese per intervenire efficacemente sulle sponsorizzazioni in sanità, così come descritto in premessa, assumendo iniziative per garantire il rispetto dei principi di trasparenza, evidenza pubblica, concorrenzialità, rotazione, imparzialità, contemplando anche la costituzione di fondi indistinti destinati alla formazione dei professionisti della salute e all'attività di ricerca e il divieto assoluto per i professionisti della sanità di percepire qualsiasi tipo di vantaggio, diretto o indiretto, da parte delle industrie operanti nella sanità, nonché un divieto di meccanismi premiali correlati alla vendita di prodotti farmaceutici o presidi sanitari;

7) a garantire l'efficacia delle tutele introdotte a beneficio dei cittadini utenti e dei funzionari pubblici del servizio sanitario nazionale che segnalino ogni forma di illecito e ogni evento corruttivo, contemplando un anonimato inviolabile e forme di premialità su quanto ritorna all'amministrazione in termini di risarcimento per danno erariale e come conseguenza della denuncia o segnalazione fatta, escludendo altresì qualsiasi possibilità di licenziamento del dipendente che denuncia la struttura sanitaria per illeciti e/o irregolarità riscontrate;

8) a garantire l'efficacia delle iniziative intraprese per prevedere la revoca dell'incarico dirigenziale in settori sensibili ed esposti al rischio di corruzione, in presenza di condanna anche non definitiva, da parte della Corte dei conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose, per i direttori generali, i direttori amministrativi e di direttori sanitari, nonché, ove previsto dalla legislazione regionale, per i direttori dei servizi socio-sanitari e per tutte le figure dirigenziali delle aziende e degli enti del servizio sanitario nazionale;

9) ad intervenire in maniera organica sulle sperimentazioni cliniche dei farmaci, così come descritto in premessa, adottando iniziative per assicurare in particolare che le persone incaricate e coinvolte a qualsiasi titolo nella sperimentazione clinica non abbiano conflitti di interesse, siano esenti da qualsiasi indebito condizionamento e che non abbiano interessi finanziari o personali, diretti o indiretti, potenzialmente in grado di inficiarne l'imparzialità della ricerca, garantendo a tal fine che dette persone compilino e rendano pubblici, ogni anno, una dichiarazione sui loro interessi finanziari e il *curriculum vitae*, dal quale sia desumibile ogni carica o incarico, anche gratuito, presso enti o aziende, pubblici e privati;

10) a valutare la possibilità di intervenire, sempre nell'ambito della sperimentazione clinica, affinché i ricercatori abbiano un ruolo primario sia nel disegno sia nella conduzione degli studi clinici, con integrale autonomia nell'analisi, nella pubblicazione e nella diffusione dei dati, senza alcuna influenza o condizionamento da parte del soggetto finanziatore della ricerca o da vincoli di proprietà di soggetti terzi che possano deciderne la diffusione o meno in funzione dei propri interessi commerciali, anche assumendo iniziative per assicurare che le riviste scientifiche si impegnino a promuovere il rispetto delle regole di trasparenza, anche dando evidenza di eventuali conflitti d'interesse dei membri dei comitati o responsabili editoriali;

11) a garantire l'efficacia delle misure che, in conformità al regolamento (UE) n. 536/2014, assicurino che i dati inclusi in un rapporto su uno studio clinico, le principali caratteristiche della sperimentazione e i relativi risultati non siano considerati informazioni commerciali di carattere riservato se l'autorizzazione all'immissione in commercio è già stata concessa, ivi incluse le ragioni dell'interruzione temporanea e della conclusione anticipata, nonché i dati relativi agli eventi e reazioni avverse;

12) a garantire l'efficacia delle iniziative, per quanto di competenza, affinché in ogni azienda sanitaria il regolamento del comitato etico cui è demandata la valutazione di una sperimentazione clinica indichi in maniera trasparente le modalità di ripartizione dei proventi, assicurando che il contratto per la sperimentazione sia effettuato previa individuazione dell'effettivo titolare dell'impresa, anche al fine di verificare l'esistenza di indicatori di rischio secondo la normativa antiriciclaggio e valutando anche l'opportunità di definire, per la costituzione dei comitati etici, un elenco nazionale, di soggetti qualificati e con adeguata esperienza, selezionati con procedure ad evidenza pubblica, sulla base di criteri e requisiti predefiniti;

13) a dare riscontro all'atto di segnalazione dell'Anac n. 1388 del 14 dicembre 2016, anche attraverso iniziative normative d'interpretazione autentica ovvero integrative e correttive, affinché le disposizioni sulla trasparenza di cui al decreto legislativo n. 33 del 2013, già previste per la dirigenza pubblica, siano da intendersi applicabili anche alla dirigenza sanitaria, includendovi anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario;

14) a dare riscontro all'atto di segnalazione dell'Anac n. 1388 del 14 dicembre 2016, anche attraverso iniziative normative affinché il potere sanzionatorio dell'Anac sia effettivamente applicabile a tutti gli obblighi di pubblicazione previsti nel decreto legislativo n. 33 del 2013, individuando nell'Anac il soggetto deputato ad introitare le sanzioni comminate;

15) a dare riscontro all'atto di segnalazione dell'Anac n. 958 del 7 settembre 2016, adottando iniziative anche normative affinché le disposizioni sulla tracciabilità dei flussi finanziari, previste dall'articolo 3 della legge n. 136 del 2010, siano applicabili anche ai servizi sanitari e sociali erogati da strutture private accreditate o in regime di convenzionamento, anche ai sensi del codice del terzo settore, anche se non riferibili a contratti di appalto o di concessione;

16) a potenziare le iniziative volte ad assicurare che l'attività libero-professionale intramuraria rispetti pienamente le indicazioni di legge, accelerando l'introduzione di un meccanismo sanzionatorio per le strutture sanitarie e per i soggetti responsabili delle strutture medesime, ivi inclusa la sospensione dell'attività libero-professionale, laddove non sia stata attivata la prescritta infrastruttura di rete, secondo i termini e le modalità già previste nella mozione n. 1-01563 approvata alla Camera dei deputati il 12 aprile 2017;

17) a garantire l'efficacia delle disposizioni volte a rescindere il legame tra le nomine dei dirigenti della sanità e la politica, escludendo che l'individuazione dei direttori generali delle aziende sanitarie sia rimessa ai presidenti di regione o ad altri organi politici.

(1-01701)

***(Nuova formulazione) (Testo modificato nel corso della seduta) «Nesci, Grillo, Lorefice, Silvia Giordano, Colonnese, Mantero, Baroni, Colletti, Dall'Osso».***

La Camera,  
premessi che:

la Costituzione attribuisce alla Repubblica il compito di tutelare la salute «come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» (articolo 32) e l'assunzione e la gestione del servizio pubblico sanitario rappresentano l'adempimento di un dovere costituzionale cui il legislatore ha provveduto, in modo organico e compiuto, a partire dalla legge n. 833 del 1978 che ha istituito il servizio sanitario nazionale: pubblico, universalistico, solidaristico, finanziato attraverso la fiscalità generale;

successivamente il decreto legislativo n. 502 del 1992, così come modificato ed integrato dal decreto legislativo n. 517 del 1993, nel confermare la tutela del diritto alla salute delineato dalla legge n. 833 del 1978, ha disegnato un modello organizzativo di aziende sanitarie «dinamico», in grado cioè, attraverso la flessibilità funzionale e la impostazione per obiettivi, di rispondere pienamente, in termini quantitativi e qualitativi, alla domanda sanitaria;

le principali innovazioni riguardarono la regionalizzazione del servizio sanitario nazionale che, da allora è costituito dai servizi sanitari regionali, l'attribuzione alle aziende sanitarie della personalità giuridica pubblica, il finanziamento per quota capitaria, l'accreditamento e il finanziamento a tariffa delle strutture;

il decreto legislativo n. 229 del 1999 «Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale» ha portato, a compimento il processo di regionalizzazione del sistema e aziendalizzazione delle strutture; ha potenziato il ruolo dei comuni nella programmazione e

nella valutazione dei servizi; ha sottolineato il forte rilievo della integrazione sociosanitaria; ha focalizzato l'attenzione sulla qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, provvedendo ad affermare il principio di contestualità tra identificazione dei livelli di assistenza garantiti dal servizio sanitario nazionale e la definizione del fabbisogno nazionale;

l'evoluzione in senso federalista del sistema di tutela della salute, dopo i primi passi compiuti con il decreto legislativo n. 112 del 1998, si afferma più compiutamente con il decreto legislativo n. 56 del 2000, recante il nuovo sistema di finanziamento regionale dei servizi, e con la riforma generale apportata con la revisione del titolo V, parte II, della Costituzione, attuata con la legge n. 3 del 2001, che contiene i presupposti per la futura approvazione di nuove e distinte discipline regionali della sanità pubblica;

le politiche di tutela della salute devono farsi carico di promuovere trasparenza e legalità nel settore sanitario perché un sistema sanitario affidabile e integro è uno strumento di rassicurazione contro il rischio di dover affrontare la malattia in solitudine, di fiducia nelle istituzioni e nella comunità, di promozione del capitale sociale. La mancanza di integrità riduce l'accesso ai servizi, soprattutto fra i più vulnerabili; peggiora in modo significativo - a parità di ogni altra condizione - gli indicatori generali di salute; è associata a una più elevata mortalità infantile. Nonostante studi recenti confermino il buono stato di salute degli italiani, dovuto alle discrete condizioni ambientali e socioeconomiche del Paese, ma anche all'ampia accessibilità a trattamenti sanitari efficaci garantita dalla presenza di un servizio sanitario universalistico, esistono molte differenze tra le singole regioni. La cronica assenza di programmazione, il consolidarsi di forti interessi economici, l'utilizzo della sanità a fini politici hanno fatto sì che in alcune realtà italiane sia stato più difficile contrastare sprechi e illegalità, minando la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone che vivono in quei territori;

la promozione e la tutela della salute devono essere considerati ambiti essenziali, fondanti e costitutivi per qualsiasi società democratica contemporanea. La tutela della salute deve costituirsi come dimensione di sistema. Alle attività che rivestono finalità preventive, di cura e riabilitative sono chiamate a partecipare attivamente tutte le persone che saranno protagoniste della costruzione sia della cura sia del benessere, nel senso più ampio del termine, della persona;

la salute si promuove anche contrastando l'illegalità e la lotta alla corruzione è uno dei pilastri da edificare per contribuire alla sostenibilità del nostro sistema sanitario nazionale e per conservare i livelli di qualità raggiunti;

come la stessa Ministra della salute, Beatrice Lorenzin, ha affermato in un messaggio inviato in occasione della seconda Giornata nazionale contro la corruzione in sanità, quest'ultima «è un settore ad alto rischio di corruzione, ma nonostante ciò garantisce standard elevatissimi di qualità delle prestazioni agli assistiti. Il tema della corruzione in sanità lo abbiamo affrontato in maniera concreta fin dall'inizio del mio mandato e abbiamo promosso e attuato ogni iniziativa per contrastare comportamenti criminosi perché quando in sanità si commette un reato, si ruba e si attraggono risorse che sarebbero destinate all'assistenza e cura delle persone più fragili; l'eliminazione di sprechi e inefficienze e la riduzione della disuguaglianze sono sicuramente tra gli obiettivi principali che stiamo perseguendo. Soprattutto in questo momento storico l'importanza risiede tutta nella qualità ed efficienza delle cure erogate, e per migliorare la qualità e l'efficienza del sistema sanitario è necessario disporre di dati e di elementi di misurazione certi ed omogenei. La parola d'ordine deve essere semplificazione e "misurazione", misurare per incidere sulle criticità prima che arrivino a pregiudicare la qualità, la sicurezza, l'equità nell'accesso alle cure, attraverso attività di audit clinici, organizzativi e gestionali»;

l'11 settembre 2013, l'Autorità nazionale anticorruzione ha approvato, su proposta del dipartimento della funzione pubblica il piano nazionale anticorruzione, che permette di disporre di un quadro unitario e strategico di programmazione delle attività per prevenire e contrastare la corruzione nel settore pubblico e crea le premesse perché le amministrazioni possano redigere i loro piani triennali per la prevenzione della corruzione e, di conseguenza, predisporre gli strumenti previsti dalla legge n. 190 del 2012; in seguito alle modifiche intervenute con il decreto-legge n. 90 del 2014, convertito, con modificazioni dalla legge n.

114 del 2014, l'autorità nazionale anticorruzione - ANAC, il 28 ottobre 2015, ha approvato l'aggiornamento del PNA con la determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015. Con determinazione n. 831 del 3 agosto 2016, l'ANAC ha, altresì, approvato il piano nazionale anticorruzione 2016. Secondo il contenuto del piano nazionale 2013, il Ministero della salute ha adottato il piano di prevenzione della corruzione 2013-2016, successivamente aggiornato con i piani relativi ai trienni 2015-2017, 2016-2018 e 2017-2019, tenendo conto delle indicazioni fornite dall'ANAC con l'aggiornamento PNA 2015 e con il PNA 2016;

la prevista adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, PTPC, trovano un significato maggiore e più forte nel settore sanitario, nel quale ogni euro bruciato dalla corruzione è sottratto alle cure dei pazienti, con conseguenti effetti negativi anche sulla salute della popolazione;

Raffaele Cantone, presidente dell'autorità nazionale anticorruzione, nella relazione 2016 dell'Anac illustrata il 6 luglio 2017 alla Camera, ha sottolineato che, «grazie alla proficua collaborazione con Ministero della Salute e Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali) si sono individuate le aree più vulnerabili ad abusi e corruzione (gli appalti, i concorsi, l'accreditamento, la gestione dei proventi delle sperimentazioni cliniche, delle liste d'attesa e delle camere mortuarie) e si è chiesto di adottare per esse specifiche misure preventive, la cui attuazione sarà oggetto di un piano ispettivo *ad hoc*. Un'attività - sottolinea l'Autorità anticorruzione - volta non criminalizzare ma a preservare un settore che ha grandi eccellenze e che consente a tutti l'accesso alle cure»;

la relazione evidenzia le «luci e ombre nell'applicazione dei vari strumenti di prevenzione della corruzione». Secondo la relazione, lo scorso anno sono state avviate 845 istruttorie, soprattutto nei confronti di comuni, strutture sanitarie e società pubbliche, mentre pochissime (12) sono state le sanzioni irrogate, a conferma del loro utilizzo solo come *extrema ratio* ma anche dell'elevato livello di adeguamento alle richieste dell'Autorità, «Fra i tanti casi trattati - ha spiegato il Presidente Cantone - ne va menzionato soprattutto uno, quello di una Asl nella regione Campania, in cui la vigilanza si è svolta con una logica di accompagnamento verso il ripristino dalla legalità. Si è partiti da una verifica ispettiva effettuata a seguito di notizie relative a gravi illeciti commessi per favorire, fra l'altro, l'accreditamento di strutture sanitarie private carenti dei requisiti e pagamenti multipli di fatture, da cui era emersa l'inadeguatezza delle misure preventive adottate. Il commissario straordinario della ASL ha accolto positivamente i rilievi e, in collaborazione dei nostri uffici, ha adottato misure concrete e virtuose: in particolare, ha effettuato la rotazione dei direttori dei distretti, ha sostituito quasi tutti i componenti delle commissioni competenti al rilascio delle autorizzazioni e ha pubblicato sul proprio sito tutti gli atti di interesse pubblico»;

come affermato dallo stesso presidente di Agenas, Luca Coletto, anche le regioni sono fortemente impegnate in processi di miglioramento delle *performance* cliniche, economiche ed amministrativo-gestionali. Lo sforzo ulteriore deve essere quello di prendere sempre più consapevolezza, anche con il supporto di Agenas, che l'adozione e il rispetto di misure dirette a promuovere integrità e trasparenza, è una tappa immancabile del percorso virtuoso che i sistemi sanitari regionali hanno intrapreso;

l'approvazione in via definitiva della legge sul « *whistleblowing* » ha inoltre rappresentato un ulteriore e significativo passo avanti nella lotta alla corruzione, una efficace e concreta tutela di chi segnala illeciti: esso potrà rivelarsi, infatti, uno strumento prezioso per rompere quel circuito omertoso che rende spesso difficile scoprire i fenomeni corruttivi e che insieme ad altri, fondamentali, passi compiuti in questi anni, quali il rafforzamento dei poteri dell'Anac, l'introduzione dei reati di autoriciclaggio, falso in bilancio e voto di scambio, l'estensione ai corrotti delle misure di prevenzione patrimoniale e l'adeguamento delle pene, la riforma della prescrizione e l'accelerazione dei tempi del processo, consentendo sul fronte della lotta contro la corruzione a questa legislatura di chiudersi con un bilancio decisamente in attivo;

infine, ad assicurare l'esigenza di una razionalizzazione della spesa sanitaria, da un lato, e, dall'altro lato, l'approntamento di misure volte al contenimento della stessa ha concorso anche la Corte dei conti attraverso l'esercizio dell'attività di controllo e giurisdizione

in ordine alle multiformi attività poste in essere dai soggetti che, a vario titolo, agiscono nell'ambito del servizio sanitario nazionale,

impegna il Governo:

- 1) a continuare e coordinare con sollecitudine il lavoro globale e sistematico già intrapreso dalle varie istituzioni di lotta alla corruzione, in particolare nel settore sanitario;
- 2) al fine di prevenire, e contrastare fenomeni corruttivi in ambito sanitario, a diffondere ed incentivare con tecnologie e con metodi innovativi l'utilizzo degli *open data* (tutte le informazioni devono essere trasparenti e accessibili) e la semplificazione di tutte le procedure, anche nell'ambito della *open government partnership*, promuovendo così la cultura della trasparenza nella pubblica amministrazione, poiché trasparenza, *accountability* e partecipazione devono essere obiettivi fondamentali per un'azione di Governo contro la corruzione;
- 3) al fine di prevenire e contrastare fenomeni corruttivi in ambito sanitario a predisporre tutte le misure necessarie per applicare il piano triennale contro la corruzione specialmente per ciò che riguarda la rotazione dei dirigenti e dei funzionari, poiché ciò costituisce una misura organizzativa di prevenzione della corruzione nell'ambito delle pubbliche amministrazioni, specie per quanto concerne il personale operante in settori esposti a maggior rischio di corruzione;
- 4) ad incentivare e promuovere, con la collaborazione delle regioni, ognuno per le proprie competenze, l'adozione da parte delle aziende ospedaliere ancora sprovviste, di linee guida per l'elaborazione dei piani anticorruzione, così come previsto dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, «attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni»;
- 5) a predisporre tutte le iniziative necessarie affinché siano garantite la trasparenza nei bilanci, la trasparenza dei bandi di gara e di concorso, la trasparenza nei rapporti con il privato, la trasparenza nei tempi di attesa così come previsto nel piano anticorruzione predisposto dall'Agenas;
- 6) a dare piena e completa attuazione alle strategie di trasparenza e informazione contenute nel regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE;
- 7) ad assumere le iniziative di competenza perché si evitino comportamenti non corretti nell'attività *extra e intramoenia*;
- 8) al fine di prevenire e contrastare fenomeni corruttivi in ambito sanitario, a predisporre tutte le iniziative necessarie affinché non si instaurino conflitti di interesse in capo ai gestori di servizi in *global service* ai quali dovrebbe essere vietato di avere interesse diretto o indiretto nella produzione dei beni oggetto dei servizi interessati dall'appalto.

**(1-01763) «Lenzi, Verini, Miotto, Bazoli, Giuseppe Guerini, Amato, Argentin, Beni, Paola Boldrini, Paola Bragantini, Burtone, Capone, Carnevali, Casati, D'Incecco, Gelli, Grassi, Mariano, Patriarca, Piazzoni, Piccione, Giuditta Pini, Sbröllini, Amoddio, Berretta, Campana, Di Lello, Ermini, Ferranti, Giuliani, Greco, Iori, Magorno, Mattiello, Morani, Rossomando, Taraglione, Vazio, Zan».**

La Camera,  
premessi che:

in questi anni si sta purtroppo assistendo a un costante definanziamento in termini reali della sanità pubblica, e una progressiva diminuzione in termini di rapporto spesa sanitaria/Pil;

anche la recente Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza 2017, conferma la scelta di una riduzione di risorse reali al servizio sanitario nazionale, già prevista dal Documento di economia e finanza 2016 e da quelli precedenti;

una spesa sanitaria in rapporto al Pil programmata in costante contrazione, significa che, in termini reali, la fetta di risorse spettante alla sanità pubblica continuerà a ridursi nei prossimi anni;

la sua incidenza sul Pil si conferma in decrescita: era del 7,1 per cento nel 2010; del 6,8 per cento nel 2015; del 6,6 per cento nel 2017 e arriverà al 6,3 per cento nel 2020. Per ritornare ai livelli percentuali del 2010, bisognerà attendere il 2035;

entro il 2019, la percentuale della spesa sanitaria sarà del 6,4 per cento. Sotto la soglia di quel 6,5 per cento che l'Organizzazione mondiale della sanità individua come livello minimo;

questo definanziamento della sanità pubblica nazionale, avviene nonostante che nel rapporto spesa sanitaria/Pil, siamo da tempo sotto la media dei rispettivi valori della Unione europea a 15;

le spese sostenute per finanziare il Ssn si continuano a equiparare a qualsiasi altro centro di costo, e la conseguenza di questa visione miope è che, al pari di altri costi, diventa azione «virtuosa» quella di ridurre gradualmente la loro incidenza rispetto al prodotto interno lordo;

sarebbe invece necessario invertire questa tendenza. La nostra sanità ha bisogno di più investimenti e più risorse, e le necessarie risorse da «liberare» al fine di un finanziamento del Ssn, possono e devono essere reperite anche attraverso un vero, serio e credibile contrasto alla corruzione presente nel settore, con un controllo realmente rigoroso degli accreditamenti, alle diseconomie, piuttosto che con una riduzione del diritto primario dei cittadini alla salute;

si stima che tra corruzione e sprechi in ambito sanitario, se ne vanno in fumo più di 6 miliardi di euro. L'associazione Libera ha segnalato che la sola perdita erariale dovuta all'illegalità in sanità per il triennio 2010/2012 era di circa 1,6 miliardi di euro;

detta cifra di 6 miliardi di euro, peraltro, non ricomprende un altro ambito, ossia quello legato a tutti quegli sprechi collegati ai conflitti di interesse professionali che, anche se privi di rilevanza giuridica, erodono una percentuale ancora maggiore di risorse pubbliche;

il conflitto di interessi in ambito sanitario è particolarmente presente e favorisce la diffusione di interventi sanitari (ad esempio farmaci, *test* diagnostici, interventi chirurgici) a volte inappropriati, ma spesso conseguenti a comportamenti opportunistici. Una delle forme nelle quali si esplicitano in misura maggiore i conflitti di interesse riguarda il mondo della ricerca che produce le informazioni necessarie per guidare i comportamenti professionali. Oggi, infatti, l'agenda della ricerca è in buona parte dettata dall'industria biomedicale e farmaceutica; le riviste biomediche hanno enormi autonomie per decidere quali studi pubblicare; i medici ottengono la maggior parte delle informazioni sui farmaci dagli informatori scientifici. Così come il conflitto di interesse finisce troppo spesso per condizionare le prescrizioni e le erogazioni di molti interventi sanitari inappropriati, particolarmente quando il profitto commerciale diventa il movente principale del mercato e i meccanismi di regolazione sono inesistenti o inefficaci. Un altro ambito nel quale si evidenzia una maggiore diffusione del conflitto di interesse, è quello legato alle società scientifiche. A fronte di interessi economici, i conflitti di interesse possano pregiudicare l'indipendenza delle società scientifiche, anche perché in Italia non esiste alcun obbligo di rendicontare pubblicamente l'entità dei finanziamenti ricevuti dall'industria. È diffusa l'abitudine per la quale l'organizzazione dei congressi delle società scientifiche viene spesso sponsorizzata da aziende biomedicali e farmaceutiche;

nel settore sanitario le frodi e la corruzione producono effetti non solo economici (in particolare sulla finanza pubblica), ma sottraggono risorse ai programmi di assistenza, e

intaccano inevitabilmente la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte dei cittadini;

la corruzione in sanità ha quindi diverse ricadute negative: sui cittadini, che potrebbero aspirare a una maggiore qualità del servizio o comunque a un servizio meno costoso; sulle casse dello Stato, che vedono disperdersi in piccoli o grandi rivoli corruttivi fino a 6 miliardi di euro all'anno; sul tessuto produttivo italiano, che perde in innovazione e competitività;

con l'entrata in vigore della legge n. 190 del 2012 tutte le pubbliche amministrazioni sono state chiamate a formulare ed adottare, entro il 31 gennaio di ogni anno, un documento con il quale si struttura internamente un lavoro di analisi finalizzato a definire una strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo;

nel novembre 2015 è stato presentato il «Rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza ed integrità» in Italia, frutto della collaborazione tra Agenas e Libera. Il settore sanitario, infatti, è considerato uno dei più esposti al rischio di illegalità e per questo - si legge nel Rapporto - necessita di adeguati livelli di trasparenza: date le notevoli dimensioni della spesa, la pervasività delle asimmetrie informative, l'entità dei rapporti con i privati, l'incertezza e l'imprevedibilità della domanda, l'alta specializzazione dei prodotti acquistati e delle prestazioni fornite, la necessità di complessi sistemi di regolazione, e altro;

il monitoraggio del Rapporto si è concentrato sulla pubblicazione dei piani triennali di prevenzione della corruzione (Ptpc) con riferimento ai trienni 2014-2016 e 2015-2017, ed ha avuto ad oggetto le relazioni annuali relative al 2013 e 2014, un documento che i responsabili della prevenzione della corruzione devono predisporre ogni anno per documentare l'attività svolta e i risultati ottenuti;

il 18 per cento delle Asl non ha ancora adottato, né pubblicato il piano di prevenzione della corruzione;

riguardo l'attuazione dei piani anticorruzione, previsti dalla citata legge n. 190 del 2012, di 230 aziende sanitarie emerge però che, nel 40 per cento dei casi, queste si sono limitate a un adempimento formale dell'obbligo di legge, non inserendo all'interno del piano né l'analisi dei rischi di corruzione, né le misure di prevenzione, mentre il 33 per cento ha svolto un'analisi parziale e solo una struttura sanitaria su quattro ha risposto in pieno al dettato normativo;

la determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 dell'Autorità nazionale anticorruzione, riporta come la valutazione condotta dall'Anac medesima su un campione di 247 piani di prevenzione della corruzione (PTPC) di Asl, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie e Irccs ha fatto rilevare una generale carenza nell'analisi del contesto esterno che spesso è risultata del tutto assente. La mappatura dei processi e delle attività non sempre è stata sviluppata in modo esaustivo e anche l'individuazione delle specifiche misure in relazione agli eventi rischiosi è risultata inadeguata. Non tutte le aziende hanno indicato ulteriori aree di rischio, cosiddette «aree di rischio specifiche», omettendo quindi un approfondimento che è, invece, di particolare rilievo ove si consideri la peculiarità del settore in cui le stesse operano;

la medesima determinazione n. 12 del 2015, indica tra i maggiori fattori di rischio, quelli collegati in particolare agli acquisti e agli appalti in ambito sanitario. Sotto questo aspetto, l'Anac sottolinea la «condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi, generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore: ad esempio, i clinici proponenti l'acquisto di materiale di consumo (come ad esempio protesi, farmaci), sono anche i soggetti che impiegano tali beni nella pratica clinica e possono quindi orientare la quantità e tipologia di materiale richiesto. In effetti, i prodotti sanitari, avendo un elevato contenuto tecnico, si prestano per la loro peculiarità, a un interesse "oggettivo" alla scelta da parte del committente/clinico. In questo contesto è utile quindi introdurre misure di prevenzione e di sicurezza che documentino le motivazioni ovvero le ragioni tecniche sottese alla richiesta di acquisto di quel particolare prodotto, con assunzione delle relative responsabilità»;

dalla relazione sull'attività svolta dall'Autorità nazionale Anticorruzione per il 2016,



trasmessa al Parlamento il 28 giugno 2017, emerge come per la parte specifica sulla sanità, il campione di piani triennali di prevenzione della corruzione (Ptpc), analizzati nel monitoraggio 2016, risulta ancora lontano dal risultato atteso. «Dall'analisi del monitoraggio risulta che le indicazioni contenute nell'aggiornamento 2015 al PNA sono state seguite dagli enti interessati solo in parte. Infatti, se si considerano le amministrazioni facenti parte del campione e interessate all'analisi, una bassa percentuale di ASL e Policlinici universitari hanno censito alcuni dei processi tipici delle amministrazioni del comparto (tra cui, attività libero professionale e liste di attesa per circa il 35 per cento, attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero per circa il 28 per cento delle amministrazioni campionate). Anche con riferimento alle misure specifiche suggerite dall'Aggiornamento 2015 al PNA nel *focus* sulla sanità, i livelli di recepimento rimangono tendenzialmente bassi (comunque sempre inferiori al 40 per cento)»;

risulta indispensabile chiamare alla responsabilità tutte le Asl, le aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie e gli Irccs che non hanno dato corso ai piani previsti dalla legge anticorruzione. Sotto questo aspetto è necessario applicare il principio di responsabilità ed un sistema di premi e punizioni, anche nei confronti dei dirigenti che non hanno ancora applicato la legge, o lo hanno fatto solo formalmente;

il rapporto «Curiamo la corruzione 2016», promosso da *Transparency International* Italia in *partnership* con Censis, Ispe-Sanità e Rissc, riporta come la corruzione si conferma un problema esiziale per il Ssn e costituisce un pesante freno in termini di efficienza, soprattutto a causa di una forte ingerenza del pubblico nel privato non sempre caratterizzata dalla massima trasparenza e per via delle infiltrazioni criminali all'interno delle strutture;

l'indagine rivela che i cinque rischi più gravi per il Ssn consistono in: accordi preventivi tra i partecipanti ad una gara, soprattutto nella spartizione dei lavori in subappalto; definizione di esclusività di un servizio, che elimina la concorrenza a favore dell'impresa titolare del servizio o del bene; rimodulazione indebita del cronoprogramma in funzione delle esigenze o a vantaggio dell'appaltatore; la nomina di soggetti di parte nelle commissioni di gara per garantire un occhio di favore nella selezione del contraente; il comodato gratuito o la donazione di attrezzature, farmaci e dispositivi per generare maggiori consumi o spese non previste o non autorizzate;

il secondo e più recente Rapporto «Curiamo la corruzione 2017» di *Transparency International*, mostra come nel 25,7 per cento delle aziende sanitarie si sarebbe verificato almeno un caso di corruzione negli ultimi dodici mesi, mentre per il 65 per cento dei responsabili anti-corruzione il fenomeno è dato come «stabile»: nulla sarebbe cambiato, insomma. I rischi più alti che vengono attribuiti ai settori degli acquisti e delle forniture, dunque al buco nero degli appalti, ma anche alla gestione delle liste d'attesa negli ospedali e perfino alle assunzioni;

nel giudizio della Corte dei Conti al Rendiconto generale dello Stato per l'esercizio finanziario 2016, la sanità è indicata come Settore a rischio di diseguaglianze, ma anche di conflitti di interesse, illeciti anche penali e corruzione;

nell'ambito del suddetto giudizio, il 27 giugno 2017, nella sua Requisitoria orale, il Procuratore generale Claudio Galtieri, ha ricordato come meccanismi di spesa efficienti, trasparenti, tempestivi e sotto monitoraggio continuo, impediscono la creazione di quelle «zone grigie» in cui più facilmente «si possono insinuare e trovare terreno fertile conflitti di interesse e illeciti di rilievo anche penale». È inoltre rilevato che «I rilevanti effetti distorsivi e le irregolarità e gli illeciti penali, proprio nei settori in cui più alto è il livello della spesa, come quelli della sanità (...), richiedono un approccio più sostanziale che (...) affronti il fenomeno della corruzione in una logica sistematica che tenga in adeguata considerazione la diffusività del fenomeno e l'insufficienza delle misure finora apprestate dell'ordinamento»;

sempre in ambito sanitario, è peraltro quanto mai urgente una revisione del sistema degli appalti pubblici. In sanità vi è infatti il più alto tasso di proroghe e rinnovi spesso a prezzi non concordati e non in linea con il mercato. È necessario che nei piani di prevenzione della corruzione (Ptpc) il tema dei contratti venga affrontato con particolare riguardo all'intero ciclo degli approvvigionamenti, a partire dal rafforzamento dei livelli di trasparenza;

nell'ambito del fenomeno degli illeciti e della corruzione in sanità, come ha in più occasioni ricordato lo stesso Raffaele Cantone, le liste di attesa e l'attività libero professionale intramoenia (Alpi), rientrano in quegli ambiti sanitari potenzialmente esposti a rischi corruttivi; questo aspetto è ben presente nella già citata determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 dell'Autorità nazionale Anticorruzione (Anac), nella quale l'attività libero professionale e le liste d'attesa vengono ricomprese espressamente tra le «aree di rischio specifiche». Nel provvedimento citato, si segnala tra l'altro come «l'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini»,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, per mettere in atto tutti gli strumenti utili a garantire la massima trasparenza nel settore sanitario, anche al fine di ridurre i fenomeni di illegalità e di conflitti di interesse;
- 2) ad assumere iniziative volte a prevedere che tutte le risorse rinvenienti dalle misure e dalle attività di contrasto alle frodi e alla corruzione in ambito sanitario, nonché alle diseconomie e agli sprechi interni alla sanità, siano reinvestite nel Servizio sanitario nazionale;
- 3) a garantire l'efficacia delle iniziative, per quanto di competenza, volte a verificare e garantire che tutte le Asl, le aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico attuino effettivamente, e non in maniera meramente formale, efficaci e corretti piani di prevenzione della corruzione previsti dalla legge n. 190 del 2012, anche prevedendo l'applicazione del principio di responsabilità nei confronti dei dirigenti responsabili dell'adozione dei suddetti piani di prevenzione, qualora i medesimi piani non risultino essere stati presentati o risultino palesemente inidonei a prevenire il rischio di corruzione e si limitino ad un solo adempimento formale dell'obbligo di legge;
- 4) ad assumere iniziative anche normative per estendere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, previsti dall'articolo 3 della legge n. 136 del 2010, anche ai servizi sanitari e socio-sanitari erogati da strutture private accreditate, così come proposto dalla stessa Anac con la delibera n. 958 del 7 settembre 2016;
- 5) ad assumere iniziative per introdurre specifiche previsioni in materia di appalti pubblici nel settore della sanità pubblica, al fine di eliminare le distorsioni legate al troppo frequente ricorso a proroghe automatiche e taciti rinnovi di appalti, nonché per incrementare la trasparenza e il controllo nelle procedure che riguardano i meccanismi di spesa;
- 6) ad adottare opportune iniziative anche di carattere normativo, per un efficace contrasto alla corruzione e ai conflitti di interesse, con particolare riguardo alle aree di maggior rischio del settore sanitario, quali, per esempio, quelle che riguardano: i rapporti con gli informatori dell'industria, i compensi per consulenze effettuate dai professionisti per conto dell'industria, la regolamentazione delle sponsorizzazioni e delle donazioni;
- 7) con riguardo all'attività libero-professionale, al fine di ridurre sensibilmente i rischi di corruzione o di profitti indebiti, e di uniformare i tempi di attesa della struttura pubblica a quelli della medesima attività libero professionale, ad avviare in particolare tutte le iniziative efficaci, per quanto di competenza, volte a garantire una gestione trasparente, informatizzata e centralizzata delle procedure di gestione delle prenotazioni e delle liste di attesa di tutte le strutture pubbliche e convenzionate per prestazioni, esami, visite specialistiche e ricoveri;
- 8) a garantire l'efficacia delle iniziative volte a prevedere esplicitamente che, nell'ambito delle procedure per il conferimento degli incarichi di direzione sanitaria, compresi gli incarichi di struttura complessa, queste siano rispettose dei principi di massima trasparenza, in coerenza con la determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 e il Piano nazionale anticorruzione dell'Anac.

(1-01765)

**(Testo modificato nel corso della seduta) «Fossati, Murer, Fontanelli, Laforgia, Roberta Agostini, Albini, Bersani, Franco Bordo, Bossa, Capodicasa, Cimbro, D'Attorre, Duranti, Epifani, Fava, Ferrara, Folino, Formisano, Carlo Galli, Kronbichler, Lacquaniti, Leva, Martelli, Matarrelli, Pierdomenico Martino, Melilla, Mognato, Nicchi, Giorgio Piccolo, Piras, Quaranta, Ragosta, Ricciatti, Rostan, Sannicandro, Scotto, Simoni, Speranza, Stumpo, Zaccagnini, Zappulla, Zaratti, Zoggia».**

La Camera,  
premessi che:

la corruzione rappresenta un problema per la pubblica amministrazione ed, in particolare, per il Servizio sanitario nazionale con forti ricadute negative sui cittadini. La sanità è infatti tra i terreni più esposti al rischio corruzione ed alla mancanza di trasparenza: ciò comporta la necessità, da parte dello Stato, di un'attenzione particolare;

occorre sottolineare come le azioni messe in campo dal Ministro della salute a decorrere dal 2014 siano state importanti e fondamentali per ridurre gli sprechi e consentire una migliore allocazione delle risorse al fine di migliorare la qualità dei servizi ed offrire al cittadino una sanità che valorizzi la solidarietà, il merito e le competenze, nonché la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale;

il legislatore è quindi intervenuto, a partire dalla legge n. 120 del 2007, per introdurre regole certe per il corretto esercizio della libera professione intramuraria, assicurando quella trasparenza necessaria mediante forme di controllo e di monitoraggio. Quest'opera è poi proseguita con la riforma introdotta dal decreto-legge n. 158 del 2012. Inoltre, il Ministero della salute ha istituito nell'ambito del Comitato tecnico sanitario un'apposita sezione denominata «Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale». Lo scopo dell'organismo è quello di monitorare le strategie adottate dalle regioni per eliminare le disfunzioni esistenti. In particolare, il legislatore ha ritenuto fondamentale operare per controllare l'impegno orario del professionista, il numero dei pazienti visitati e i pagamenti delle prestazioni erogate;

va detto, inoltre, che la legge n. 120 del 2007 ha introdotto uno specifico sistema sanzionatorio nei confronti degli eventuali responsabili;

l'articolo 11 della legge n. 124 del 2015 ha poi attribuito una delega al Governo per la riforma della dirigenza pubblica. Il decreto legislativo n. 126 del 2017 ha quindi introdotto disposizioni volte a rivedere gli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario, nonché, ove previsto dalla legislazione regionale, del direttore dei servizi socio-sanitari e degli enti del Servizio sanitario nazionale per garantire maggiore trasparenza e ridurre la politicizzazione delle nomine;

il Ministero della salute e l'Anac hanno implementato un nuovo piano anticorruzione rivolto principalmente alle aziende sanitarie pubbliche ed agli enti assimilati. Questo piano ha obiettivi di controllo, di verifica e di ispezione degli incarichi e delle nomine delle aziende sanitarie pubbliche, della gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio. Tra gli interventi realizzati vi è stata l'emanazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 24 dicembre 2015 che ha portato ad una razionalizzazione efficiente del sistema delle gare attraverso 33 centrali «uniche» e tramite gare «uniche»;

anche per ciò che concerne la corruzione nell'ambito della ricerca scientifica sanitaria sono stati aumentati i sistemi di monitoraggio e di controllo che aumentano la trasparenza nelle decisioni;

attraverso il patto per la salute 2014-2016, l'intesa Stato-regioni del 5 agosto 2015 sul regolamento degli *standard* ospedalieri di cui al decreto ministeriale n. 70 del 2015 e il prosieguo dei lavori del programma di revisione della spesa in sanità, sono state quindi approntate regole per migliorare la qualità dei servizi resi ai cittadini;

è stata avviata inoltre una proficua collaborazione tra Anac e Agenas con la sottoscrizione di un protocollo che ha introdotto misure di prevenzione e di rafforzamento della trasparenza in alcuni settori importanti per la sanità (incarichi, nomine, acquisti, farmaceutica, dispositivi medici e altre tecnologie, sperimentazioni cliniche e sponsorizzazioni, attività libero professionali e liste d'attesa);

la collaborazione tra Ministero della salute, Agenas e Anac ha portato inoltre ad intervenire su specifici settori implementando il lavoro già svolto contribuendo così ad un'evoluzione del sistema delle regole e delle misure (con la specificazione degli indicatori di rischio) per garantire la massima trasparenza;

in tale ambito, del protocollo è stato istituito il nucleo operativo di coordinamento con funzioni consultive, propositive e di supporto nei confronti dell'Anac per la realizzazione delle attività ispettive di competenza dell'Autorità ed, in particolare, per la redazione di un programma di verifica speciale per il settore sanitario e per l'individuazione dei soggetti da sottoporre ad ispezione. È stato quindi organizzato presso l'Anac il registro del personale ispettivo cui l'Anac stessa può attingere a supporto dell'attività di verifica dei piani triennali di propria competenza per controllare l'attuazione delle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione da parte degli enti del servizio sanitario nazionale;

il Ministero ha quindi operato con efficienza per aumentare gli strumenti di monitoraggio e di controllo e per contrastare con efficacia i fenomeni corruttivi presenti nella sanità. Si ha finalmente un quadro di regole certe e un metodo di lavoro che consentirà di ridurre in modo consistente la corruzione nel settore della sanità,

impegna il Governo:

- 1) a proseguire, con tutti gli strumenti disponibili, nell'attività di contrasto a tutte le forme di corruzione nel settore sanitario, prediligendo un approccio sinergico con le realtà regionali;
- 2) a rafforzare il rapporto di collaborazione con Anac ed Agenas al fine di accrescere, attraverso l'espletamento di un sempre maggior numero di ispezioni presso le strutture sanitarie locali, la possibilità di prevenire il fenomeno corruttivo e di interrompere le opportunità di «contagio» tra i vari soggetti coinvolti;
- 3) a monitorare l'applicazione da parte delle regioni delle misure indicate dalla normativa vigente al fine di ridurre le liste di attesa e di ricondurre l'attività professionale intramuraria nell'alveo di una fisiologica scelta, operata dal paziente, non dovuta ad alcun condizionamento esterno né ad eventuali inefficienze del servizio sanitario «pubblico»;
- 4) ad assumere ogni ulteriore iniziativa affinché la recente riforma della dirigenza sanitaria consenta davvero la netta separazione tra l'attività di gestione manageriale delle strutture sanitarie e l'attività di indirizzo politico, senza che gli organi di indirizzo politico possano esercitare un ruolo indebito nella fase di nomina, valutazione e rinnovo degli incarichi dirigenziali;
- 5) ad assumere iniziative per assicurare l'uniformità della disciplina in tema di trasparenza della dirigenza sanitaria rispetto alla restante dirigenza pubblica;
- 6) a promuovere, anche attraverso il ruolo della formazione professionale, la cultura della legalità in tutti gli operatori sanitari.

**(1-01766) «Marotta, Bosco, Scopelliti».**

La Camera,  
premessi che:

la legge 6 novembre 2012, n. 190, «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione», in attuazione dell'articolo 6 della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea generale dell'Onu il 31 ottobre 2003 e ratificata ai sensi della legge 3 agosto 2009, n. 116, e degli articoli 20 e 21 della Convenzione penale sulla corruzione, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999 e ratificata ai sensi della legge 28 giugno 2012, n. 110, in ambito nazionale, prevede azioni coordinate, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;

l'11 settembre 2013, l'Autorità nazionale anticorruzione (A.n.a.c.), ha approvato, su proposta del Dipartimento della funzione pubblica, il Piano nazionale anticorruzione e il Piano nazionale di prevenzione della corruzione (P.n.a.), quali strumenti di programmazione delle attività per la prevenzione e il contrasto della corruzione nel settore pubblico, creando le premesse affinché le pubbliche amministrazioni possano redigere i loro piani triennali per la prevenzione della corruzione;

in seguito, è stato emanato il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 – revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche;

tuttavia, secondo i piani triennali di prevenzione della corruzione (PTPC), pubblicati e analizzati su 243 aziende sanitarie, di cui 142 Asl, 83 aziende ospedaliere e 18 Irccs, si sono potute calcolare le seguenti percentuali: 97 aziende hanno svolto un'analisi dei rischi insufficiente (39,9 per cento); 84 aziende hanno svolto un'analisi parziale (34,6 per cento); 62 aziende hanno svolto un'analisi completa (25,5 per cento);

si evince pertanto che il quadro normativo frammentato, ma soprattutto la carenza di sistemi di controllo, possono facilitare gli interessi personali rispetto all'interesse della salute pubblica;

nonostante gli sforzi legislativi, il rischio corruzione rimane alto; infatti, secondo il Censis, nel 2016, un'asl su quattro è stata vittima di almeno un episodio corruttivo; il settore della sanità è tra i principali ambiti economici della nostra società ed è uno degli obiettivi privilegiati di pratiche d'illegalità e di corruzione;

tra i settori ritenuti a più alto rischio di corruzione, vi sono: l'acquisto e la fornitura di beni e servizi, la gestione delle liste d'attesa, l'assunzione di personale, le nomine dei soggetti apicali, le false certificazioni, l'accreditamento delle strutture private, le prescrizioni improprie dei farmaci, la formazione e le consulenze, i contratti per la fornitura di medicinali o apparecchiature medicali e la convenzione con le strutture sanitarie private accreditate al Servizio sanitario nazionale;

è noto che ogni anno si spreca il 6 per cento della spesa pubblica in inefficienze, ma manca ad oggi, uno studio *ad hoc* che tenga anche conto di quanto emerso dai rapporti della Corte dei conti, della Guardia di finanza e dai Nas in materia di corruzione e sprechi in ambito sanitario;

ammontano a 13 miliardi di euro i fondi che Ispe Sanità valuta come l'ammontare delle potenziali inefficienze nell'acquisto di beni e servizi sanitari nel Ssn che, se sommate al 6 per cento di spreco della spesa pubblica, porterebbe il danno a circa 22,2 miliardi, quasi il 20 per cento della spesa sanitaria annuale del Ssn;

inoltre, il 51,7 per cento delle asl e degli ospedali non si è ancora dotata di strumenti anticorruzione, nonostante la normativa lo imponga;

a riprova di quanto sopra detto, vale la pena ricordare il quadro che emerge dal *report* «Agenda anticorruzione 2017, L'impegno dell'Italia nella lotta alla corruzione», presentato il 10 ottobre da Transparency International Italia, sottolinea che le norme anticorruzione ci sono, ma applicazioni e sanzioni non sono sufficienti;

solo attraverso una maggiore trasparenza e l'integrità morale di ogni cittadino – oltre che quella di tutti gli operatori in ambito sanitario – si può ridurre il livello di corruzione;

occorre aumentare la consapevolezza sul fenomeno della corruzione, formare il personale delle aziende sanitarie e ospedaliere, implementare strumenti innovativi e modelli organizzativi specifici nelle asl;

il presidente dell'Anac, Stefano Cantone – intervenendo a un convegno sul tema della corruzione in sanità a Napoli – all'inizio dell'anno ha dichiarato che la corruzione esiste ed è particolarmente profonda e grave nel settore della sanità e che sul piano normativo vi sono ancora tre aspetti da regolare e che: «Oltre alla tutela del *whistleblowing*, è indispensabile una legge sulle lobby e un'altra per assicurare trasparenza sulle fondazioni politiche, che ormai sono divenute il vero canale di finanziamento della politica»;

occorre dunque, dati alla mano, prendere coscienza che è necessario riempire il vuoto legislativo in materia di *lobbying* e rendere disponibili risorse per applicare più efficacemente le leggi in vigore,

impegna il Governo:

- 1) a valutare l'opportunità di assumere iniziative per colmare il vuoto normativo relativamente alle attività di *lobbying*, con particolare riguardo al settore sanitario, al fine di migliorare il quadro normativo prima della fine della legislatura corrente;
  - 2) ad adottare iniziative per consolidare, nel settore sanitario, i presidi anticorruzione negli uffici pubblici e dare più risorse umane ai responsabili per la prevenzione della corruzione;
  - 3) ad adottare iniziative, nel quadro della prevenzione della corruzione in ambito sanitario, per semplificare la normativa vigente al fine di evitare illeciti;
  - 4) a promuovere la lotta alla corruzione in sanità mediante campagne mediatiche sul tema che, per sua natura, ha bisogno di essere affrontato da un punto di vista culturale;
  - 5) a valutare, in conformità al principio della trasparenza, iniziative mirate con finalità di prevenzione e contrasto della corruzione in ambito sanitario attraverso l'applicazione dei patti d'integrità tra enti e società interessate, rendendo davvero effettivo il processo di riforma avviato con il recepimento delle direttive europee sugli appalti e sulle concessioni (Direttiva 2014/23/UE, Direttiva 2014/24/UE, Direttiva 2014/25/UE) e la riscrittura del codice dei contratti pubblici;
  - 6) ad adottare le iniziative di competenza volte a rafforzare gli strumenti di «vigilanza collaborativa» predisposti congiuntamente all'Anac, mediante la stipula di protocolli di azione tra l'Anac e le stazioni appaltanti per la prevenzione e il contrasto della corruzione in ambito sanitario;
  - 7) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, per adottare specifiche linee guida che affrontino il tema della *Governance* amministrativa, della corruzione e del conflitto d'interessi in sanità.
- (1-01769)

**(Testo modificato nel corso della seduta) «Brignone, Marcon, Civati, Andrea Maestri, Pastorino, Placido, Fratoianni».**

La Camera,  
premessi che:

l'indagine conoscitiva sulla sostenibilità economica del sistema sanitario, condotta dalla V Commissione bilancio e dalla XII Commissione affari sociali della Camera, tra il giugno e il dicembre 2013, ha consentito di fare una fotografia puntuale e precisa della condizione del sistema di *welfare* sanitario italiano, permettendo di rilevare i punti di forza ancora esistenti, ma anche evidenziando indubbie criticità che, se non adeguatamente risolte, rischiano di minare in modo sostanziale la capacità del sistema di dare risposta alle esigenze di salute degli italiani e, in particolare, di quei cittadini che appartengono alle fasce sociali più deboli e più esposte al rischio;

nel corso di tale indagine venne più volte sottolineato come le domande emergenti, correlate all'innovazione tecnologica e alla cronicità, in assenza di modifiche strutturali del sistema, richiedessero incrementi dei fondi pubblici di stanziamento nell'ordine del 1,5-2 per cento l'anno, incompatibili con il bilancio del nostro Paese che, dal 2007 in poi, ha visto una progressiva contrazione del proprio prodotto interno lordo;

era dunque sin da allora di tutta evidenza la necessità di un radicale ammodernamento del nostro sistema di *welfare* sanitario che tenesse conto dell'ipotesi di nuove forme di finanziamento, attraverso la valorizzazione dell'apporto dei fondi integrativi e del ruolo delle assicurazioni private, con l'obiettivo di arrivare ad un potenziamento della risposta pubblica e ad una maggiore intermediazione della spesa *out of pocket*;

contemporaneamente, si presentava la necessità della ristrutturazione dei flussi della spesa sanitaria, attraverso una rivalutazione della domanda e dell'offerta delle prestazioni sanitarie, che avrebbe dovuto portare alla ridefinizione dei Lea, alla razionalizzazione della spesa inappropriata e alla eliminazione di qualsiasi forma di «cattiva spesa», purtroppo valutata secondo diversi studi di settore in percentuali che si avvicinavano al 10 per cento dell'intero fondo sanitario nazionale;

tra le voci di «cattiva spesa sanitaria», più volte venne sottolineata quella correlata alla cosiddetta «medicina difensiva», denominazione che raccoglie il complesso delle prestazioni sanitarie prescritte ed eseguite a mero scopo di autotutela da parte del sanitario, che non le richiede nell'interesse reale del paziente, ma esclusivamente nel tentativo di proteggersi da eventuali contenziosi giudiziari;

la distinta percezione di tale fonte di spesa inappropriata ha condotto il Parlamento ad approvare, nella presente legislatura, una norma che mira a ricostituire la corretta relazione terapeutica tra medico e paziente, riportando nella fisiologia del rapporto ogni azione diagnostica e terapeutica da parte dei professionisti sanitari;

altra criticità rilevata nella spesa sanitaria fu quella legata al «cattivo utilizzo delle risorse economiche disponibili», discendente dall'uso non corretto delle procedure pubbliche di appalto delle forniture e dei servizi, di gestione contabile, di qualità dei processi amministrativi;

a tale criticità «disfunzionale», si aggiunge quella eventualmente legata a veri e propri profili di dolo, più volte denunciati dalla stessa Anac, che segnala come – nelle pieghe delle lungaggini delle procedure della pubblica amministrazione – possano celarsi e addirittura venir favoriti comportamenti perseguibili ai sensi del codice penale, messi in essere con l'obiettivo di procurare ingiusto profitto a pochi;

appare dunque assolutamente indispensabile intervenire nel campo della «cattiva spesa», anche per distinguere i comportamenti «colposi», legati al complessivo malfunzionamento del sistema, da quelli francamente dolosi, consapevolmente posti in essere con motivazioni illecite;

la confusione tra le due differenti fattispecie, spesso deliberatamente perpetrata nella passione della dialettica politica, allontana dalle buone pratiche e dalle buone soluzioni, proprio perché, nella grossolanità delle generalizzazioni e della moltiplicazione del formalismo dei controlli, paradossalmente rischia di estendere le zone d'ombra della burocrazia e di aumentare i margini di manovra per i comportamenti illegali;

appare dunque indispensabile intervenire rigorosamente sulla trasparenza e sulla efficienza delle procedure all'interno delle quali possono allignare i comportamenti illegali, per impedire i reati che derubano di risorse economiche il sistema sanitario, andando a togliere garanzie di salute ai cittadini italiani;

negli anni passati, uno degli scandali sulla «cattiva spesa» che ha investito la sanità italiana è stato quello relativo al differente costo unitario, nelle diverse realtà sanitarie del Paese, di alcuni presidi molto diffusi e utilizzati, come le siringhe monouso, nonostante la elevata standardizzazione industriale del prodotto;

sulla base degli insegnamenti derivanti da tale vicenda, venne potenziata la funzione dei centri di acquisto di dimensione regionale e nazionale, come Consip;

l'esperienza di anni di funzionamento di tale sistema, ha confermato che la centralizzazione degli acquisti, laddove è tecnicamente possibile e correttamente realizzata, comporta risparmi complessivi della spesa, che possono essere portati a sistema;

la centralizzazione degli acquisti comporta anche significativi risparmi nella quantità del personale amministrativo dedicato e nel numero e nel costo delle sedi fisiche operative;

la centralizzazione delle procedure di appalto e di acquisto comporta anche importanti passi in avanti nella specializzazione delle unità operative, che acquisiscono professionalità ed esperienza sempre maggiore e consente la massima trasparenza delle procedure che, attraverso l'informatizzazione e l'utilizzo della comunicazione via *web*, eliminano ogni rischio di «sequestro delle informazioni» che, in passato, favoriva lo sviluppo di intollerabili «zone d'ombra» nelle procedure stesse;

il controllo e la verifica della qualità dei processi operativi di acquisto e di forniture e servizi, assecondato dalla normativa europea che prevede tempi ristretti e certi di pagamento dei fornitori della pubblica amministrazione è anch'esso favorito dalla specializzazione delle unità operative e consente di dare ulteriore certezza alle procedure di affidamento, eliminando ogni discrezionalità della burocrazia nella definizione dei tempi di pagamento;

le nuove normative sulla comunicazione scientifica e del farmaco hanno introdotto inoltre controlli sostanziali sempre più stringenti sulla attività delle case farmaceutiche e delle aziende produttrici di presidi e dispositivi sanitari, portando anche in questo caso una ventata di trasparenza e di legittimità in tutti i rapporti interni al mondo sanitario;

non c'è dubbio che tale attività di efficientamento complessivo e di moralizzazione del sistema abbia significativamente ridotto le prassi legate al malaffare e alla corruzione. È indubbio tuttavia che ulteriori passi in avanti possano essere fatti per potenziare l'attività di verifica e di controllo delle istituzioni, affinché sia sempre più compresso il rischio che una parte delle risorse destinate alla salute dei cittadini italiani possa vergognosamente finire nelle tasche di pochi delinquenti;

in tal senso, appare apprezzabile lo spirito che ha indotto il legislatore, attraverso la legge n. 190 del 2012, ad obbligare, tutte le aziende sanitarie pubbliche a dotarsi di un responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, che sia il redattore delle procedure interne aziendali e dei *report* di buon funzionamento;

l'esperienza di questi anni di lavoro, ha definitivamente consentito di consolidarsi nella convinzione sulla relativa inutilità dei controlli formali delle procedure, che rischiano di creare sovrapposizioni normative, e dei meccanismi complessi di verifica che, aggiungendosi a quelli già vigenti, determinino un'inutile e inestricabile giungla di passaggi burocratici che spesso finisce per favorire – invece che stroncare – i comportamenti delittuosi;

la semplicità e la chiarezza della norma, la trasparenza della procedura, l'immediatezza e la facilità del controllo sono spesso la miglior deterrenza nei confronti delle attività illegali nei confronti della pubblica amministrazione in generale e di quella della sanità in modo particolare;



la sottrazione dolosa di risorse economiche al servizio sanitario regionale comporta infine una riduzione della disponibilità complessiva delle prestazioni che rischia a sua volta di generare altro «malfunzionamento spicciolo» del sistema, perché consolida comportamenti devianti da parte dei sanitari e canali paralleli di erogazione delle prestazioni sanitarie, che costituiscono inaccettabili corsie preferenziali per i pazienti, accessibili soltanto a pochi, per la fruizione di cure che dovrebbero invece essere garantite a tutti equamente e rapidamente,

impegna il Governo:

- 1) a proseguire l'azione congiunta di collaborazione con l'Anac, con la magistratura e con le istituzioni locali, per potenziare la lotta contro la corruzione nella pubblica amministrazione, che appare particolarmente odiosa in sanità, perché destina all'arricchimento illecito di pochi delinquenti le risorse economiche destinate alla tutela della salute della collettività;
- 2) a potenziare il proprio impegno nella campagna di sensibilizzazione della popolazione contro la corruzione, che rappresenta un cancro che, in particolare in sanità, mina la fiducia dei cittadini nelle istituzioni e crea un immenso danno alla credibilità e alla stessa sostenibilità del sistema italiano di *welfare* sanitario;
- 3) a potenziare tutte le possibili iniziative volte a rafforzare il sistema di garanzie nelle procedure adottate dalle aziende sanitarie nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, a tutela della efficienza, della efficacia e della equità del funzionamento del sistema;
- 4) a favorire le pratiche rivolte alla centralizzazione delle procedure d'acquisto dei farmaci e dei presidi sanitari, alla centralizzazione dei magazzini, alla piena informatizzazione e alla completa trasparenza delle attività correlate, alla standardizzazione dei costi unitari dei servizi aziendali, alla omogeneizzazione delle procedure e dei tempi di pagamento delle forniture sanitarie su tutto il territorio nazionale;
- 5) ad adottare iniziative per garantire nuovi investimenti economici specifici nelle attività di informatizzazione e di comunicazione delle aziende sanitarie, finalizzate alla massima pubblicità, attraverso il *web*, di tutte le procedure di fornitura di prestazioni, di selezione del personale, di acquisti di farmaci, presidi, dispositivi e servizi;
- 6) ad adottare iniziative, nel contesto della prevenzione della corruzione in ambito sanitario, per la semplificazione di tutte le azioni di verifica e di controllo, finalizzate alla garanzia della certezza del diritto e alla riduzione di qualsiasi zona d'ombra derivante da complicazioni burocratiche che possano favorire l'illegittimità e l'illegalità.

(1-

**01770) «Vargiu, Latronico, Matarrese, Bueno, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Fucci».**

La Camera,  
premessi che:

il settore della salute rientra tra quelli che sono maggiormente esposti al rischio di corruzione considerate le enormi risorse pubbliche coinvolte. Ne deriva la necessità che il Sistema sanitario nazionale sia sottoposto a numerose e sistematiche verifiche e controlli, nonché alla massima trasparenza, che deve informare dell'agire quotidiano di tutti i soggetti che operano nella sanità;

sull'importanza del diritto alla salute il presidente dell'Anac, Raffaele Cantone, ha

ribadito che quest'ultimo rappresenta una «pretesa primaria delle persone, assicurata dalla Costituzione italiana. Il valore del diritto alla salute come “interesse della collettività” ne esalta il significato di diritto fondamentale e amplifica la sua dimensione di principio supremo dell'ordinamento. In un terreno così delicato il contrasto alla corruzione assume un ruolo centrale e va, in primo luogo, inteso come cultura della trasparenza che consente la verifica costante degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione dei trattamenti sanitari»;

già nel 2012 la Corte dei conti aveva specificato che, nell'ambito del settore sanitario, i fenomeni di corruzione «si intrecciano con sorprendente facilità a veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo» e, in aggiunta, che «il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriata organizzativa e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività»;

l'Ocse, nella premessa del *Report « Tackling Wasteful Spending on Health»*, pubblicato nel 2017, nell'affrontare i temi inerenti al sistema sanitario nei Paesi Ocse, tra cui l'Italia, ha affermato che «Una parte significativa della spesa sanitaria è – nella migliore delle ipotesi – spreco, o peggio danneggia la nostra salute»;

è stato recentemente pubblicato il «Rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza ed integrità». L'indagine, frutto della collaborazione tra Agenas e Libera, intende fornire un primo *feedback* alle regioni, alle aziende nonché agli enti del Servizio sanitario nazionale in merito alle strategie condotte negli ultimi anni sui temi legati alla trasparenza, all'etica nonché alla legalità dalle stesse strutture del Servizio sanitario nazionale;

l'obiettivo principale del citato Rapporto, è quello di fornire un primo approfondimento organico sull'importanza di un approccio ai temi della trasparenza, della legalità e dell'etica «che non si limiti all'adempimento delle prescrizioni di legge né alla individuazione e alla denuncia dei fenomeni patologici, ma miri alla promozione della cultura dell'integrità in un settore che per funzione sociale è tra i settori della pubblica amministrazione quello più vicino alla persona»;

nell'ambito della presentazione del rapporto, il direttore generale di Agenas, Francesco Bevere, ha sottolineato che «Il percorso intrapreso dal sistema sanitario in materia di etica, trasparenza ed integrità registra una sempre maggiore applicazione, a significare che l'attuazione della normativa non è più concepita come un mero adempimento burocratico ma come presa di coscienza delle organizzazioni sanitarie dell'importanza della trasparenza come leva strategica per consentire il miglioramento ed un concreto cambiamento culturale di tutti gli operatori sanitari, tanto più che si tratta di un settore che per funzione sociale è tra i più vicini alla persona in un momento di vulnerabilità e fragilità»;

la trasparenza e l'integrità rappresentano la condizione essenziale ai fini della piena tutela del diritto alla salute, per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e per la salvaguardia del rapporto di fiducia del cittadino nei confronti del sistema di *welfare*. Allo scopo di garantire e preservare una simile condizione è necessario attivare tutte le possibili sinergie per prevenire eventuali rischi corruttivi attraverso, da un lato, l'adozione di misure di prevenzione e, dall'altro, una implementazione delle procedure di verifica, controllo e valutazione a tutti i livelli istituzionali;

il *Report* pubblicato nell'ambito del progetto «Curiamo la corruzione» da *Transparency International* Italia, Censis, ISPE-Sanità e Rissc ed essenzialmente incentrato sulla percezione della corruzione, ha evidenziato in primo luogo che nel 37 per cento delle aziende sanitarie italiane si sono verificati episodi di corruzione negli ultimi cinque anni, e in circa un terzo dei casi non sono stati affrontati in maniera appropriata. Inoltre, il 77 per cento dei dirigenti sanitari ritiene che si possa in concreto verificare il rischio che all'interno della propria struttura vi siano fenomeni di corruzione;

in aggiunta, secondo i dati riportati nel citato *Report*, sarebbero due gli ambiti principali che si presterebbero maggiormente alle pratiche corruttive, ossia quello degli appalti e quello delle assunzioni di personale. Al primo posto, l'83 per cento dei dirigenti sanitari indica i rischi che si annidano negli acquisti di beni e servizi e il 66 per cento nella realizzazione di opere e

infrastrutture, mentre il 31 per cento sottolinea la possibilità che si seguano scorciatoie illecite nelle assunzioni;

l'importanza di predisporre un adeguato piano di prevenzione che consenta un'attenta mappatura del rischio, al fine di pervenire fenomeni corruttivi anche in ambito sanitario, condotto all'emanazione delle linee di indirizzo con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 16 gennaio 2013, elaborate dal Comitato interministeriale di cui all'articolo 1, comma 4, della legge n. 190 del 2012. Tali linee d'indirizzo, basate sulla necessità di fissare contenuti minimi dei piani triennali di prevenzione della corruzione perseguono «l'obiettivo ineludibile dell'individuazione preventiva delle aree di attività amministrativa maggiormente esposte al rischio della corruzione (cosiddetta mappatura del rischio)», aggiungendo che il futuro piano nazionale anticorruzione avrebbe dovuto contenere linee guida al fine di «indurre le pubbliche amministrazioni ad articolare il proprio Piano Triennale almeno intorno ad alcuni contenuti essenziali», a partire da quelli predeterminati dalla legge n. 190 del 2012;

si tratta dei procedimenti, previsti all'articolo 1 della legge n. 190 del 2012, di autorizzazione o concessione, scelta del contraente nell'affidamento di lavori, forniture e servizi, concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale;

il procuratore generale della Corte dei conti, Claudio Galtieri, nell'ambito della cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario, ha segnalato che «è l'inefficienza a creare ampie zone oscure in cui si possono facilmente inserire e nascondere conflitti d'interesse e corruzione». Combattere la «corruzione “diffusa” costituita da singoli comportamenti legati a singole persone» consente anche «di combattere la cattiva amministrazione» perché per contrastare questo tipo di fenomeni serve «trasparenza, semplificazione, tempestività dei procedimenti, limitazioni delle deroghe», ricordando infine che la corruzione, anche legata alla criminalità organizzata è «particolarmente consistente negli appalti pubblici». Il bilancio «sanitario» 2016 della Corte illustrato nella relazione del procuratore generale evidenzia, inoltre, come siano state emesse 165 citazioni per 66,8 milioni contestati: è il bilancio «sanitario» 2016 della Corte dei conti;

in tema di corruzione, dal rapporto annuale della Guardia di finanza del 2016, emergono dati allarmanti: sarebbero stati accertati appalti irregolari per un valore di circa 3,4 miliardi di euro, più del triplo rispetto al 2015 quando la cifra si era fermata a 1 miliardo. Danni all'erario per oltre 5,3 miliardi di euro – contro i 4 dell'anno prima – causati da sprechi nella pubblica amministrazione e irregolare gestione dei fondi pubblici. Sul punto, il comandante generale Giorgio Toschi durante la presentazione del rapporto, ha specificato che «Per quanto riguarda gli illeciti nel settore degli appalti, oltre a un incremento del 27 per cento del numero dei soggetti segnalati all'autorità giudiziaria, si è registrata una crescita di tre volte del valore delle procedure contrattuali risultate irregolari a seguito delle indagini»;

secondo il rapporto della Guardia di finanza, inoltre, sarebbero più di 4 mila i soggetti denunciati per reati contro la pubblica amministrazione, di cui il 23 per cento per corruzione e concussione, che avrebbero provocato danni pari a oltre 5,3 miliardi, oltre un miliardo e 300 milioni in più dell'anno precedente. Gli uomini della Guardia di finanza hanno così scoperto che sono stati percepiti o richiesti in maniera illegittima finanziamenti pubblici, italiani ed europei, per oltre 775 milioni;

in tema di sanità, sarebbero irregolari due prestazioni sociali agevolate su tre e ammonterebbe a circa 158 milioni l'entità delle truffe ai danni del Servizio sanitario nazionale e del sistema previdenziale realizzate dagli 8.926 soggetti denunciati, dei quali 87 arrestati. A 6 milioni, infine, ammonta il danno provocato allo Stato da coloro che hanno avuto prestazioni sociali agevolate e l'esenzione del *ticket* sanitario senza averne i requisiti. In tale settore, i finanziari hanno eseguito 12.803 controlli, individuando irregolarità nel 66 per cento dei casi: in pratica, due prestazioni su tre sono state concesse a cittadini che non ne avevano diritto;

con delibera n. 831 del 3 agosto 2016, l'Anac ha adottato il piano nazionale anticorruzione 2016 che, contiene una specifica sezione dedicata alla sanità, all'interno della quale l'Autorità indica gli interventi puntuali da adottare «quali possibili soluzioni organizzative per preservare il Servizio Sanitario Nazionale dal rischio di eventi corruttivi (con specifico

riferimento al contesto strutturale, sociale ed economico in cui si collocano ed operano le istituzioni medesime) e per innalzare il livello globale di integrità, di competenza e di produttività del sistema sanitario nazionale»;

la stessa Autorità anticorruzione ha avuto modo di specificare che, all'interno del settore sanitario, gli acquisti rappresentano un aspetto caratterizzato dalla presenza di grossi rischi di corruzione a causa sia della varietà e complessità dei beni e servizi oggetto delle procedure di acquisto, sia per la diversità dei soggetti coinvolti che, spesso, si trovano in una potenziale condizione di conflitto d'interesse, poiché allo stesso tempo rappresentano coloro che utilizzano beni e servizi ed esprimono un fabbisogno. In tal modo, si capisce come tali soggetti siano in grado di incidere sulla domanda;

altro dato che testimonia la rilevanza delle azioni di rafforzamento di un sistema di controlli maggiormente centralizzato nel settore degli acquisti è rappresentato dalle numerose difficoltà incontrate in tali operazioni; ciò rischia, infatti, di introdurre all'interno degli enti del servizio sanitario nazionale procedure frazionate non soggette ad alcun tipo di controllo né sulle quantità totali dei beni e servizi acquistati, né sui rinnovi degli affidamenti ovvero del ricorso alle procedure in deroga,

impegna il Governo:

- 1) a rafforzare, anche mediante le necessarie iniziative normative, la competenza in tema di predisposizione di controlli preventivi dell'Anac nel settore sanitario attraverso, da un lato, l'introduzione di nuovi modelli di *governance* e, dall'altro, il rafforzamento del sistema dei controlli preventivi sulle gare d'appalto per l'acquisizione di beni durevoli e non e dei servizi, anche attraverso operazioni finalizzate a uniformare e rendere tracciabile il processo che va dalla definizione del fabbisogno e dalla programmazione dei beni da acquistare e dei servizi da appaltare, per giungere sino agli aspetti legati alla logistica e alle giacenze di magazzino;
- 2) a rafforzare, d'intesa con le regioni, la rete dei controlli preventivi sulle gare d'appalto per acquisizioni di dispositivi medici e ad assumere iniziative, per quanto di competenza, per il completamento dell'istituzione delle Centrali uniche di acquisto da parte delle stesse regioni, anche attraverso la predisposizione di uniformi sistemi di controlli esterni che diano la possibilità di rilevare l'eventuale esistenza di anomalie negli acquisti che potrebbero rivelare la presenza di azioni corruttive ai danni di cittadini ed utenti finali;
- 3) ad adottare iniziative per introdurre nuovi sistemi di controllo, d'intesa con l'Aifa e con le regioni, ai fini del controllo della spesa farmaceutica convenzionata e soprattutto di quella ospedaliera, per garantire il rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza;
- 4) a valutare l'opportunità di modificare, anche attraverso le opportune iniziative normative di competenza, il ruolo della Consip, al fine di dotarla di competenze e strumenti che possano permetterle di incidere in modo più efficace ed efficiente nell'ambito delle procedure di acquisto e nei meccanismi di assegnazione degli appalti, segnatamente in ambito sanitario, considerato il rilevante ruolo che riveste tale società nell'ambito della predisposizione dei bandi e delle gare della pubblica amministrazione nel nostro Paese.

**(1-01773) «Palese, Occhiuto».**

La Camera,

premesso che:

la necessità di contenere la spesa sanitaria, che rappresenta al netto del costo del

debito e della spesa previdenziale un sesto della spesa pubblica complessiva, è un vincolo che si pone oggi e continuerà a porsi anche per gli anni a venire. Ciò è sicuramente possibile anche senza ridurre il volume e le qualità delle prestazioni anzi, in molti casi, migliorandone capillarità e *standard*;

il Sistema sanitario nazionale presenta una marcata disomogeneità a livello territoriale, con effetti sulla qualità del servizio erogato e soprattutto sull'equità e l'universalità stessa del diritto alla salute. Ciò è determinato anche dalla pluralità di modelli organizzativi esistenti tra le diverse aziende sanitarie. Per realizzare una maggiore omogeneità dei modelli organizzativi è necessario identificare standard omogenei di qualità, economicità ed efficienza. Va rafforzato il potere di indirizzo, controllo e verifica a livello centrale;

tra le aree di azione nelle quali un intervento strutturale coordinato e incisivo sarebbe in grado di determinare aumenti di efficienza, aumenti della qualità delle prestazioni e riduzioni di costo in grado di autofinanziare nella prima fase gli investimenti necessari vi sono certamente quelle della revisione e trasparenza di tutti i costi del sistema sanitario, della trasparenza e lotta alla corruzione e dell'accelerazione delle politiche di digitalizzazione della sanità;

secondo tutti i dati internazionali, la sanità permane uno dei settori più a rischio corruzione. Un quinto della spesa sanitaria nei Paesi Ocse è inefficace – nella migliore delle ipotesi – o produce spreco, causato da prestazioni non necessarie o con costi gonfiati, dall'eccesso di burocrazia e da corruzione e frode;

lo stesso presidente dell'Autorità nazionale Anticorruzione, Raffaele Cantone, ha sottolineato che la sanità è tra i dieci comparti in cui è maggiormente percepito il fenomeno della corruzione nella pubblica amministrazione;

la corruzione e sprechi si confermano dunque il primo male del Servizio sanitario nazionale. Ecco perché nell'ultimo piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) è stata posta grande attenzione al settore della sanità, che per i rapporti curati da organizzazioni indipendenti, i tanti fatti di cronaca e le ingenti risorse investite continua a destare particolare preoccupazione;

la corruzione in sanità, che – secondo i dati forniti dal Libro Bianco ISPE Sanità e confermati da quelli Ocse 2017 – si aggirerebbe in Italia sui 23 miliardi di euro, sommando anche inefficienze e sprechi, toglie risorse preziose alla qualità dei livelli essenziali di assistenza che sono un diritto costituzionale per tutti i cittadini;

è necessario, dunque, investire energie e risorse per tutelare il Sistema sanitario nazionale da sprechi, inefficienze e corruzione;

la sanità digitale è – o meglio, dovrebbe essere – la via principale per il contrasto a due dei principali problemi relativi alla gestione ottimale delle risorse del Ssn: inefficienza e corruzione;

lo sviluppo della sanità digitale, come in generale la realizzazione della trasformazione digitale della pubblica amministrazione, non è però solo lo strumento principale per migliorare i servizi ai cittadini, rendere efficiente e sostenibile il sistema pubblico, creare le basi per enormi opportunità di sviluppo economico. È, anche, come ricordato dal «Rapporto Curiamo la Corruzione 2017», realizzato da Transparency International Italia insieme a Censis, Ispe Sanità (Istituto per la promozione dell'etica in sanità) e Rissc (Centro ricerche e studi su sicurezza e criminalità), uno degli strumenti principali per combattere contro la corruzione e le distorsioni del sistema burocratico. Non a caso tra i principali ostacoli della trasformazione digitale;

in Italia la digitalizzazione in sanità è in ritardo pur essendo, secondo esperti e addetti ai lavori, un importante strumento per contrastare la corruzione. Solo il 6 per cento degli italiani prenota, ad esempio, visite *online*, contro un terzo di finlandesi e danesi, e il 27 per cento degli spagnoli. E solo il 31 per cento dei medici utilizza le reti digitali per lo scambio dei dati sui pazienti con altri operatori sanitari, mentre in Danimarca si arriva al 92 per cento, in Spagna al 64 per cento, nel Regno Unito al 53 per cento secondo i dati pubblicati nell'ultimo *report* «Curiamo la corruzione»;

le regioni più virtuose sono il Veneto, il Lazio e il Trentino Alto Adige, mentre la

regione rimasta più indietro è la Puglia, dove meno dell'1 per cento dei cittadini ha prenotato visite *online*. Eppure, il 18,8 per cento degli italiani è convinto che un utilizzo più intenso di internet nella pubblica amministrazione renderebbe le procedure più trasparenti, dando più forza ai cittadini. Oltre a far risparmiare tempo e denaro. Questa opinione è condivisa anche dal 71 per cento dei dirigenti delle strutture sanitarie, certi che la normativa che obbliga le Asl a dotarsi di un sito *web* permetta un maggiore controllo dei costi e dei servizi, e costituisca un reale deterrente alla corruzione;

pur avendo registrato negli ultimi anni un'accelerazione sul piano normativo, la digitalizzazione della sanità italiana procede a un ritmo più lento di quello previsto dall'Agenda digitale, per cui entro la fine del 2017 il processo di informatizzazione del sistema sanitario dovrà essere compiuto, almeno sulla carta. Ad esempio, l'introduzione del fascicolo sanitario elettronico, annunciato come una rivoluzione in termini di risparmio di tempi e di costi, al momento risulta attivo solo in 5 regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna e Toscana) ed è in fase di sperimentazione o di implementazione nelle altre. Si è poi ancora lontani dall'adempimento dell'obbligo di legge che imponeva a tutte le aziende sanitarie di attivare i pagamenti *online* e di rendere disponibili i referti in formato digitale entro il mese di novembre 2015;

l'informatizzazione e le tecnologie digitali possono e devono contribuire non solo a migliorare l'integrazione dei servizi, ma anche a garantire sempre più la trasparenza delle informazioni, anche in relazione alla gestione del servizio sanitario nazionale. Da questa innovazione i benefici attesi secondo recenti studi potrebbero produrre, anche nel breve termine, un risparmio annuo di circa 6 miliardi di euro di spesa sanitaria, migliorando al contempo i livelli di assistenza;

da qui la necessità di pervenire ad una rapida e integrale attuazione del Patto per la sanità digitale volto al conseguimento degli obiettivi di efficienza, trasparenza, e sostenibilità del Ssn, attraverso l'impiego sistematico dell'innovazione digitale in sanità, così come contemplato dall'articolo 15, comma 1, del Patto per la salute per gli anni 2014-2016;

anche la digitalizzazione degli atti e dei procedimenti amministrativi di gara, di stipula del contratto e di sua esecuzione consente l'analisi comparativa dei dati e dei flussi della massa di beni, servizi e lavori contrattati dalla pubblica amministrazione e può assicurare una maggiore deterrenza a compiere atti corruttivi;

a tal fine un ruolo significativo nel controllo della qualità delle prestazioni può essere esercitato anche dalla società civile, dai cittadini, consumatori e utenti anche associati, soprattutto ove si estendano anche alla fase di esecuzione i principi di trasparenza e pubblicità mediante strumenti IT (*open data*);

le banche dati possono inoltre dare consistenza e intellegibilità del dato reputazionale di coloro che hanno partecipato alle gare o eseguito contratti pubblici, sicché la conoscenza della qualità e tempestività dell'impresa, parte di un contratto pubblico, dovrebbe divenire un incentivo al conseguimento del valore aggiunto reputazionale, determinando un vantaggio competitivo, anche nel mercato privato;

anche l'utilizzo dei *big data* sanitari rappresenta oggi una delle sfide più importanti per assicurare una maggiore efficienza ed efficacia ai sistemi sanitari;

secondo alcune stime, per esempio, il semplice tele-monitoraggio a casa dei malati cardiologici realizzato attraverso sistemi di *screening* di massa sfruttando le tecniche del *cloud computing*, e dell'intelligenza artificiale ridurrebbe il numero di giorni di degenza del 26 per cento e consentirebbe un risparmio del 10 per cento dei costi sanitari, con un aumento dei tassi di sopravvivenza del 15 per cento. Agendo in una fase ancora precedente, quando ancora gli individui non hanno cognizione di essere malati, è possibile un intervento terapeutico molto più tempestivo e di conseguenza un sostanziale miglioramento dei tassi di sopravvivenza, dei tassi di disabilità e una riduzione dei costi sanitari, nonché una minore mortalità e minore morbilità. Si effettuerà quindi un'analisi costi-benefici, considerando il costo dello *screening* di massa con i benefici della prevenzione in termini di minori costi per il sistema sanitario che in maggiori benefici per il paziente;

altra misura fondamentale per prevenire il fenomeno della corruzione in sanità è

l'adozione di adeguate misure per la tutela del dipendente che segnala situazioni di illecito (cosiddetto *whistleblower*);

in tal senso l'Assemblea della Camera dei deputati ha approvato definitivamente, il 15 novembre 2017, la proposta di legge A.C. 3365-B volta a introdurre misure di protezione dei lavoratori dipendenti, tanto del settore pubblico quanto del settore privato, che segnalano reati o irregolarità dei quali vengono a conoscenza nell'ambito del rapporto di lavoro;

l'istituto del *whistleblowing*, indispensabile in una prospettiva di coinvolgimento della parte migliore dell'amministrazione nella politica di prevenzione della corruzione, necessita tuttavia di disposizioni attuative e di precise linee guida tali da garantire chiarezza ed omogeneità del processo di segnalazione degli illeciti su tutto il territorio nazionale,

impegna il Governo

1) ad assumere iniziative per rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche utilizzate, nonché dei pagamenti effettuati presso le strutture sanitarie italiane, dando concreta attuazione alle normative già esistenti in favore della trasparenza, in particolare al decreto legislativo n. 33 del 2013, che si focalizza sulla pubblicazione *on-line* delle informazioni in possesso delle pubbliche amministrazioni;

2) a completare il programma di informatizzazione del Sistema sanitario nazionale previsto dall'articolo 15 del Patto per la salute e dal Patto per la salute digitale, entro e non oltre le scadenze programmate dall'Agenda digitale, con particolare riferimento al fascicolo sanitario elettronico, alle ricette digitali, alla dematerializzazione di referti e cartelle cliniche e alle prenotazioni e ai pagamenti *on-line*;

3) ai fini dell'effettiva razionalizzazione ed efficacia della spesa sanitaria, a valutare di intraprendere il processo di sperimentazione del socc – lo strumento operativo di controllo per il monitoraggio dei livelli di corruzione sviluppato dall'istituto per la promozione dell'etica in sanità (Ispe) –, o comunque di qualsiasi altro modello gestionale analogo messo a punto da *équipe* indipendenti di esperti nel settore da sviluppare e applicare anche in via sperimentale, inizialmente anche solo in talune regioni selezionate;

4) a garantire il controllo dei processi amministrativi e della qualità delle prestazioni attraverso l'implementazione mediante strumenti IT (*open data*) e di banche dati;

5) a valutare l'opportunità di realizzare una rete centralizzata di gestione dei *big data* per la raccolta e la gestione integrata dei dati in possesso dei vari enti sanitari e sociosanitari, come Inps, Inail, Ragioneria generale dello Stato, Ministero della salute, Ministero delle politiche sociali, Dipartimento delle pari opportunità, fino alle regioni e le strutture ospedaliere, valutando in tal senso l'opportunità di realizzare forme di collaborazione con le università italiane per la realizzazione della stessa rete e la successiva analisi dei dati, in particolare al fine di estrapolare informazioni utili per migliorare l'offerta sanitaria nel Paese ed eliminare eventuali sacche di inefficienze individuate;

6) in accordo e con il supporto di Anac ed Agenas, ad introdurre precise linee guida nazionali al fine da garantire uniformità applicativa e chiarezza nella procedura di segnalazione degli illeciti da parte dei *whistleblowers* nel contesto in esame;

7) in ossequio al principio della trasparenza, a valutare l'opportunità di rendere pienamente accessibili, anche su piattaforma *online* dedicata e mediante oscuramento di eventuali dati sensibili, le relazioni aventi ad oggetto le ispezioni ministeriali e dei Nas condotte presso le strutture sanitarie italiane;

8) a fornire una relazione periodica al Parlamento sull'attuazione del protocollo di intesa del 21 aprile 2016 stipulato tra Anac e Ministero della salute e dell'atto integrativo del 26 luglio 2016 siglato anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), avente ad oggetto le attività di verifica e monitoraggio dello stato di attuazione ed implementazione delle misure di trasparenza ed integrità e di prevenzione della corruzione da parte degli enti del Servizio sanitario nazionale in conformità al Piano nazionale anticorruzione – sezione sanità.

(6-00370) *(Testo modificato nel corso della seduta)* «**Di Vita, Nuti, Mannino**».