



CURIAMO LA CORRUZIONE

PERCEZIONE RISCHI E SPRECHI IN SANITÀ

APRILE 2016

Autori:

Prefazione

Virginio Carnevali, Transparency International Italia

Introduzione

Davide Del Monte

Executive Summary

Lorenzo Segato, RiSSC

Percezione della corruzione in sanità

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

Analisi dei rischi di corruzione

contributo elaborato per RiSSC da Monica Vianello, con il supporto di Nicola Capello, sotto la supervisione di Lorenzo Segato

Analisi economica degli sprechi in sanità

contributo elaborato per ISPE-Sanità da Francesco Saverio Mennini e G. Fabiano

Si ringraziano anche i membri dell'Advisory Board:

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

Federico Nazzari, Presidente della Commissione Sanità di Confindustria

Gabriella Racca, Ordinario di diritto alla facoltà di economia di Torino

Lorenzo Terranova, Direttore Scientifico di Federsanità – ANCI

Per ulteriori informazioni:

comunicazione@curiamolacorruzione.it

www.curiamolacorruzione.it

Un progetto di



**TRANSPARENCY
INTERNATIONAL
ITALIA**

Associazione contro la corruzione



In partnership con



INDICE

PREFAZIONE	05
INTRODUZIONE	06
EXECUTIVE SUMMARY	09
PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE IN SANITÀ	15
ANALISI DEI RISCHI DI CORRUZIONE	29
ANALISI ECONOMICA DEGLI SPRECHI IN SANITÀ	47

PREFAZIONE

Il presente report **Curiamo la Corruzione – Percezioni, Rischi e Sprechi in Sanità** è frutto di un lavoro di analisi e di ricerca multidisciplinari, forse le prime in questo settore, nell'ambito del progetto triennale **“Healthcare Integrity Action – Curiamo la Corruzione”** (HIA) reso possibile grazie al finanziamento della Siemens Integrity Initiative.

La Siemens Integrity Initiative è un'iniziativa globale promossa da Siemens nell'ambito di un accordo con la Banca Mondiale sottoscritto nel luglio 2009. L'obiettivo complessivo è di garantire condizioni di mercato eque e legali per tutti gli operatori, attraverso il contrasto di corruzione e frodi.

“Healthcare Integrity Action – Curiamo la Corruzione” è un progetto di **Transparency International Italia**, in partnership con **Censis**, **ISPE - Sanità** e **RiSSC** che si pone l'ambizioso obiettivo di migliorare la capacità del settore sanitario di prevenire corruzioni e frodi e di limitare gli sprechi.

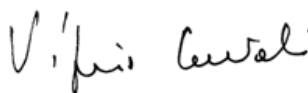
Oltre ai ricercatori che firmano questo primo report del progetto, ha contribuito alla ricerca uno specifico Advisory Board, capace di indirizzare nel migliore dei modi il lavoro.

Ci tengo dunque a ringraziare di cuore i quattro Advisors che in maniera assolutamente volontaristica hanno messo a disposizione del progetto le loro competenze: il Colonnello dei Carabinieri ed ex Commissario straordinario della ASL di Salerno **Maurizio Bortoletti**, il Presidente

della Commissione Sanità di Confindustria **Federico Nazzari**, l'Ordinario di diritto alla facoltà di economia di Torino e responsabile dell'unità di ricerca nell'ambito del Progetto HAPPI Healthy Ageing on Public Procurement of Innovation **Gabriella Racca**, il Direttore Scientifico di Federsanità – ANCI **Lorenzo Terranova**.

Nella speranza che possiate trovare non solo piacevole, ma soprattutto utile la lettura di questo report, vi invito a continuare a seguire il progetto e le tante attività che da qui fino ad Aprile 2018 ci vedranno ancora impegnati. Potete rimanere aggiornati grazie al sito internet www.curiamolacorruzione.it e ai profili social del progetto sia su Facebook che su Twitter.

Buona lettura,



Virginio Carnevali

Presidente di Transparency International Italia

INTRODUZIONE

Diverse ricerche e analisi internazionali descrivono l'Italia come un paese in cui la corruzione è dilagante e sistemica, relegandola, come anche appare dall'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International, agli ultimi posti in Europa per integrità pubblica e trasparenza.

L'ultima edizione del CPI, pur mostrando un leggero miglioramento rispetto agli anni precedenti, assegna infatti all'Italia un voto di 44 su 100, classificandola al 61° posto nel mondo per livello di corruzione percepita dagli investitori internazionali e dagli uomini d'affari.

Tra i settori maggiormente affetti dal virus della corruzione troviamo senza dubbio quello della sanità, per diversi motivi tra cui, per citare solo alcuni dei più rilevanti, l'ingente spesa pubblica, la forte ingerenza della politica, i rapporti tra pubblico e privato non sempre improntati alla massima trasparenza, le infiltrazioni della criminalità organizzata nelle strutture sanitarie.

Il settore sanitario rappresenta inoltre il perfetto campo da gioco sia per i piccoli corruttori, come quelli che chiedono una mazzetta per far scalare una lista d'attesa o che spingono un paziente a richiedere una prestazione privata nel proprio studio, sia per i grandi corruttori, ovvero quegli imprenditori e intermediari che sanno muoversi agilmente e senza scrupoli tra appalti milionari e forniture di beni e servizi difficilmente controllabili.

La corruzione in sanità ha quindi una triplice ricaduta

negativa: sui cittadini, che potrebbero aspirare a una maggiore qualità del servizio in alcune regioni o a un servizio della medesima qualità ma meno costoso in altre; 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.

Su quest'ultimo punto in particolare ho trovato molto interessante la riflessione fatta dal professore di economia Vincenzo Atella sulle pagine dell'Huffington Post in un articolo di qualche anno fa, dove ripercorrendo il periodo di Mani Pulite, nato proprio dalla scoperta di una tangente in ambito sanitario, l'autore rileva come *“Il vero danno creato da quella inopportuna e scellerata gestione va ritrovato nell'aver minato dalle fondamenta le capacità di innovazione dell'industria farmaceutica italiana in un momento in cui nel resto del mondo il settore cambiava pelle e nuove sfide si ponevano. Se per oltre 10 anni il profitto lo si era fatto semplicemente portando “mazzette” a chi deve autorizzare il rimborso di un farmaco o decidere del suo prezzo, a che serve investire in ricerca e sviluppo?”*

Corruzione come ostacolo allo sviluppo e alla crescita economica del Paese, dunque. Ma non solo.

Non si può infatti non rilevare come nel settore sanitario la corruzione rappresenti prima di tutto un ostacolo per il benessere dei cittadini, come tanti, troppi, casi dimostrano. Ne cito qui solo alcuni, appositamente scelti in Regioni dove la qualità del

sistema sanitario è generalmente considerata elevata.

Il caso di cui si è probabilmente più parlato negli anni passati è quello della Clinica Santa Rita di Milano, ormai meglio conosciuta come la “clinica degli orrori”, dove secondo l'accusa diversi anziani erano stati portati in sala operatoria senza alcuna giustificazione clinica per interventi effettuati al solo fine di monetizzare i rimborsi del sistema sanitario nazionale.

Cambiando regione, ma rimanendo sempre al nord, è altrettanto drammatica la vicenda che ha coinvolto l'Ospedale Molinette di Torino, dove a fronte di tangenti versate da una ditta brasiliana sono state acquistate dal reparto di cardiologia delle “valvole killer” difettose, le Tri Tec, che causarono perfino la morte di alcuni pazienti.

Scendendo di qualche chilometro arriviamo al Policlinico di Modena, dove la Procura lo scorso maggio ha chiesto il rinvio a giudizio per sessantasei indagati: quarantasei persone fisiche e venti aziende e associazioni accusate di associazione a delinquere, corruzione, turbativa di libero incanto e altre malefatte.

La lista degli scandali e dei processi potrebbe continuare ancora a lungo, ma sono certo che questo breve elenco sia sufficiente a spiegare il motivo per cui, insieme a CENSIS, ISPE-Sanità e RiSSC, abbiamo deciso di concentrare le nostre forze per tre anni sul tema della corruzione in sanità.

Con il progetto “Healthcare Integrity Action”, che abbiamo deciso di ribattezzare in italiano con lo slogan “Curiamo la corruzione”, intendiamo dare un concreto supporto alle istituzioni e ai singoli enti che, come noi, decideranno di dire un forte e secco “NO” alla corruzione.

Come primo passo abbiamo deciso di mettere a frutto le diverse competenze ed esperienze dei singoli partner del progetto e di alcuni esperti che ci hanno aiutato lungo questo difficile percorso, per offrire per la prima volta in Italia un'analisi multidisciplinare approfondita e accurata sul fenomeno della corruzione nel nostro sistema sanitario nazionale.

La ricerca che avete fra le mani vi permette infatti di osservare il problema da tre differenti punti di vista: quello della percezione che gli addetti del settore hanno del fenomeno, rilevata attraverso un sondaggio condotto dalla Fondazione Censis, uno

dei più autorevoli e riconosciuti istituti italiani di ricerca socio-economica.

A seguire troverete l'analisi che il Centro Ricerche e Studi su Sicurezza e Criminalità di Vicenza (RiSSC) ha condotto sui piani anticorruzione di oltre duecento strutture sanitarie, valutandone in particolare la capacità di analisi dei rischi e la ricorrenza di questi tra le diverse ASL e aziende ospedaliere.

Infine ISPE-Sanità ci offre una dettagliata indagine di alcune voci di spesa che non incidono direttamente sull'assistenza sanitaria vera e propria e, quindi, non collegate all'efficacia dell'intervento sanitario, come ad esempio il servizio mensa, lavanderia o gestione rifiuti, ma da cui è possibile evidenziare scostamenti e anomalie che, se non indicano per forza di cose un problema corruttivo vero e proprio, possono comunque essere indice di inefficienze e sprechi.

Credo insomma che da questa ricerca si possano estrarre informazioni, dati e conclusioni utili ai decisori politici impegnati in una riforma del sistema sanitario, alle istituzioni di controllo e monitoraggio impegnate in un compito sempre più complesso e difficile, agli operatori del settore che possono trarre spunti operativi per implementare pratiche di prevenzione più efficaci.

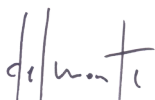
Non mancano sicuramente delle indicazioni fondamentali anche per noi, impegnati per almeno altri due anni nel progetto “Curiamo la corruzione”, di cui questa ricerca è solo una, seppur importante, prima parte.

Nei prossimi mesi saremo infatti impegnati con quattro coraggiosi responsabili anticorruzione (da Trento a Bari, da Melegnano a Siracusa), per testare e monitorare l'efficacia nelle loro strutture di specifici strumenti di prevenzione e contrasto della corruzione. Avremo quindi la possibilità di verificare sul campo se alcune delle intuizioni contenute nel nostro rapporto hanno un riscontro nella realtà, così da poter proporvi nel 2017 non solo un aggiornamento dell'analisi, ma anche un riscontro fattivo e concreto rispetto alle azioni anticorruzione che avremo intrapreso.

Formazione, sensibilizzazione, comunicazione pubblica e comunicazione istituzionale sono altri e importanti fronti di azione che ci verranno impegnati nei prossimi anni, con l'obiettivo comune di diffondere una vera e propria cultura dell'etica e

dell'integrità, unica soluzione a lungo termine per il problema della corruzione.

Concentrarsi unicamente su strumenti o politiche a corto raggio in grado di arginare momentaneamente il problema, ma incapaci di attaccarlo alla radice, non è la soluzione che cerchiamo. L'ambizioso obiettivo del progetto "Curiamo la corruzione" è quello di ripristinare una rinnovata dimensione etica in sanità e di diffondere una vera e propria cultura della prevenzione, poiché, come sostiene il filosofo Slavoj Žižek *"Il vero cambiamento non consiste nel raccogliere indennizzi dai responsabili, ma nel cambiare la situazione in modo tale che questi non siano più nella posizione di causare danni"*.



Davide Del Monte

Executive Director of Transparency International Italia

EXECUTIVE SUMMARY

Il progetto Curiamo la Corruzione, finanziato dalla *Siemens Integrity Initiative*, ha l'obiettivo di portare a un miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale per ciò che riguarda la sua capacità di prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi e gli sprechi ingiustificati.

Il progetto prevede un'attività di ricerca sulle dinamiche corruttive nel settore della sanità italiana, suddivisa in tre macro azioni, in capo rispettivamente a Censis, RiSSC, e ISPE-Sanità:

- la rilevazione della percezione di corruzione da parte del personale apicale;
- l'analisi del livello di rischio corruzione nei processi di acquisto delle aziende sanitarie;
- l'individuazione degli indicatori di spreco nei conti economici delle aziende sanitarie.

La ricerca si basa sull'analisi di dati raccolti presso tutte le strutture sanitarie pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale soggette alla legge 190/2012: ad esempio Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS, Ospedali classificati. I dati sono stati raccolti a cavallo tra il 2015 e il 2016 e provengono dai piani anticorruzione nella parte relativa ai contratti pubblici, da un questionario somministrato ai soggetti apicali e dai conti economici (CE) di tali strutture sanitarie. I dati raccolti interessano quasi 250 strutture italiane.

Dai risultati di queste analisi sono stati sviluppati dei "progetti pilota" presso alcune Aziende volontarie,

che si svilupperanno nel 2016. Il progetto prevede altresì la costituzione di un tavolo di lavoro pubblico/privato, di attività formative e di *coaching*.

Il report **Curiamo la Corruzione – Percezioni, Rischi e Sprechi in Sanità**, presentato nell'ambito della 1ª Giornata Nazionale contro la Corruzione in Sanità, presenta tre contributi:

- uno studio basato su un'indagine del personale delle aziende sanitarie, condotto tra settembre 2015 e febbraio 2016, che rileva la percezione di corruzione del personale direttivo delle aziende sanitarie italiane;
- uno studio basato sull'analisi dei piani anticorruzione pubblicati a novembre 2015 di tutte le aziende del SSN che rileva il rischio corruzione del settore acquisti delle aziende sanitarie italiane;
- uno studio basato sull'analisi dei conti economici 2013 di tutte le aziende sanitarie che rileva gli sprechi giustificati e ingiustificati in alcuni servizi.

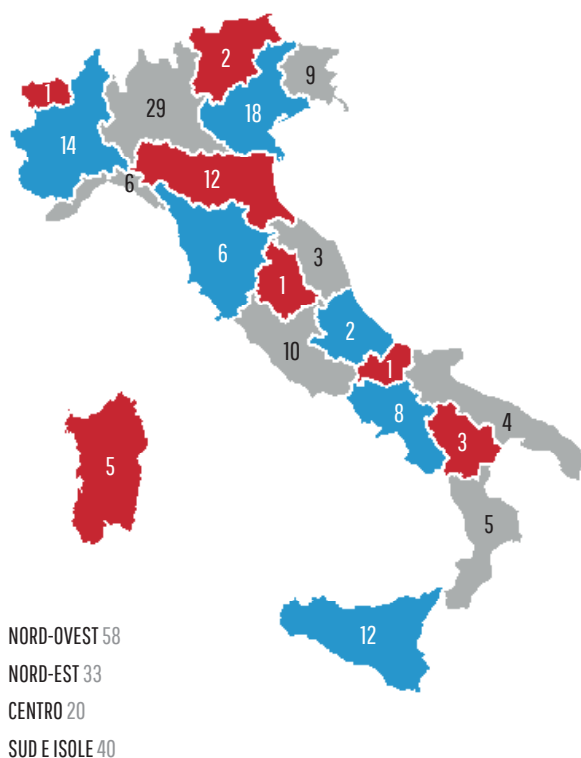
LA PERCEZIONE DI CORRUZIONE

La corruzione è percepita dall'87,2% degli intervistati come un problema grave, addirittura per il 98,7% è uno dei maggiori problemi del Paese.

Due terzi dei dirigenti sanitari contattati (il 67,6% del totale) ritengono che l'Autorità Nazionale

Anticorruzione sia utile per prevenire e combattere il fenomeno, mentre il 32,4% teme un appesantimento della burocrazia a causa delle richieste di ANAC (45,2% al nord-est).

FIG. 1 | STRUTTURE SANITARIE CHE HANNO PARTECIPATO ALL'INDAGINE, PER REGIONE E CIRCOSCRIZIONE GEOGRAFICA (V.A.)



L'89,3% ritiene che la corruzione pervada le pubbliche amministrazioni a prescindere dalla loro attività, anche se risulta particolarmente diffusa nel comparto della sanità (il 59,3% è molto o abbastanza d'accordo). Circa il 50% degli intervistati ritiene che sia diffusa tanto nel settore pubblico quanto nel settore privato, e che sia ugualmente diffusa nei diversi paesi europei.

L'eccessiva ingerenza della politica nelle nomine dei vertici della Pubblica Amministrazione è vista come la causa principale di corruzione, seguita dall'elevato livello di burocrazia e dallo scarso attaccamento e dalla scarsa attenzione nell'utilizzo del denaro pubblico.

Gli ambiti più a rischio sono le gare d'appalto (82,7% degli intervistati) e la realizzazione di opere (66,0% del totale).

La maggior parte dei dirigenti intervistati (66,7%) è convinto che ci sia la possibilità concreta che si verifichino episodi di corruzione nel loro ente, e addirittura un ulteriore 10,0% sostiene che il rischio sia elevato. Il 37,2% del totale, negli ultimi 5 anni ha registrato all'interno delle proprie strutture episodi di corruzione.

Le strutture che hanno partecipato all'indagine sembrano essere tutte (96,6%) impegnate al massimo nella prevenzione e nel contrasto della corruzione: in particolare, il 97,3% dichiara di avere un Codice di comportamento dei dipendenti integrativo al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici; il 92,6% ha predisposto un Regolamento per le procedure d'acquisto ai sensi dell'art.125 del Codice degli Appalti, e il 91,6% ritiene che nella propria struttura si seguano procedure trasparenti per l'aggiudicazione degli appalti. Inoltre, l'85,4% dichiara che la propria azienda pratica una "whistleblowing policy", ovvero ha previsto procedure per la segnalazione di casi di corruzione e azioni a tutela dei dipendenti (*whistleblower*) che effettuano le segnalazioni di illecito.

Non sembra ancora far parte della prassi comune delle strutture sanitarie, invece, la rotazione di dirigenti e dipendenti che operano in posizioni a particolare rischio di corruzione: infatti, si tratta di una prassi prevista solo dal 54% delle strutture che hanno partecipato all'indagine.

Il 95,4% degli intervistati dichiara che all'interno del Piano sono state individuate le attività più esposte alla corruzione e sono state adottate efficaci misure preventive, ma la quota di quanti ritengono che il Piano e le azioni in esso previste costituiscano un reale deterrente è pari al 58,3% del totale, mentre il 35,1% è convinto che esso non impatti in maniera decisiva sulla corruzione.

I RISCHI DI CORRUZIONE

Secondo ANAC, nel 2015 il 96,3% delle amministrazioni pubbliche italiane ha adottato il PTPC e il 62% l'ha aggiornato. AGENAS rileva che i

bandi di gara sono pubblicati nel 98% dei casi.

Dal punto di vista formale, il Sistema Sanitario Nazionale SSN rispetta le norme sull'anticorruzione. Tuttavia, il mero adempimento formale non basta a garantire un effettivo controllo. Esistono infatti numerosi limiti in termini di risorse e di capacità di analizzare le informazioni pubblicate per individuare eventuali anomalie, ed è sostanzialmente impossibile verificare se le informazioni pubblicate siano complete, tempestive e veritiere.

Dal punto di vista sostanziale, il discorso cambia significativamente: dalla ricerca emerge che solo il 25% degli enti sanitari ha individuato i rischi di corruzione per gli acquisti e le misure di prevenzione, mentre tre enti su quattro hanno adottato documenti vuoti o privi di strategie anticorruzione. In particolare:

1. il 40% delle aziende sanitarie non ha svolto l'analisi dei rischi limitandosi ad un "copia-incolla" delle prescrizioni contenute nel modello messo a disposizione da ANAC;
2. il 34% delle aziende sanitarie ha svolto l'analisi dei rischi, limitandosi però all'individuazione di: aree organizzative, processi e attività e relativo grado di rischio individuato, senza prevedere delle possibili misure di contrasto o prevenzione;
3. il 26% delle aziende sanitarie ha pubblicato una tabella di analisi dei rischi piuttosto esaustiva, contenente dunque: aree organizzative, processi e attività, relativo grado di rischio e possibili misure di contrasto o prevenzione.

I cinque rischi più gravi per il Sistema sanitario nazionale, derivanti dalla media dei valori attribuiti dai RPC nei rispettivi piani, sono:

1. accordi preventivi tra i partecipanti ad una

gara, soprattutto nella spartizione dei lavori in subappalto;

2. definizione di esclusività di un servizio, che elimina la concorrenza a favore dell'impresa titolare del servizio o del bene;
3. rimodulazione indebita del cronoprogramma in funzione delle esigenze o a vantaggio dell'appaltatore;
4. la nomina di soggetti di parte nelle commissioni di gara per garantire un occhio di favore nella selezione del contraente;
5. il comodato gratuito o la donazione di attrezzature, farmaci e dispositivi per generare maggiori consumi o spese non previste o non autorizzate.

I rischi più frequenti nei piani anticorruzione sono invece:

1. il rischio di accettare o richiedere varianti in corso d'opera per permettere all'impresa appaltatrice di recuperare – illegittimamente – lo sconto offerto in sede di gara;
2. l'uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa;
3. l'adozione, nell'ambito del disciplinare, di condizioni tecniche od economiche o di altre specifiche che favoriscono di fatto un'impresa a scapito delle concorrenti;
4. l'abuso dell'affidamento diretto;
5. l'adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara, al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario.

FIG. 2 | ESEMPIO DI PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE PRIVO DI ANALISI DEI RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

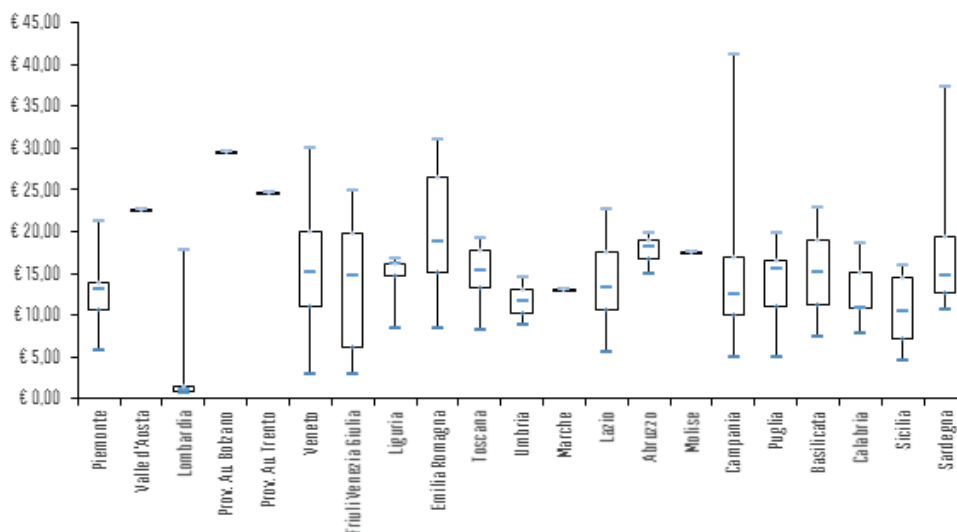
ASP PILANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE PER IL TRIENNIO 2015 - 2017					
				REVISIONE N°1 del 15.01.2015	Pagina 21 di 37
REGISTRO DEL RISCHIO ASP DI CATANZARO					
MISURE OBLIGATORIE ESISTENTI APPLICABILI A TUTTI I LIVELLI DI RISCHIO:					
Trasparenza - Codice di Comportamento - Attenzione in caso di conflitto di interessi - Conferimento/autorizzazione incarichi d'ufficio e attività extraistituzionali - Osservanza i doveri di imparzialità e imparzialità per gli incarichi dirigenziali - Whistleblowing - P. atto di integrità					
Le probabili misure suggerite possono essere riviste e corrette dal referente.					
Area a Rischio	Processo	Fattori di Rischio	Grado di Rischio	Misure preventive adottate riferimenti normativi nazionali, regionali, regolamenti aziendali, Procedure, Protocolli.	Misure preventive ulteriori da adottare, tempi di attuazione e l'indice di monitoraggio

GLI SPRECHI INGIUSTIFICATI

Il lavoro di stima dei conti economici ha permesso l'osservazione delle differenze interne ad ogni

Regione e si è incentrato sull'effettiva quantificazione del bacino d'inefficienze in una dinamica temporale 2009-2013 per evidenziare l'entità delle misurazioni nel tempo.

FIG. 3 | SPESE PER PULIZIA PER RESIDENTE, 2013 (ASL)



I risparmi legati alle 6 voci di spesa considerate (pulizia, mensa, lavanderia, smaltimento rifiuti, cancelleria e guardaroba) ammontano, per il 2013, a circa 493 milioni complessivi per le Aziende sanitarie locali (Asl) e 485 milioni per le Aziende ospedaliere (Ao). Si tratta della misurazione dello “spreco ingiustificato” desunto dalla sommatoria per ogni Regione della differenza inter-quantile (75°-mediana) rapportata alla popolazione/numero dei dimessi. Nel complesso, quindi, si quantificano potenziali risparmi per 979 milioni di euro per le voci di spesa analizzate tra Asl e Ao. Per quanto riguarda lo “spreco altamente ingiustificato”, la cifra emersa corrisponde a 170 milioni per le Asl e 233 milioni per le Ao per il 2013 per un totale di 403 milioni.

Queste voci, prese cumulativamente, costituiscono circa l'1,5% della spesa sanitaria nazionale. Se consideriamo il peso medio dello spreco ingiustificato sul totale speso dalle ASL italiane per le voci analizzate emerge che esso corrisponde mediamente al 29% mentre per quello altamente ingiustificato il 10%, (sempre in riferimento alle voci in analisi).

La misurazione dello spreco mostra una dinamica decrescente nell'arco degli anni analizzati. Tuttavia il dato va osservato alla luce di un complessivo contenimento delle spese che, su pressioni di bilancio, ha riguardato la spesa sanitaria complessiva. Pertanto nel periodo 2009-2013 osserviamo l'effetto combinato delle manovre di taglio alla spesa e i tentativi messi in campo per razionalizzarla e renderla efficiente, nel rispetto dei vincoli macroeconomici dettati dalla UE. L'effetto, quindi sembra essere quello di una riduzione generalizzata sia della spesa sia delle inefficienze senza però alcuna inversione di tendenza per quanto riguarda il peso degli sprechi all'interno del totale speso. Gli interventi di contenimento finanziario susseguitisi negli ultimi anni, pertanto, sono stati finalizzati principalmente alla razionalizzazione lineare della spesa e non alla selezione delle voci inefficienti né alla riduzione delle relative sacche di spreco. In altre parole essi hanno avuto l'effetto di ottenere dei risparmi, ma non hanno saputo intervenire sulle disfunzioni gestionali dalle quali originano le inefficienze.

PROSSIMI PASSI

Il progetto, oltre alla ricerca qui presente, prevede l'esecuzione di diverse altre attività, che vanno dalla formazione anticorruzione dei dirigenti e del personale sanitario alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica sul problema, attraverso una campagna social; dall'elaborazione di strumenti di *policy-making* (raccomandazioni e linee guida) all'applicazione di strumenti concreti di prevenzione e contrasto della corruzione in alcune strutture sanitarie.

I percorsi di formazione finora messi in calendario toccheranno Lazio e Toscana e ovviamente le quattro strutture pilota del progetto e saranno composti da momenti "standard" in aula, sessioni di *coaching* ed eventi di sensibilizzazione etica aperti a tutto lo staff.

La campagna comunicativa sfrutterà i canali web del progetto e i profili Facebook e Twitter per cercare di propagare il più possibile tra i cittadini i messaggi propri dei partner del progetto, cioè l'importanza di vivere, lavorare e... curarsi in un ambiente trasparente, rispettoso delle norme etiche ed efficiente.

I lavori del Tavolo Pubblico/Privato, composto da personalità di assoluto rilievo e competenza nel mondo della sanità ha il non semplice scopo di sintetizzare in due documenti distinti delle raccomandazioni "alte", destinate a Ministro e Istituzioni interessate, per riformare in maniera ancor più trasparente e responsabile il settore e delle linee guida operative per le strutture sanitarie.

Infine, attraverso i piloti (quattro per questo primo anno di progetto: Bari, Melegnano e Martesana, Siracusa e Trento) ci si prefigge il difficile compito di sperimentare sul campo l'efficacia di alcuni strumenti di contrasto alla corruzione, in particolare per garantire l'accesso alle informazioni, per migliorare la qualità e la condivisione di dati e informazioni, per tutelare chi fa segnalazioni di illeciti e per rendere più efficaci i piani anticorruzione.

Nel 2016 avremo modo di capire grazie a questi quattro volontari cosa davvero funziona e cosa invece no, rispetto a quanto previsto, così da poter effettuare le migliorie e ripartire, con due ulteriori strutture volontarie, nella sperimentazione.

01

PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE IN SANITÀ

PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE IN SANITÀ

METODOLOGIA E DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Questa parte dell'attività di ricerca consiste nella rilevazione- attraverso una consultazione diretta- della percezione della corruzione da parte del personale apicale delle strutture sanitarie pubbliche.

Le strutture interessate all'indagine sono state le Aziende Sanitarie locali, le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere integrate con le Università, le Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN, gli Enti di Ricerca, gli IRRCCS pubblici, gli Istituti qualificati come presidi della USL, gli Ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'art.1 ultimo comma della L. 132/1968, per un totale di 333 strutture.

Le materie di indagine sono state rilevate attraverso un questionario predisposto dal Censis e validato dall'intero gruppo di lavoro e composto di 21 domande a risposte chiuse, articolate nelle seguenti sezioni:

A - La corruzione nella Pubblica Amministrazione (5 domande di valutazione sulla presenza e la gravità del fenomeno e sui comparti maggiormente interessati);

B - La corruzione in sanità (4 domande di valutazione della presenza e gravità del fenomeno all'interno delle strutture sanitarie pubbliche in genere e della struttura rispondente in particolare e sugli ambiti maggiormente coinvolti);

C - I strumenti di prevenzione e di contrasto (7 domande sugli strumenti adottati in applicazione della normativa vigente in materia di corruzione e di trasparenza delle informazioni e/o integrativi a quelli previsti e di valutazione sulla validità degli stessi);

D - Il profilo dell'intervistato (5 domande sulle caratteristiche socio-anagrafiche e lavorative dell'intervistato).

All'interno del questionario si è scelto volutamente di non dare alcuna definizione della voce "corruzione", lasciando che le risposte scaturissero liberamente dalla sensibilità e dalla percezione dei singoli rispondenti.

Il questionario è stato inviato a tutti i Direttori Generali delle strutture sanitarie con richiesta di compilazione da parte di un soggetto altamente qualificato interno alla struttura (lo stesso Direttore generale, il Responsabile acquisti, il Responsabile anticorruzione...), ed è stato accompagnato da una lettera contenente la presentazione dell'indagine e le istruzioni per la compilazione e l'invio.

La somministrazione e la compilazione è avvenuta *on line* direttamente su piattaforma *WebLive* a partire dal 15 settembre 2015.

I risultati che si riportano nelle pagine che seguono si riferiscono ai 151 questionari (45,3% del totale) pervenuti alla data del 23 febbraio 2016.

In alcuni territori nel corso dell'indagine sono

avvenute importanti modifiche organizzative, con conseguente accorpamento di alcune strutture e riduzione del numero delle Aziende. Per non perdere informazioni preziose, il gruppo di lavoro ha comunque deciso di effettuare l'analisi dei risultati su tutti i questionari pervenuti, e relativi a

151 strutture: 58 hanno sede del Nord-ovest, 40 nel Sud e Isole, 33 nel Nord-est e 20 nel Centro (fig. 1). 76 strutture, pari al 50,3% del totale, sono Aziende sanitarie locali o assimilate, mentre le altre 75 sono Aziende Ospedaliere, ospedali e assimilati (fig. 2).

FIG. 1 | STRUTTURE SANITARIE CHE HANNO PARTECIPATO ALL'INDAGINE, PER REGIONE E CIRCOSCRIZIONE GEOGRAFICA (V.A.)

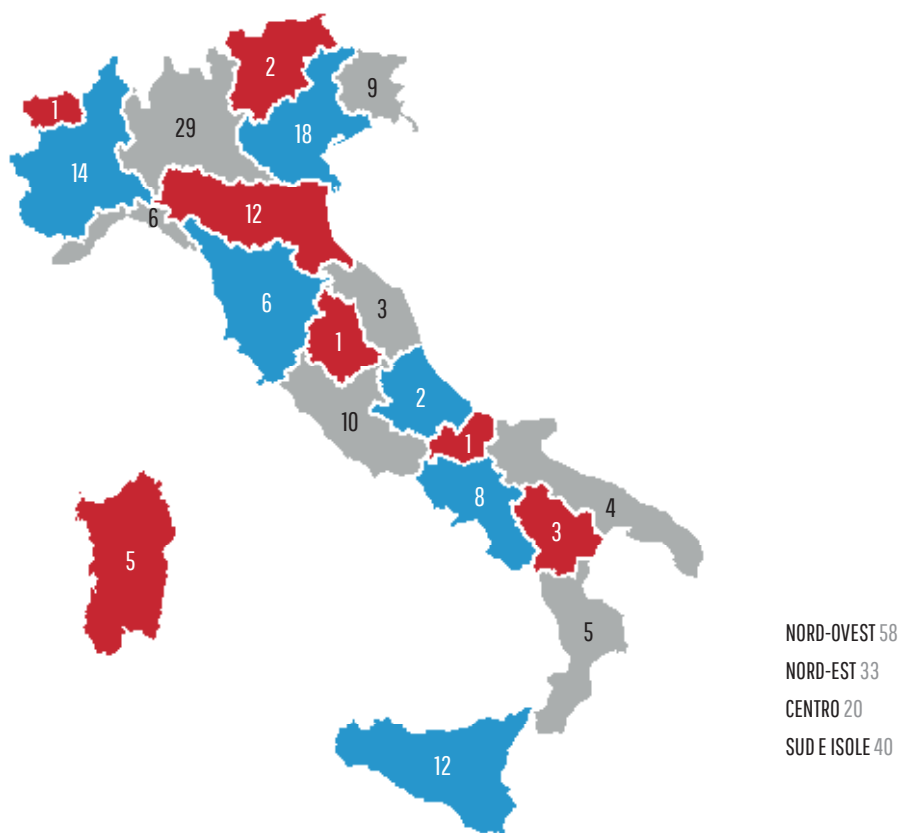


FIG. 2 | TIPOLOGIA DELLE STRUTTURE SANITARIE CHE HANNO PARTECIPATO ALL'INDAGINE (V.A E VAL %)



ANALISI DEI RISULTATI

La corruzione nella Pubblica Amministrazione: un problema che è e rimane grave

Nonostante le azioni che sono state realizzate negli ultimi anni, la corruzione è percepita dall'87,2% degli intervistati come un problema che rimane grave e che necessita di una pluralità di interventi (fig. 3). Addirittura, il 98,7% degli intervistati ritiene che si tratti di uno dei maggiori problemi che in questo momento affliggono il nostro Paese.

In particolare, due terzi dei dirigenti sanitari contattati (il 67,6% del totale) ritengono che l'Autorità nazionale anticorruzione sia utile per prevenire e combattere il fenomeno, mentre il restante 32,4% sottolinea il rischio che l'azione dell'Anac si risolva in un ulteriore appesantimento delle procedure burocratiche richieste, senza che si ottengano i risultati auspicati (fig. 4). I più scettici sulla reale capacità dell'Anac di contrastare la corruzione sono i dirigenti delle strutture sanitarie del Nord-est, che nel 45,2% dei casi segnalano il rischio di una ulteriore burocratizzazione delle procedure senza ottenere i risultati sperati (tab. 1).

La corruzione è percepita come una questione che interessa trasversalmente tanto il settore pubblico quanto quello privato (il 52% degli intervistati pensa che sia più diffusa nel settore pubblico, ma il 48% non è d'accordo), che non è circoscritta a qualche ambito in particolare (l'89,3% ritiene che pervada le pubbliche amministrazioni a prescindere dalla loro attività), anche se risulta particolarmente diffusa nel comparto della sanità (il 59,3% è molto o abbastanza d'accordo, mentre il 40,7% non la pensa così). Il campione si divide anche nel valutare la diffusione della corruzione in Italia rispetto agli altri paesi

europei: a dispetto degli indici di percezione, che ci vedono sempre nelle ultime posizioni in Europa, i dirigenti delle strutture sanitarie sono convinti, nel 53,4% dei casi, che la corruzione sia una pratica che è ugualmente diffusa nei diversi paesi europei (tab. 2).

La graduatoria dei comparti e dei soggetti pubblici maggiormente esposti al rischio di corruzione - per come è stata costruita dagli stessi intervistati - è guidata dai Ministeri e dagli altri organismi pubblici a livello centrale (con un punteggio medio di 7,9/10), a pari merito con Regioni ed enti locali; subito a ridosso si trovano le strutture sanitarie (7,4/10), seguite dalle Università, -con un punteggio medio di 6,3-, e, molto più distanti, dalle Forze dell'ordine (4,8) e dalla Scuola (4,5) (tab. 3).

Il motivo principale della presenza delle pratiche corruttive consisterebbe nella eccessiva ingerenza della politica nelle nomine dei vertici della Pubblica Amministrazione e, di conseguenza, nel controllo che questa può rivendicare sui comportamenti e sulle azioni dei dirigenti pubblici (punteggio medio di 4,2/7). Seguono la farraginosità e la poca chiarezza delle procedure burocratiche, che finiscono per lasciare ampi margini di discrezionalità (3,5/7). La corruzione, insomma, sarebbe un altro prezzo che paga un paese in cui la Pubblica Amministrazione non è capace di fare da stimolo all'azione delle imprese e di dare risposte alle esigenze dei cittadini. Al terzo posto, come motivo che spinge il dipendente pubblico alla corruzione, vengono individuati lo scarso attaccamento e la scarsa attenzione nell'utilizzo del denaro pubblico (3,3/7). Meno importanti sarebbero, nel momento in cui si decide di partecipare ad un atto di corruzione, le considerazioni sugli aspetti penali, dati dalla scarsa rilevanza delle pene previste e dalla certezza di non essere scoperti (tab. 4).

FIG. 3 | "SECONDO LEI, LA CORRUZIONE È UN PROBLEMA?"

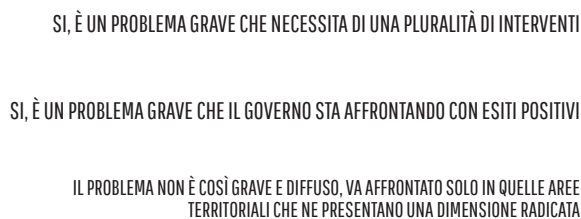
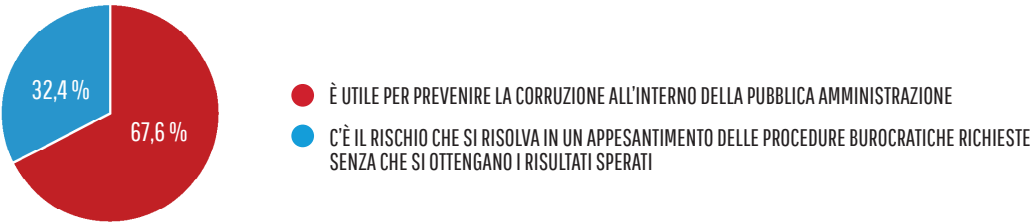


FIG. 4 | OPINIONI SULL'ANAC (VAL. %)



TAB. 1 | OPINIONI DEGLI INTERVISTATI SULL'ANAC, PER AREA GEOGRAFICA (VAL. %)

QUAL È IL SUO GIUDIZIO SULLA FUNZIONE DELL'ANAC?	AREA GEOGRAFICA				TOTALE
	NORD-OVEST	NORD-EST	CENTRO	SUD E ISOLE	
È UTILE PER PREVENIRE LA CORRUZIONE ALL'INTERNO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	63,2	54,8	90,0	72,5	67,6
C'È IL RISCHIO CHE SI RISOLVA IN UN APPESANTIMENTO DELLE PROCEDURE BUROCRATICHE RICHIESTE, SENZA CHE SI OTTENGANO I RISULTATI SPERATI	36,8	45,2	10,0	27,5	32,4
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TAB. 2 | OPINIONI DEGLI INTERVISTATI SULLA CORRUZIONE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (VAL. %)

OPINIONI	DEL TUTTO D'ACCORDO	ABBASTANZA D'ACCORDO	IN DISACCORDO	TOTALE
LA CORRUZIONE È UNO DEI MAGGIORI PROBLEMI DEL NOSTRO PAESE	69,5	29,1	1,3	100,0
LA CORRUZIONE PERVADE IL COMPORTAMENTO DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI, A PRESCINDERE DALLA LORO ATTIVITÀ	36,7	52,7	10,7	100,0
LA CORRUZIONE È PIÙ DIFFUSA NEL SETTORE PUBBLICO RISPETTO A QUELLO PRIVATO	14,7	37,3	48,0	100,0
LA CORRUZIONE È UN PROBLEMA EGUALMENTE DIFFUSO NEI PAESI EUROPEI	6,8	46,6	46,6	100,0
LA CORRUZIONE È PARTICOLARMENTE DIFFUSA NEL COMPARTO DELLA SANITÀ	17,3	42,0	40,7	100,0

TAB. 3 | IL RISCHIO DI CORRUZIONE NEI DIVERSI COMPARTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (PUNTEGGIO MEDIO 1=LIVELLO MINIMO DI CORRUZIONE PERCEPITA, 10=LIVELLO MASSIMO DI CORRUZIONE PERCEPITA)

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

TAB. 4 | MOTIVI DELLA PRESENZA DELLA CORRUZIONE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (PUNTEGGIO MEDIO 1=MOTIVO MENO IMPORTANTE, 7=MOTIVO PRINCIPALE)

COMPARTI	PUNTEGGIO MEDIO (DA 1 A 10)
ECESSIVA INGERENZA DELLA POLITICA NELLE NOMINE APICALI	4,2
PROCEDURE POCO CHIARE E FARRAGINOSE CHE LASCIANO AMPI MARGINI DI DISCREZIONALITÀ	3,5
SCARSA ATTENZIONE ALL'UTILIZZO DELLE RISORSE PUBBLICHE	3,3
RAPPORTO TRA POLITICI, DIRIGENTI E CRIMINALITÀ ORGANIZZATA	2,9
SOSTANZIALE IMPUNITÀ DEI RESPONSABILI, SE SCOPERTI	2,7
SCARSA IDENTIFICAZIONE DEL PERSONALE NELLA MISSION DELLA STRUTTURA	2,4
CERTEZZA DI NON ESSERE SCOPERTI	2,0

La corruzione in sanità: 4 strutture sanitarie su 10 hanno avuto problemi negli ultimi cinque anni

Passando alla descrizione di come – sulla base della loro esperienza – si configura la corruzione nel comparto della sanità, l'ambito più a rischio viene individuato nelle gare d'appalto, allorquando le strutture sanitarie si trovano ad avere a che fare con committenti esterni per l'affidamento di contratti relativi all'acquisto di beni e servizi (l'82,7% degli intervistati ritiene che sia questo l'ambito più esposto), o per la realizzazione di opere (a rischio di corruzione per il 66,0% del totale). Da segnalare

come il rischio sia percepito come più elevato da parte dei dirigenti delle strutture ospedaliere (tab. 5)

Segue, ma a grande distanza, l'ambito delle politiche del personale, in primo luogo di quelle relative alla scelta dei soggetti apicali: il 31,3% dei dirigenti ritiene che l'assunzione di personale sia un aspetto a rischio di corruzione, e il 26,7% pensa che lo siano le nomine dei soggetti apicali.

Un settore suscettibile di pratiche corruttive risulta inoltre, per il 20% dei dirigenti, quello dell'accreditamento, che consente a determinate strutture private di erogare prestazioni nell'ambito e

per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Altri ambiti che si prestano ad elargire favori a pagamento sono quello dell'utilizzo improprio dei farmaci (per cui, per esempio, si possono comperare quantitativi di farmaci in eccesso o prescrivere farmaci non necessari), segnalato dal 15,3% dei dirigenti sanitari, e quello delle consulenze esterne e della formazione, indicato dal 13,3% degli intervistati. Meno segnalati, ma comunque presenti, sono gli ambiti che hanno come protagonisti gli operatori sanitari, e che si traducono nella richiesta di prestazioni non dovute (8%, che sale al 13,3% all'interno delle Asl), o nella disponibilità a rilasciare falsi certificati (5,3%) o, ancora, nell'intervento per alterare l'ordine nelle liste d'attesa (8%). Infine, un ultimo ambito che si presta a pratiche corruttive è quello dello smaltimento dei rifiuti speciali, segnalato dal 6,7% degli intervistati.

Quanto alla reale possibilità che all'interno di

un'Azienda sanitaria si verifichino episodi di corruzione, la maggior parte dei dirigenti intervistati (66,7%) è convinto che ci sia la possibilità concreta, e addirittura un ulteriore 10,0% sostiene che il rischio sia elevato, mentre il 23,3% dichiara che è scarsa la possibilità che si verifichino azioni corruttive che abbiano come protagonisti i dipendenti dell'Azienda (fig. 5).

A confermare che il problema esiste sta il fatto che ben 55 tra le strutture che hanno risposto, pari a al 37,2% del totale, negli ultimi 5 anni hanno registrato al proprio interno episodi di corruzione, che in circa un terzo dei casi non sono stati affrontati in maniera appropriata (fig.6). Da segnalare che gli episodi di corruzione risultano più presenti nelle Aziende sanitarie (41,1% del totale) rispetto agli ospedali (33,4%), ma questi ultimi nel 44,0% del totale ammettono di non essere stati capaci di affrontare i casi come avrebbero dovuto (fig. 6 e tab. 6).

TAB. 5 | AMBITI MAGGIORMENTE A RISCHIO DI CORRUZIONE, PER TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA SANITARIA (VAL. %)

* IL TOTALE DELLE PERCENTUALI POTREBBE ESSERE DIVERSO DA 100 PERCHÉ ERANO POSSIBILI PIÙ RISPOSTE

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

FIG. 5 | RISCHIO CHE AVVENGA UN FENOMENO CORRUTTIVO ALL'INTERNO DELLA PROPRIA STRUTTURA SANITARIA (VAL. %)

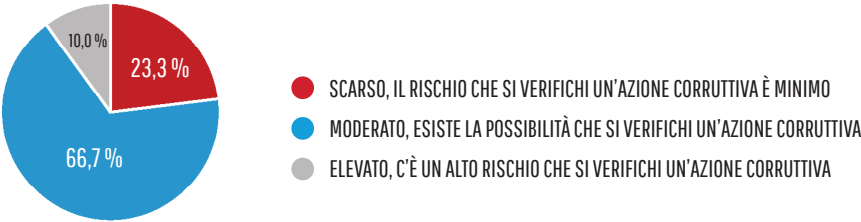
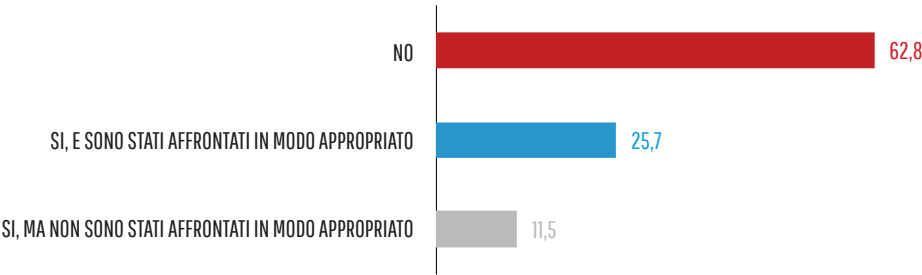


FIG. 6 | AZIENDE SANITARIE CHE HANNO FATTO REGISTRARE UNO O PIÙ EPISODI DI CORRUZIONE NEGLI ULTIMI 5 ANNI (VAL. %)



TAB. 6 | STRUTTURE SANITARIE CHE HANNO FATTO REGISTRARE UNO O PIÙ EPISODI DI CORRUZIONE NEGLI ULTIMI 5 ANNI, PER TIPOLOGIA (VAL. %)

NEGLI ULTIMI 5 ANNI, HA ASSISTITO O È VENUTO A CONOSCENZA DI UNO O PIÙ EPISODI DI CORRUZIONE NELL'AZIENDA IN CUI LAVORA?	TIPOLOGIA DI STRUTTURA		
	ASL	OSPEDALE / AO	TOTALE
SÌ, E SONO STATI AFFRONTATI IN MODO APPROPRIATO	32,9	18,7	25,7
SÌ, MA NON SONO STATI AFFRONTATI IN MODO APPROPRIATO	8,2	14,7	11,5
NO	58,9	66,7	62,8
TOTALE	100,0	100,0	100,0

Gli strumenti di prevenzione e contrasto: tanti ma ancora poco efficaci

Le strutture che hanno partecipato all'indagine sembrano essere tutte (96,6%) impegnate al massimo nella prevenzione e nel contrasto della corruzione: in particolare, il 97,3% dichiara di avere un Codice di

comportamento dei dipendenti integrativo al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici; il 92,6% ha predisposto un Regolamento per le procedure d'acquisto ai sensi dell'art.125 del Codice degli Appalti, e il 91,6% ritiene che nella propria struttura si seguano procedure trasparenti per l'aggiudicazione

degli appalti. Inoltre, l'85,4% dichiara che la propria azienda pratica una "*whistleblowing policy*", ovvero ha previsto procedure per la segnalazione di casi di corruzione e azioni a tutela dei dipendenti (*whistleblower*) che effettuano le segnalazioni di illecito (tab. 7).

Non sembra ancora far parte della prassi comune delle strutture sanitarie, invece, la rotazione di dirigenti e dipendenti che operano in posizioni a particolare rischio di corruzione: infatti, si tratta di una prassi prevista solo dal 54% delle strutture che hanno partecipato all'indagine.

Tutte le Aziende sanitarie hanno l'obbligo, ai sensi della legge 190/2012, di redigere un Piano anticorruzione e di nominare un responsabile della prevenzione: nella stragrande maggioranza dei casi esaminati si tratta del Direttore o di un dirigente amministrativo, in altri casi di un dirigente degli affari generali e legali o di un consulente esterno.

Nonostante il 95,4% degli intervistati dichiara che all'interno del Piano sono state individuate le attività più esposte alla corruzione e sono state adottate efficaci misure preventive, la quota di quanti ritengono che il Piano e le azioni in esso previste costituiscano un reale deterrente al verificarsi di azioni corruttive si abbassa al 58,3% del totale, mentre il 35,1% è convinto che esso non impatti in maniera decisiva sulla corruzione e il 6,6% non è in grado di fornire una risposta. Anche in questo caso, i più scettici risultano i dirigenti delle strutture sanitarie del Nord-est, che nel 42,4% dei casi sono convinti che il Piano non sortirà i risultati sperati; mentre i più fiduciosi risultano gli intervistati del Centro che sono convinti nell'80% dei casi che il Piano porterà ad un' effettiva riduzione dei casi di corruzione interna (fig.7 e tab. 8).

Più omogeneo il giudizio sulla trasparenza delle informazioni, per cui le Aziende sanitarie sono obbligate – ai sensi del Dlgs33/2013 attuativo della Legge 190/2012- a far circolare e rendere visibili le proprie azioni, permettendo il monitoraggio dei costi (attraverso, ad esempio, la pubblicazione del bilancio, delle procedure d'appalto..) e dei servizi (attraverso la pubblicazione, ad esempio, delle liste d'attesa). Sulla trasparenza attraverso la pubblicazione di dati ed informazioni sul sito web il 71,3% degli intervistati esprime una valutazione positiva (ma la quota scende al 59,6%

nel Nord-ovest), mentre il 25,3% crede che non incida significativamente sulla diffusione della corruzione in quanto la gente comune non è in grado di controllare quello che viene pubblicato (33,3% nel Nord-ovest), e il 3,3% ritiene che non vengano pubblicate le informazioni rilevanti per evitare le pratiche distorsive (7,0% nel Nord-ovest) (tab. 9). In ogni caso, sarebbe necessario integrare tale giudizio con quello dei cittadini per capire se gli utenti abbiano effettivamente a disposizione le informazioni di cui hanno bisogno per essere certi che l'Azienda sanitaria agisca in perfetta trasparenza e legalità.

Da segnalare, infine, come le aziende si siano attivate- come richiesto dalla legge- anche sul piano della sensibilizzazione e della formazione del personale, prevedendo, nel 69,8% dei casi, percorsi di formazione e seminari sui temi dell'etica e della legalità rivolti a tutto il personale e in un ulteriore 24,8% per i dipendenti che operano negli ambiti a maggior rischio di corruzione. Le più indietro risultano essere le strutture del Meridione, che nel 12,8% del totale non prevedono alcun tipo di formazione su queste tematiche e nel 28,2% prevedono corsi rivolti solo ai dipendenti maggiormente interessati; sul versante opposto, nel Nord-est l'84,8% delle strutture prevede corsi rivolti a tutti i dipendenti, ed un ulteriore 12,1% percorsi mirati al personale che opera nelle posizioni maggiormente esposte ai rischi di corruzione (tab. 10). Si registrano differenze nelle risposte anche tra Aziende sanitarie locali, dove nell'81.3% dei casi è prevista formazione rivolta a tutto il personale e nel 17,3% solo ai dipendenti che ricoprono posizioni più a rischio, e Aziende ospedaliere, che organizzano corsi di sensibilizzazione rivolti a tutti i dipendenti nel 58,1% dei casi, mentre nel 32,4% rivolgono l'attività formativa esclusivamente a chi opera nelle posizioni più a rischio e nel 9,5% non prevedono alcuna attività (tab. 11).

E sono proprio la formazione e la sensibilizzazione del personale ad essere giudicati come gli strumenti più efficaci per contrastare la corruzione: il 51,8% dei dirigenti sembrerebbe convinto che, in primo luogo, si debba lavorare sulle coscienze per renderle consapevoli della gravità dei danni che la corruzione provoca sulla Sanità pubblica e dell'impatto che frodi e illegalità provocano sulla salute dei cittadini (tab. 12). Seguono gli interventi che richiamano

ad un maggiore controllo dei due ambiti segnalati come più a rischio: quello degli appalti e quello delle nomine dei dirigenti. il 42,3% degli intervistati segnala l'opportunità di prevedere maggiori controlli sull'espletamento delle gare d'appalto e il 35,8% sulla allocazione delle spese; il 38,7% crede che sarebbe necessario vigilare maggiormente sulle nomine dei dirigenti e il 38% auspica che sia prevista la rotazione degli incarichi di chi opera nei settori più a rischio.

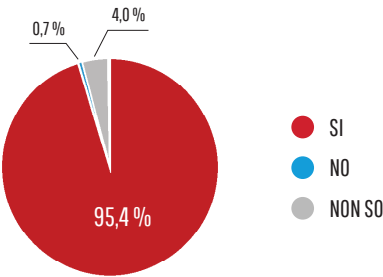
Numerosi - e pari al 35,8% - anche coloro che sostengono che sia importante incentivare e sostenere chi segnala episodi di corruzione. Molto meno indicate le altre opzioni, quali quella rendere maggiormente trasparenti i dati sulla spesa sanitaria attraverso una maggiore disponibilità di open data

(16,8%), o l'ipotesi di creare un Osservatorio sulla corruzione in sanità (12,4%), o, ancora, l'eventualità di dare maggiori poteri all'Anac (8,8%). Occorre però segnalare che per questa risposta più che per tutte le altre, risulta fondamentale il contesto in cui l'intervistato si trova ad operare: al Nord la formazione e la sensibilizzazione del personale si trova al primo posto tra le opzioni prescelte (64,5% nel Nord Est, 51,9% nel Nord Ovest), seguita dalla incentivazione e tutela della pratica del whistleblowing (40,7% nel Nord ovest, 51,6% nel Nord est), mentre al Centro i dirigenti insistono soprattutto sulla necessità di controllare le procedure d'appalto (63,2%) e nel Mezzogiorno si insiste soprattutto sulla necessità di assicurare la rotazione degli incarichi (54,5%) e sul controllo sulle nomine dei dirigenti (45,5%).

TAB. 7 | LE INIZIATIVE DELLE STRUTTURE SANITARIE CONTRO LA CORRUZIONE (VAL. %)

OPINIONI	SI	NO	NON SO	TOTALE
È IMPEGNATA NELLA LOTTA ALLA CORRUZIONE	96,6	0,7	2,7	100,0
HA UN CODICE DI COMPORTAMENTO CHE APPLICA A TUTTI I DIPENDENTI	97,3	2,0	0,7	100,0
SI È DOTATA DI STRUMENTI ATTRAVERSO CUI I DIPENDENTI POSSONO SEGNALARE POTENZIALI VIOLAZIONI DELLE NORME E DEI COMPORTAMENTI	85,4	9,3	5,3	100,0
TUTELA I DIPENDENTI CHE SEGNALANO VIOLAZIONI DELLE NORME E DEI COMPORTAMENTI	84,7	6,7	8,7	100,0
FAVORISCE UN'EFFICACE CIRCOLAZIONE DELLE INFORMAZIONI	83,1	10,1	6,8	100,0
HA PREDISPOSTO UN REGOLAMENTO PER LE PROCEDURE D'ACQUISTO	92,6	4,7	2,7	100,0
PREVEDE PROCEDURE TRASPARENTI PER L'AGGIUDICAZIONE DEGLI APPALTI	91,6	1,3	7,3	100,0
PREVEDE LA ROTAZIONE DEI DIRIGENTI E DEI DIPENDENTI CHE OPERANO IN POSIZIONI A RISCHIO DI CORRUZIONE	54,0	42,7	3,3	100,0

FIG. 7 | ALL'INTERNO DEL PIANO ANTICORRUZIONE DELLA SUA AZIENDA SONO STATE INDIVIDUATE LE ATTIVITÀ PIÙ ESPOSTE ALLA CORRUZIONE E ADOTTATE EFFICACI MISURE PER CONTRASTARLA? (VAL. %)



TAB. 8 | OPINIONI SULL'EFFICACIA DEL PIANO ANTICORRUZIONE, PER AREA GEOGRAFICA (VAL. %)

SECONDO LEI, IL PIANO:	AREA GEOGRAFICA				
	NORD-OVEST	NORD-EST	CENTRO	SUD E ISOLE	TOTALE
HA PORTATO AD UNA MAGGIORE TRASPARENZA E COSTITUISCE UN OSTACOLO ALLA DIFFUSIONE DELLA CORRUZIONE	56,9	48,5	80,0	57,5	58,3
NON IMPATTA SULLA DIFFUSIONE DELLA CORRUZIONE IN MANIERA DECISIVA	36,2	42,4	15,0	37,5	35,1
NON SO	6,9	9,1	5,0	5,0	6,6
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TAB. 9 | GIUDIZIO SULLA TRASPARENZA DELLE INFORMAZIONI ATTRAVERSO IL SITO WEB, PER AREA GEOGRAFICA (VAL. %)

GIUDIZIO	AREA GEOGRAFICA				
	NORD-OVEST	NORD-EST	CENTRO	SUD E ISOLE	TOTALE
HANNO PORTATO AD UNA MAGGIORE TRASPARENZA E COSTITUISCONO UN OSTACOLO ALLA DIFFUSIONE DELLA CORRUZIONE	59,6	78,8	70,0	82,5	71,3
NON INCIDONO SULLA DIFFUSIONE DEI FENOMENI CORRUTTIVI PERCHÉ LA POPOLAZIONE NON È IN GRADO DI CONTROLLARE CIÒ CHE AVVIENE	33,3	21,2	30,0	15,0	25,3
NON IMPATTANO SULLA DIFFUSIONE DELLA CORRUZIONE IN QUANTO NON VENGONO PUBBLICATE LE INFORMAZIONI RILEVANTI	7,0	0,0	0,0	2,5	3,3
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TAB. 10 | PERCORSI DI FORMAZIONE SUI TEMI DELL'ETICA E DELLA LEGALITÀ AVVIATI DALLE STRUTTURE SANITARIE, PER AREA GEOGRAFICA (VAL. %)

PERCORSI	AREA GEOGRAFICA				
	NORD-OVEST	NORD-EST	CENTRO	SUD E ISOLE	TOTALE
SÌ, PER TUTTI I DIPENDENTI	70,2	84,8	65,0	59,0	69,8
SÌ, MA SOLO AI DIPENDENTI CHIAMATI AD OPERARE NEGLI AMBITI A PIÙ ALTO RISCHIO DI CORRUZIONE	28,1	12,1	30,0	28,2	24,8
NO	1,8	3,0	5,0	12,8	5,4
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TAB. 11 | PERCORSI DI FORMAZIONE SUI TEMI DELL'ETICA E DELLA LEGALITÀ NELLE STRUTTURE SANITARIE, PER TIPOLOGIA (VAL. %)

NELL'AZIENDA IN CUI LAVORA VENGONO OFFERTI PERCORSI DI FORMAZIONE SUI TEMI DELL'ETICA E DELLA LEGALITÀ?	TIPOLOGIA DI STRUTTURA		
	ASL	OSPEDALE / AO	TOTALE
SÌ, PER TUTTI I DIPENDENTI	81,3	58,1	69,8
SÌ, MA SOLO AI DIPENDENTI CHIAMATI AD OPERARE NEGLI AMBITI A PIÙ ALTO RISCHIO DI CORRUZIONE	17,3	32,4	24,8
NO	1,3	9,5	5,4
TOTALE	100,0	100,0	100,0

TAB. 12 | MISURE RITENUTE PIÙ EFFICACI PER CONTRASTARE LA CORRUZIONE, PER AREA GEOGRAFICA (VAL. %)

* IL TOTALE DELLE PERCENTUALI POTREBBE ESSERE DIVERSO DA 100 PERCHÉ ERANO POSSIBILI PIÙ RISPOSTE

MISURE	AREA GEOGRAFICA				
	NORD-OVEST	NORD-EST	CENTRO	SUD E ISOLE	TOTALE
FORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE DEL PERSONALE	51,9	64,5	52,6	39,4	51,8
MAGGIORI CONTROLLI SULLE PROCEDURE DI APPALTO	38,9	29,0	63,2	48,5	42,3
MAGGIORE CONTROLLO SULLE NOMINE DEI DIRIGENTI PUBBLICI	40,7	29,0	36,8	45,5	38,7
ROTAZIONE DEGLI INCARICHI NEI SETTORI PIÙ A RISCHIO	37,0	29,0	26,3	54,5	38,0
INCENTIVARE LE SEGNALEZIONI E OFFRIRE MAGGIORI TUTELE A CHI SEGNALE LE VIOLAZIONI DELLE NORME E DEI COMPORTAMENTI	40,7	51,6	21,1	21,2	35,8
MAGGIORI CONTROLLI SULLE SPESE	37,0	29,0	36,8	39,4	35,8
AUMENTARE LA DISPONIBILITÀ DI OPEN DATA SULLA SPESA SANITARIA	14,8	25,8	15,8	12,1	16,8
CREARE UN OSSERVATORIO SUI FENOMENI DI CORRUZIONE IN SANITÀ	7,4	22,6	10,5	12,1	12,4
DARE MAGGIORI POTERI ALL'ANAC	9,3	6,5	15,8	6,1	8,8
MAGGIORE CONTROLLO SUL SISTEMA DEGLI ACCREDITAMENTI DELLE STRUTTURE PRIVATE	5,6	3,2	15,8	9,1	7,3

Profilo degli intervistati

All'indagine hanno partecipato 151 strutture sanitarie, pari al 45,3% del totale delle strutture contattate. Il questionario è stato sempre inviato al Direttore generale, che ha scelto se compilarlo personalmente, ovvero se affidarlo al responsabile

della corruzione o ad un altro dirigente esperto della tematica. A compilare il questionario sono stati 88 uomini (58,3%) e 63 donne (41,7%), con un'età media di 54,6 anni. In particolare, la maggioranza dei rispondenti (56,1%) ha un'età compresa tra i 51 e i 60 anni, e il 19,6% ha oltre 60 anni di età (tab. 13).

L'anzianità media all'interno della Struttura sanitaria supera di poco i 10 anni, anche se il 15,3% dei rispondenti vanta oltre 15 anni di permanenza all'interno della stessa struttura.

Mediamente chi ha risposto ricopre da sette anni la posizione che ha attualmente: ai due poli opposti si trovano il 25,5% che occupa la posizione da meno di due anni e il 27,7% che la ricopre da oltre 10 anni.

TAB. 13 | PROFILO SOCIO-LAVORATIVO DEGLI INTERVISTATI (VAL. %)

SESSO	VAL. %
MASCHI	58,3
FEMMINE	41,7
CLASSE DI ETÀ	% VALIDA
FINO A 40 ANNI	5,4
41-50 ANNI	18,9
51-60 ANNI	56,1
OLTRE 60 ANNI	19,6
TOTALE	100,0
<i>ETÀ MEDIA = 54,6</i>	
ANNI DI ANZIANITÀ NELLA STRUTTURA SANITARIA	% VALIDA
FINO A 10 ANNI	21,5
11-20 ANNI	31,9
21-30 ANNI	31,3
OLTRE 30 ANNI	15,3
TOTALE	100,0
<i>ANZIANITÀ MEDIA = 10,2</i>	
ANNI DA CUI RICOPRE LA POSIZIONE	% VALIDA
FINO A 2 ANNI	25,5
3-5 ANNI	21,3
6-10 ANNI	25,5
OLTRE 10 ANNI	27,7
TOTALE	100,0
<i>MEDIA ANNI = 7,1</i>	

CONCLUSIONI

Dai risultati dell'indagine appare evidente come il mondo della sanità pubblica si sia attivato per prevenire e contrastare la corruzione, rispondendo, e in alcuni casi anche andando oltre, a quanto stabilito dalla più recente normativa.

Si trattava, evidentemente, di rispondere ad un obbligo di legge, che però poggia sulla convinzione che la questione della corruzione sia un problema grave, soprattutto in un comparto che si occupa della salvaguardia della salute. Del resto, le risposte fornite mostrano che molte strutture sanitarie negli ultimi anni hanno avuto concretamente a che fare con un problema che non è solo etico, ma che è anche e soprattutto economico e sociale, in quanto incide direttamente sulla qualità e la quantità delle prestazioni erogate.

Su tutte le risposte aleggia la certezza che la corruzione sia resa possibile e agevolata dal mal funzionamento della Pubblica Amministrazione, che crea pericoli interstizi all'interno dei quali possono insinuarsi le attività illecite, e che non siano sufficienti leggi e autorità di controllo per arginare e, soprattutto, per prevenire il fenomeno, ma che sia invece necessario procedere ad un'azione di semplificazione e informatizzazione delle procedure che limitino al massimo gli spazi di intervento.

Gli intervistati sembrano anche essere convinti che non esiste la panacea in grado di risolvere tutti i problemi, ma che invece quella della corruzione sia una questione che va aggredita su più fronti, assicurandosi in primo luogo dell'indipendenza e dell'integrità di chi occupa le posizioni apicali, e garantendo, attraverso la rotazione degli incarichi, che non si creino le condizioni perché sia possibile acquisire rendite di posizione che consentano di abusare del proprio potere per coltivare interessi di tipo personale. Un altro tema più volte richiamato è quello degli appalti e dei necessari controlli sulla allocazione delle spese e sulle procedure di gara.

C'è inoltre la convinzione che gli interventi di carattere normativo ed organizzativo vadano accompagnati "dal basso", con azioni minute di sensibilizzazione e di informazione di tutto il personale per far comprendere quale sia il peso socio-economico delle pratiche corruttive, facilitare

l'individuazione delle stesse, introdurre alla pratica del whistleblowing (che è poco conosciuta, ma soprattutto poco praticata).

La formazione e la sensibilizzazione, già ampiamente praticate da tutte le strutture, sono viste come un elemento imprescindibile, senza il quale non sarà possibile ottenere un cambiamento reale nel comportamento di dirigenti pubblici, aziende private, operatori sanitari e perfino dei pazienti.

02

ANALISI DEI RISCHI DI CORRUZIONE

ANALISI DEI RISCHI DI CORRUZIONE

METODOLOGIA E DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Quali sono i principali rischi di corruzione nel Sistema Sanitario Nazionale? La legge 190/2012 offre l'opportunità di cercare la risposta all'interno degli strumenti di analisi del rischio che dal 2013 ogni struttura sanitaria pubblica deve adottare, in particolare nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC).

L'idea di fondo della ricerca è di raccogliere le informazioni sui rischi contenute all'interno, ed elaborarle sistematicamente per restituire al sistema sanitario una valutazione ragionata e complessiva dei rischi, della loro magnitudo e del loro impatto. L'obiettivo è di analizzare i rischi di corruzione individuati dai responsabili anticorruzione e riportati nei piani triennali per la prevenzione della corruzione (PTPC) di tutte le strutture sanitarie pubbliche in Italia. Le strutture interessate dalla ricerca sono tutte quelle soggette alla legge 190/2012. Si tratta pertanto di aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere integrate con l'università, Istituti di Ricerca IRCCS, per un totale di 248 enti di cui 143 ASL, 84 AO e 21 IRCCS analizzati.

Come noto, la legge 190/2012 prevede una serie di obblighi, che vanno dalla predisposizione del PTCT, alla nomina di un soggetto responsabile della sua attuazione, ai doveri di trasparenza e pubblicità delle informazioni sui siti istituzionali. In una prima fase di attuazione della legge, diverse ricerche

(es. Riparte il Futuro 2013) hanno approfondito il rispetto della normativa, con particolare attenzione a questi ultimi obblighi di pubblicità e trasparenza. Ad oggi, la maggior parte degli enti soggetti alla l. 190/2012 adempie all'obbligo normativo di adottare e pubblicare il PTPC. Tuttavia, in tempi più recenti le analisi hanno approfondito maggiormente gli aspetti contenutistici dei piani, andando oltre la mera formalità della pubblicazione e rilevando, attraverso analisi a campione, la qualità sostanziale dei piani stessi. In particolare ANAC, nel 2015, ha pubblicato una analisi dei PTCP che fotografa una situazione tutt'altro che positiva, a fronte della quale si è reso opportuno un aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA).

La presente ricerca intende fornire un ulteriore contributo a tale analisi, in due direzioni. Da un lato, analizzando TUTTI i PTPC in ambito sanitario, superando i limiti di un campionamento. Dall'altro lato, entrando nel merito specifico dei contenuti dei PTPC, relativamente ai rischi di corruzione e frode negli acquisti di servizi e forniture in ambito sanitario, che le stesse strutture sanitarie hanno rilevato e misurato.

In sostanza, la ricerca non si pone nell'ottica di andare a spiegare ai funzionari delle strutture sanitarie quali sono i rischi "teorici" o frutto di analisi esogene, ma raccoglie e valuta le analisi endogene, svolte dall'interno delle strutture stesse, per metterle a sistema.

Si tratta di un'analisi di merito finalizzata a: 1) classificare e misurare i rischi di corruzione e frode auto-rilevati dal sistema sanitario, 2) conoscere quali antidoti o anticorpi gli stessi organismi sanitari hanno predisposto, a tutela del proprio buon funzionamento; 3) contribuire alla predisposizione di strumenti che agevolino i responsabili della prevenzione della corruzione nel loro lavoro di aggiornamento dei PTPC, grazie ad una migliore standardizzazione e classificazione dei rischi e alla possibilità di confronti con altre strutture sanitarie del territorio nazionale.

In questa prima fase, la ricerca si limita ad analizzare tutti i PTPC in ambito sanitario raccolti fino a novembre 2015. Nella seconda fase, prevista nel corso del 2016-2017, la ricerca analizzerà i PTPC aggiornati ed il loro miglioramento rispetto alla situazione odierna. Al di là dei giudizi critici di ANAC sugli attuali piani, infatti, le cronache giudiziarie di questi giorni ci dimostrano che la malattia della corruzione è ancora presente e debilita l'organismo del sistema sanitario, pertanto si può ipotizzare che l'analisi e le contromisure non sono ancora sufficienti e serve uno sforzo ulteriore. In questo senso, si inserisce l'aggiornamento di ANAC del PNA, pubblicato a novembre 2015, che modifica e rinforza i meccanismi di analisi del rischio e di mitigazione dello stesso.

Il nuovo PNA – che individua sei aree a rischio nell'ambito dei contratti pubblici, rappresenta un'occasione importante per la presente ricerca, perché permetterà, nel corso del 2016, di analizzare i “nuovi” PTPC costruiti su una base standardizzata, e di confrontarli con i “vecchi” PTPC del 2015, oggetto del presente rapporto.

La raccolta dei dati

Dal mese di ottobre fino alla prima metà di novembre 2015 sono stati raccolti i PTPC pubblicati nei siti delle singole ASL e AO e i relativi allegati contenenti le tabelle di analisi dei rischi di corruzione. L'attività di raccolta, semplificata dalle previsioni normative sugli obblighi di pubblicazione degli atti, è tuttavia complicata dal diverso formato dei documenti e dalla diversa struttura degli stessi, nonché dall'architettura dei siti che non sempre ne rende agevole l'individuazione del percorso.

Una volta raccolti i dati, si è proceduto ad una prima

rilevazione delle tipologie di rischio individuate dalle Aziende, con riferimento esclusivamente all'area di rischio relativa all'affidamento di lavori, servizi e forniture, come denominata dal modello di PNA disposto dall'ANAC. Si tratta di tutti processi di acquisto complessi, che si compongono di diverse fasi (le cd. “aree specifiche di rischio”) che fino a novembre 2015 potevano essere liberamente e diversamente individuate da ciascuna azienda sanitaria all'interno dei PTPC. Questo, come verrà descritto nei risultati, costituisce un notevole ostacolo all'analisi ed al confronto tra i PTPC – disomogenei tra di loro – ma permette altresì di omettere facilmente alcune valutazioni rilevanti, grazie alla possibilità di organizzare le informazioni in modo libero.

La situazione rilevata nei PTPC 2015, dovrebbe essere residuale, perché ANAC, nel documento di aggiornamento dei PTPC pubblicato il 28 ottobre 2015, propone un esempio di scomposizione del processo di acquisti di servizi e forniture nelle seguenti “aree specifiche”: programmazione, progettazione, selezione del contraente, verifica aggiudicazione e stipula del contratto, esecuzione del contratto e rendicontazione del contratto. I nuovi piani devono contenere una tabella completa dei rischi specifici nelle diverse aree specifiche, nonché le contromisure previste per prevenire e conseguentemente evitare il verificarsi di ciascun rischio.

La nuova struttura di analisi dovrebbe garantire una maggiore uniformità e standardizzazione dei PTPC, almeno per la parte dei contratti pubblici. La seconda fase della ricerca si concentrerà in particolare su tale aspetto dell'aggiornamento dei PTPC 2016.

Una volta raccolti i piani ed enucleate le parti relative all'acquisto di beni, servizi e opere, la ricerca ha analizzato le diverse tipologie di rischio individuate per ciascuna area o sotto-area, il grado di rischio ponderato - generalmente espresso con gli indicatori alto, medio, basso - potendo così determinare i rischi considerati elevati dalle aziende. L'analisi svolta - non meramente formale ma focalizzata sui contenuti sostanziali dei rischi - ha analizzato le diverse tabelle delle aree di rischio, tra loro spesso molto disomogenee, per poi suddividerle in categorie tra loro più omogenee possibili, raggruppando quelle che potrebbero considerarsi delle “buone pratiche” sotto il profilo

della qualità dell'analisi svolta, da quelle che invece evidenziano limiti e carenze significative. Per “buone pratiche” si intendono quei PTPC che dimostrano come sia stata condotta una accurata analisi dei rischi di corruzione, che presentano i rischi in forma chiara e fruibile agli utenti del piano (dipendenti in primis), che contengono le contromisure adeguate. Nella parte dei risultati saranno presentate alcune di queste “buone pratiche”, che potranno servire da base per lo sviluppo degli strumenti a supporto dei Responsabili per la prevenzione della corruzione nell'ambito del loro quotidiano lavoro.

I dati raccolti

L'analisi svolta ha come oggetto i PTPC delle aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere italiane e IRCCS per un totale di 248 PTPC pubblicati sui siti web, di cui 143 dalle ASL, 84 dalle AO e 21 degli IRCCS.

I PTPC, scaricati dalla sezione “Amministrazione Trasparente” dei siti web delle aziende coinvolte, sono aggiornati al triennio 2015-2017. Nel caso di indisponibilità di Piani aggiornati, si è fatto riferimento a quelli dei trienni precedenti. Per ciascuna azienda sanitaria è stato necessario verificare se la tabella delle aree di rischio in acquisti di servizi e forniture fosse contenuta nel documento del PTPC o se invece, come spesso è stato rilevato, fosse pubblicata a parte come allegato.

Una volta individuate le tabelle dei rischi, relativi all'acquisto di beni e servizi, sono stati raccolti i dati partendo dal presupposto che il processo di gestione del rischio si compone di 3 fasi:

1. analisi del contesto (suddivisa in contesto esterno e interno);
2. valutazione del rischio (composta da: identificazione del rischio, analisi del rischio e ponderazione del rischio);
3. trattamento del rischio (identificazione delle misure e programmazione delle misure).

A queste fasi vanno aggiunte le fasi trasversali della comunicazione, consultazione, monitoraggio e riesame.

In ragione della grande disomogeneità delle tabelle, si è cercato di suddividerle e raccoglierle in “macro categorie” quanto più omogenee a seconda del livello di completezza della compilazione. Le categorie individuate sono tre:

1. PTPC privi di rischi specifici e privi di misure di mitigazione del rischio;
2. PTPC che contengono un elenco di rischi specifici ma sono privi di misure di mitigazione del rischio;
3. PTPC che contengono un elenco di rischi specifici e le relative misure di mitigazione del rischio.

ANALISI DEI RISULTATI

L'analisi dei rischi di corruzione dei PTPC non può prescindere da alcune considerazioni generali sulla qualità complessiva dei piani stessi, che permette di ponderare il giudizio su quanto svolto dagli enti del Sistema Sanitario Nazionale in una cornice di contesto più ampia. Le difficoltà nell'attuazione della l. 190/2012 sono ben note, generate soprattutto dalle innovazioni che il testo normativo ha inserito nel sistema pubblico senza un vero percorso di evoluzione della Pubblica Amministrazione nel suo complesso.

A tre anni di distanza dall'entrata in vigore della legge, ANAC ha svolto un'indagine sulla qualità dei piani per la prevenzione della corruzione. In parallelo, AGENAS ha collaborato con il gruppo di lavoro che ruota attorno a Libera per valorizzare i dati e le analisi svolte in ambito sanitario. Non va dimenticato che la sanità vale più di 110 miliardi di Euro annui, e rappresenta uno dei settori più appetibili per i disonesti. Nel 2012, una ricerca di Transparency International Italia e RiSSC ha analizzato il fenomeno della corruzione in sanità, evidenziando opportunità e vulnerabilità criminali, i maggiori rischi del sistema e proponendo una serie di contromisure da attuare nel sistema sanitario nazionale. Le misure proposte sono state classificate sia per impatto che per realizzazione.

Più di recente, le due indagini svolte da ANAC e AGENAS e pubblicate nel corso della ricerca del progetto HIA, hanno confermato le analisi svolte, fornendo ulteriori cifre a sostegno della tesi che la strada da percorrere per ottenere dei PTPC di qualità sia ancora lunga.

La qualità dei PTPC è ancora un obiettivo da raggiungere

La prima analisi è stata pubblicata da ANAC nel documento di aggiornamento dei PTPC in data 28 ottobre 2015. L'analisi è stata svolta su 1911

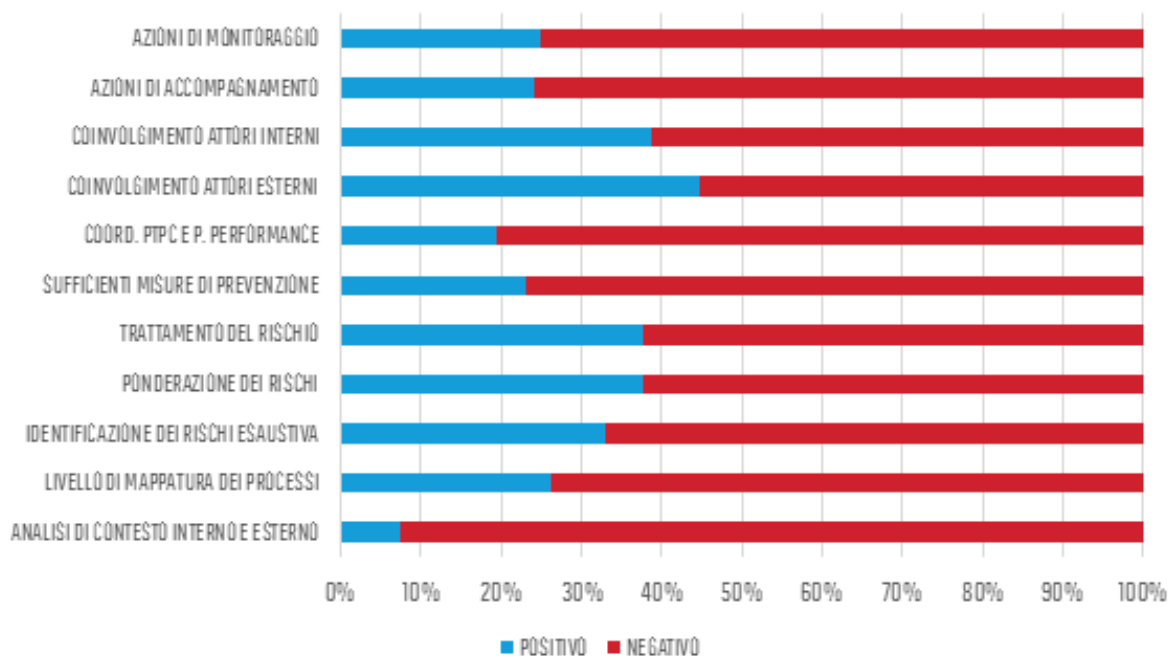
amministrazioni con riferimento ai piani adottati per il triennio 2015-2017 (se non ancora pubblicati sono stati valutati quelli dei trienni precedenti) ed ha valutato il rispetto del dato normativo e la qualità complessiva dei PTPC.

Al 28 febbraio 2015 il 96,3% delle amministrazioni aveva adottato almeno un PTPC e il 62,9% di esse

aveva adottato e pubblicato l'aggiornamento per il triennio 2015-2017. Tuttavia, il livello qualitativo della compilazione "è generalmente insufficiente" e varia in base al tipo di amministrazione, alla sua collocazione geografica e dimensione organizzativa. Nei PTPC 2015-2017 la qualità è migliorata rispetto a quelli dei trienni precedenti. Più in dettaglio:

FIG. 1 | QUALITÀ GENERALE DEI PTPC 2015

FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ANAC



In dettaglio:

- l'analisi del contesto esterno e interno è insufficiente o inadeguata nel 92,52% dei PTPC;
- la mappatura dei processi con riferimento alle cd. "aree obbligatorie" è poco analitica nel 73,9% dei casi, per le cd "aree ulteriori" arriva al 79,78%;
- l'identificazione del rischio ancora non è esaustiva nel 67,07% dei casi e la sua ponderazione nel 62,39%. Il trattamento del rischio è adeguato solo nel 37,72% dei casi;
- nel 77% dei PTPC la previsione di misure di prevenzione è insufficiente;
- nell'80,6% dei casi manca un coordinamento tra

PTPC e Piano della performance;

- nel 55,38% dei casi è assente il coinvolgimento di attori esterni;
- nel 61,25% quello di attori interni è inadeguato;
- le azioni di accompagnamento, sensibilizzazione e formazione risultano non elevate nel 75,98% dei casi;
- nel 75,22% dei PTPC analizzati il monitoraggio è insufficiente.

Relativamente alla mappatura dei processi e delle attività in relazione agli eventi rischiosi, anche la valutazione di Agenas non è positiva: l'Agenzia la definisce ancora "inadeguata", sottolineando che

molte aziende non hanno indicato le cd. “aree di rischio specifiche” e spesso manca un collegamento tra quanto formalmente descritto nei PTPC ed “un’effettiva realizzazione del coordinamento e dell’attività di monitoraggio”.

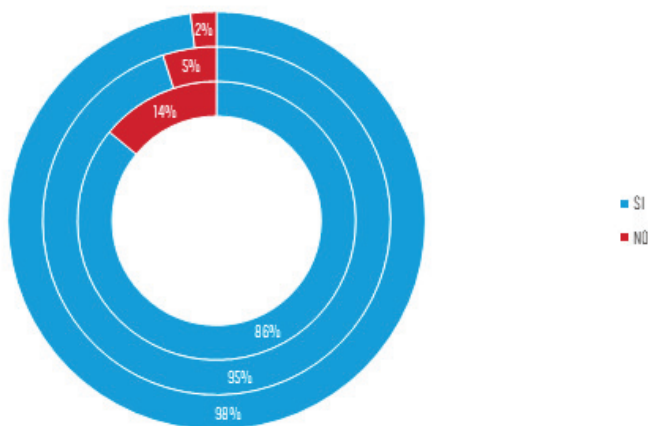
Adesione formale e maggiore attenzione alla trasparenza

Agenas, l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, ha pubblicato in data 23 novembre 2015 un “Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza e integrità”. Il monitoraggio è stato effettuato nel mese di luglio 2015 prendendo in considerazione 240 aziende di cui 142 Aziende Sanitarie Locali, Provinciali e Regionali, 80 Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie e 18 IRCCS di natura giuridica pubblica. Nella pratica,

la valutazione è stata svolta su un campione di 25 aziende e enti del SSN selezionati in base a criteri di rappresentatività.

Per quanto riguarda la trasparenza dei bandi di gara e di concorso il 98% delle aziende ha predisposto una pagina dedicata ai bandi di gara, il 95% ha pubblicato gli allegati pre-gara e l’86% gli esiti post gara dunque “con riferimento alla trasparenza dei bandi di gara (per l’appalto di opere, servizi e forniture) e delle procedure di concorso (per il reclutamento del personale) i risultati del monitoraggio indicano, in quasi tutte le regioni, una evidente e diffusa attenzione alla pubblicazione delle informazioni, anche se la disponibilità di elementi qualitativi- quali gli esiti dei bandi- appare in generale più carente (v. rapporto Agenas pg. 44-45).”

FIG. 2 | LIVELLI DI TRASPARENZA DEI BANDI DI GARA IN SANITÀ



In termini generali di adempimento alle norme sulla trasparenza, le percentuali più elevate sono state registrate in Emilia Romagna, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, mentre Molise, Campania e Calabria risultano manchevoli anche sugli adempimenti meramente formali.

Più volte si è evidenziato come il mero adempimento formale della trasparenza non sia sufficiente a

garantire un effettivo controllo da parte degli stakeholders. Esistono infatti numerosi limiti in termini di risorse e di capacità di analizzare le informazioni pubblicate per individuare eventuali anomalie, ed è sostanzialmente impossibile verificare se le informazioni pubblicate siano complete, tempestive e veritiere.

Difficile un'analisi sistemica dei rischi di corruzione

Quali sono i principali rischi di corruzione nel sistema sanitario italiano? L'analisi dei PTPC evidenzia una grande disomogeneità, che rende impossibile un confronto sistematico tra i rischi rilevati dalle diverse aziende. Il principale elemento di distinzione si rileva nel fatto che non tutte le aziende hanno riportato la definizione e la descrizione dei rischi specifici nei piani. Una parte significativa di PTPC risulta vuota, lasciando presupporre che in molti enti pubblici del sistema sanitario nazionale non sia stata condotta un'analisi accurata del rischio di corruzione. Nei piani in cui sono presenti i rischi specifici, questi sono classificati e organizzati con metodologie differenti, e livelli di aggregazione o dettaglio non omogenei. In alcuni casi i rischi sono legati ai processi interni, in altri alle strutture responsabili dei processi. Ci sono piani con rischi aggregati e altri con rischi particolareggiati.

La nomenclatura dei rischi adottata non è uniforme, così come il sistema di misurazione del rischio cambia tra dati numerici (1-3) e qualitativi (alto-basso) e nella estensione delle scale (due, tre, quattro o cinque diversi livelli).

Ai fini della ricerca, le Asl e AO sono state suddivise in 3 categorie, a seconda degli elementi contenuti nel PTPC:

1. aziende sanitarie che non hanno svolto l'analisi dei rischi limitandosi ad un "copia-incolla" delle prescrizioni contenute nel modello messo a disposizione da Anac;
2. aziende sanitarie che hanno svolto l'analisi dei rischi, limitandosi però all'individuazione di: aree organizzative, processi e attività e relativo grado di rischio individuato, senza prevedere delle possibili misure di contrasto o prevenzione;
3. aziende sanitarie che hanno pubblicato una tabella di analisi dei rischi piuttosto esaustiva, contenente dunque: aree organizzative, processi e attività, relativo grado di rischio e possibili misure di contrasto o prevenzione.

I tre approcci all'analisi dei rischi

AZIENDE PRIVE DI EFFETTIVA ANALISI DEL RISCHIO NEI PTPC

È emerso un numero significativo di PTPC che non contengono alcuna tabella di analisi dei rischi, ma riportava un copia-incolla delle indicazioni date dal modello ANAC. Si tratta di un gruppo di ben 100 aziende su 248 PTPC raccolti. Un numero elevato di inadempienti che evidenzia la difficoltà di compilazione da parte dei soggetti preposti alla compilazione del piano, i responsabili anticorruzione. Questo gruppo di aziende è stato escluso dalle successive analisi sui rischi.

FIG. 3 | ESEMPIO PTPC PRIVO DI ANALISI DEI RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

		PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE PER IL TRIENNIO 2015 - 2017		REVISIONE N°1 del 15.01.2015	Pagina 21 di 37
REGISTRO DEL RISCHIO ASP DI CATANZARO					
MISURE OBBLIGATORIE ESISTENTI APPLICABILI A TUTTI I LIVELLI DI RISCHIO:		Trasparenza - Codice di Comportamento - Astensione in caso di conflitto di interessi - Conferimento/autorizzazione incarichi d'ufficio e attività extraistituzionali - Disciplina inconfiribilità/incompatibilità per gli incarichi dirigenziali - Whistleblowing - P atto di integrità			
Le probabili misure suggerite possono essere riviste e corrette dal referente.					
Area a Rischio	Processo	Fattori di Rischio	Grado di Rischio	Misure Preventive Adottate: riferimenti normativi nazionali, regionali, Regolamenti aziendali, Procedure, Protocolli.	Misure preventive Ulteriori da adottare, tempi di attuazione e l'indice di monitoraggio

AZIENDE CHE HANNO SVOLTO L'ANALISI DEL RISCHIO NEI PTPC

L'analisi è proseguita rispetto alle restanti aziende sanitarie ed ospedaliere. All'interno dei PTPC di tali aziende, le modalità di compilazione si sono rivelate tra loro molto diverse per vari fattori quali: numero e denominazione delle sottoaree corrispondenti

alle varie fasi del processo di acquisto, tipologia di indicatori del livello di rischio (a volte qualitativo "basso-medio-alto", a volte quantitativo attraverso indicatori numerici, con o senza decimali), approfondimento, specificità.

FIG. 4 | ESEMPIO PTPC CON ANALISI DEI RISCHI SENZA MISURE DI PREVENZIONE

N.	Area di rischio	Sub Area	Macro Processo	Processo/Procedimento	Rischio/reato presupposto	Sintesi grado di rischio (Basso, Medio, Alto)	Struttura/e di riferimento, Titolare/i del rischio
72	Area B: affidamento di lavori, servizi e forniture	B.1 Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Programmazione e controllo degli approvvigionamenti	Programmazione acquisti di beni e servizi	Abusi o eccessi di arbitrarietà nella programmazione e nella rappresentazione delle necessità	Basso	U.O. Programmazione e Controllo Approvvigionamenti e Rapporti con l'ESTAV (PCARE)
73	Area B: affidamento di lavori, servizi e forniture	B.1 Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Programmazione e controllo degli approvvigionamenti	Ricevimento, elaborazione e trasmissione in ESTAV delle richieste di acquisto di beni e servizi	Abusi o eccessi di arbitrarietà nella programmazione e nella rappresentazione delle necessità	Basso	U.O. Programmazione e Controllo Approvvigionamenti e Rapporti con l'ESTAV (PCARE)
Dipartimento Economico Finanziario - UO Controllo di Gestione							
74	Area C: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari <u>privati</u> di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		valutazione della performance organizzativa delle articolazioni aziendali	assegnazione e valutazione degli obiettivi di budget alle articolazioni organizzative - processo di budgeting (Definizione degli obiettivi)	favorire una struttura rispetto ad un'altra nell'assegnazione di obiettivi (grado di raggiungibilità e/o complessità)	Medio	U.O. Controllo di Gestione + Direzione Aziendale
75	Area C: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari <u>privati</u> di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		valutazione della performance organizzativa delle articolazioni aziendali	assegnazione e valutazione degli obiettivi di budget alle articolazioni organizzative - processo di budgeting (Valutazione del raggiungimento degli obiettivi)	concorso all'ottenimento di una retribuzione di risultato più favorevole	Medio	U.O. Controllo di Gestione (dott.sa Pellegrini)/U.O. Politiche Gestione Risorse Umane (dott.sa Valori)

AZIENDE CHE HANNO SVOLTO L'ANALISI DEL RISCHIO E INDIVIDUATO LE CONTROMISURE NEI PTPC

Nonostante l'elevata disomogeneità, è stato possibile delineare all'interno di questo gruppo altre due "macro categorie", differenziando tra le aziende

che hanno indicato solo il livello ponderato per ciascuna tipologia di rischio e quelle che invece sono state più complete, indicando altresì le contromisure previste per evitare il verificarsi del singolo rischio corruttivo.

FIG. 5 | ESEMPIO DI PTPC CON ANALISI RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

SC UFFICIO TECNICO, SS NUOVO OSPEDALE; SC MANUTENZIONI E INVESTIMENTI							
AREA	SOTTOAREA	RISCHIO	PESATURA RISCHIO LIVELLO	OBBIETTIVO	MISURA	INDICATORE E TEMPISTICA	RESPONSABILE
A) Acquisizione e progressione del personale	A3) Conferimento di incarichi di collaborazione	inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la predeterminazione dei criteri di conferimento dell'incarico allo scopo di reclutare candidati particolari	medio	garanzia di trasparenza ed imparzialità	1) adozione di procedure comparative; 2) rotazione	1) controllo preventivo su affidamenti diretti; 2) verifica annuale rotazione	1) RPC; 2) Direttore SC Tecnico, SS Nuovo Ospedale; SC Manutenzioni e Investimenti
	B1) Scelta della procedura di gara e dei requisiti/condizioni di affidamento	Definizione dell'oggetto dell'affidamento, delle prestazioni richieste, dei requisiti tecnico-economici di accesso e di quelli di aggiudicazione finalizzati a favorire un'impresa	alto	garanzia di trasparenza ed imparzialità	1) revisione regolamenti affidamenti in economia; 2) rotazione	1) adozione regolamenti entro 30/06/2015; 2) verifica annuale rotazione	Direttore SC Tecnico, SS Nuovo Ospedale; SC Manutenzioni e Investimenti, RPC
B) Affidamento di lavori, servizi e forniture.	B2) Gestione della gara (valutazione offerte, anomalia, revoca bando...)	elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di modelli procedurali al fine di agevolare un particolare soggetto	alto	garanzia di trasparenza ed imparzialità	1) revisione regolamenti affidamenti in economia; 2) rotazione	1) adozione regolamenti entro 30/06/2015; 2) verifica annuale rotazione	Direttore SC Tecnico, SS Nuovo Ospedale; SC Manutenzioni e Investimenti, RPC
	B3) Procedure negoziate	improprio utilizzo del modello procedurale della procedura negoziata al fine di agevolare un particolare soggetto	alto	garanzia di trasparenza ed imparzialità	1) revisione regolamenti affidamenti in economia; 2) rotazione	1) adozione regolamenti entro 30/06/2015; 2) verifica annuale rotazione	Direttore SC Tecnico, SS Nuovo Ospedale; SC Manutenzioni e Investimenti, RPC
	B4) Affidamenti diretti	improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento diretto al fine di agevolare un particolare soggetto	alto	garanzia di trasparenza ed imparzialità	1) revisione regolamenti affidamenti in economia; 2) rotazione	1) adozione regolamenti entro 30/06/2015; 2) verifica annuale rotazione; 3) controllo preventivo su affidamenti diretti	1) e 2) Direttore SC Tecnico, SS Nuovo Ospedale; SC Manutenzioni e Investimenti; 3) RPC
	B5) Fase esecutiva del contratto, subappalto, varianti, e cronoprogramma	mancati controlli al fine di agevolare economicamente l'appaltatore, utilizzo del subappalto come strumento collusivo tra le imprese partecipanti alla gara, modifiche al cronoprogramma non giustificate	alto	garanzia di trasparenza ed imparzialità	1) linee guida sull'esecuzione; 2) rotazione	1) adozione linee guida entro 30/11/2015; 2) verifica annuale rotazione	Direttore SC Tecnico, SS Nuovo Ospedale; SC Manutenzioni e Investimenti, RPC
	B6) Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	utilizzo dell'accordo bonario per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni	basso	garanzia di trasparenza ed imparzialità	1) regolamenti ad hoc; 2) rotazione	1) adozione regolamenti entro 2016; 2) verifica annuale rotazione	Direttore SC Tecnico, SS Nuovo Ospedale; SC Manutenzioni e Investimenti
C) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	C1) Concessioni di beni immobili (territorio)	abuso nell'adozione del provvedimento ampliativo per finalità difformi da quelle previste	medio	garanzia di trasparenza ed imparzialità	1) adozione di procedure comparative; 2) rotazione	1) controllo preventivo su affidamenti diretti; 2) verifica annuale rotazione	1) RPC; 2) SC Manutenzioni e Investimenti

Sulla base della totalità dei PTPC pubblicati e analizzati di 248 aziende sanitarie, di cui 143 Asl, 84 aziende ospedaliere, 21 IRCCS si sono potute calcolare le seguenti percentuali:

- 100 aziende non hanno svolto l'analisi dei rischi

- (40,3%);
- 84 aziende hanno svolto un'analisi parziale (33,8%);
- 64 aziende hanno svolto un'analisi più completa (25,8%).

FIG. 6 | DISTRIBUZIONE PTPC PER COMPLETEZZA DI ANALISI



FIG. 7 | PERCENTUALE DI AZIENDE CHE NON ADEMPIONO AGLI OBBLIGHI ANTICORRUZIONE PER REGIONE

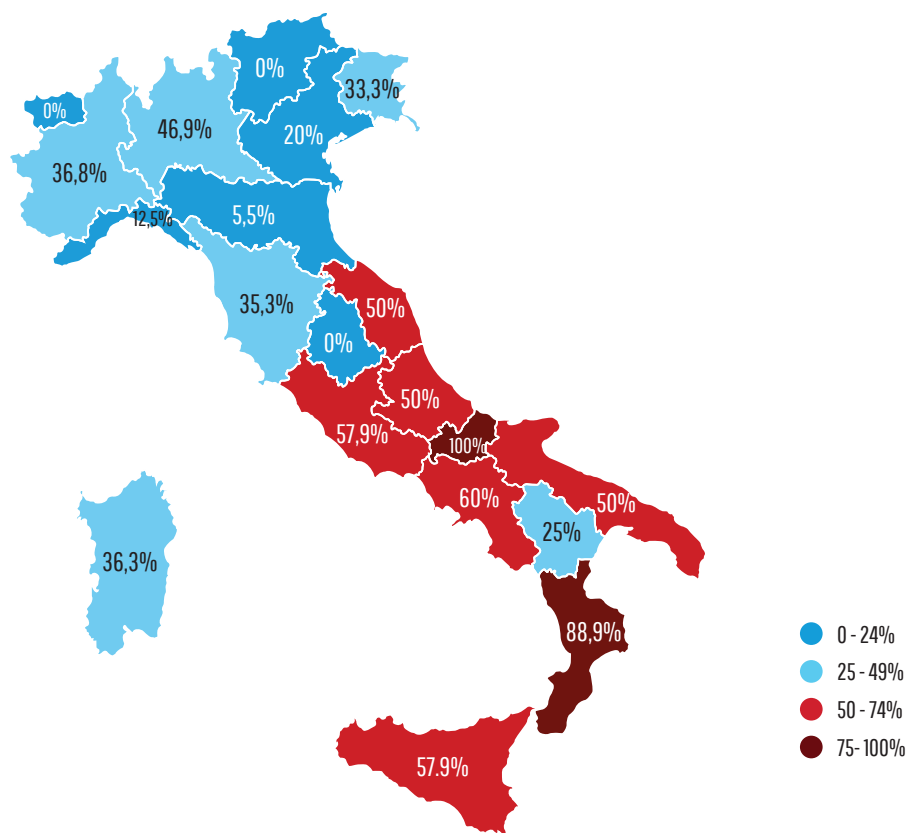
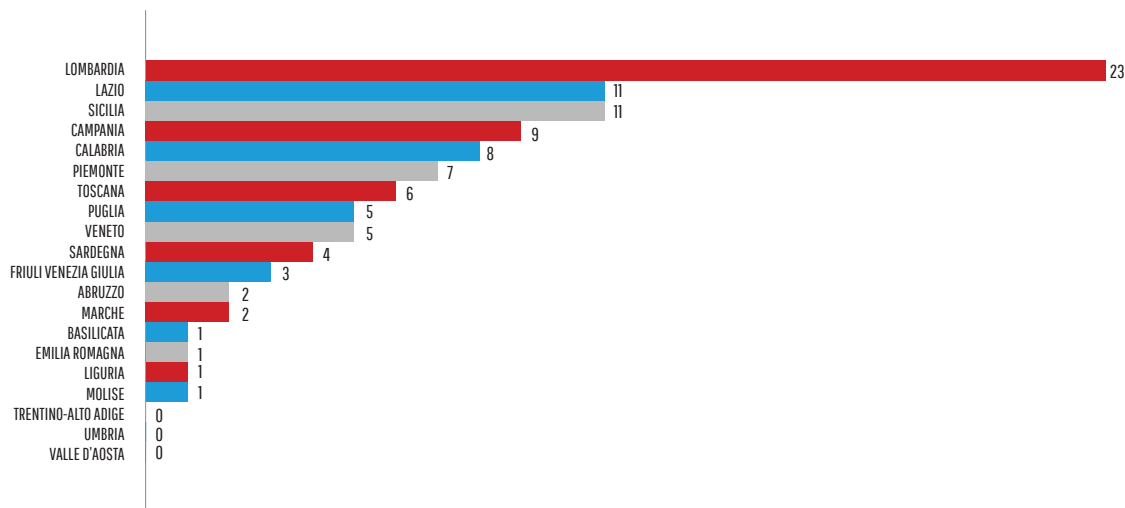


FIG. 8 | NUMERO DI AZIENDE CHE NON ADEMPIONO AGLI OBBLIGHI ANTICORRUZIONE PER REGIONE



Una volta effettuata questa ulteriore suddivisione, l'attività di analisi si è concentrata esclusivamente sulle tabelle appartenenti alla terza categoria, che si possono considerare delle "buone pratiche".

Tra queste se ne segnalano alcune, considerate come "buone" sotto diversi profili: dal punto di vista della leggibilità e chiarezza si porta l'esempio dell'ASL del Friuli Occidentale che presenta le seguenti voci: area, sottoarea, rischio, livello di rischio, obiettivo,

misura, indicatore, tempistica e infine il soggetto responsabile.

Per un maggiore livello di approfondimento si porta come esempio il lavoro svolto dall'ASL di Parma in cui si trovano elencati: processo analizzato, rischio individuato, valutazione del rischio suddivisa in "valore probabilità", "valore impatto" e "valore complessivo del rischio", misure di prevenzione individuate, tempi di attuazione.

FIG. 9 | ESEMPIO PTPC ORGANIZZATO A SCHEDE PROCESSO

AREA DI ATTIVITA'/RISCHIO:

Affidamento lavori, servizi, forniture e gestione patrimonio

(Servizi del Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie: Attività Tecniche, Acquisizione Beni e Servizi, Logistica e Gestione e Monitoraggio Servizi esternalizzati, Risorse Informatiche e Telematiche)

PROCESSO
Acquisizione di Servizi

RISCHIO
Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione
Alterazione della concorrenza

VALUTAZIONE DEL RISCHIO	
Valore “Probabilità”	2,80
Valore “Impatto”	2,75
Valore Complessivo del Rischio	7,70

MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE
Ampliamento tipologie di verifiche richieste nel vigente Protocollo d'intesa provinciale contro il "lavoro nero", con acquisizione di dichiarazioni e documentazione aggiuntive rispetto a quelle già previste

TEMPI DI ATTUAZIONE
Decorrenza 1 marzo 2014

I rischi specifici di corruzione nei contratti pubblici in sanità

La ricerca condotta da RiSSC ha provveduto ad analizzare dal punto di vista qualitativo i rischi specifici di corruzione nel settore acquisti di beni, servizi e opere. Come anticipato. La forte disomogeneità tra i PTPC ha reso molto complesso il lavoro di confronto. Pertanto, è stato individuato un set di rischi specifici, ritenuto sufficientemente

dettagliato e completo, da utilizzare come benchmark per confrontare i piani ed i rischi individuati dai responsabili anticorruzione.

Qui di seguito si riporta la tabella di sintesi dei risultati dell'analisi, che ha rilevato rischi e misurazione in tutti i PTPC. Data la diversità di indicazione dei rischi, e i diversi metodi di misurazione, si è provveduto a convertire i dati in un formato standard (da 1 a 5) dove 1 sta per basso e 5 per alto.

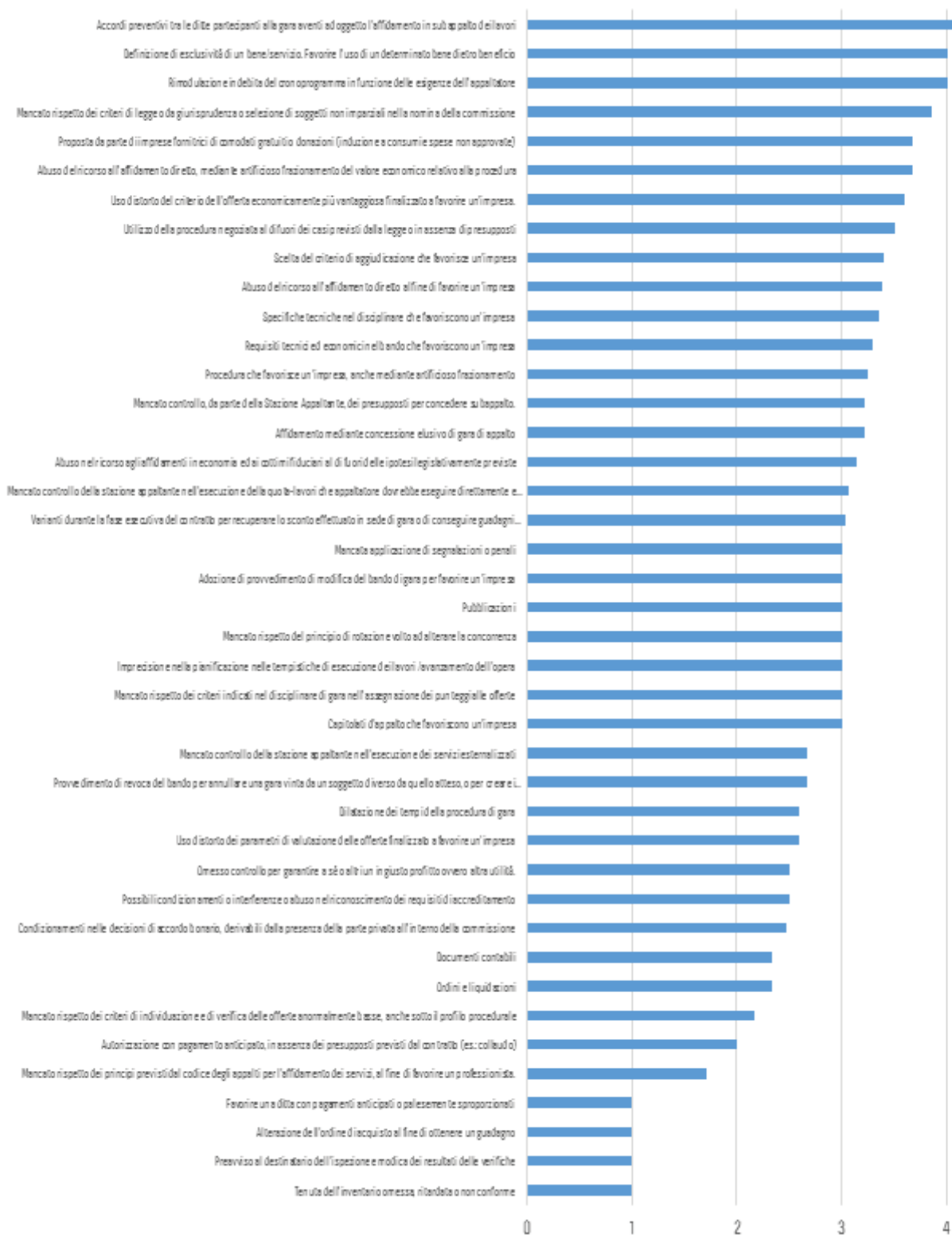
TAB. 1 | ELENCO RISCHI SPECIFICI NEI CONTRATTI PUBBLICI

PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO	VALORE MEDIO NAZIONALE
DEFINIZIONE DELL'OGGETTO DELL'AFFIDAMENTO	SPECIFICHE TECNICHE NEL DISCIPLINARE CHE FAVORISCONO UN'IMPRESA	3,36
	CAPITOLATI D'APPALTO CHE FAVORISCONO UN'IMPRESA	3,00
INDIVIDUAZIONE DELLA PROCEDURA PER L'ACQUISIZIONE DELLA FORNITURA DI BENI O SERVIZI	PROCEDURA CHE FAVORISCE UN'IMPRESA, ANCHE MEDIANTE ARTIFICIOSO FRAZIONAMENTO	3,24
	AFFIDAMENTO MEDIANTE CONCESSIONE ELUSIVO DI GARA DI APPALTO	3,21
REQUISITI DI QUALIFICAZIONE	REQUISITI TECNICI ED ECONOMICI NEL BANDO CHE FAVORISCONO UN'IMPRESA	3,30
REQUISITI DI AGGIUDICAZIONE	SCELTA DEL CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE CHE FAVORISCE UN'IMPRESA	3,40
	USO DISTORTO DEL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIÙ VANTAGGIOSA FINALIZZATO A FAVORIRE UN'IMPRESA.	3,60
	MANCATO RISPETTO DEI CRITERI DI LEGGE O DA GIURISPRUDENZA O SELEZIONE DI SOGGETTI NON IMPARZIALI NELLA NOMINA DELLA COMMISSIONE	3,86
	POSSIBILI CONDIZIONAMENTI O INTERFERENZE O ABUSO NEL RICONOSCIMENTO DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO	2,50
VALUTAZIONE DELLE OFFERTE / PARTECIPAZIONE A COMMISSIONI DI GARA	MANCATO RISPETTO DEI CRITERI INDICATI NEL DISCIPLINARE DI GARA NELL'ASSEGNAZIONE DEI PUNTEGGI ALLE OFFERTE	3,00
	USO DISTORTO DEI PARAMETRI DI VALUTAZIONE DELLE OFFERTE FINALIZZATO A FAVORIRE UN'IMPRESA	2,60
VERIFICA DELL'EVENTUALE ANOMALIA DELLE OFFERTE.	MANCATO RISPETTO DEI CRITERI DI INDIVIDUAZIONE E DI VERIFICA DELLE OFFERTE ANORMALMENTE BASSE, ANCHE SOTTO IL PROFILO PROCEDURALE	2,17
PROCEDURE NEGOZiate	UTILIZZO DELLA PROCEDURA NEGOZIATA AL DI FUORI DEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE O IN ASSENZA DI PRESUPPOSTI	3,50
REVOCA DEL BANDO	PROVVEDIMENTO DI REVOCA DEL BANDO PER ANNULLARE UNA GARA VINTA DA UN SOGGETTO DIVERSO DA QUELLO ATTESO, O PER CREARE I PRESUPPOSTI PER CONCEDERE UN INDENNIZZO ALL'AGGIUDICATARIO	2,67

PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO	VALORE MEDIO NAZIONALE
REDAZIONE DEL CRONOPROGRAMMA	DILATAZIONE DEI TEMPI DELLA PROCEDURA DI GARA	2,60
	IMPRECISIONE NELLA PIANIFICAZIONE NELLE TEMPISTICHE DI ESECUZIONE DEI LAVORI / AVANZAMENTO DELL'OPERA	3,00
	RIMODULAZIONE INDEBITA DEL CRONOPROGRAMMA IN FUNZIONE DELLE ESIGENZE DELL'APPALTATORE	4,00
VARIANTI IN CORSO DI ESECUZIONE DEL CONTRATTO	VARIANTI DURANTE LA FASE ESECUTIVA DEL CONTRATTO PER RECUPERARE LO SCONTO EFFETTUATO IN SEDE DI GARA O DI CONSEGUIRE GUADAGNI ULTERIORI	3,04
SUBAPPALTO	MANCATO CONTROLLO, DA PARTE DELLA STAZIONE APPALTANTE, DEI PRESUPPOSTI PER CONCEDERE SUBAPPALTO.	3,21
	ACCORDI PREVENTIVI TRA LE DITTE PARTECIPANTI ALLA GARA AVENTI AD OGGETTO L'AFFIDAMENTO IN SUBAPPALTO DEI LAVORI	4,10
	MANCATO CONTROLLO DELLA STAZIONE APPALTANTE NELL'ESECUZIONE DELLA QUOTA-LAVORI CHE APPALTATORE DOVREBBE ESEGUIRE DIRETTAMENTE E CHE INVECE VIENE SCOMPOSTA ED AFFIDATA	3,07
RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE CON SISTEMI ALTERNATIVI A QUELLI GIURISDIZIONALI DURANTE LA FASE DI ESECUZIONE DEL CONTRATTO	CONDIZIONAMENTI NELLE DECISIONI DI ACCORDO BONARIO, DERIVABILI DALLA PRESENZA DELLA PARTE PRIVATA ALL'INTERNO DELLA COMMISSIONE	2,47
AFFIDAMENTI DIRETTI	ABUSO DEL RICORSO ALL'AFFIDAMENTO DIRETTO AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA	3,38
	ABUSO DEL RICORSO ALL'AFFIDAMENTO DIRETTO, MEDIANTE ARTIFICIOSO FRAZIONAMENTO DEL VALORE ECONOMICO RELATIVO ALLA PROCEDURA	3,67
	MANCATO RISPETTO DEL PRINCIPIO DI ROTAZIONE VOLTO AD ALTERARE LA CONCORRENZA	3,00
	ABUSO NEL RICORSO AGLI AFFIDAMENTI IN ECONOMIA ED AI COTTIMI FIDUCIARI AL DI FUORI DELLE IPOTESI LEGISLATIVAMENTE PREVISTE	3,14
	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI PREVISTI DAL CODICE DEGLI APPALTI PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI, AL FINE DI FAVORIRE UN PROFESSIONISTA.	1,71
AUTORIZZAZIONE A PAGAMENTO	AUTORIZZAZIONE CON PAGAMENTO ANTICIPATO, IN ASSENZA DEI PRESUPPOSTI PREVISTI DAL CONTRATTO (ES.: COLLAUDO)	2,00
INVENTARIO	TENUTA DELL'INVENTARIO OMESSA, RITARDATA O NON CONFORME	1,00

PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO	VALORE MEDIO NAZIONALE
ESECUZIONE	MANCATO CONTROLLO DELLA STAZIONE APPALTANTE NELL'ESECUZIONE DEI SERVIZI ESTERNALIZZATI	2,67
	ORDINI E LIQUIDAZIONI	2,33
	DOCUMENTI CONTABILI	2,33
	PUBBLICAZIONI	3,00
	DEFINIZIONE DI ESCLUSIVITÀ DI UN BENE/SERVIZIO. FAVORIRE L'USO DI UN DETERMINATO BENE DIETRO BENEFICIO	4,00
	ADOZIONE DI PROVVEDIMENTO DI MODIFICA DEL BANDO DI GARA PER FAVORIRE UN'IMPRESA	3,00
	PROPOSTA DA PARTE DI IMPRESE FORNITRICI DI COMODATI GRATUITI O DONAZIONI (INDUZIONE A CONSUMI E SPESE NON APPROVATE)	3,67
	PREAVVISO AL DESTINATARIO DELL'ISPEZIONE E MODICA DEI RESULTATI DELLE VERIFICHE	1,00
	OMESSO CONTROLLO PER GARANTIRE A SÉ O ALTRI UN INGIUSTO PROFITTO OVVERO ALTRA UTILITÀ.	2,50
	ALTERAZIONE DELL'ORDINE DI ACQUISTO AL FINE DI OTTENERE UN GUADAGNO	1,00
	FAVORIRE UNA DITTA CON PAGAMENTI ANTICIPATI O PALESEMENTE SPROPORZIONATI	1,00
	MANCATA APPLICAZIONE DI SEGNALAZIONI O PENALI	3,00

FIG. 10 | ELENCO RISCHI DI CORRUZIONE IN SANITÀ PER LIVELLO DI RISCHIO



Si evidenziano i cinque rischi più gravi per il Sistema sanitario nazionale, derivanti dalla media dei valori attribuiti dai RPC nei rispettivi piani.

1. La corruzione si annida soprattutto negli accordi preventivo tra i partecipanti ad una gara, soprattutto nella spartizione dei lavori in subappalto. In pratica, le aziende decidono a priori come “spartirsi la torta” del denaro pubblico senza litigare, facendo in modo poi che vinca la ditta prescelta e le altre possano beneficiare comunque del contratto.
2. Il secondo rischio consiste nella definizione di esclusività di un servizio, che di fatto elimina la concorrenza permettendo all'impresa titolare del servizio o del bene erogato di accedere ai finanziamenti pubblici senza dover competere, con un lasciapassare speciale (VIP pass).
3. Un altro rischio molto elevato, in fase di esecuzione del contratto, consiste nella rimodulazione indebita del cronoprogramma in funzione delle esigenze dell'appaltatore. In sostanza, viene redatto un cronoprogramma sufficientemente generico che permette un “tempo elastico” di esecuzione del contratto, che permette all'azienda appaltatrice di ottimizzare le spese

o far lievitare i costi, senza rispettare quelle che sono le scadenze e le esigenze dell'ente pubblico.

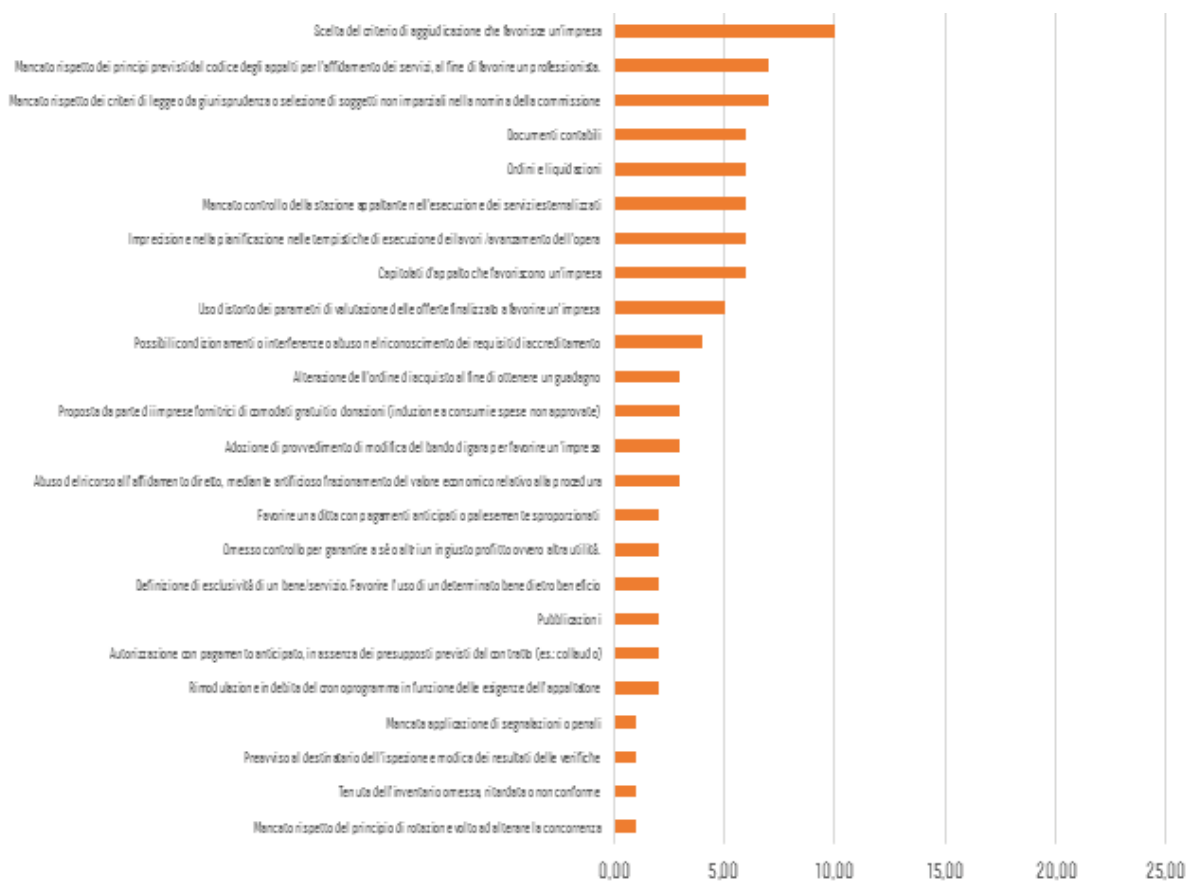
4. Le imprese si garantiscono l'assegnazione dei lavori tramite la nomina a membri delle commissioni di gara di soggetti “speciali”, che possano garantire un occhio di favore ed una decisione parziale in tutte le fasi di selezione del contraente.
5. Un rischio insidioso, in particolare in questo periodo di tagli alle risorse, è quello dei “regali interessati”. Le aziende offrono in regalo o in comodato attrezzature, farmaci e dispositivi alle strutture sanitarie, con l'implicito beneficio di spingere verso nuovi ordini o maggiori consumi, che portano a spese non previste o non autorizzate.

Si rimanda ad un successivo documento l'analisi più approfondita dei rischi, che verranno confrontati con i rischi elaborati nel corso del 2016, anche alla luce del nuovo PNA.

Per quanto riguarda la frequenza di individuazione dei rischi elencati, si riporta qui sotto la tabella di confronto con la totalità dei piani che hanno effettuato un'analisi dei rischi (148 su 248 piani analizzati).

FIG. 11 | ELENCO RISCHI DI CORRUZIONE IN SANITÀ PER FREQUENZA NEI PTPC





In questo caso, i rischi più diffusi sono:

1. Il rischio di accettare o richiedere varianti in corso d'opera per permettere all'impresa appaltatrice di recuperare – illegittimamente – lo sconto offerto in sede di gara.
2. L'uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa.
3. L'adozione, nell'ambito del disciplinare, di condizioni tecniche od economiche o di altre specifiche che favoriscono di fatto un'impresa a scapito delle concorrenti.
4. L'abuso dell'affidamento diretto.
5. L'adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara, al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario.

CONCLUSIONI

L'obiettivo remoto dell'attività di ricerca condotta nell'ambito di questo progetto è di rendere il lavoro di stesura e aggiornamento dei PTPC da parte delle aziende sanitarie uno strumento più efficace per prevenire e combattere il fenomeno corruttivo, non una mera attività formale e compilativa svolta per ottemperare agli obblighi previsti dalla legge. Per questo, in questa prima fase, si è entrati nel merito le scelte adottate dalle aziende sanitarie e gli esiti del processo di elaborazione dei PTPC.

Il dato più rilevante è la forte disomogeneità tra i Piani. Ogni azienda adempie in modo diverso alle indicazioni normative: la suddivisione in sotto aree del processo di acquisto di beni, servizi e forniture, l'individuazione dei rischi, la loro valutazione, la previsione di misure di contrasto. Per di più, questo tipo di considerazione, vale solo per la parte

minoritaria dei PTPC raccolti, poiché la maggioranza non ha svolto in modo corretto la tabella di analisi dei rischi e dunque non si è potuto analizzarla.

Ad oggi non esiste un modello standard che renda confrontabili i PTPC delle diverse aziende, costrette a trovare strade alternative. Per queste ragioni, la ricerca procederà attraverso l'individuazione di alcuni piani che possono essere considerati delle "buone pratiche" sotto profili differenti, come sopra illustrato, che vanno dalla leggibilità, alla specificità piuttosto che alla completezza.

Il documento pubblicato dall'ANAC in data 28 ottobre 2015, ha previsto l'obbligo di aggiornamento dei PTPC da parte delle aziende sanitarie secondo le indicazioni in esso contenute. Questo rappresenta un passo avanti nelle valutazioni di sistema, e la ricerca ne valuterà l'impatto e l'efficacia nei prossimi mesi.

Si cercherà quindi di elaborare un percorso standard di analisi del rischio utilizzabile da tutti i responsabili anticorruzione, un modello che contenga un elenco di punti nel quale indicare tutti gli elementi affinché un piano sia esaustivo e risulti di facile compilazione per le aziende sanitarie e semplice da leggere per chi lo consulta.

03

ANALISI ECONOMICA
DEGLI SPRECHI IN
SANITÀ

ANALISI ECONOMICA DEGLI SPRECHI IN SANITÀ

L'Italia si assesta ai primi posti delle classifiche mondiali per la qualità del sistema sanitario, offrendo un servizio ad un costo pro capite relativamente contenuto (3.077\$ a fronte di 2.453\$, media Ocse)¹. L'aspettativa di vita alla nascita è tra le più alte (5° posto, 82.3 anni). A fronte di ciò, la spesa sanitaria in termini di percentuali sul Pil, è relativamente contenuta (8,8% a fronte di una media Ocse dell'8,9%, 2014)². In seguito alle forti pressioni di contenimento del bilancio, l'ammontare complessivo di spesa sanitaria corrente è diminuito, in media -0,4% tra il 2010 e il 2013³ con segnali in controtendenza per il 2014 (+0,89% su base annua)⁴.

In questo quadro, rimane di grande attualità il tema della sostenibilità della spesa e delle sue componenti, specie alla luce delle ampie divergenze regionali che si registrano nel nostro paese e dei fenomeni demografici come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche che potrebbero avere un consistente impatto sulle risorse future da destinare alla sanità. L'analisi della spesa, pertanto, specie se eseguita a livello microeconomico, può essere funzionale per individuare anomalie e potenziali sacche d'inefficienza. In Italia è già ampiamente dimostrata la pervasività degli sprechi in sanità che arrivano a toccare quota 3,5 miliardi l'anno, circa il 3% della spesa complessiva⁵. L'Ocse, stima che la speranza di vita media potrebbe crescere di due anni se le risorse economiche destinate alla sanità venissero utilizzate più efficientemente⁶.

Nell'intento di inserirsi in questo filone di analisi, il presente contributo ha cercato di scattare un'istantanea sullo stato della spesa prendendo in analisi alcune voci estratte dai Conti Economici (CE) delle Asl e delle Ao. A nostro giudizio, infatti, per comprendere la natura delle inefficienze e potervi intervenire senza ricorrere ai cosiddetti "tagli lineari", occorre passare attraverso l'analisi dei sistemi gestionali dai quali hanno origine e ricercare tali voci nelle articolazioni tra i livelli di governo territoriali.

L'intento del lavoro è di valutare la variabilità della distribuzione di alcune specifiche voci di costo in relazione a parametri strutturali quali la popolazione residente (per le Asl) e il numero dei dimessi pesato per l'indice di case mix (ICM), (per le Ao), con lo scopo di evidenziare la presenza di anomalie non giustificate all'interno di ciascuna Regione e di quantificarne un potenziale bacino complessivo a livello nazionale. Alla base del lavoro vi è la definizione di *corruption* intesa non soltanto come "semplice" abuso di potere personale, ma anche come grave perdita di efficienza. Ritrovandoci in un contesto particolare, come quello sanitario, non pienamente dominato da relazioni di stampo mercantile e permeato da un forte interesse pubblico, è piuttosto complesso analizzare la natura delle inefficienze e associarvi una stima quantitativa. Pertanto, alla base della metodologia implementata, vi è la distinzione proposta da Bandiera e Valletti (2009)⁷, riguardante gli sprechi intesi da un lato

come quelle perdite dovute a inefficienze gestionali (spreco passivo), dall'altro quelli connessi ad un vantaggio personale (spreco attivo).

L'obiettivo, con ciò, è di evidenziare un possibile bacino d'inefficienze, più o meno "giustificabile" e con esso ottenere uno strumento utile al legislatore per il disegno di politiche di contrasto nell'ottica di cominciare a percorrere il cammino verso la costruzione di un indicatore oggettivo per il fenomeno della *corruption* in senso ampio.

METODOLOGIA E DESCRIZIONE ATTIVITÀ

In primo luogo sono state analizzate le Linee Guida per l'elaborazione dei Modelli CE e approfondite le principali prassi contabili diffuse nelle aziende delle varie Regioni italiane in modo tale da rendere la rappresentazione in bilancio quanto più omogenea e le interpretazioni dei risultati attinenti alle realtà locali. Il conto economico dell'azienda sanitaria rappresenta il documento ufficiale attraverso il quale costi e ricavi sono raccolti secondo una metodologia standardizzata e permette di ottenere informazioni rispetto al risultato economico aziendale.

L'efficacia complessiva di un sistema sanitario è, dunque, funzione stretta dell'efficienza (economica) e dell'efficacia che si realizza nell'ambito delle organizzazioni che erogano i servizi e le prestazioni sanitarie. Pertanto, la misurazione dell'efficienza a livello aziendale è il primo passo verso la quantificazione di quella complessiva del sistema.

In seguito, sono state estratte alcune specifiche voci di spesa con caratteristiche tali da non giustificare ampie differenze tra Regioni e tanto meno all'interno delle stesse. Questo è stato possibile assumendo che le voci scelte, fossero sufficientemente "lontane" dagli esiti delle prestazioni e, quindi, che una disforme distribuzione a livello regionale potesse corrispondere alla presenza di sprechi ingiustificati. In coerenza con tale assunzione, le voci selezionate afferiscono ai capitoli di bilancio relativi agli *acquisti di beni o servizi non sanitari*, nello specifico: Pulizia, Mensa, Lavanderia, Smaltimento Rifiuti (Servizi non sanitari), Cancelleria e Guardaroba (Beni non sanitari). Si è deciso di analizzare queste specifiche voci, inoltre, per analogia con la disciplina sui prezzi di riferimento (Art. 17 Decreto Legge n.98 del 2011)

emanata nel 2012 dall'Autorità Anti Corruzione (Anac). In conformità a questa normativa, l'Autorità ha definito dei prezzi da considerare come standard per l'aggiudicazione dei contratti e a questi ha legato l'obbligo di rinegoziazione qualora gli importi aggiudicati superino del 20% le soglie.

In coerenza con la definizione di spreco attivo/passivo (Bandiera 2009), abbiamo costruito due metodi di stima da un lato, per fornire una quantificazione più conservativa che chiamiamo "spreco ingiustificato" e che riferiamo al contesto (Micro) delle singole Regioni, dall'altro una più severa per quelle inefficienze "altamente ingiustificate" che potrebbero coincidere, per tale ragione, con episodi di corruzione in senso stretto.

La stima dello "spreco ingiustificato" è stata calcolata come differenza, per ogni Regione, tra il valore corrispondente al 75° percentile e la mediana della distribuzione delle voci di spesa pro-capite/dimesso. Quella dello spreco "altamente ingiustificato", invece, è il risultato della differenza (ove positiva) tra ogni valore di spesa per residente/dimesso e il 75° percentile della distribuzione nazionale (ossia su tutti i valori delle Regioni italiane) di tutti i valori pro capite. In questo modo abbiamo utilizzato un valore (75° perc.nazionale) slegato dalle peculiarità della singola Regione così da ottenere una stima più robusta delle inefficienze. Difatti, se una struttura si trova oltre il 75° percentile, così calcolato, vale a dire che sta spendendo di più del 75% di tutte le strutture del SSN. Oltre alla quantificazione del bacino di potenziali sprechi, l'analisi ha cercato di offrire uno strumento per localizzarli. Questo è stato possibile costruendo dei boxplot, in grado di dare con immediatezza una sintesi grafica della variabilità della spesa interna ad ogni contesto. Nel caso delle Asl la distribuzione della spesa è calcolata in base al numero di residenti nel territorio di riferimento e ponderata per il livello di anzianità della popolazione regionale. Per la ponderazione sono stati utilizzati i pesi predisposti dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute⁸, per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Così facendo, una Regione con una popolazione più anziana della media nazionale è stata tenuta in considerazione con una popolazione (pesata) superiore alla popolazione residente; l'opposto accade per una Regione con una popolazione relativamente più giovane.

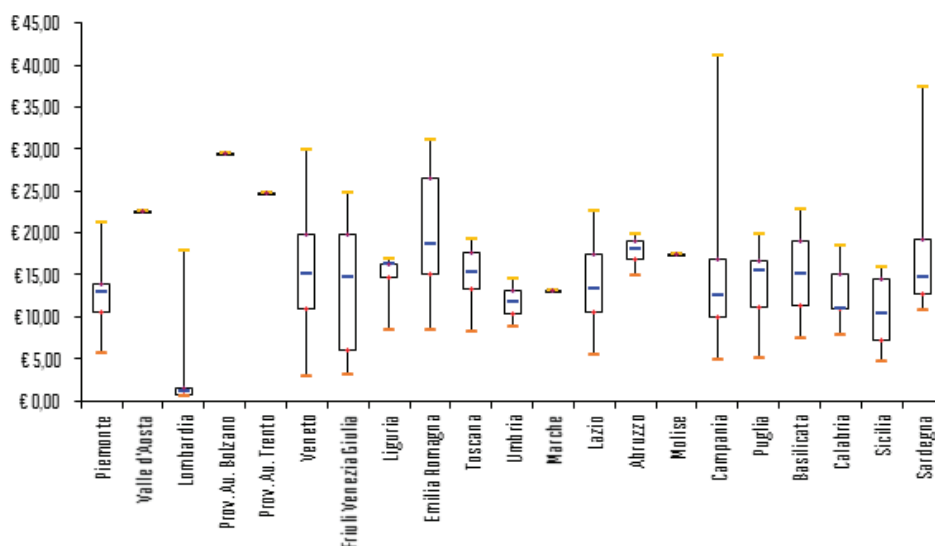
Nel caso delle Ao, invece, la spesa è stata divisa per il numero di dimessi e pesata per l'indice ICM, riferito alla complessità delle prestazioni gestite dalla struttura. L'indice ICM esprime la complessità dei casi trattati dall'azienda ospedaliera in rapporto quella media dell'insieme delle unità italiane ed è un indice della produttività di un ospedale (o di Unità Operativa o di un'Azienda) ma anche del suo livello di specializzazione.

L'analisi delle Asl, infine, è stata condotta sui dati di bilancio riferiti agli anni 2009-2013 in modo da evidenziare il trend riguardante le misurazioni del potenziale spreco. Per quanto riguarda le Ao, invece, è stato evidenziato solo il dato più aggiornato al 2013. Tutti i dati sono aggiornati all'ultimo anno (2013)⁹.

ANALISI DEI RISULTATI

Lo studio evidenzia un'elevata variabilità di spesa e la presenza di disfunzioni generalizzate. Anche se l'intento del lavoro non è quello di stilare una classifica tra i Sistemi Sanitari Regionali, è possibile riscontrare, in alcuni di essi, la ricorrenza di certe anomalie. In tali casi, sembra difficile poter considerare questa variabilità spiegabile solo da condizioni di contesto istituzionale ed operativo delle diverse Regioni in cui i dati sono stati raccolti, nonché da un collegamento con l'*outcome* clinico. Nelle figure che seguono, è possibile osservare alcuni risultati.

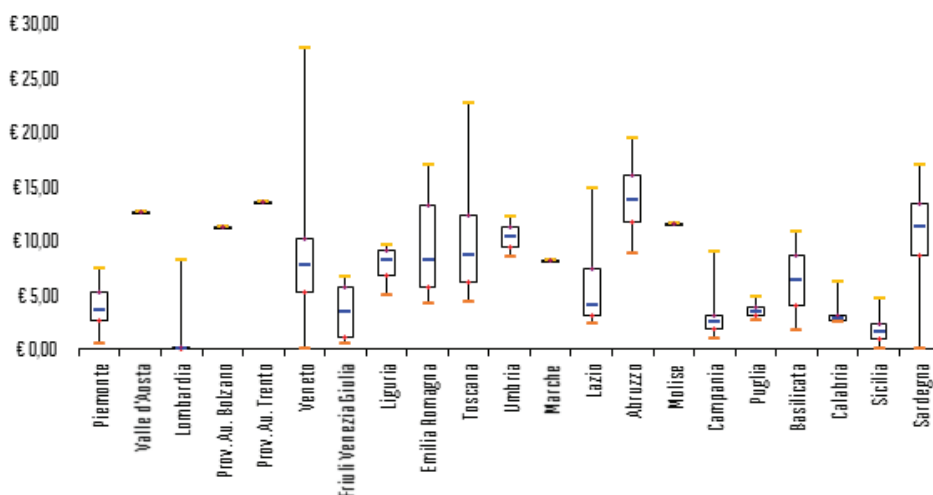
FIG. 1 | SPESE PER PULIZIA PER RESIDENTE, 2013 (ASL)



I valori di spesa più bassi per la voce "Pulizia" (figura 1) si registrano in Lombardia e Sicilia mentre quelli più alti sono stati osservati nelle province di Bolzano e Trento. I margini di risparmio più alti si manifestano in Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia laddove il box è più ampio e quindi si riscontra un'elevata variabilità. Per quanto riguarda le spese di "Lavanderia" (figura 2) la Puglia e la Calabria registrano valori medi contenuti e bassa variabilità interna, la Sicilia il valore mediano più basso. Emilia Romagna, Toscana e Veneto, al contrario, evidenziano margini di contenimento e potenziale

presenza di anomalie così come Lazio, Abruzzo e Friuli sebbene la sua variabilità si manifesti attorno a valori pro-capite mediamente inferiori. In Veneto si nota anche che la differenza tra il massimo pro-capite e il minimo è molto alta, tuttavia, essendo una misura che dipende dalle performance di singole aziende, è meno "grave" rispetto a quando il box è ampio nel complesso. Analoga situazione si evidenzia per la Lombardia, che in ogni caso registra valori medi molto contenuti a conferma di una buona allocazione complessiva delle risorse al suo interno.

FIG. 2 | SPESE PER LAVANDERIA PER RESIDENTE, 2013 (ASL)



Dall' analisi della voce di spesa per i servizi di "Mensa" (Figura 3) si riscontrano valori allarmanti riferiti alla distribuzione interna al Friuli Venezia

Giulia e al Veneto. Per il resto delle Regioni, i boxplot si assestano su ampiezze costanti. Nel complesso i valori mediani sono piuttosto uniformi.

FIG. 3 | SPESE PER MENSA PER RESIDENTE, 2013 (ASL)

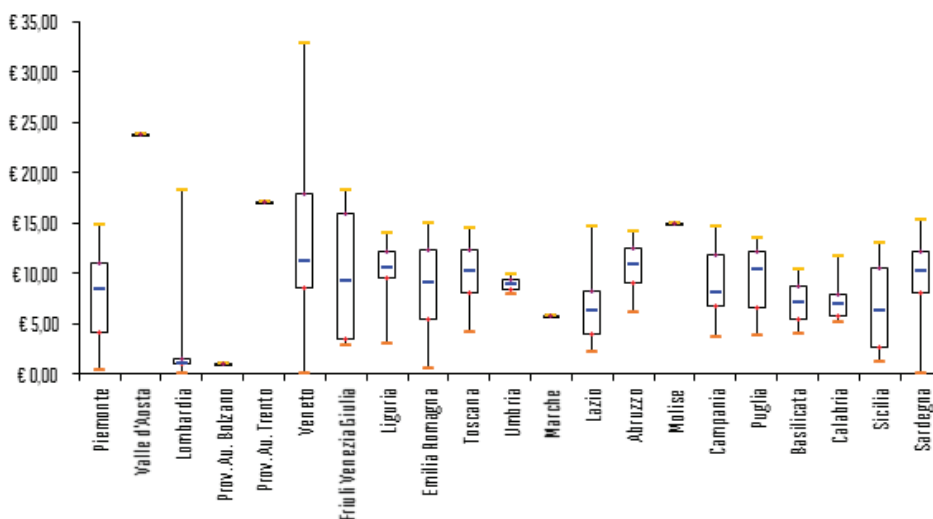
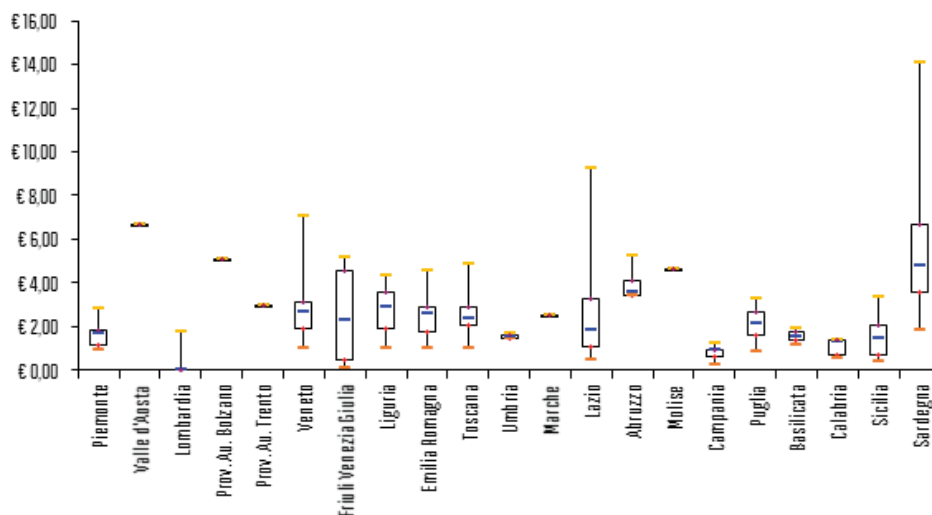


FIG. 4 | SPESE PER SMALTIMENTO RIFIUTI PER RESIDENTE, 2013 (ASL)



Le Asl della Lombardia, confermando i risultati delle precedenti analisi, spendono di meno rispetto alle altre Regioni per lo “Smaltimento dei rifiuti” (figura 4), seguite da Campania e Calabria. Le spese più alte si registrano in Abruzzo e Sardegna dove, di conseguenza, si potrebbero avere margini di risparmio.

Le voci legate all’acquisto di beni non sanitari come “Cancelleria” (figura 5) e “Guardaroba” (figura 6), sono state inserite in stretta analogia con la disciplina sui prezzi di riferimento emanati da Anac nonostante coinvolgano un ammontare di risorse nel complesso contenuto. La performance emersa, tuttavia, è piuttosto difforme tra la spesa per cancelleria, dove

si evidenziano bacini di potenziale risparmio diffusi in quasi tutti i contesti (sebbene l’ammontare dei risparmi rimane comunque contenuto per via dei bassi valori di spesa pro-capite) rispetto a quella per guardaroba dove anomalie si osservano quasi esclusivamente per il Friuli Venezia Giulia. Qui si nota anche una differenza tra le Province Autonome di Bolzano e Trento che, pur avendo una sola Asl e non permettendo con ciò l’analisi della distribuzione, registrano in termini assoluti, un ampio differenziale di spesa. Bolzano, per il guardaroba nelle Asl spende oltre 8 euro per residente mentre Trento meno di uno, dato che, peraltro, si ripete in tutti gli anni di analisi.

FIG. 5 | SPESE PER CANCELLERIA PER RESIDENTE, 2013 (ASL)

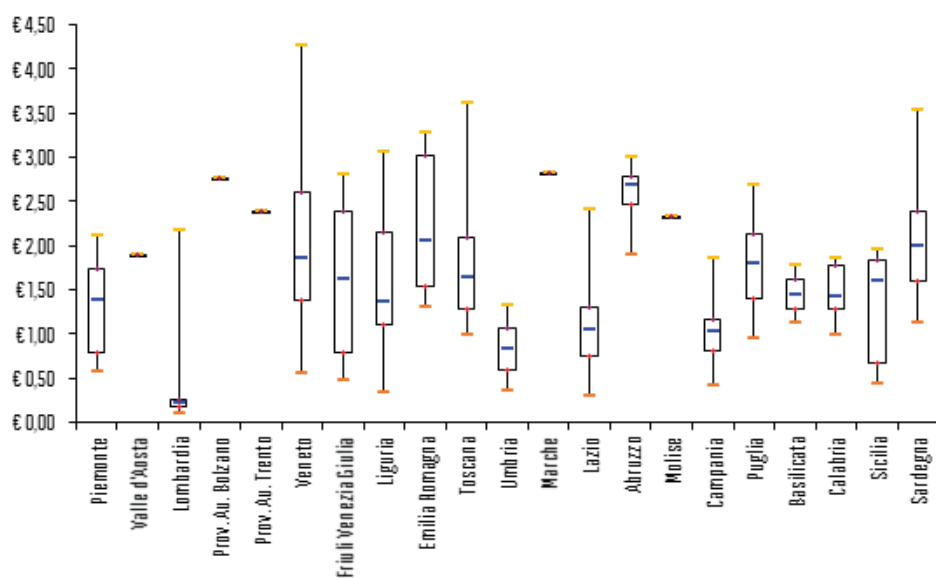
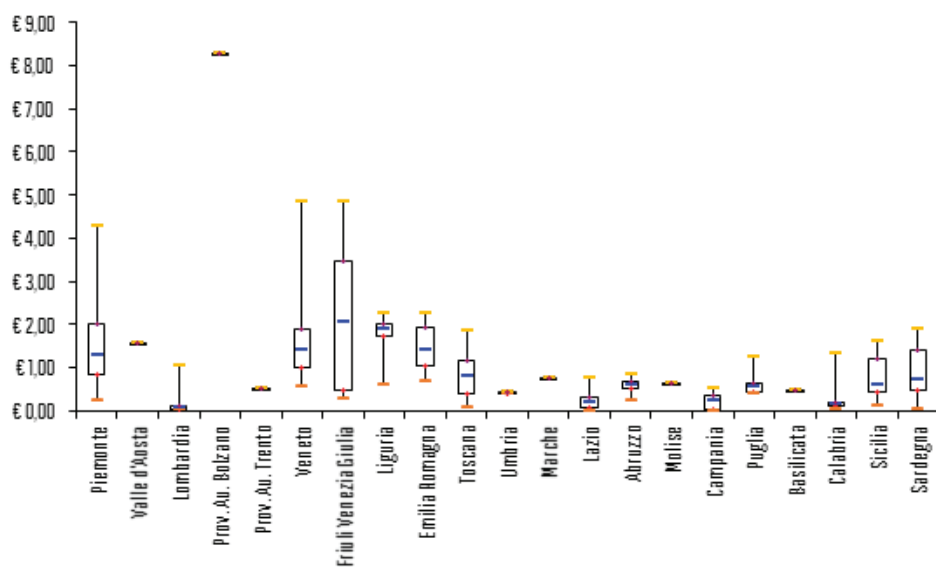


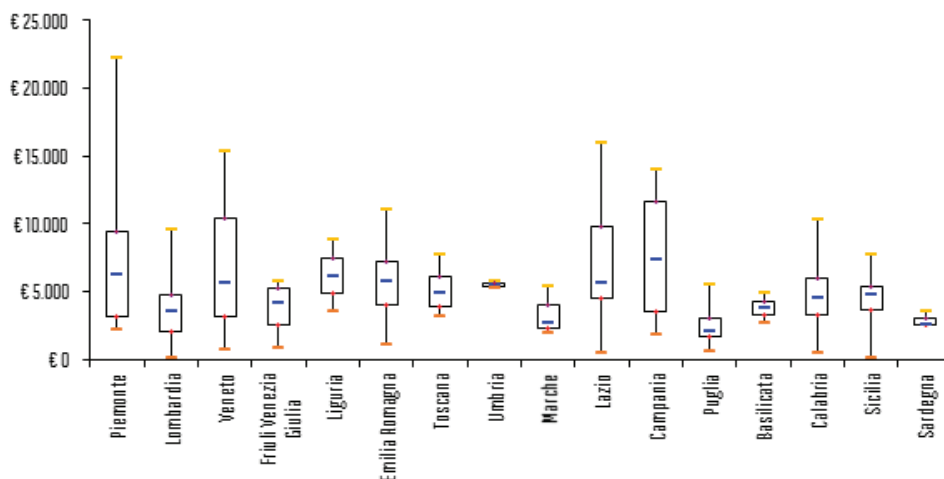
FIG. 6 | SPESE PER GUARDAROBA PER RESIDENTE, 2013 (ASL)



Per quanto riguarda l'analisi delle Aziende Ospedaliere i risultati confermano la presenza di ampie eterogeneità.

Per la voce "Pulizia" (figura 7), sembra che i margini di contenimento delle inefficienze siano comuni al Lazio, Piemonte, Campania e Veneto, mentre per le restanti si riscontrano valori più omogenei.

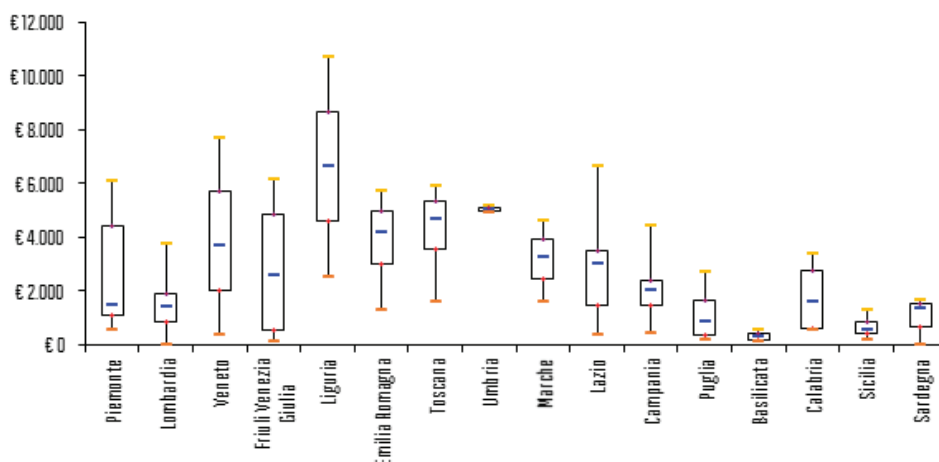
FIG. 7 | SPESE PER PULIZIA PER DIMESSO PESATO PER ICM, 2013 (AO)



La Liguria registra i valori di spesa più alti per "Lavanderia" (figura 8) nelle Ao, e boxplot anomali corrispondono anche all'analisi di Friuli Venezia

Giulia, Piemonte e Veneto, seppur con valori mediani più bassi.

FIG. 8 | SPESE PER LAVANDERIA PER DIMESSO PESATO PER ICM, 2013 (AO)



Contenuta, nel complesso, la dinamica di spesa per le Ao in relazione alla voce “Mensa” (figura 9). Mentre ancora Lazio, Friuli Venezia Giulia e Veneto

evidenziamo performance negative per la voce relativa allo “Smaltimento Rifiuti” (figura 10).

FIG. 9 | SPESE PER MENSA PER DIMESSO PESATO PER ICM, 2013 (AO)

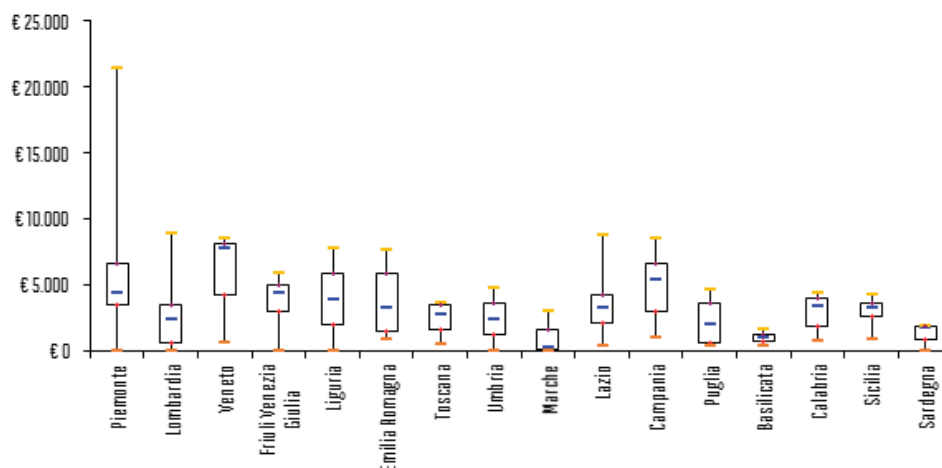
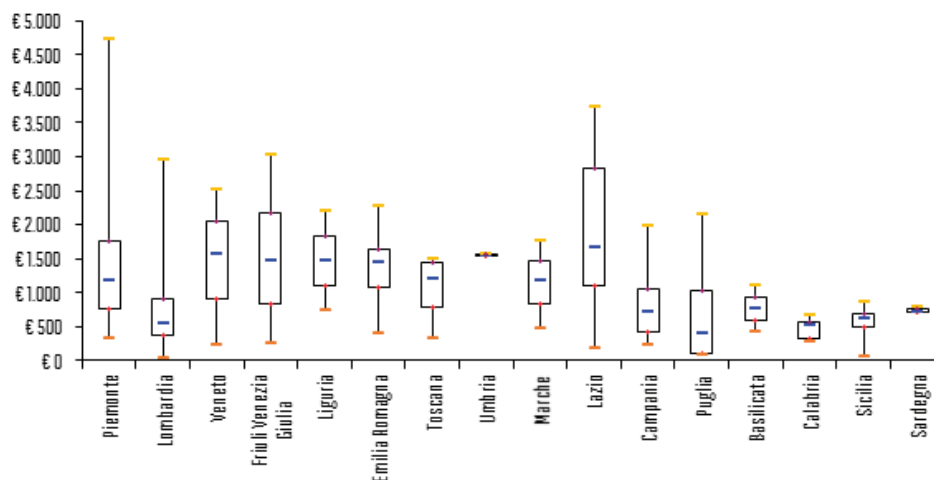


FIG. 10 | SPESE PER SMALTIMENTO RIFIUTI PER DIMESSO PESATO PER ICM, 2013 (AO)



Per le voci “Guardaroba” e “Cancelleria” riferite alle Ao, i boxplot sono posizionati più in alto e hanno una ampiezza decisamente maggiore nel caso del

Friuli Venezia Giulia e Piemonte per “Guardaroba” (figura 11) e Veneto e Friuli Venezia Giulia, per la “Cancelleria” (figura 12).

FIG. 11 | SPESE PER GUARDAROBA PER DIMESSO PESATO PER ICM, 2013 (AO)

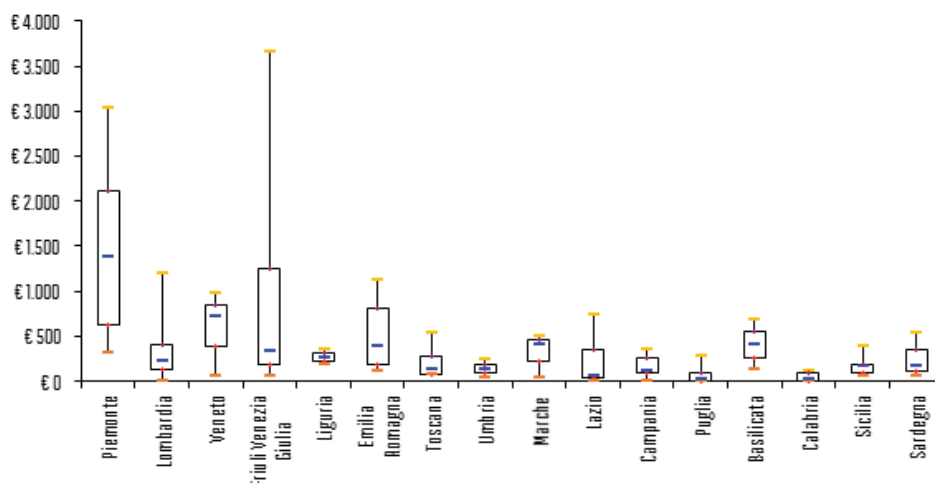
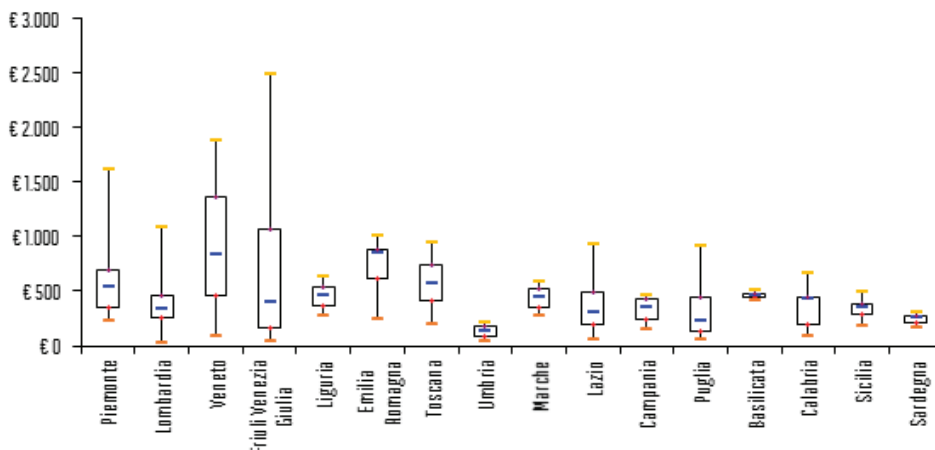


FIG. 12 | SPESE PER CANCELLERIA PER DIMESSO PESATO PER ICM, 2013 (AO)



I risparmi possibili

Il lavoro di stima, partendo dall'osservazione delle differenze interne ad ogni Regione appena descritte, si è incentrato, poi, sull'effettiva quantificazione del bacino d'inefficienze. Inoltre, rispetto alle precedenti versioni dell'analisi è stata ricostruita la dinamica temporale 2009-2013 per evidenziare l'entità delle misurazioni nel tempo.

I risparmi legati alle 6 voci di spesa considerate ammontano, per il 2013, a circa 493 milioni complessivi per le Asl e 485 milioni per le Ao. Si tratta della misurazione dello "spreco ingiustificato" desunto dalla sommatoria per ogni Regione della differenza inter-quantile (75°-mediana) rapportata alla popolazione/numero dei dimessi. Nel complesso, quindi, si quantificano potenziali risparmi per 979 milioni di euro per le voci di spesa

analizzate tra Asl e Ao. Per quanto riguarda lo "spreco altamente ingiustificato", la cifra emersa corrisponde a 170 milioni per le Asl e 233 milioni per le Ao per il 2013 per un totale di 403 milioni.

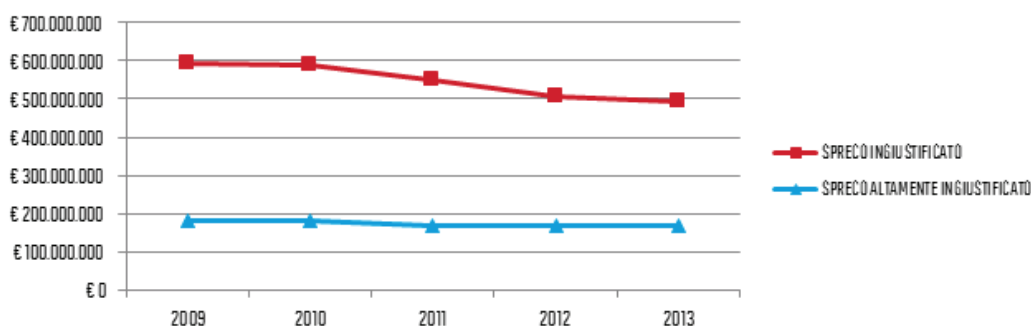
Queste voci, prese cumulativamente, costituiscono circa l'1,5% della spesa sanitaria nazionale. Se consideriamo il peso medio dello spreco ingiustificato sul totale speso dalle ASL italiane per le voci analizzate emerge che esso corrisponde mediamente al 29% mentre per quello altamente ingiustificato il 10%, (sempre in riferimento alle voci in analisi).

I dati relativi ai valori annuali sono riportati in tabella 1 e nella figura 13. Essi si riferiscono alle sole Asl in quanto per le Ao l'analisi è stata effettuata solo per il 2013.

TAB. 1 | VALORI MONETARI DELLE STIME 2009-2013 (ASL)

	2009	2010	2011	2012	2013
TOT.SPRECO INGIUSTIFICATO	592.171.102 €	588.135.583 €	547.880.000 €	504.482.064 €	492.752.813 €
TOT.SPRECO ALTAMENTE INGIUSTIFICATO	181.865.404 €	180.876.799 €	169.789.541 €	166.660.173 €	169.204.961 €

FIG. 13 | TREND 2009-2013 SPRECO INGIUST/ALT. INGIUST(ASL)

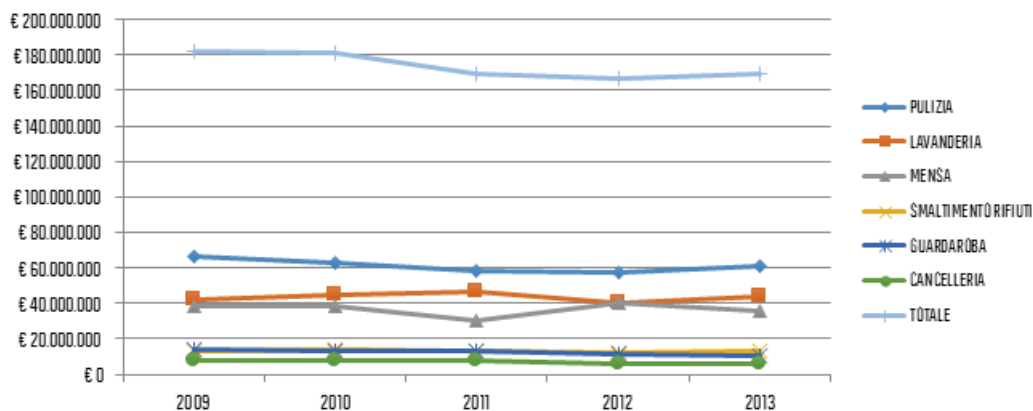


Dall'analisi intertemporale si nota come nel complesso la componente di spreco ingiustificato sia diminuita nell'arco del periodo analizzato. Al contrario, lo spreco altamente ingiustificato rimane pressoché costante, ma con una tendenza dapprima in diminuzione e poi in lieve rialzo nell'ultimo anno di analisi (+1,5% su base annua).

Nella figura 14 il trend per lo "spreco altamente

ingiustificato" è rappresentato insieme a quello delle singole voci prese in analisi. Si nota come, dopo un periodo di costante diminuzione, in media del 2,8% annuo tra il 2009-2012, con un calo del 6% tra il 2010 e il 2011 corrispondente a circa 12 milioni. Guardando alle voci di spesa si nota come la spesa per mensa e lavanderia si invertano nel corso del periodo, con tendenze opposte per l'ultimo anno d'analisi.

FIG. 14 | TREND 2009-2013 SPRECO ALTAMENTE INGIUSTIFICATO E COMPONENTI (ASL)

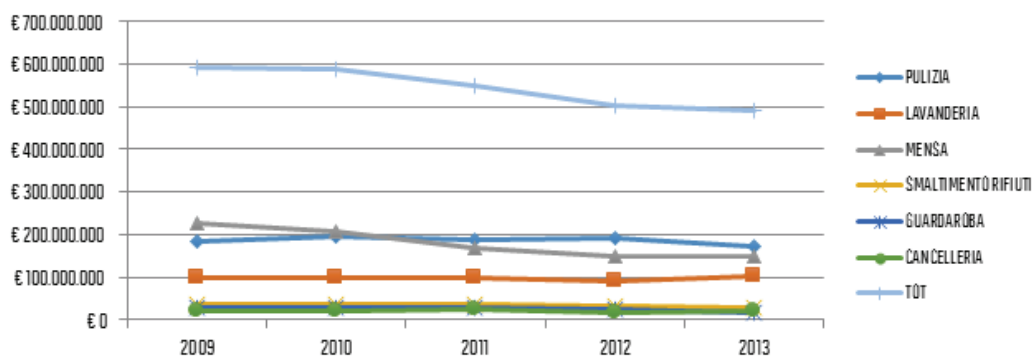


La rappresentazione è stata replicata (figura 15) per lo spreco ingiustificato, differenza regionale tra il valore corrispondente al 75°percentile e la mediana e componente di spreco potenzialmente riferibile a disfunzioni gestionali.

Da questa misurazione emerge una diminuzione media del 4,4% tra il 2009 e il 2013, pari a circa 10

milioni complessivi. Qui, si nota che la voce “Mensa” evidenzia il calo più pronunciato nel quadriennio, lasciando la prima posizione in termini di spreco ingiustificato alla “Pulizia” ma rimanendo con valori d’inefficienza elevati, considerando che l’ammontare di spreco si manifesta alla luce di valori di spesa inferiori di circa il 30% rispetto alle spese di “Pulizia”.

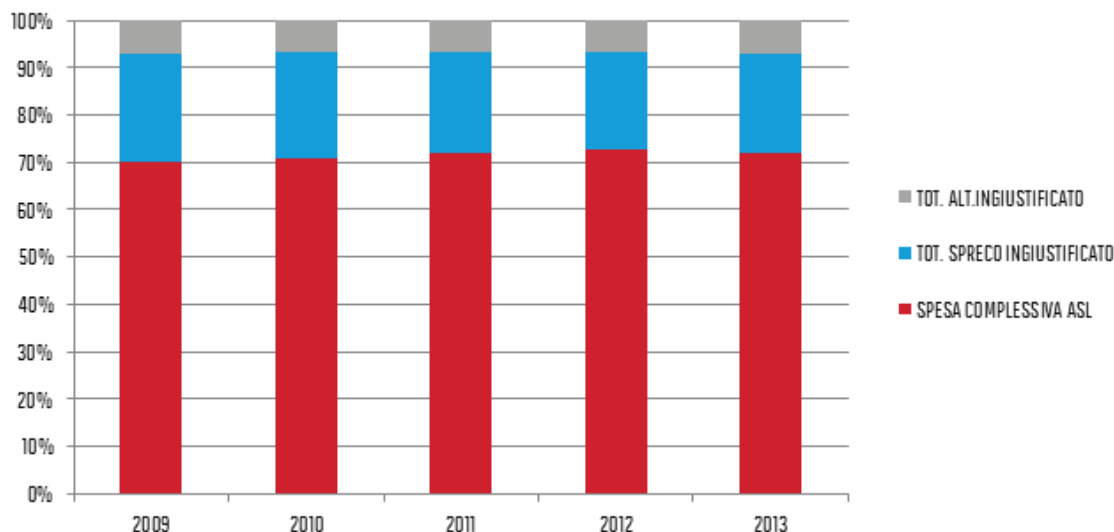
FIG. 15 | TREND 2009-2013 SPRECO ALTAMENTE INGIUSTIFICATO E COMPONENTI (ASL)



Possiamo, infine, osservare come (figura 16), in relazione alla spesa complessiva delle Asl per le voci analizzate, la proporzione delle inefficienze rimane

pressoché costante durante il periodo analizzato nonostante in termini assoluti la spesa sia diminuita in media del 1,7% ogni anno.

FIG. 16 | TREND % SPRECO (ING. E ALT. ING), SPESA (ASL)



CONCLUSIONI

La misurazione dello spreco nelle due versioni in cui è stato quantificato, ha mostrato una dinamica decrescente nell'arco degli anni analizzati. Tuttavia il dato va osservato alla luce di un complessivo contenimento delle spese che, su pressioni di bilancio, ha riguardato la spesa sanitaria complessiva. Pertanto nel periodo 2009-2013 osserviamo l'effetto combinato delle manovre di taglio alla spesa e i tentativi messi in campo per razionalizzarla e renderla efficiente, nel rispetto dei vincoli macroeconomici dettati dalla UE. L'effetto, quindi sembra essere quello di una riduzione generalizzata sia della spesa sia delle inefficienze senza però alcuna inversione di tendenza per quanto riguarda il peso degli sprechi all'interno del totale speso (figura 16). Alla luce di quanto emerso potremmo ritenere, quindi, che gli interventi di contenimento finanziario susseguiti negli ultimi anni, siano stati finalizzati principalmente alla razionalizzazione lineare della spesa e non alla selezione delle voci inefficienti né alla riduzione delle relative sacche di spreco. In altre parole essi hanno avuto l'effetto di ottenere dei risparmi, ma non hanno saputo intervenire sulle disfunzioni gestionali dalle quali originano le inefficienze.

Nel dettaglio, inoltre, abbiamo evidenziato come la componente di spreco ingiustificato abbia evidenziato una diminuzione più marcata. Questo è coerente con il fatto che tale spreco, così definito, potrebbe essere stato colpito in maniera più efficace da politiche di contenimento dei costi ampie e meno peculiari.

Un discorso più approfondito, invece, meriterebbe di essere fatto in relazione alla misurazione dello spreco altamente ingiustificato, specie se al suo interno includiamo, almeno in linea teorica, la potenziale presenza di un vantaggio personale e quindi del fenomeno della *corruption*. Essa, difatti, nascendo dal rapporto personale tra corrotto e corruttore, assume una "veste" differente per ogni contesto e non viene colpita solamente da manovre di ampio respiro ma da concreti e mirati interventi di contrasto, come anche ribadito dall'Autorità Anti Corruzione. A riprova di ciò il trend evidenziato, segna un calo meno marcato rispetto alla spesa e alla componente dello spreco ingiustificato. Oltre a ciò, per il 2013, è stato evidenziato un dato in lieve controtendenza (+1,5%) rispetto al calo generale delle risorse. Questo sembra confermare quanto sia complesso inquadrare la corruzione in un unico schema tanto di carattere definitorio quanto di

misurazione e, quindi, con esso, la costruzione di uno strumento di analisi in grado di ottimizzare il *trade off* tra necessità di una quantificazione precisa e confrontabilità.

A livello metodologico, la presente analisi ha cercato di affinare la propria misurazione cercando di bilanciare l'intento quantificare i bacini di inefficienza con quello di focalizzare l'analisi all'ottenimento di risultati utili per il contrasto concreto dei suddetti sprechi. Rispetto alla precedente versione dell'analisi, contenuta nel Libro Bianco sulla Corruption pubblicato da ISPE, il presente contributo ha cercato di applicare la misurazione ad un campo più ristretto di voci e non macro aggregati. In questo modo si è cercato di ottenere uno strumento più preciso e utile all'effettivo disegno di politiche di contrasto. Difatti, oltre che a livello quantitativo come stima generica del fenomeno, la metodologia implementata ha il pregio di fornire un metodo d'individuazione delle potenziali sacche d'inefficienza con il quale localizzare le anomalie.

Nonostante ciò, ulteriori miglioramenti possono essere valutati a superamento di alcuni limiti che tutt'ora permangono. In primis l'ampliamento dell'analisi temporale per le Ao anche al periodo 2009- 2012 ad oggi resa impossibile dalla carenza di dati sistematizzati sui dimessi e aggiornati per ciascun anno. In secondo luogo, sarebbe auspicabile migliorare la metodologia di calcolo del *burden* complessivo e mirare alla costruzione di un vero *indicatore oggettivo* sulla *corruption* visto che, come noto dalla teoria e dai contributi scientifici in materia, per misurare la corruzione si utilizzano perlopiù dati di percezione.

NOTE

¹ OECD, “How Does Health Spending in Italy Compare?” OECD Health Statistics (2015).

² OECD, “Reviews of Health Care Quality: Italy 2014,” OECD Reviews of Health Care Quality (2015).

³ Ministero dell’Economia e delle Finanze (MEF), “Il Monitoraggio Della Spesa Sanitaria 2014,” Ragioneria Generale dello Stato Rapporto n.2 (2015).

⁴ Agenas, Andamento Spesa Sanitaria Regionale E Nazionale 2008-2014 (2015).

⁵ Piacenza M.; Turati G., “Does Fiscal Discipline Towards Sub-National Governments Affect Citizens’ Well-Being? Evidence on Health,” Health Economics (2013).

⁶ André C. Joumard I., and Nicq C., “Health Care Systems: Efficiency and Institutions,” OECD Economics Department Working Papers No. 769 (2010).

⁷ O. Bandiera, A. Prat, and T. Valletti, “Active and Passive Waste in Government Spending: Evidence from a Policy Experiment,” American Economic Review 99, no. 4 (Sep 2009), <http://dx.doi.org/10.1257/aer.99.4.1278>.

⁸ OSMED, L’uso Dei Farmaci in Italia, Rapporto Nazionale (2013).

⁹ <http://rivaluta.istat.it/Rivaluta/>

CONTINUA A SEGUIRE IL PROGETTO SU:
WWW.CURIAMOLACORRUZIONE.IT
FACEBOOK.COM/CURIAMOLACORRUZIONE
TWITTER.COM/CURA_CORRUZIONE

WWW.CURIAMOLACORRUZIONE.IT