



**La Prevenzione e il Contrasto dell'illegalità nella tutela della salute
Rapporto introduttivo**

Illuminiamo la salute

Per non cadere nella ragnatela dell'illegalità

Legalità, salute, benessere

Il presente Rapporto è stato predisposto dal Coripe Piemonte, Consorzio per la Ricerca e l'Istruzione Permanente in Economia, insieme con le Associazioni Libera, Avviso Pubblico e Gruppo Abele.

Il documento nasce all'interno di una collaborazione avviata tra i soggetti sopra citati che intendono farsi promotori di un percorso a sostegno della trasparenza e dell'integrità nel sistema di tutela della salute e del benessere nel nostro Paese.

Il lavoro è stato coordinato da Nerina Dirindin, Presidente del Coripe Piemonte.

Hanno collaborato:

- Gian Maria Allena (*Economista*)
- Massimo Brunetti (*Direttore Sviluppo organizzativo Ausl Modena*)
- Luca De Fiore (*Direttore Il Pensiero Scientifico Editore, Presidente, Associazione Alessandro Liberati – Network Italiano Cochrane*)
- Vittorio Demicheli (*Responsabile Servizio Epidemiologia Asl Alessandria*)
- Leonardo Ferrante (*Responsabile Scientifico Riparte il Futuro*)
- Chiara Rivoiro (*Medico Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Regione Piemonte*)
- Paolo Trande (*Avviso Pubblico*)

Il gruppo di lavoro si è inoltre avvalso della collaborazione di: Gianfranco Domenighetti (*Università della Svizzera Italiana*), Leopoldo Grosso (*Responsabile Università della Strada – Gruppo Abele*), Valentina Solfrini (*AUSL Modena*), Gabriella Stramacconi (*Ufficio di Presidenza Libera*), Giacomo Governatori (*Direzione Generale Libera*).

La collaborazione tra Coripe Piemonte, Libera, Avviso Pubblico e Gruppo Abele è stata particolarmente sostenuta, dal punto di vista culturale e umano, da Luigi Ciotti, fondatore del Gruppo Abele, al quale va il grazie sincero di tutte le persone coinvolte nel percorso.

Premessa	p.9
Parte I - La tutela della salute: un diritto e un impegno	p.11
1.1 - La salute è un bene prezioso	p.15
1.2 - Gli italiani godono di buona salute	p.17
1.3 - Un sistema sanitario sano ed efficace	p.18
Parte II - La ragnatela dell'illegalità	p.23
2.1 - La rete del sistema sanitario	p.25
2.2 - Un morbo che può indebolire l'intero sistema	p.27
2.3 - I fili della ragnatela: le asimmetrie informative e i conflitti di interesse	p.29
2.4 - Le forme della ragnatela	p.36
2.5 - La manipolazione della ricerca e dell'informazione scientifica	p.41
2.6 - I costi dell'illegalità	p.46
2.7 - I pochi casi di commissariamento per infiltrazioni della criminalità	p.48
Parte III - Una sanità con le pareti di vetro	p.50
3.1 - Il nuovo quadro normativo: anticorruzione, antimafia e trasparenza	p.53
3.2 - La Legge 190/2012 anticorruzione	p.53
3.3 - Il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici	p.57
3.4 - La rivoluzione della trasparenza: il d.lgs. 33/2013	p.59
3.5 - Che cosa si può fare? Garantire l'equilibrio del sistema	p.61
3.6 - Che cosa puoi fare tu: cittadini contro l'illegalità	p.66
3.7 - Si può fare!	p.69
3.8 - In conclusione	p.71
Sitografia	p.72

PREMESSA

Il tema della legalità, e quello speculare della corruzione, sono di grande attualità in questo momento storico e coinvolgono tutte le istituzioni e i settori della nostra società. La crisi economica generale, la crisi del lavoro e la riduzione delle risorse per i servizi ai cittadini hanno di colpo reso evidente ai più che le risorse scarse non possono essere sprecate a causa di comportamenti opportunistici e fuori dalle regole stabilite per tutelare il benessere della collettività. Il Mondo della Sanità e il Servizio Sanitario Nazionale sono uno dei principali ambiti economici della nostra società (per numero di “addetti” nei servizi pubblici, nel privato e nell’indotto, per volumi di attività e di scambi, per assorbimento di risorse dello Stato e delle Regioni). É quindi atteso che esso sia più o meno diffusamente minacciato da fenomeni e comportamenti ascrivibili alla violazione della trasparenza, della legalità o addirittura alla corruzione. Contrastare tali minacce significa impegnarsi per l’equità e per la qualità dei servizi sia del settore pubblico sia di quello privato e contribuire a garantire il miglior uso delle risorse dei singoli e della comunità.

La letteratura sull’argomento è ampia ed interessante, soprattutto a livello internazionale: sono disponibili sul *web* i dossier sulla corruzione nelle pubbliche istituzioni e in particolare nel mondo sanitario del Fondo Monetario Internazionale 1998 e 2000, dell’Oecd del 2013, di *Transparency International* nel 2006, di *European Healthcare Fraud and Corruption Network* e WHO nel 2011; è disponibile anche la relazione 2011 della Corte dei Conti che stima nello specifico i costi della corruzione per il Ssn.

Per quanto si tratti di un fenomeno invisibile, la letteratura fornisce da tempo stime sulle diverse forme di illegalità nel settore della tutela della salute. Gli elementi più studiati sono le frodi e la corruzione. Negli Stati Uniti, una quota variabile fra il 5% e il 10% della spesa sostenuta dai programmi pubblici *Medicare* e *Medicaid* è assorbita da frodi ed abusi. La Rete Europea contro le Frodi e la Corruzione nel Settore sanitario (www.chfcn.org) ha stimato che in Europa il 5,6% del budget per la sanità sia assorbito dalla corruzione. Il Regno Unito ha istituito nel 1998 uno specifico servizio per la lotta contro la corruzione all’interno del *National Health Service* (*Counter Fraud Service*). La Francia dispone di un programma di contrasto delle frodi della *Caisse Nationale d’Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*. Nel 2006, *Transparency International*, l’organizzazione internazionale che misura il livello di corruzione in tutti i paesi del mondo, ha dedicato il suo rapporto annuale alla corruzione nella sanità.

Il tema merita attenzione anche perché nel settore sanitario e sociale la corruzione produce

effetti non solo economici (in particolare sulle finanze pubbliche), ma anche sulla salute delle popolazioni: riduce l'accesso ai servizi, soprattutto fra i più vulnerabili; peggiora in modo significativo – a parità di ogni altra condizione - gli indicatori generali di salute ed è associata a una più elevata mortalità infantile. Più in generale, le varie forme di illegalità presenti nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse ai programmi di assistenza, ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone.

Per tale ragione il contrasto della illegalità nel settore sociale e sanitario deve costituire un impegno prioritario per i responsabili delle politiche pubbliche e i professionisti del settore, soprattutto in un momento di grave crisi economica.

Il presente documento si propone di avviare un percorso di riflessione sul tema della integrità nel sistema di tutela della salute e del benessere, con riferimento sia alla componente sociale sia a quella sanitaria.

Le organizzazioni **Libera**, **Avviso Pubblico**, **Coripe** e **Gruppo Abele**, promotrici dell'iniziativa, hanno deciso di unire le rispettive esperienze e competenze per avviare un percorso di sensibilizzazione e approfondimento, con l'obiettivo di sostenere i tanti operatori che quotidianamente si impegnano a contrastare le diverse forme di opacità, discrezionalità e illegalità presenti nel settore e di cui spesso sono vittime involontarie e impotenti.

L'iniziativa ha anche l'obiettivo di costruire momenti di supporto alle aziende sanitarie e agli enti territoriali chiamati, in base alla recente Legge 190/2012, a nuovi adempimenti nell'ambito della promozione della legalità nel settore sociale e sanitario. Perché il nuovo percorso di prevenzione e contrasto dell'illegalità e della corruzione non deve diventare un mero adempimento burocratico. Perché la tutela della salute, diritto fondamentale di ogni cittadino e dell'intera comunità, deve essere preservata da ogni forma di opacità e illegalità.

PARTE I - LA TUTELA DELLA SALUTE: UN DIRITTO E UN IMPEGNO

Il benessere di una popolazione dipende in larga misura dalle azioni concrete adottate per sostenere lo sviluppo socio-economico, contrastare la povertà e l'esclusione sociale, ridurre le disuguaglianze, promuovere e sostenere la salute.

La tutela della salute è un diritto fondamentale e al contempo un impegno, per il singolo e per la collettività.

In Italia, la tutela della salute è assicurata concretamente dal Servizio Sanitario Nazionale, un sistema che ormai da oltre 30 anni mira a garantire prevenzione e assistenza a chi ne ha bisogno, senza discriminazioni di sorta, in tutto il territorio nazionale.

Un sistema costituito da una fitta rete di regole, relazioni, capacità e volontà, che deve essere in grado di prendersi cura delle persone in modo ineccepibile, garantendo accoglienza, assistenza, accudimento, sicurezza, efficacia clinica, appropriatezza, essenzialità, osservanza delle norme giuridiche e dei principi etici.

Un sistema sanitario ineccepibile fa bene alla salute.

Il sistema di tutela della salute ha bisogno di trasparenza, legalità, fiducia, integrità

Trasparenza, legalità, fiducia, integrità sono elementi essenziali nella costruzione di un sistema di tutela della salute e, di conseguenza, nella promozione del benessere.

Un sistema affidabile e integro è uno strumento di rassicurazione contro uno dei rischi più temuti dalla popolazione (quello di dover affrontare una malattia in solitudine, senza adeguate conoscenze e senza sufficienti risorse), di fiducia nelle istituzioni e nella comunità, di promozione

del capitale sociale.

Per questo le politiche di tutela della salute devono farsi carico di promuovere trasparenza e legalità in ogni ambito di intervento, e non solo all'interno del settore sanitario. Per questo è necessario avere la "schiena dritta".

Per non rischiare di cadere nella ragnatela dell'illegalità, della discrezionalità, dell'abuso di potere.

Perché opacità e illegalità minano alla base la coesione sociale e in quanto tali non sono tollerabili all'interno di un settore che, al contrario, deve farsi carico di promuovere la salute e il benessere.

Perché ogni energia - umana, professionale, tecnologica o finanziaria - sprecata per mancanza di integrità è in realtà sottratta alla salute di una persona umana, ed è quindi doppiamente insopportabile.

1.1 La salute è un bene prezioso

La salute è un bene prezioso.

È un bene fondamentale per la persona e per la collettività.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la salute è uno “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o di infermità”. Una definizione ampia, che supera il dualismo concettuale “malattia-salute” e guarda allo stato di benessere di un individuo o di una popolazione come non unicamente correlato all'intervento sanitario.

La salute è un bene prezioso. Per questo la tutela della salute è riconosciuta dalla nostra Costituzione “*come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*” (articolo 32). Un diritto al quale i padri costituenti hanno riservato (unico caso in tutta la Carta) la qualificazione di diritto *fondamentale*. Un diritto al quale la Costituzione affianca altri due importanti concetti: il diritto a non essere sottoposti a trattamenti sanitari obbligatori (salvo casi particolarissimi, esplicitamente previsti dalla normativa) e il principio del “rispetto della persona umana”¹. Diritti che costituiscono conquiste di civiltà e in quanto tali indisponibili e inalienabili.

Per questo la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'uomo delle Nazioni Unite all'articolo 25 afferma: “*Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari.*”²

Anche in questo caso un'affermazione impegnativa che vede nella salute e nel benessere uno degli obiettivi più qualificanti da perseguire a livello individuale e collettivo.

La salute è un bene prezioso, e va preservato da ogni contaminazione e da ogni opacità.

È un bene “di tutti e di ciascuno”, “di cui tutti godono e a cui tutti concorrono”; “un bene che trascende e insieme comprende quello delle singole persone”. In questo senso potrebbe essere considerato un “bene comune”, come l'aria, l'acqua, la conoscenza, il

1 L'articolo 32 della Costituzione recita “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

2 La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'uomo, siglata a Parigi il 10 dicembre 1948, è alla base di molte delle conquiste civili della seconda metà del XX secolo.

territorio e il paesaggio. Un bene che, per natura e per conseguenze, si intreccia con alcuni diritti sociali (l'istruzione, il lavoro) e alcuni diritti di libertà (personale, di stampa, di circolazione, di riunione) favorendone il godimento.

Un bene che ha a che fare con le persone (e le comunità) e comporta l'assunzione di una responsabilità sociale da parte della collettività che, in modo attivo, difende, tutela e promuove la salute.

Un bene la cui tutela si inquadra all'interno dei principi fondamentali propri di uno Stato di diritto:

- la democrazia, perché la tutela della salute richiede la partecipazione di tutti, alle scelte e alle decisioni;
- l'eguaglianza, perché è necessario rimuovere le differenze economiche e sociali che ostacolano l'eguaglianza formale e sostanziale in termini di benessere;
- il rispetto della persona, perché non si perda di vista la centralità dell'essere umano, i suoi bisogni e la sua dignità.

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

La salute si promuove anche contrastando l'illegalità.

La mancanza di integrità fa male alle salute: riduce l'accesso ai servizi, soprattutto fra i più vulnerabili; peggiora in modo significativo – a parità di ogni altra condizione - gli indicatori generali di salute ed è associata a una più elevata mortalità infantile.³

Evidenze internazionali del legame tra corruzione e salute sono riportate nel Rapporto del 2006 di *Transparency International*: all'aumentare della corruzione la salute peggiora⁴. Più in generale, le varie forme di illegalità messe in atto nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse ai programmi di assistenza, ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone⁵.

3 Gupta S., Davoodi H., Tiongson E., [2003], Corruption and the provision of Health Care and Education Services, 1-28, International Monetary Fund, IMF Working Paper, WP/00/116, 2000

4 Transparency International, Global Corruption Report 2006; si veda anche: Centre for the Study of Public Policy, New Europe Barometer VII. 2005.

5 Fundacion Alternativas, Informe de la Democracia 2010: La erosión de la confianza y el bienestar. Contra la desafección. Madrid, www.falternativas.org/

Per questo è necessario illuminare la salute, per valorizzare un bene prezioso e per fare luce sulle zone d'ombra che insidiano la salute della popolazione.

1.2 Gli italiani godono di buona salute

Un buon stato di salute è fondamentale per lo sviluppo economico-sociale ed è indicatore di una società civile.

Rispetto al resto del mondo sviluppato, gli italiani godono di buoni livelli di salute.

Un importante indice del livello di salute è la speranza di vita alla nascita, il numero di anni di vita che un bambino che nasce oggi può aspettarsi di vivere. Nel 2011, nel nostro paese, la speranza di vita alla nascita era di 84,6 anni per le donne e di 79,4 anni per gli uomini.

La tradizionale buona posizione dell'Italia è confermata da due recenti studi, il rapporto "*Health at glance 2012*" sullo stato di salute e la spesa sanitaria nei paesi dell'Oecd⁶ e il rapporto "*Global Burden of Disease Study 2010*" - la più ampia indagine mai effettuata su scala mondiale sulla distribuzione delle malattie e i loro fattori di rischio,⁷ secondo i quali il nostro Paese occupa ancora il secondo posto al mondo come speranza di vita (dopo il Giappone) ed il primo posto tra le nazioni europee.

Gli italiani non vivono solo più a lungo: la longevità si accompagna a migliori condizioni di salute durante l'intero arco di vita, con meno disabilità e meno malattie. L'Italia è, ad esempio, uno dei pochi paesi nei quali la disabilità fra gli anziani tende lentamente a ridursi.

Fra gli anziani la cronicità insorge a un'età di circa 5 anni più elevata rispetto a quella di una decina di anni addietro⁸. Un dato che rivela le grandi potenzialità degli anziani, troppo spesso considerati solo un costo per il welfare, e che riduce in modo significativo il ruolo dell'invecchiamento della popolazione quale fattore di crescita della spesa sanitaria nel medio-lungo periodo.

Per ciò che concerne la mortalità infantile, un tempo responsabile di un numero elevato di morti nel primo anno di vita, il nostro Paese è stato protagonista di una riduzione a ritmi nettamente superiori a quelli del resto d'Europa ed è ora al di sotto della media dei paesi sviluppati: il tasso attuale è 3,4 morti per 1.000 nati vivi, contro una media euro-

6 Oecd , *Health at a glance 2012*, Oecd, 2012, Paris.

7 Horton R., *GBD 2010: understanding disease, injury, and risk*, The Lancet, Volume 380, Issue 9859, Pages 2053 - 2054, 15 December 2012.

8 Istat, *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*, Roma, 2008

pea di 4,3⁹. Sul fronte opposto, si registra un tasso di fecondità tra i più bassi d'Europa. Non tutti gli indicatori sono tuttavia positivi. Preoccupanti sono ad esempio l'alta prevalenza (fra gli over 30) delle demenze (l'Italia è al secondo posto nell'Oecd) e la forte crescita del tasso di obesità fra i giovani in età 11-15 anni (occupiamo il quarto posto fra i paesi sviluppati)¹⁰.

1.3 Un sistema sanitario sano ed efficace

Il buon stato di salute degli italiani è sicuramente legato alle buone condizioni ambientali e socio-economiche del Paese, ma è anche il risultato di una ampia accessibilità a trattamenti sanitari efficaci, grazie alla presenza, sin dal 1978, di un Servizio Sanitario Nazionale universale (ovvero che riconosce la tutela della salute a tutti i cittadini, senza alcuna discriminazione), solidale (finanziato in base al principio “paga chi può a favore di chi ha bisogno”) e globale nella copertura (in base alle reali necessità assistenziali di ciascuno e secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità¹¹ incoraggia gli stati membri a sviluppare sistemi di finanziamento della sanità capaci di istituire o salvaguardare una copertura universale, in grado di consentire alle persone di accedere ai servizi di cui hanno bisogno senza rischiare conseguenze finanziarie gravi o disastrose¹².

I paesi che godono delle migliori condizioni di salute sono quelli che hanno una qualche forma di copertura universale. (Who, 2011)

La transizione verso l'universalismo è stata descritta come la terza rivoluzione in ambito sanitario, dopo quella demografica e quella epidemiologica: molti paesi si stanno infatti muovendo verso sistemi di tipo universalistico, anche se con enormi difficoltà e con processi che rischiano di condurre, nel corso della transizione, a soluzioni piuttosto insoddisfacenti.

Nel nostro Paese, nonostante la pesante crisi economica e il

9 World Health Organization, *Global health risks, Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, Geneva, 2009.

10 Oecd, *Health at a glance 2012*, Oecd, 2012, Paris.

11 World Health Assembly, *Sustainable health financing structures and universal coverage*, WHO, May 24, 2011

12 Carrin G., Mathauer I., Xu K., Evans D., (2008) *Universal coverage of health services: tailoring its implementation*, Bull World Health Organization, 86(11):857-63.

conseguente sensibile aumento del rapporto spesa/Prodotto Interno Lordo (Pil) (per effetto della caduta del Pil), la spesa sanitaria totale (pubblica e privata) è ancora nettamente inferiore a quella dei paesi con livello di sviluppo simile al nostro: 9,3% del Pil nel 2010 contro 11,6% in Francia e Germania (un esempio di *spread* positivo!), 9,6% in Svezia e nel Regno Unito. L'Italia presenta inoltre dati di performance dei servizi sanitari molto soddisfacenti. Secondo alcuni studi comparativi sulla performance complessiva dei sistemi sanitari, l'Italia occupa infatti i primi posti fra i paesi Oecd quanto a livelli di efficienza in termini relativi rispetto ai paesi con le migliori performance (siamo superati solo da Francia e Islanda)¹³.

Quanto a risultati in termini di salute, i dati indicano che, in media, il sistema dei servizi è in grado di intercettare i bisogni della popolazione e rispondere in maniera adeguata. Ne è riprova la stima dell'Oecd sulle “morti potenzialmente evitabili attraverso interventi sanitari tempestivi e appropriati”:¹⁴ fra i 27 paesi europei, l'Italia occupa il terzo posto (dopo Francia e Islanda) per il minor numero di morti evitabili. E ciò nonostante il basso tasso di ospedalizzazione (il 24% in meno della media europea) e la bassa spesa sanitaria¹⁵. Il sistema sanitario è anche un importante fonte di lavoro e di reddito.

Al servizio dei cittadini, in Italia oggi prestano il loro lavoro circa 4 medici ogni 1000 abitanti, in linea con la media dei paesi Ocse, mentre abbiamo circa 6 infermieri ogni 1000 abitanti, contro una media europea di 8. Siamo tra i paesi europei con la più alta dotazione di grandi tecnologie: un indice di elevata capacità diagnostico-terapeutica, ma al contempo di ingiustificata offerta di prestazioni sanitarie fonte di inapproprietezze e sprechi. Non a caso stanno rafforzandosi movimenti e campagne internazionali, quali “*Choosing wisely*” (scegliere con saggezza) del Dipartimento della Salute del governo federale Usa¹⁶ e *Slow Medicine*¹⁷, che vogliono riportare la medicina alla sobrietà e all'essenzialità, liberandola da ridondanze ed eccessi ingiustificati, promuovendo scelte selettive piuttosto che tagli indiscriminati, sostituendo alla politica del razionamento quella della riduzione degli sprechi, coinvolgendo contestualmente professionisti e cittadini. Un approccio particolarmente innovativo perché riconosce il diritto del consumatore ad essere tutelato anche in

13 OECD 2010, Health care systems: Getting more value for money, OECD Economics Department Policy Notes, n. 2; Joumard I., André C., Nicq C. (2010), Health Care Systems: Efficiency and institutions, OECD Economics Department Working Papers, No. 769.

14 Gay J.G., Paris V., Devaux M., de Looper M. (2011), Mortality amenable to health care in 31 Oecd countries, Oecd Health Working Papers, n. 55

15 Oecd, Health at a glance 2012, Oecd, 2012, Paris.

16 Il programma “Choosing wisely” (scegliere con saggezza), sviluppato dal Dipartimento della Salute del governo federale Usa, promuove iniziative volte a incoraggiare medici e cittadini a distinguere fra procedure diagnostico-terapeutiche necessarie e non necessarie. (<http://choosingwisely.org>). Si veda anche Dirindin N, Langiano T. Scegliere con saggezza fa bene alla salute, www.lavoce.it, 11/12/2012.

17 Slow medicine è un'associazione che si propone di sviluppare e diffondere la cultura di una sanità sobria, rispettosa e giusta. www.slowmedicine.it

termini di disponibilità di informazioni chiare sull'utilità e sui costi dei diversi trattamenti sanitari. Un importante passo avanti rispetto al più tradizionale approccio al mero diritto alla prestazione. La letteratura internazionale indica alcuni specifici settori, quali la cura della non autosufficienza e le cure palliative, per i quali in Italia, a fianco di realtà di eccellenza, si registrano significative carenze rispetto al resto dell'Europa. Si tratta di ambiti di assistenza particolarmente rilevanti per il benessere delle persone, rispetto ai quali le storiche carenze sono spesso accettate come scontate e quindi non adeguatamente denunciate. Anche in questo caso, la mancanza di conoscenze sulle politiche adottate in altri paesi falsano alla base il giudizio sulla concreta possibilità di intervento e sulla legittimità del bisogno.

Se è vero che questi dati rispecchiano la buona realtà italiana, è doveroso sottolineare quante differenze esistano ancora oggi tra le singole regioni. La forte eterogeneità inter-regionale ha radici antiche.

I sistemi sanitari regionali, così come li osserviamo oggi, sono il risultato di un percorso di crescita e aggiustamento che si è sviluppato nel corso dei decenni con modalità e risultati molto differenziati. Ne è riprova la storia dei piani sanitari regionali, dalla quale appare evidente che le regioni che si sono dotate sin dai primi anni '80 di un adeguato quadro di

Programmazione e regolazione servono a contrastare discrezionalità, interessi di parte, illegalità, utilizzo della sanità a fini politici, abuso di potere e corruzione.

programmazione e regolazione (segno di un forte impegno politico nei confronti della sanità e di una radicata sensibilità dei cittadini nei confronti della tutela della salute) hanno evitato inerzie, improvvisazioni e interessi di parte. Al contrario, la cronica assenza di programmazione, il consolidarsi di forti interessi economici, l'utilizzo della sanità a fini politici, il diffondersi di fenomeni di illegalità, l'abitudine a prescindere dalle regole, sono tutti fattori che hanno spinto

le realtà più deboli lungo binari difficili da abbandonare perché profondamente segnati dalle carenze accumulate nel corso degli anni.

L'esperienza insegna che più i divari da colmare sono rilevanti, più il futuro è pesantemente condizionato dal passato e i comportamenti sono modificabili solo con un impegno prolungato. Di qui la difficoltà, in alcune regioni, a contrastare sprechi e illegalità, fenomeni che peraltro tendono a propagarsi subdolamente anche nelle realtà territoriali più attrezzate.

A maggior ragione in un contesto di restrizioni imposte con i ripetuti tagli ai finanziamenti per le politiche sanitarie e per le politiche sociali. Con riguardo alle politiche sociali, complessivamente i fondi statali destinati alle Regioni e alle Province autonome si

sono ridotti dell'85% dal 2008 al 2011 (si considera l'insieme dei Fondi per le politiche sociali, per la famiglia, per la non autosufficienza per le politiche giovanili e per le pari opportunità)¹⁸. Alcune voci si sono addirittura azzerate nel 2012 (come il fondo per la non autosufficienza). I pesanti tagli ai finanziamenti stanno intaccando in modo preoccupante il nostro sistema sanitario: recenti ricerche nazionali attestano la crescente insoddisfazione degli utenti verso il servizio offerto, il progressivo decadimento della qualità dell'assistenza, la diffusa demotivazione degli operatori, il degrado delle strutture e dei luoghi di cura, le difficoltà di accesso ai servizi, l'aumento dei ticket.

18 Si veda il dossier del Cinsedo della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, Le risorse finanziarie del Fondo nazionale Politiche sociali – anni 2004-2011 – e del fondo per le non autosufficienze, ottobre 2011. (www.regioni.it)

PARTE II

LA RAGNATELA DELL'ILLEGALITÀ

2.1 La rete del sistema sanitario

Il sistema di tutela della salute è, in linea di principio e concretamente, almeno nella gran parte delle realtà, una potente rete di relazioni, di professionisti, di persone, di imprese, di associazioni, di istituzioni, di regole, di convenzioni, di energie, di capacità. Una rete il cui funzionamento dipende anche dalla capacità di tutti i soggetti a partecipare e operare con equilibrio e trasparenza, senza tentennamenti e cedimenti, evitando i rischi che un sistema complesso presenta e portando alla luce ogni fenomeno di opacità e illegalità.

La rete si sviluppa tra una molteplicità di attori, che fanno riferimento a quattro gruppi principali:

- gli operatori della salute, a tutti i livelli (infermieri, medici, professionisti sanitari delle diverse specialità, tecnici, biologi, fisici, amministrativi, ingegneri, giuristi, manager ma anche volontari, associazioni di pazienti e famigliari, etc.);
- i decisori a livello politico (nazionale, regionale, locale) e a livello tecnico (direttori generali di assessorati e aziende sanitarie), in grado di muovere una grande quantità di risorse umane ed economiche;
- i fornitori del mondo della sanità (si pensi alle aziende farmaceutiche, alle biomedicali, ma anche a chi svolge attività complementari, dal portierato allo smaltimento di rifiuti);
- i destinatari dei servizi, non solo i pazienti ma l'intera collettività e le loro associazioni e rappresentanze.
-

A tenere insieme tutti questi soggetti sono le relazioni che si stabiliscono tra gli stessi, mediate dalle regole del settore pubblico, dalle norme generali, dal sistema di valori di ciascuno e da una miriade di interessi.

All'interno della rete, queste relazioni concorrono al corretto funzionamento del sistema, avendo continuamente come orizzonte il benessere delle persone, siano esse destinatarie dei servizi o lavoratori, e più in generale dell'intera collettività.

Ma talvolta il meccanismo si inceppa e la rete non riesce più a funzionare in modo corretto. Ciò si verifica quando qualcuno abusa del potere (piccolo o grande) che detiene. Si rompe così il patto di fiducia che lega l'operatore della salute, il decisore (politico e

tecnico), la comunità di cittadini, la legge e le istituzioni.

Spesso il patto di fiducia si incrina per *semplici* questioni di trasparenza, un punto debole dell'intera Pubblica Amministrazione italiana e più in generale della nostra società: la trasparenza delle liste di attesa, degli atti adottati, dei criteri di scelta, dei benefici erogabili, dei percorsi di cura, ecc.



La trasparenza
è un valore

E invece la trasparenza è un valore. Un comportamento limpido è sempre rispettato, persino quando non è condiviso. La trasparenza è un valore (prima ancora che un dovere) per la Pubblica Amministrazione. A maggior ragione quando riguarda temi importanti, come la salute. L'illegalità mina alla base l'uguaglianza dei diritti, ostacola la redistribuzione dei redditi (o, meglio, favorisce i ricchi a spese dei poveri), frena lo sviluppo economico e sociale,

riduce il benessere complessivo della comunità nazionale.

La corruzione rappresenta uno dei principali pericoli non solo per il settore sanitario e sociale ma per l'Italia intera, perché frena lo sviluppo sano del Paese e ha un impatto tragico sulle dimensioni, l'efficienza e l'efficacia della spesa pubblica.

Al danno economico e istituzionale, l'illegalità aggiunge un ben più grave danno: quello culturale, ovvero il disprezzo per i beni comuni, erroneamente considerati economicamente insostenibili, oltre che una concezione della "cosa pubblica" come cosa di nessuno, anziché "cosa di tutti". Se una cosa non appartiene a nessuno, non vi sarà alcuno interessato a proteggerla e salvaguardarla. E così, mani avidi e senza scrupoli se ne possono appropriare, e la "cosa pubblica" diventa "cosa loro". Si genera un circolo vizioso che possiamo interrompere dedicando maggiore impegno nella comprensione dei punti deboli del sistema, vulnerabili all'agire criminale, per porvi rimedio.

2.2 Un morbo che può indebolire l'intero sistema

Talvolta può accadere che, al patto sociale volto al buon funzionamento della macchina della sanità, se ne sostituisca un secondo di natura privatistica e occulta tra chi mette in atto comportamenti illeciti e chi ne è destinatario. All'interno della rete dei servizi sanitari si forma così una piccola ragnatela, quasi invisibile ma capace sia di legare insieme chi la opera, sia di incollare tra loro interessi privati a danno della collettività. Alla ragnatela non vi partecipano ovviamente che pochi soggetti: per poter meglio funzionare essa ha bisogno di essere celata, di essere tenuta nascosta, di essere selettiva nei soggetti ammessi alla partecipazione.

Tutti coloro che giocano un qualche ruolo all'interno del sistema di tutela della salute (siano essi politici, dirigenti, professionisti, operatori, fornitori o cittadini) corrono il rischio di cadere e restare impigliati in vario modo nella ragnatela dell'illegalità. Una comunità in cui prevalgono individui integri, dotati di un buon sistema di valori, attenti all'interesse generale (potremmo dire individui di *buona qualità*) riesce a prevenire e a contrastare la maggior parte dei comportamenti illeciti. Una comunità in cui prevalgono individui mossi da interessi personali, da sete di potere, o più semplicemente scoraggiati, demotivati, indolenti (individui di *cattiva qualità*) costituisce il terreno fertile per la diffusione di forme più o meno gravi di illegalità.

All'interno di questa ragnatela si diffondono onde invisibili, malattie che intaccano tutto il sistema, soprattutto quando il corpo sociale è più fragile e ha meno difese:

- il decisore pubblico è tentato di destinare attenzione e risorse proprio là dove pensa di poterne trarre un tornaconto personale;
- l'operatore si distrae, rinuncia a sollevare obiezioni, si conforma a comportamenti disattenti, garantisce complicità, fino a partecipare al raccolto dei frutti dell'illecito;
- il soggetto privato ha interesse a partecipare a procedure di selezione in cui non prevale il merito ma il legame interpersonale e corruttivo, in cui i migliori concorrenti sono eliminati sulla base di accordi occulti.

E così, i costi delle prestazioni sanitarie lievitano, le imprese più sane falliscono, i cittadini perdono fiducia nel sistema e si produce un danno enorme per il Paese.

Su questo patto descritto “idealmente” si fonda la maggior parte degli illeciti. Uscire da questo meccanismo, ossia sottrarsi a questo accordo, diventa difficilissimo per chi lo opera: una volta caduti nella ragnatela, si diventa ricattabili per tutta la vita.

Ancora più grave è se, nel mondo dei fornitori e dei professionisti legati alla sanità, si infiltrano soggetti appartenenti alla criminalità organizzata. Il rischio aumenta esponenzialmente. In alcuni contesti, il ruolo della criminalità organizzata può crescere fino a diventare garante dell'intero sistema fondato sull'illegalità, specie alla luce del fatto che può ricorrere alla violenza, prendendo via via il controllo complessivo di tutta la rete quindi delle risorse pubbliche messe a disposizione.

L'illegalità
mette a
repentaglio le
nostre vite

L'illegalità generata dallo scambio occulto di natura corruttiva finisce quindi con il mettere a repentaglio le nostre vite, molto spesso senza che riusciamo a rendercene conto. Senza contare quanti proventi delle imposte, che dovrebbero garantire la nostra salute, si perdono nel gioco corruttivo, con un duplice costo: da un lato la non erogazione delle prestazioni, dall'altro la perdita di opportunità di salute.

La conseguenza è la sfiducia nell'intero sistema, sanitario ma anche fiscale, che innesca un circolo vizioso che finisce con il fare gli interessi di corrotti, corruttori e clan. Sia chiaro: il problema non è la sanità pubblica, quanto l'inceppamento del suo meccanismo a causa di questa “tassa occulta”. Occorre infatti prestare molta attenzione a non cedere alla tentazione di credere l'illegalità come invincibile o determinante, ma al contrario occorre considerarla per quello che è: un fattore capace di mettere in crisi l'intero sistema sanitario pubblico, altrimenti funzionante e sano.

2.3 I fili della ragnatela: le asimmetrie informative e i conflitti di interesse

I principali elementi che alimentano e danno forza alla rete dell'illegalità sono le asimmetrie informative e il conflitto di interessi.

Per quanto riguarda le asimmetrie informative, il cittadino e, a volte, anche l'operatore sanitario non hanno una perfetta e completa informazione su che cosa sia e come funziona il bene "salute". Pur essendo il beneficiario dell'intero sistema resta, il cittadino è tra tutti i soggetti della rete il meno informato.

La spiegazione è semplice: l'essere umano è una macchina complessa e per certi aspetti ancora sconosciuta. Ci vogliono anni di studi per arrivare ad avere quelle competenze che mettono in grado i professionisti sanitari di produrre una diagnosi, una prognosi e una terapia. Analogamente, le caratteristiche dei farmaci sono complesse da capire e difficilmente comunicabili (ne sono dimostrazione i lunghissimi e complessi foglietti illustrativi).

Esiste quindi un "fisiologico" divario di informazioni e conoscenze tra i diversi nodi della rete. Questo è vero per tutti i sistemi sanitari del mondo, siano essi pubblici o privati, in economie sviluppate o meno, ed è vero anche (almeno in parte) per il sistema sociale¹⁹.

In questi ultimi anni, molto è stato fatto per rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti (il cosiddetto *empowerment* del cittadino), ponendo l'informazione al centro del rapporto tra Servizio sanitario e cittadini. Ma, soprattutto in alcuni ambiti e realtà territoriali, molto resta ancora da fare per un esercizio consapevole del diritto alla tutela della salute, in particolare sul ruolo dei media (programmi televisivi, carta stampata e web). Questa situazione implicitamente favorisce chi vuole sfruttare il patto di fiducia per mettere in atto comportamenti "sleali".

Il secondo elemento che costituisce un rischio per l'integrità del sistema è il conflitto di interesse.

¹⁹ Per una analisi dei rischi intrinseci al settore sanitario, si veda - fra gli altri - W. Savedoff e K. Hussmann, *Why are health systems prone to corruption*, in *Global Corruption Report 2006*, Transparency International, London, 2006. www.transparency.cz/doc/ti_gcr_2006_1.pdf.

Siamo in presenza di un conflitto di interessi quando “ci si trova in una condizione nella quale il giudizio professionale riguardante un interesse primario - la salute di un paziente o la veridicità dei risultati di una ricerca - tende a essere influenzato da un interesse secondario come il guadagno economico o un vantaggio personale”²⁰. Questa definizione ribadisce il concetto che il conflitto di interessi non è un comportamento, ma una condizione. Perché si verifichi una condizione di conflitto di interessi è sufficiente che esista un legame in grado di compromettere l'indipendenza del ricercatore: è sull'improprietà dell'influenza esterna, e non sul risultato che da quel rapporto deriva, che si misura il conflitto.

L'interesse primario potrebbe essere definito come l'insieme dei doveri etici, deontologici e legali relativi a una qualsiasi professione. Benché, in qualche circostanza, anche questi doveri possano risultare in conflitto fra di loro, vi è comunque un certo accordo nel ritenere che i doveri primari dei professionisti sanitari riguardino la salute dei pazienti, l'integrità delle ricerche, l'educazione degli studenti, la corretta informazione dei pazienti e dei consumatori.

Occorre precisare che anche gli interessi secondari non sono illegittimi in quanto tali. Ad esempio il guadagno economico rappresenta una componente ineliminabile per qualsiasi attività professionale. Il conflitto si determina quando l'importanza relativa dell'interesse secondario tende a prevalere nelle decisioni che riguardano i pazienti o la collettività.

Il conflitto di interessi costituisce un rischio per l'integrità del sistema di tutela della salute perché rappresenta una condizione intrinseca allo stesso sistema dei servizi. Una condizione ampiamente diffusa e raramente riconosciuta come critica, che spesso costituisce una condizione favorente il verificarsi dei comportamenti illeciti.

Quando non sfocia in comportamenti illeciti il conflitto di interesse può comunque danneggiare l'integrità del sistema sollecitando consumi sanitari inutili o inappropriati, consentendo comportamenti opportunistici, determinando piccoli o grandi abusi.

L'insieme dei comportamenti necessari a limitare le possibili conseguenze negative del conflitto di interessi richiede una forte azione regolatoria.

Senza alcuna pretesa di esaustività vengono di seguito descritte le più comuni situazioni in cui può verificarsi un conflitto di interesse nel settore sanitario.

Il mercato delle prestazioni sanitarie risente inevitabilmente di una condizione

nella quale i professionisti sanitari (per via delle asimmetrie informative) si trovano a poter influenzare sia il lato dell'offerta (di cui sono protagonisti) sia quello della domanda (nel quale agiscono in qualità di *agenti* del paziente). In queste situazioni è possibile indurre comportamenti sanitari inappropriati e consumi impropri, in particolare se il profitto commerciale diventa il movente principale del mercato e i meccanismi di regolazione centrali sono inesistenti o inefficaci.

L' **informazione scientifica** non sempre è indipendente. I conflitti di interesse possono minare il mondo della ricerca scientifica, quello in cui si producono le informazioni necessarie per orientare il comportamento dei professionisti. La ricerca biomedica moderna può essere effettuata, nel suo complesso, soltanto con l'impiego di capitali di enormi dimensioni. Se è vero infatti che alcune ricerche possono essere attuate con l'uso di apparecchiature e di materiali relativamente poco costosi, è altrettanto vero che molte altre ricerche - specialmente di natura applicativa - abbisognano di strumentazioni estremamente sofisticate e di una organizzazione complessa e articolata che spesso oltrepassa i confini dei singoli stati e che sovente deve essere mantenuta operativa per anni, con un grande impiego di risorse umane ed economiche. I capitali finanziari che entrano in gioco sono ingenti e spesso poco regolabili da un livello centrale statale: ad oggi, gran parte delle attività di ricerca vengono finanziate dai produttori di tecnologie o farmaci, le riviste mediche hanno facoltà di selezionare le informazioni da pubblicare, i medici ottengono la maggior parte delle nozioni relative ai farmaci dagli informatori scientifici che sono alle dipendenze delle case produttrici, il mercato della formazione è ricco di iniziative gratuite sponsorizzate da produttori²¹.

Tale argomento è stato oggetto negli ultimi anni di numerose trattazioni sulle riviste scientifiche internazionali e, in alcuni suoi aspetti, di interventi normativi volti ad assicurare un corretto svolgimento delle attività di ricerca e sperimentazione.

La **libera professione intramuraria** (cd "intramoenia") è un'attività svolta al di fuori dell'orario di lavoro dai medici, i quali possono utilizzare le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale in cui lavorano per erogare prestazioni a pagamento. È disciplinata dalla legge e garantisce al cittadino la possibilità di scegliere il medico cui rivolgersi. Le prestazioni sono generalmente le medesime che il medico eroga in quanto dipendente del Servizio Sanitario Nazionale. Questa circostanza pone i professionisti

in una posizione che consente loro di favorire la propria attività privata semplicemente variando la quantità delle prestazioni erogate dalla struttura pubblica ed esponendo così i pazienti a possibili abusi.

Le **società scientifiche**, ovvero le associazioni delle diverse categorie dei professionisti che lavorano in ambito sanitario, svolgono un ruolo significativo nel sistema sanitario poiché, attraverso il confronto con i risultati e le esperienze internazionali, queste possono definire gli standard della cura. I congressi, le pubblicazioni, le riviste e i corsi di formazione sono i canali attraverso i quali le nuove procedure diagnostiche e terapeutiche raggiungono gli operatori e attraverso i quali i professionisti si formano le opinioni sulle diverse opzioni diagnostico-terapeutiche. Inoltre, le associazioni professionali stabiliscono le norme etiche di comportamento dei loro membri e definiscono l'agenda delle priorità, sia attraverso i temi scelti per l'attività di formazione dei loro membri sia richiamando l'attenzione del pubblico su un determinato argomento. È possibile che eventuali "inquinamenti" possano pregiudicare l'indipendenza delle scelte di tali società, anche a fronte del relativo peso degli interessi economici messi in campo²².

Ad esempio l'organizzazione dei congressi annuali delle società scientifiche può essere sponsorizzata da aziende produttrici, le quali possono conferire onorari ai relatori, ottenere spazi pubblicitari e *mailing list* dei soci delle società per aumentare la partecipazione a simposi satellite. Esistono casi in cui le aziende produttrici hanno sponsorizzato corsi accreditati di Educazione Medica Continua, pubblicazioni di linee guida o fascicoli informativi, con il logo aziendale accanto a quello della società scientifica interessata. In Italia, attualmente, non esiste l'obbligo di rendere pubblica l'entità di questi apporti economici, e quindi non è possibile sapere se e quanto ogni società scientifica riceva dalle aziende produttrici.

Le **associazioni dei pazienti** impegnate in ambito sociale e sanitario sono numerose e attivamente coinvolte nel difficile compito di migliorare l'assistenza e le prospettive di ricerca. Dall'iniziale attività volontaristica, per lo più complementare al Servizio Sanitario, si è passati ad associazioni sempre più capaci di influenzare o sostenere le decisioni. Di qui il rischio di condizionamenti, talvolta evidenti nella composizione degli organi associativi (con squilibri nella presenza fra malati e professionisti), nei rapporti con sponsor commerciali o, addirittura, nel sostegno a iniziative lobbistiche per promuovere l'uso di specifici farmaci.

22 Per una rigorosa analisi del tema di rinvia a Bobbio M. [2004], *Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza*, Einaudi, Torino.

Un glossario minimo *

Conflitto di Interessi: è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) interferisce, o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere la potenzialità di interferire), con la capacità di una persona ad agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte (es. interesse della collettività nel caso di un pubblico ufficiale, interesse dell'assistito nel caso di un medico), assumendo che tale persona abbia un dovere derivante dalla legge, da un contratto o da regole di correttezza professionale. Questa definizione richiede la presenza di tre elementi chiave: (1) una relazione di agenzia, ossia una relazione tra un soggetto delegante (principal) e uno delegato (agent), in cui il secondo ha il dovere di agire nell'interesse (primario) del primo; (2) la presenza di un interesse secondario nel soggetto delegato (di tipo finanziario o di altra natura); (3) la tendenziale interferenza dell'interesse secondario con l'interesse primario.

Il conflitto di interessi nel settore sanitario: Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere la potenzialità di interferire), con le capacità di un professionista del Servizio Sanitario Nazionale ad agire in conformità con i suoi doveri e responsabilità. I doveri e le responsabilità del medico sono connessi principalmente alla tutela della salute del paziente, mentre gli interessi secondari sono tipicamente di tipo finanziario o di altra natura.

Differenza tra conflitto di interessi e corruzione: L'essere in conflitto di interessi ed abusare effettivamente della propria posizione, facendo prevalere l'interesse secondario su quello primario, restano due aspetti distinti: una persona in conflitto di interessi, infatti, potrebbe non agire mai in modo improprio. Dunque, il conflitto di interessi non è un evento (come la corruzione), ma una situazione, un insieme di circostanze che creano o aumentano il rischio che gli interessi primari possano essere compromessi dall'inseguimento di quelli secondari (Thompson 2009). La corruzione è la degenerazione di un conflitto di interessi, in quanto c'è sempre il prevalere di un interesse secondario su uno primario. Il conflitto di interessi, invece, segnala solo la presenza di interessi in conflitto (anche solo in modo potenziale o apparente). Il conflitto di interessi, a differenza della corruzione, è caratterizzato da una portata ben più ampia di relazioni sociali ed economiche, la maggior parte delle quali non è classificata come reato, nonostante la sua presenza possa tendenzialmente violare l'equilibrio socialmente accettabile tra l'interesse privato e i doveri e le responsabilità di un individuo.

Corruzione (settore pubblico e privato): è il comportamento di quella persona che utilizza il suo potere per fini personali. In tal senso, la corruzione include ogni forma di abuso di potere. Questa definizione richiede la presenza di tre elementi chiave: (1) una relazione di agenzia, ossia una relazione tra un soggetto delegante (principal) e uno delegato (agent), in cui il secondo ha il dovere di agire nell'interesse (primario) del primo; (2) la presenza di un interesse secondario nel soggetto delegato (di tipo finanziario o di altra natura); (3) il prevalere dell'interesse secondario su quello primario. La differenza tra corruzione pubblica e privata è individuabile fondamentalmente nella natura pubblica o privata del principal.

Bribery: è una forma di corruzione e costituisce reato. In Italia il termine viene normalmente tradotto con "offerta di tangente" da intendersi sia come denaro che come altra utilità. Nella bribery è opportuno distinguere il reato di chi corrompe da quello del corrotto. Il corruttore, offre, promette o dà, direttamente o indirettamente, una somma di denaro o altra utilità ad un'altra persona, al fine di ottenerne un vantaggio. L'intenzione del corruttore è quella di (i) indurre una persona ad agire impropriamente nell'esercizio di una funzione o attività, (ii) ricompensare la persona che agisce impropriamente. Il corrotto accetta o sollecita, direttamente o indirettamente, un indebito vantaggio (denaro o altra utilità), per sé o per altri.

* Con il contributo di Valentina Solfrini e "Gruppo Medici e Odontoiatri per la Legalità iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena".

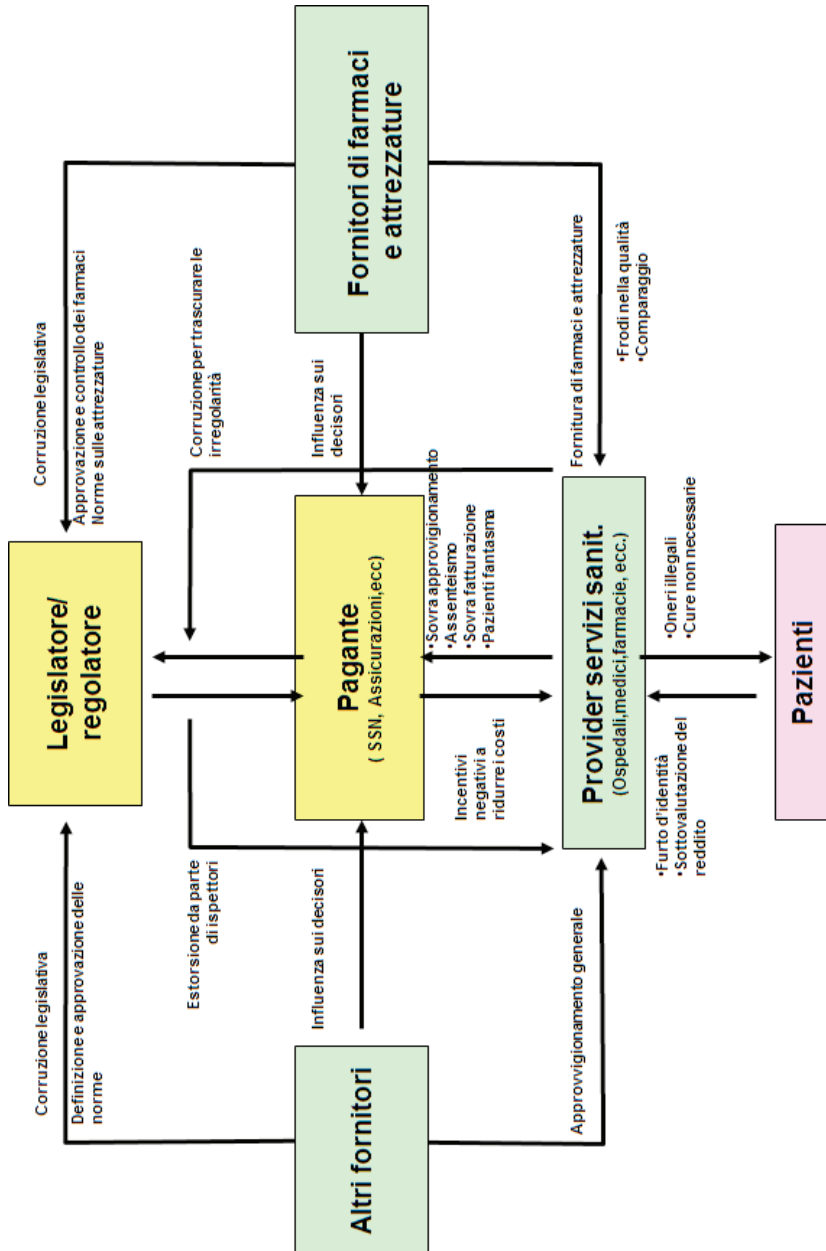
2.4 Le forme della ragnatela

La sanità è una rete naturalmente esposta a fenomeni opportunistici, poiché è uno dei settori più rilevanti in termini di spesa pubblica e poiché, rispetto ad altri settori altrettanto importanti, risente della diffusa presenza di asimmetrie informative. Dunque, grandi quantità di denaro tendenzialmente esposte a condizionamenti impropri, che possono produrre varie forme di sprechi e illegalità: spese inutili, contratti conclusi senza gara, gare svolte in modo illegale, assunzioni e inquadramenti irregolari, abusi nella prescrizione di farmaci, inadempimenti e irregolarità nell'esecuzione dei lavori e nella fornitura di beni, ecc. Si veda in proposito il rapporto 2012 della "Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella Pubblica Amministrazione" (d'ora in poi "Commissione PA").

La ragnatela dell'illegalità è tessuta di meccanismi, relazioni, rapporti complessi ed intricati tra soggetti che a diverso titolo svolgono un qualche ruolo nel sistema di tutela della salute. Gli attori del sistema possono essere classificati in cinque categorie principali, come proposto da S. Hussmann:²³ legislatore/regolatore (ministero della salute, parlamento, commissioni specifiche); paganti (Servizio Sanitario Nazionale, enti previdenziali, assicurazioni integrative); provider di servizi (ospedali, medici, farmacisti); consumatori (pazienti) e fornitori (attrezzature mediche e farmaceutiche). Si veda in proposito lo schema riportato a pagina seguente. La presenza di tanti attori aumenta le difficoltà di generare e analizzare le informazioni, promuovere la trasparenza ai vari livelli e identificare eventuali azioni illecite quando si verificano.

Come per sviluppare un'immagine fotografica è necessario che il negativo venga elaborato affinché il positivo possa far risaltare la sua nitidezza ed i suoi colori, così ci accingiamo, lungi dal voler enfatizzare le ridotte lacune di illegalità presenti nell'ambito del sistema di tutela della salute, ad esaminare le possibili ragnatele che possono infiltrare e intaccare la rete sana che invece sostiene il sistema di tutela della salute nel nostro Paese. Sono ragnatele che intaccano singoli operatori ed è per questo motivo che proponiamo una lettura sintetizzata dei fenomeni che possono accadere ai differenti attori del sistema.

La fitta rete delle relazioni: le 5 principali categorie di soggetti



Fonte: Elaborazione da Savadoff e Hussmann (2006) a cura di G. Allena.

I decisori

Le regioni e le Asl rappresentano i “paganti” del sistema, nonché i soggetti regolatori. In quanto tali possono essere oggetto di condizionamenti e contaminazioni.

Il rapporto della “Commissione Parlamentare d’inchiesta sul fenomeno della mafia e sulle altre associazioni criminali, anche straniere”²⁴ parte, ad esempio, dall’analisi dei disavanzi sanitari regionali notando come l’opacità dei bilanci e dei sistemi di controllo di alcune regioni (per fortuna si tratta di casi limitati) ha facilitato la creazione di disavanzi extracontabili all’interno dei quali si sono realizzati interessi illeciti, collusioni fra criminalità e Pubblica Amministrazione.

L’attenzione della Commissione parlamentare è stata volta a individuare i meccanismi e le prassi amministrative che, favorendo l’insorgenza di fenomeni di corruzione, determinano condizioni di inefficacia e inefficienza nell’erogazione dei servizi.

Uno dei punti maggiormente critici è risultato la **selezione del personale**, una delle attività fortemente esposte a spinte clientelari. In particolare, la “Inchiesta sui fenomeni di corruzione nell’ambito sanitario nazionale”²⁵ sottolinea come il processo di selezione dei direttori generali delle aziende sanitarie, di competenza dell’autorità politica, spesso (ma non sempre) premia la fedeltà politica, a scapito della competenza.

La stessa inchiesta analizza le **gare concorsuali**, una attività esposta al rischio di condotte tese a favorire uno dei concorrenti: rendendo eccessivamente restrittiva l’ammissione alla gara; manipolando le parti tecniche del capitolato; avvalendosi nella predisposizione del bando del supporto del possibile fornitore. In altri casi la procedura di gara ad evidenza pubblica è omessa, ricorrendo a forme di trattativa privata diretta (ad esempio per supposta infungibilità del prodotto). Sono stati anche osservati numerosi casi di ricorso a reiterate proroghe di contratti, che spesso nascondono affidamenti senza gara. Anche nella fase di esecuzione del contratto, la Commissione PA ha appurato l’esistenza di diverse e diffuse patologie: mancanza di controlli sulla correttezza della prestazione; fatturazioni plurime; tempestività nel pagamento di alcuni fornitori e ritardo sistematico nel pagamento di altri; ricorso frequente a transazioni che avvantaggiano notevolmente il fornitore privato.

Altro problema è quello dei **pagamenti** delle aziende sanitarie, sempre più in ritardo e quindi inevitabilmente esposte al rischio di scelte - circa le priorità di pagamento - discrezionali. La Commissione parlamentare rimarca inoltre come spesso i fornitori, per

²⁴ Commissione Parlamentare di inchiesta sul fenomeno della criminalità organizzata mafiosa o similare 2008, Relazione annuale sulla ‘ndrangheta, doc. XXIII, n. 5.

²⁵ Commissione parlamentare d’inchiesta sul fenomeno della criminalità organizzata mafiosa o similare, Relazione Conclusiva, 2008.

far fronte ai ritardi nei pagamenti, sono costretti a scontare i loro crediti presso società che impongono costi rilevanti, dietro alle quali possono anche celarsi operazioni di riciclaggio di denaro di illecita provenienza.

L'**accreditamento** delle strutture private appare un altro punto critico, in quanto, come recenti scandali hanno dimostrato, è particolarmente esposto alla corruzione. La pratica di per sé è semplice: la clinica che vuole ottenere l'accreditamento tenta di corrompere i politici a livello regionale. Nei casi più gravi, l'accreditamento è risultato addirittura il corrispettivo del sostegno elettorale fornito all'aspirante assessore. Più in generale, la gestione degli accreditamenti può essere impropriamente utilizzata per la ricerca del consenso da parte della cattiva politica, con chiari riflessi negativi sull'efficienza del sistema.

Al **livello centrale** (statale e regionale) si possono anche verificare attività di lobbying illecite da parte degli attori del sistema sanitario volte a ottenere provvedimenti legislativi favorevoli. Si tratta dei cosiddetti fenomeni di *state capture*, o *corruzione nell'ambito legislativo*, la quale presenta profili di estrema gravità ed è spesso estremamente ardua da individuare.

I fornitori di servizi sanitari

Rientrano in questa categoria tutti i soggetti che sono direttamente coinvolti nella fornitura dei servizi sanitari.

Un primo richiamo merita il pagamento delle **prestazioni remunerate a tariffa** e in particolare con il sistema DRG. Il sistema dei Drg (*diagnostic related group*) prevede che ogni prestazione erogata in regime di ricovero ospedaliero venga remunerata con una tariffa prospettica predefinita. L'alterazione dei DRG consente un indebito rimborso al fornitore di una prestazione. La casistica è ormai molto varia: sovrapprestazioni, fatturazione di prestazioni effettuate privatamente, fatturazione di prestazioni non necessarie, fatturazione di prestazioni sostanzialmente diverse da quelle effettivamente erogate, ecc. Uno dei casi di maggior gravità è stato quello dalla clinica Santa Rita di Milano, dove, secondo le indagini della magistratura, erano effettuate operazioni chirurgiche non necessarie al solo fine di ottenerne il rimborso. È da rilevare che tali pratiche possono essere favorite dal metodo di pagamento del professionista da parte della struttura. Nel caso della Santa Rita di Milano, alcuni professionisti venivano retribuiti attraverso una percentuale sul fatturato. Alcune regioni hanno espressamente vietato che le cliniche private accreditate possano retribuire i professionisti con una compartecipazione al Drg. Sempre in tema di prestazioni non necessarie è significativo il caso

dei parti cesarei. L'Organizzazione mondiale per la sanità ha definito che il numero accettabile di parti cesarei dovrebbe attestarsi attorno al 15% del totale dei parti. In Italia la media raggiunge il 38% con picchi del 60% in Campania e del 52% in Sicilia.²⁶ Alla base di tali eccessi vi è la maggiore redditività della tariffa del parto cesareo, oltre che questioni organizzative e di medicina difensiva.

Il settore **farmaceutico** è particolarmente esposto a fenomeni di abuso: si va dal furto di medicinali alla richiesta di rimborsi indebiti, dall'utilizzo improprio dei farmaci al comparaggio farmaceutico. È quest'ultima una pratica in cui al medico vengono erogati benefici di varia natura a fronte di un incremento nella prescrizione di un determinato farmaco. Sono inoltre state osservate truffe ai danni del SSN attraverso i cosiddetti pazienti fantasma: il medico prescrive farmaci a pazienti ignari o defunti e consegna le prescrizioni alla farmacia con cui ha stretto accordi; la farmacia riceve i rimborsi e vende sottobanco i farmaci "de fustellati". Una segnalazione dell'Antitrust del 2013²⁷ ha inoltre messo in luce il comportamento di alcune industrie farmaceutiche che hanno ostacolato l'ingresso sul mercato di produttori di farmaci equivalenti (a minor prezzo). In ragione della particolare gravità dell'abuso accertato, l'Autorità ha irrogato alla impresa interessata una sanzione di 10 milioni e 600mila euro. Sempre l'Antitrust ha dovuto, anche, attivare i propri poteri cautelari per la vendita illegale di farmaci on line. Anche nel mercato pubblicitario si sono registrati abusi come l'assimilazione a farmaco di prodotti cosmetici privi di proprietà curative o terapeutiche.

Con riguardo ai comportamenti del personale, si segnala il fenomeno dell'abusivismo nelle professioni sanitarie: casi di persone che svolgono attività senza i necessari requisiti. Le stime degli ordini professionali parlano di circa 30.000 abusivi, di cui 15.000 falsi dentisti²⁸, mentre i controlli dei Nas parlano, per il 2009, di 1.170 persone denunciate per esercizio abusivo della professione medica, di cui la metà falsi odontoiatri. Anche il settore infermieristico non è esente dal fenomeno, come confermano i dati dei Nas del biennio 2010/11 che segnalano 1.023 casi di abusivismo tra gli infermieri²⁹.

Altro fenomeno osservato è l'assenteismo: attraverso la compiacenza dei colleghi, i quali provvedono a registrare una presenza fittizia, gli operatori di una determinata struttura si assentano irregolarmente dal lavoro. Molto spesso tale assenza, come sottolinea la Commissione PA, si collega all'esercizio di lavori in nero o al furto di materiali che vengono utilizzate in strutture private, ove il soggetto pratica.

26 X Rapporto Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Osservasalute 2012

27 Antitrust, Relazione annuale sull'attività svolta, Roma, 2013

28 Bocci M., L'esercito dei falsi medici che curano gli ammalati veri, La Repubblica 2010

29 Domenighetti G, Frode e corruzione nel settore sanitario, 8 marzo 2013 Janus

Le false attestazioni del medico costituiscono un'altra ampia gamma di azioni illegali. In questo campo si va dalle false attestazioni di invalidità, ai falsi certificati per la patente di guida sino alle attestazioni di false malattie per aiutare i mafiosi ad avere trattamenti di favore durante la detenzione³⁰.

Infine, anche i **pazienti** possono essere responsabili di comportamenti illeciti attraverso l'evasione e l'elusione dei ticket sanitari oppure attraverso la richiesta di trattamenti di favore. I dati sulle entrate da ticket sulla percentuale degli esenti mettono in luce differenze regionali solo in parte comprensibili alla luce della diversa situazione socio-economica.

2.5 La manipolazione della ricerca e dell'informazione scientifica

Un approfondimento particolare merita il tema dell'acquisizione e della diffusione delle conoscenze in ambito biomedico. Un settore particolarmente rilevante se si pensa che ogni anno venticinquemila riviste pubblicano 1.800.000 articoli scientifici che vengono usati nel mondo da circa 8 milioni di ricercatori e di clinici. Nell'arco di pochi anni, si è passati da un'attività che aveva come solo obiettivo la crescita culturale della comunità scientifica e quindi la salute del paziente ad un'impresa a carattere prevalentemente commerciale.

La scarsa affidabilità che sembra caratterizzare gran parte del sistema della ricerca in medicina, soprattutto clinica, è una questione da tempo approfondita anche da persone che hanno giocato ruoli molto importanti nella medicina internazionale: per esempio, Marcia Angell (già direttore del *New England Journal of Medicine*) che, in un editoriale pubblicato sul *Journal of the American Medical Association*, scriveva della complessiva inaffidabilità della letteratura scientifica³¹.

In un libro importante, tradotto anche in italiano³², scriveva già quasi dieci anni fa che quello che la comunità scientifica aveva perso in indipendenza lo aveva certamente riguadagnato in denaro: per i soldi ricevuti dai professionisti in cambio di prescrizioni,

30 De Rosa C, Galesi L., Mafie da legare, Sperling & Kupfer 2013

31 Angell M, Industry-sponsored medical research. A broken system. JAMA 2008;300:1069-71.

32 Angell M Farma & Co, Quasi tutta la verità sull'industria farmaceutica. Milano: Il Saggiatore – 2006.

di presentazioni congressuali, di consulenze.

Quanto costa allo Stato la distorsione dei risultati ottenuti dagli studi scientifici condotti in modo non rigoroso?

Impossibile dirlo, ma deve essere una cifra molto, molto elevata.

Come scrive Gianfranco Domenighetti³³ “la quantificazione del danno economico è teoricamente possibile solo per le prestazioni inadeguate o inutili, mentre una quantificazione non è praticamente possibile per le conseguenze della manipolazione della ricerca, viste le innumerevoli variabili che intervengono nella stima monetaria del danno. Prendiamo ad esempio un farmaco messo sul mercato dopo aver manipolato la ricerca sottacendone gli effetti indesiderati: oltre al costo per il suo acquisto si dovrà quantificare il danno economico degli effetti indesiderati (decessi, invalidità, costi indiretti, costi sociali quali le perdite di reddito dirette e dei familiari, costi giudiziari, di immagine per il produttore, costi intangibili, eccetera). Howard Brody, in un’analisi pubblicata sul *New England Journal of Medicine*, ha valutato per gli Stati Uniti il costo diretto delle prestazioni “inutili”, cioè quelle che non avrebbero dato nessun beneficio ai pazienti, stimandolo come equivalente ad almeno il 30% della spesa sanitaria di quel Paese.”³⁴

Quando la ricerca e la pubblicazione dei suoi risultati non fanno il bene dei pazienti?

La risposta è semplice: quando il bene dei pazienti, fine ultimo della ricerca, viene sostituito dalla **necessità di commercializzare** nuovi prodotti farmaceutici, dispositivi medici e apparecchiature diagnostiche, a fronte di una non dimostrata maggior efficacia rispetto a quanto già in uso nel sistema sanitario.

Ma con quale meccanismo questo avviene? La premessa è che la cattiva informazione scientifica è spesso legata alla cattiva ricerca: nel mondo anglosassone si dice “*garbage in, garbage out*” - se entra immondizia, non potrà che uscire immondizia.

Per chi vuole arrivare al profitto in tempi brevi la prima strada è quella di falsificare i bisogni informativi che determinano la programmazione di attività di ricerca: per esempio, viene amplificata la portata di problematiche sanitarie, di rischi epidemiologici, di pericoli pandemici, e così via³⁵.

È un fenomeno da mettere in diretta relazione con la medicalizzazione della società contemporanea. Accanto a questo viene anche a volte *duplicata la ricerca* senza aggiungere nulla di nuovo a quanto già si sa, con spreco di risorse umane ed economiche,

33 Domenighetti GF, Frode e corruzione nel settore sanitario. JANUS 2013; marzo.

34 Brody H., Medicine’s ethical responsibility for health care reform. NEJM 2010;362:283-5.

35 Moynihan D, Heath I, Henry D., Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002 April 13; 324(7342): 886-91.

col solo obiettivo di fornire ulteriore supporto alla promozione commerciale.

Un'altra via è quella di trovare il **giusto confronto**. La promozione di principi attivi spesso sostanzialmente identici – e non affatto innovativi – suggerisce strategie di marketing sofisticate che non esponano il prodotto in studio alla sorpresa di rivelarsi meno efficace di quello col quale viene confrontato. “Lo scopo delle ricerche di equivalenza – ha scritto il farmacologo Silvio Garattini - è dimostrare che il farmaco è «equivalente» o peggio ancora «non inferiore» ai farmaci già esistenti³⁶. [...] L'adozione di queste metodologie stabilisce già a priori che l'unica cosa che interessa è poter dimostrare un'efficacia a scopi puramente commerciali: poter accedere al mercato. Molto spesso poi questa «equivalenza» è solo teorica, visto che in base al numero di malati studiati, «equivalenza» può voler dire non essere peggiore più del 20-30 per cento rispetto al farmaco di confronto.

Il che significa che il nuovo farmaco potrebbe essere anche inferiore ai farmaci già esistenti”. Tutto ciò – puntualizzano Stefano Cagliano e Marco Bobbio nel libro *Rischiare di guarire*, “ha una rilevanza per la salute, ma anche per l'etica della ricerca e virtualmente per il codice penale³⁷”.

Un'altra via è quella del confronto con il placebo (una sostanza inerte), anche quando esiste già una valida alternativa. In Italia, il Comitato di bioetica afferma che l'utilizzo del placebo è consentito e raccomandato quando non si abbia una cura accertata per la malattia in studio e se il trattamento oggetto di ricerca è finalizzato alla cura di un disturbo non grave o quando la sospensione temporanea della terapia non rischi di indurre conseguenze di rilievo³⁸.

Un altro modo per manipolare la ricerca è quella di scegliere gli **indicatori di esito** “più promettenti”. Un ricercatore, quando si accinge a disegnare il protocollo di una ricerca clinica, deve decidere a priori quali criteri intende adottare per stabilire se il trattamento sperimentale è efficace, in modo da offrire un vantaggio reale ai pazienti a cui verrà prescritto. Medici e pazienti si aspettano che un trattamento riduca la mortalità o altri eventi gravi e invalidanti (per esempio, l'incidenza di infarto miocardico, di ictus cerebrale, di fratture ossee o la necessità di iniziare la dialisi renale), ma per dimostrare la riduzione dell'occorrenza di tali eventi è necessario seguire un gran numero di pazienti per un lungo periodo di tempo. Esiste il rischio che, dopo anni di ricerca e qualche milione di euro investiti, ci si trovi di fronte risultati del tutto sovrapponibili nei diversi gruppi a confronto. Che fare? Accontentarsi di dimostrare che un trattamento

36 Garattini S. cit. in: Cagliano S, Bobbio M., *Rischiare di guarire*. Roma: Donzelli, 2005.

37 Cagliano S. e Bobbio M, *Rischiare di guarire*, Roma: Donzelli, 2005.

38 Questo paragrafo è stato preparato con la collaborazione di Stefano Cagliano.

ha effetto su una “misura secondaria di esito”. Qualche esempio (e ne esistono decine e decine): un farmaco che riduce i livelli di colesterolemia piuttosto che l'incidenza di infarto miocardico; un medicinale che abbassa la pressione arteriosa e non la probabilità di ictus; un medicinale che permette di stabilizzare la densità ossea senza però far diminuire il numero di fratture vertebrali e del collo del femore.

Altra via è quella di **non pubblicare i dati negativi**. Dal 2000 è pubblicamente accessibile un sito – www.clinicaltrials.gov – che registra tutte le sperimentazioni cliniche condotte nel mondo. Una risorsa indispensabile anche per i malati e i loro familiari che possono costantemente tenere sotto controllo l'andamento delle ricerche su un'ampia gamma di malattie. Utilissima: se fosse completa. Anche se la registrazione degli studi clinici in banche dati come Clinical Trials è obbligatoria per alcune nazioni e per quasi tutte le più importanti riviste internazionali, i controlli tra ricerche registrate e studi pubblicati denunciano incongruenze: molti studi non sono registrati e molti di più non pubblicati. I dati che non piacciono prendono una strada senza uscita (*reporting bias*) e gli studi negativi vengono insabbiati (*publication bias*). Soltanto il 50 per cento circa degli studi clinici registrati rende disponibile almeno parte dei risultati. Tutto ciò mortifica l'aspirazione e il sacrificio dei malati che partecipano volontariamente a uno studio clinico ritenendo di poter contribuire concretamente al progresso delle conoscenze. Non pubblicare i risultati della ricerca tradisce le loro aspettative e distorce la base dell'evidenza su cui si fondano le decisioni cliniche perché sbilancia l'equilibrio tra risultati positivi e negativi. Un medico e ricercatore italiano - Alessandro Liberati - protestava già nove anni fa per il fatto che i risultati non pubblicati degli studi clinici avrebbero potuto influenzare le sue scelte terapeutiche come paziente affetto da mieloma multiplo: «Perché sono stato costretto a prendere una decisione clinica, consapevole dell'esistenza da qualche parte, di ulteriori evidenze che non erano disponibili?»³⁹.

Molti studi non sono pubblicati per ragioni che hanno nulla a che fare con l'illegalità, ma anche per motivi riconducibili a condotte fraudolente. A questo proposito, la dichiarazione di Helsinki sull'etica della ricerca non lascia spazio all'ambiguità, perché stabilisce che «gli autori hanno il compito di rendere pubblicamente disponibili i risultati della loro ricerca sui soggetti umani e sono responsabili della completezza e accuratezza dei loro documenti [...] I risultati negativi e inconclusivi, al pari di quelli positivi, dovrebbero essere pubblicati o altrimenti resi pubblicamente disponibili»⁴⁰.

Un altro modo è quello di **falsificare o costruire dal nulla i dati delle ricerche**. Radiato dall'ordine dei medici della Gran Bretagna, Andrew Wakefield è il prin-

39 Liberati A., An unfinished trip through uncertainties. BMJ 2004

40 Questo paragrafo è stato preparato con la collaborazione di Eliana Ferroni.

cipale protagonista di uno scandalo che continua a far danni: ha inventato dal nulla la relazione tra somministrazione del vaccino trivalente e l'insorgenza di autismo⁴¹. È stata accertata sia l'assoluta assenza di basi scientifiche delle sue (presunte) ricerche, sia la presenza di interessi commerciali riguardanti lo sviluppo di test di laboratorio per la diagnosi della malattia. Per effetto della grande eco mediatica avuta dall'articolo di Wakefield (pubblicato su una delle più famose riviste mediche del mondo che lo ha successivamente "ritirato"), la percentuale di bambini vaccinati è diminuita radicalmente in molti Paesi del mondo, al punto che nel Regno Unito il morbillo – qualche anno fa praticamente eradicato – ha ripreso a fare vittime nella popolazione infantile.

Un'altra via per manipolare la ricerca è quella di **nascondere i dati**. Un esempio è collegato alla "Pandemia influenzale" di qualche stagione fa che vide l'approvvigionamento di farmaci antivirali da parte di molte nazioni⁴².

Nel 2009 un gruppo internazionale di ricercatori si accorse che le conclusioni di un loro studio di revisione su questi farmaci erano poco attendibili perché basate quasi esclusivamente su ricerche finanziate dalle stesse aziende produttrici. Volendo andare a fondo al problema, cercarono di entrare in contatto con gli autori delle sperimentazioni più importanti, ma coloro che avevano firmato i lavori non erano in grado di rispondere alle domande che gli venivano rivolte. La cosa più macroscopica era che il 60% degli studi condotti su uno dei farmaci (Tamiflu) risultava non essere stato pubblicato⁴³.

Questi episodi hanno motivato diverse petizioni per richiedere maggiore trasparenza alle autorità governative che regolano le autorizzazioni al commercio dei medicinali e per sollecitare alle aziende farmaceutiche l'assoluta trasparenza dei risultati delle ricerche da loro condotte su nuovi farmaci e vaccini. Questa è una questione di grande rilievo, già vissuta negli scorsi anni, basti pensare al famoso caso dei farmaci antinfiammatori (Cox 2) i cui gravi effetti collaterali erano stati taciuti dalla azienda produttrice e dai firmatari di diversi articoli. Così sul mercato per circa cinque anni, il Rofecoxib ha generato nei soli Stati Uniti ricavi per circa 2,5 miliardi di dollari fino al ritiro dal commercio. Oltre 80 mila persone hanno sofferto problemi cardiovascolari legati alla prescrizione e più di 30 mila hanno perso la vita. I risarcimenti dell'azienda produttrice alle famiglie delle vittime hanno superato i 4,85 miliardi di dollari. Questi sono problemi ancora oggi di attualità: basti pensare al clamore suscitato da diversi studi su farmaci antidiabetici e antidepressivi non inclusi nei dossier presentati alla *Food and Drug*

41 The Editors of the Lancet. Retraction - Ileal lymphoid nodular hyperplasia, non specific colitis and pervasive developmental disorder in children. Lancet 2010

42 Per un inquadramento generale si veda <http://bmj.com/tamiflu>

43 Doshi P., Neuraminidase inhibitors-the story behind the Cochrane review. BMJ 2009

Administration e all'*European Medicine Agency* per i numerosi casi di tossicità e di reazioni avverse⁴⁴.

Altri fenomeni riguardano il *ghostwriting*, ossia **autori fantasma** che scrivono articoli per conto di opinion leader che spesso non rivedono neanche il contenuto per controllarne la qualità oppure il **trattamento cosmetico degli articoli** (*spin*) da pubblicare da parte di agenzie di pubbliche relazioni e delle redazioni scientifiche.

2.6 I costi dell'illegalità

Non è facile stimare l'impatto della illegalità sulla spesa per il sistema di tutela della salute: per la natura stessa del fenomeno (in gran parte sommerso) e per la diffusa presenza di fenomeni indiretti difficili da cogliere (ad esempio l'induzione di consumi inutili o poco appropriati).

Per quanto invisibile, la letteratura internazionale fornisce tuttavia alcune stime di massima. Gli aspetti più studiati sono le frodi e la corruzione. Negli Stati Uniti, una quota variabile fra il 5% e il 10% della spesa sostenuta dai programmi pubblici *Medicare* e *Medicaid* è assorbita da frodi ed abusi. Nel maggio del 2013 l'FBI ha ad esempio scoperto una truffa ai danni di Medicare portata avanti da 89 operatori sanitari per una cifra pari a 223 milioni di dollari. La Rete Europea contro le Frodi e la Corruzione nel Settore sanitario (European Healthcare Fraud and Corruption Network, www.ehfcn.org/) nel 2012 ha stimato che in Europa il 5,6% del budget per la sanità fosse assorbito dalla corruzione. Nel 2006, *Transparency International*, l'organizzazione internazionale che misura il livello di corruzione in tutti i paesi del mondo, ha dedicato il suo rapporto annuale alla corruzione nella sanità; il rapporto contiene numerosi contributi sulle misure della corruzione⁴⁵.

44 Si ringrazia Tom Jefferson per i dati forniti.

45 Si vedano, fra gli altri: Lindelöw, Magnus, Inna Kushnarova, and Kai Kaiser (2006) "Measuring Corruption in the Health Sector: What We Can Learn from Public Expenditure Tracking Surveys in Developing Countries", in *Global Corruption Report 2006: Corruption and Health*, Berlin: Transparency International. Gee, J., Button, Mark and Brooks, Graham (2010) *The financial cost of UK public sector fraud: a less painful way to reduce public expenditure*. Working Paper. MacIntyre Hudson, Milton Keynes. U.S. General Accounting Office, *Testimony Before the Subcommittee on Government Management, Information and Technology, Committee on Government Reform, House of Representatives - Health Care Fraud: Schemes to Defraud Medicare, Medicaid, and Private Health Care Insurers*, 25 luglio 2000.

Il Regno Unito ha istituito nel 1998 uno specifico servizio per la lotta contro la corruzione all'interno del *National Health Service (Counter Fraud Service)*. In Francia, il programma di contrasto delle frodi della *Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés* ha prodotto nel 2008 un risparmio netto di oltre 130 milioni di euro.

Una montagna di soldi che ogni anno sono sottratti alla cura e all'assistenza di chi ne ha bisogno.

In Italia le stime effettuate dalla sola Guardia di Finanza per il triennio 2010/2012 indicano 1,6 miliardi di euro di perdita erariale, e si tratta solo dei reati effettivamente accertati dalle forze dell'ordine. Si tratta di cifre molto indicative, che rendono evidente la grande possibilità di miglioramento.

Stime meno parziali potrebbero essere ottenute procedendo gradualmente alla quantificazione delle diverse forme di illegalità. Con Gianfranco Domenighetti i costi potrebbero essere valutati distinguendo :

- i fenomeni con impatto prevalentemente economico, come le sovrapprezzazioni, il comparaggio o gli appalti, che si ripercuotono soprattutto o principalmente sui conti della sanità,
- i fenomeni con impatto prevalentemente clinico e scientifico, come l'erogazione di prestazioni non necessarie, che si ripercuotono anche sulla salute dei cittadini-pazienti.

Il peso economico dell'illegalità dovrebbe inoltre essere misurato anche con riferimento ai costi indiretti: quantificando il valore della perdita di fiducia da parte dei cittadini e dei professionisti nei confronti del sistema sanitario ogni qual volta viene alla luce un fenomeno illegale. Il riconoscimento di un danno di immagine per la Pubblica Amministrazione (che la nostra legislazione ha introdotto) va in questa direzione. L'illegalità mette, fra l'altro, a rischio la stessa esistenza del Servizio Sanitario Nazionale: c'è chi pensa, ad esempio, che un sistema maggiormente privatistico potrebbe essere meno esposto a questo tipo di problemi (anche se il caso statunitense, e le esperienze nostrane, dimostrano il contrario).

Un altro aspetto difficile da quantificare è il freno all'innovazione che la mancanza di integrità comporta. Ben difficilmente un dirigente che accetta tangenti migliorerà, con procedure più snelle e trasparenti, un sistema burocratico che gli garantisce un guadagno illegale. La sua inerzia verrà però pagata da tutta l'amministrazione e dai cittadini in termini di risorse e benefici negati.

Resta ancora da sottolineare un aspetto molto importante: le illegalità colpiscono maggiormente la parte più debole della popolazione, quella con un livello socio-culturale più basso: persone e famiglie in cattivo stato di salute, con difficoltà ad accedere correttamente ai servizi e che certamente non hanno la forza per difendersi da proposte improprie. E questo certamente non aiuta a ridurre il peso delle disuguaglianze.

2.7 I pochi casi di commissariamento per infiltrazioni della criminalità

La criminalità organizzata ha mostrato più volte interesse per il settore sanitario. Ad oggi 4 aziende sanitarie sono state commissariate per infiltrazioni della criminalità organizzata: l'Asl di Locri, l'Asp di Vibo Valentia, l'Asl di Pomigliano d'Arco e l'Asl di Reggio Calabria.

L'aspetto singolare che accomuna le quattro aziende sanitarie commissariate è il ripetersi di modalità comuni. Di seguito una rapida sintesi dei tratti peculiari riscontrati nelle aziende commissariate che possono divenire utili campanelli d'allarme per chi riveste ruoli di responsabilità nella gestione della sanità. Le fonti informative sono le relazioni dei Commissari⁴⁶, le sentenze della magistratura, le Commissioni parlamentari di inchiesta⁴⁷.

La confusione amministrativa

In tutte le Asl commissariate è stata rilevata una sostanziale confusione nella gestione, che ha peraltro ostacolato notevolmente le attività di indagine da parte delle forze dell'ordine; ad esempio nel caso dell'Asl di Reggio Calabria, lo scenario della struttura è stato qualificato come "totalmente caotico e privo di regole". Le inefficienze nella gestione possono essere frutto della gestione clientelare del personale con la presenza di lavoratori non qualificati. La confusione a livello gestionale può però derivare anche da una scelta consapevole. Più l'amministrazione dell'ente avviene in maniera confusa e non formalizzata più è difficile analizzare fattori quali i flussi di spesa o il personale

46 Si veda, per tutti, la relazione Basilone: Commissione di Accesso Azienda Sanitaria n. 9 di Locri (RC), 2006, Relazione conclusiva, Prefettura di Reggio Calabria, Ufficio Territoriale del Governo.

47 Sciarrone R (a cura di), Alleanze nell'ombra Mafie ed economie locali in Sicilia e nel Mezzogiorno Fondazione Res Donzelli Editore, 2011.

effettivamente impiegato. Una gestione confusa ha permesso in sostanza di creare aree oscure all'interno delle Asl, dove il malaffare ha avuto occasione di proliferare.

La gestione clientelare del personale

Uno dei fattori determinanti che ha permesso alla malavita di mantenere il controllo nelle aziende sanitarie è la gestione del personale. Seppure con meccanismi diversi, la malavita è riuscita a vedere inseriti nelle posizioni chiave persone di sua fiducia. La gestione clientelare si è sviluppata grazie a selezioni del personale svolte in modo arbitrario, spesso senza la presenza dei requisiti necessari o utilizzando stratagemmi, quali l'assunzione di lavoratori interinali. L'assenza di controlli e di misure sanzionatorie per i comportamenti scorretti del personale completa il cerchio della gestione clientelare, con frequenti episodi di assenteismo all'interno delle strutture, spesso ampiamente tollerati dalla dirigenza.

In alcuni casi, oltre a favorire l'ingresso di personale vicino agli ambienti malavitosi si è proceduto ad allontanare le persone non desiderate dalla criminalità organizzata. È questo il caso dell'Asl di Pomigliano d'Arco, dove è stato rimosso il direttore amministrativo che aveva iniziato un processo di risanamento che avrebbe portato ad una probabile riduzione dei profitti criminali. Come sottolineano gli inquirenti negli atti d'indagine questa rimozione è un grave sintomo di convivenza della criminalità nella gestione dell'azienda.

Gli abusi nelle attività di appalto e di fornitura

Le attività di appalto e di fornitura sono state gestite nelle aziende commissariate in modo da permettere lo svolgimento dei lavori ad imprese vicine all'ambiente mafioso. Anche in questo caso le procedure per aggirare le normative sono pressoché le medesime. Innanzitutto si è registrata una sistematica violazione della normativa antimafia con l'assenza delle certificazioni richieste, a volte addirittura sostituite con una autocertificazione. Per evitare le gare d'appalto gli enti hanno spesso fatto ricorso al frazionamento artificioso delle opere in modo da non superare le soglie previste dalla legge. Altri espedienti utilizzati per evitare le normali procedure sono stati la proroga dei contratti, giustificata da generiche ragioni di urgenza o l'abuso della trattativa privata. Quando è risultato impossibile evitare la gara d'appalto, in genere il bando era strutturato in modo tale da rendere possibile l'aggiudicazione della gara alla sola impresa favorita dalla malavita. Singolari sono stati alcuni episodi come la modifica del bando di gara relativo ai servizi di mensa nell'Asl di Pomigliano d'Arco, avvenuto in corso d'opera, in

modo da escludere l'unica azienda che non aveva legami con i clan camorristici locali.

Gli abusi nella gestione delle strutture private accreditate

La gestione degli accreditamenti è un aspetto particolarmente critico nell'amministrazione di un'azienda sanitaria. Nelle Asl commissariate si sono registrati in tutti i casi abusi rilevanti, anche se di entità diversa. Oltre alla mancanza della certificazione antimafia, che peraltro non avrebbe permesso di svolgere le attività a numerose strutture accreditate, è indicativo dell'illegalità diffusa lo sfioramento dei tetti di spesa, anche oltre il doppio dell'ammontare massimo previsto.

Le possibilità di ingerenza della mafia nella sanità riguardano anche la definizione dei tariffari per il rimborso delle prestazioni erogate dai privati accreditati. Ne è un esempio la vicenda della clinica privata Villa Santa Teresa, nel palermitano. Il tariffario per le prestazioni specialistiche effettuate dalla struttura sono stati definiti in modo unilaterale ed arbitrario dal suo proprietario, Michele Aiello, ed approvati con motivazioni generiche dal direttore del distretto, nonostante l'ammontare previsto per le singole prestazioni fosse eccessivamente elevato. In base all'analisi della Corte dei Conti le somme indebitamente percepite dalla struttura grazie ai tariffari "gonfiati" ed al frazionamento artificioso di prestazioni di per sé unitarie ammontano a circa 53 milioni di euro.

Il collegamento tra mafia e politica

L'interesse per la criminalità organizzata nel settore sanitario richiede inevitabilmente un supporto da parte della politica locale. L'inchiesta "onorata sanità" ha dimostrato il profondo interesse della mafia per il settore sanitario e la necessità della malavita di ottenerne il controllo anche per il tramite della politica.

PARTE III

UNA SANITÀ CON LE PARETI DI VETRO

3.1 Il nuovo quadro normativo: anticorruzione, antimafia e trasparenza

Il quadro normativo sul tema della trasparenza, della legalità e della corruzione nella Pubblica Amministrazione ha iniziato un percorso di ammodernamento e innovazione ancora insufficiente ma sicuramente per molti aspetti rilevante.

Le carenze più volte sottolineate dagli organismi internazionali nei confronti del nostro Paese sembrano destinate ad essere progressivamente superate. La strada da percorrere è ancora molto lunga, ma il percorso intrapreso va nella direzione auspicata.

Tutta la normativa coinvolge appieno anche il sistema di tutela della salute, sanitario e sociale, chiamato a rispondere più concretamente ai principi di trasparenza, correttezza, legalità, etica pubblica. Di seguito alcune considerazioni sintetiche sulla normativa e gli strumenti da adottare.

La normativa recente

Legge 6 novembre 2012, n. 190

Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione.

Decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235

Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33

Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39

Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62

Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

3.2 La Legge 190/2012 anticorruzione

Non solo un esercizio di burocrazia, ma un'opportunità di cambiamento

La Legge 6 Novembre 2012 n. 190 “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione*” ha inaugurato una stagione di riforme volte a rimuovere le inadeguatezze della precedente normativa sul lato sia del contrasto sia della prevenzione della corruzione. Con la norma si è gettato un sasso nello stagno della prassi della Pubblica Amministrazione, certi che ancora molto resta da fare e che il processo normativo

può dirsi tutt’altro che concluso.

La legge 190/2012 ha un’importanza anche culturale, perché tende a risvegliare dal torpore degli ultimi decenni una PA che ha applicato le norme spesso in modo burocratico, senza incidere sulla sostanza e alla radice dei problemi. Il rischio è che anche la nuova disciplina sia affrontata con un approccio meramente burocratico, fatto unicamente di procedure, pratiche, incartamenti, ruoli, anziché come una opportunità di cambiamento.

La lotta alla corruzione ha invece bisogno di un ruolo proattivo e reattivo degli enti coinvolti: ciascuna PA deve dotarsi delle misure necessarie, ma deve anche mettere in campo un surplus di impegno all’insegna dell’integrità.

La legge 190/2012 è una norma complessa e composita: investe una pluralità di enti e amministrazioni, prevede numerosi documenti attuativi, contiene una delega al Governo, incide su un tema di rilevante importanza per la crescita e la democrazia del nostro Paese.

Nei siti *web* istituzionali del Governo, dei Ministeri e degli altri enti competenti sono rintracciabili documenti di approfondimento e atti normativi sull’argomento⁴⁸.

La legge 190/2012 affronta alcuni temi fondamentali:

- individua nella **Civit** (Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l’integrità delle amministrazioni pubbliche) l’Autorità nazionale anticorruzione;
- detta misure volte alla **trasparenza** dell’attività amministrativa, compresa l’attività relativa agli appalti pubblici e l’attribuzione di posizioni dirigenziali oltre a misure per l’assolvimento di obblighi informativi ai cittadini;

⁴⁸ Si veda, fra gli altri, www.governo.it, www.regioni.it, www.civit.it. Un prospetto riassuntivo degli adempimenti degli enti territoriali è scaricabile dal sito della Conferenza delle Regioni all’indirizzo <http://www.regioni.it/cms/file/Image/upload/2013/prospetto%20190%20completo.pdf>.

- introduce la figura del **responsabile** della prevenzione della corruzione;
- prevede una stringente disciplina delle **incompatibilità**, cumulo di impieghi e incarichi di dipendenti pubblici e stabilisce la definizione di un codice di comportamento dei pubblici dipendenti;
- delega il Governo all'adozione di un testo unico in materia di **incandidabilità** e di divieto di ricoprire cariche elettive e di governo a seguito di condanne definitive per delitti non colposi;
- prevede la **tutela del pubblico dipendente** che denuncia o riferisce condotte illecite apprese in ragione del suo rapporto di lavoro;
- elenca le attività d'impresa particolarmente esposte al **rischio di infiltrazione mafiosa** e istituisce presso ogni prefettura l'elenco dei fornitori non soggetti a tentativi di infiltrazione mafiosa;
- modifica il **catalogo dei reati** alla cui condanna consegue, per l'appaltatore, la risoluzione del contratto con una Pubblica Amministrazione;
- rende più incisivo il **giudizio di responsabilità** amministrativa nei confronti del dipendente pubblico che ha causato un danno all'immagine della PA.

In generale, l'intenzione del legislatore è orientare il contrasto alla corruzione attraverso un sistema che guarda più alla *prevenzione* che alla *repressione*.

Merita attenzione un elemento particolarmente innovativo, introdotto dalla legge 190/2012 in linea con le raccomandazioni internazionali rivolte all'Italia da parte di diversi organismi (in ultimo l'OCSE)⁴⁹: la tutela del dipendente che segnala comporta-

Il
whistleblowing:
la tutela del
dipendente
che segnala
comportamenti
illeciti

menti illeciti, il cosiddetto *whistleblowing*. La traduzione letterale di *whistleblowing* è "suonatore di fischietto", ma è possibile rendere in italiano il concetto con l'espressione "vedetta civica".

Il pubblico dipendente che denuncia illeciti di cui sia venuto a conoscenza, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, al di fuori dei casi di calunnia o diffamazione. La legge non precisa il come, ossia le procedure da adottare per garantire pienamente quest'istituto, ma ciò non toglie che tale ruolo possa essere svolto anche dai singoli enti.

Un sistema così complesso ha bisogno di operatori della salute preparati e di cittadini

⁴⁹ Oecd, Integrity Review of Italy, Reinforcing public sector integrity, restoring trust for sustainable growth, Oecd Public Government Governance Reviews, 2013

informati. Per questo è fondamentale attivare percorsi formativi *multitarget*, in linea con la complessità della situazione. Obiettivo primario, da non dimenticare, è l'integrità, non già la soddisfazione di un surplus di burocrazia. La stessa norma 190/2012 prevede la predisposizione di percorsi formativi, i quali possono garantire il doppio livello, proattivo e reattivo, della prevenzione della corruzione.

Il cuore della legge sta nella predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e in ogni ente pubblico dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, oltre che nell'introduzione della figura del responsabile per la prevenzione della corruzione. Su tali temi qualche breve approfondimento di seguito.

Il Piano Nazionale anticorruzione

Il Piano nazionale Anticorruzione deve prevedere:

- la promozione dell'effettiva e tempestiva adozione dei Piani da parte di tutte le amministrazioni, il loro aggiornamento annuale e, comunque, ogni qual volta emergano rilevanti mutamenti organizzativi dell'amministrazione;
- un meccanismo di reale mappatura del rischio, individuando in modo preventivo le aree maggiormente esposte al rischio della corruzione. In questo la partecipazione degli operatori e dei cittadini appare un aspetto fondamentale, anche per evitare mappature puramente formali⁵⁰;
- promuovere forme di consultazione o incontri con le associazioni e i portatori di interesse, in sede di elaborazione dei Piani e in sede di verifica della sua attuazione.

Il responsabile della prevenzione della corruzione

L'introduzione, in tutte le Pubbliche Amministrazioni, di un responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza è una buona occasione per i singoli enti per affrontare il problema dell'illegalità in senso proattivo e per dotarsi di un'adeguata organizzazione e con più risorse.

La legge affida al responsabile della prevenzione compiti piuttosto impegnativi e delicati:

- elabora la proposta di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;
- verifica l'attuazione del Piano e ne propone modifiche in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a);

⁵⁰ Numerosi sono gli esempi di mappature "formali" in applicazione del d.lgs. 231/2001 che non hanno portato ad alcuna azione concreta di cambiamento dell'amministrazione. Si pensi ad esempio alla legge regionale della Lombardia e agli adempimenti delle aziende sanitarie lombarde, da un lato, e ai noti fatti della sanità lombarda, dall'altro.

- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c).
- definisce le procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8);
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. b);

Rilevanti responsabilità in capo al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione

Il Responsabile per la prevenzione svolge inoltre, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza.

A fronte di tali compiti, la legge prevede rilevanti responsabilità in caso di inadempienze nella predisposizione degli strumenti di cui sopra e al verificarsi di fenomeni di corruzione all'interno dell'ente. In particolare, nel caso in cui, all'interno dell'amministrazione, sia accertato con

sentenza passata in giudicato un reato di corruzione, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione risponde per omesso controllo sul piano disciplinare, oltre che per danno erariale e all'immagine dell'ente. Il dirigente non risponde per il reato commesso, qualora dimostri di avere predisposto, prima che il fatto venisse commesso, il Piano per la Prevenzione della Corruzione, di aver verificato la rotazione degli incarichi negli uffici esposti al rischio di corruzione, di aver individuato il personale da formare sui temi della legalità e dell'etica e di aver vigilato sull'idoneità, il funzionamento e l'osservanza del Piano (art. 1, comma 12).

Un limite alla figura del responsabile riguarda la concentrazione di responsabilità in un solo soggetto interno alle amministrazioni. Il Dirigente anticorruzione paga (e paga per tutti), ma agisce da solo⁵¹.

51 Il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231, "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300" prevede invece che il soggetto sanzionato (l'azienda) sia una persona giuridica differente dalle persone fisiche (i vertici aziendali) che adottano il modello, che, a loro volta sono distinti dall'Organismo di Vigilanza, che può essere anche formato da soggetti estranei all'azienda.

3.3 Il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici

La legge 190/2012 ha previsto (all'art. 1, comma 44) l'emanazione di un nuovo Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni;⁵² l'obiettivo dichiarato è contribuire ad assicurare qualità dei servizi, prevenzione dei fenomeni di corruzione, rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.

Il nuovo codice di comportamento è stato emanato con Decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013, n. 62 *“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.”*

Il Codice definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. Tali norme possono essere integrate dai codici di comportamento che saranno adottati dalle singole amministrazioni.

L'articolo 3 del Codice di comportamento indica i principi generali cui il dipendente pubblico deve attenersi: un insieme di regole che, se adottate come base dell'azione quotidiana, sarebbero più che sufficienti a prevenire ogni forma di illegalità e opacità.

Essi sono raggruppati in sei punti, di seguito sintetizzati:

1. Il dipendente osserva la Costituzione, conforma la propria condotta ai principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa, svolge i propri compiti nel rispetto della legge, perseguendo l'interesse pubblico senza abusare della posizione o dei poteri di cui è titolare.
2. Il dipendente rispetta i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agisce in posizione di indipendenza e imparzialità, astenendosi in caso di conflitto di interessi.
3. Il dipendente non usa a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio, evita situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine della Pubblica Amministrazione.
4. Il dipendente esercita i propri compiti orientando l'azione amministrativa alla massima economicità, efficienza ed efficacia.
5. Nei rapporti con i destinatari dell'azione amministrativa, il dipendente assicura la piena parità di trattamento a parità di condizioni, astenendosi da azioni arbitra-

⁵² La legge 190/2012 modifica l'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, a norma del quale è emanato il codice di comportamento.

rie che abbiano effetti negativi sui destinatari o che comportino discriminazioni.

6. Il dipendente dimostra la massima disponibilità e collaborazione nei rapporti con le altre pubbliche amministrazioni.

Rilevante la richiesta da parte del legislatore di rendere espliciti i potenziali conflitti di interesse che ogni dipendente può avere quando partecipa a enti e associazioni che svolgono la stessa attività della Pubblica Amministrazione in cui opera.

Altro elemento importante riguarda lo svolgimento di incarichi esterni da parte di dirigenti e il loro possibile coinvolgimento negli interessi di *stakeholders* esterni alla Pubblica Amministrazione.

Si tratta di aspetti particolarmente rilevanti per il settore sanitario, data la frequenza con la quale si presentano casi di incarichi esterni.

Un aspetto particolarmente innovativo del nuovo codice di comportamento è la previsione di pratiche sanzionatorie, indispensabili per l'efficacia dello stesso (articolo 16).

Il codice è redatto in modo semplice e facilmente comprensibile, a vantaggio della fruibilità dello stesso da parte di tutta la cittadinanza. Le norme sono ampiamente condivisibili, anche se tali elementi non sono sufficienti per farne un documento capace di impattare sicuramente sui comportamenti quotidiani dei dipendenti pubblici.

3.4 La rivoluzione della trasparenza: il d.lgs. 33/2013

La rivoluzione in materia di trasparenza è contenuta nel Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*, adottato in attuazione della legge 190/2012.

L'aspetto più innovativo contenuto nella disciplina è il “diritto alla trasparenza”.

La logica della trasparenza è molto semplice: porre un faro in una situazione oscura serve sia a illuminare ciò che si trova in quel punto, sia a prevenire comportamenti scorretti che possono verificarsi in quel contesto.

La trasparenza va intesa come “accessibilità totale alle informazioni” concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto

dei principi di buon andamento e imparzialità. Si tratta di una nozione di trasparenza ancora in divenire, che va ben oltre il semplice diritto all'accesso agli atti amministrativi e che ha un fondamento costituzionale nella misura in cui costituisce un *livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali* ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

Qualche sintetica considerazione con riguardo alle modalità attraverso le quali le amministrazioni pubbliche possono procedere alla pubblicazione dei dati.

- Che cosa sono tenute a pubblicare le PA?

Le amministrazioni pubbliche sono tenute a pubblicare tutto (o quasi tutto) quel che riguarda l'organizzazione, i processi, i costi (curricula, stipendi, incarichi e tutti i dati relativi al personale dirigenziale; bandi di concorso; atti dei procedimenti e procedure seguite; budget preventivo e consuntivo, ecc). Tutti i dati devono essere pubblicati tempestivamente e aggiornati costantemente, in modo facilmente fruibile, immediatamente comprensibile, conforme ai documenti originali.

- Dove pubblicare le informazioni?

L'elemento innovativo è l'utilizzo del *web* come strumento di conoscenza e velocizzazione. I portali *online* di tutte le PA devono prevedere una pagina esplicitamente intitolata "Amministrazione Trasparente".

- Come e in che formato pubblicare?

La vera rivoluzione del decreto 33/2013 è la pubblicazione dei dati in *formato aperto* e riutilizzabile. Ciò significa che i dati devono essere forniti liberi da restrizioni legali per l'utilizzo e non controllati e definiti da interessi privati (sono ad esempio formati aperti i file TXT, XML, CSV)⁵³. Deve esserne resa pubblica, mediante esaustiva documentazione, la sintassi, la semantica, il contesto operativo e le modalità di utilizzo. Ma non basta: il dato deve essere anche indicizzabile, ovvero deve essere possibile estrapolarlo e rielaborarlo autonomamente, nei limiti di legge, e fruirne gratuitamente.

- In che modo pubblicare? Seguendo quali parametri?

Il decreto prevede molto opportunamente la standardizzazione dei dati: le pubbliche amministrazioni devono pubblicare i dati secondo un unico standard (indicato nell'ormai noto "Allegato A"). Ciò garantisce la comparabilità dei dati e concretizzazione del diritto di sapere.

Un ulteriore istituto innovativo previsto dal d.lgs. 33/2013, all'art. 5, è "l'accesso civico", un nuovo diritto di cittadinanza attuativo del diritto alla trasparenza. Tale diritto si fonda sul principio della totale accessibilità delle informazioni, quel "right to know" di

L'accesso civico

Il right to know di tradizione anglosassone.

tradizione anglosassone che nelle situazioni avanzate rende non più necessario per i cittadini avere una giusta causa per accedere agli atti pubblici, salvo i casi espressamente esclusi dalla legge per motivi privacy. In tali casi si parla di FOIA, ossia di "Freedom Of Information Act".

In Italia non è ancora certa la garanzia di questa totale accessibilità e rimangono alcune ambiguità normative. Il modo più rapido per conoscere vizi e virtù di una disciplina giovane e innovativa è comunque applicarla e impegnarsi affinché sia applicata, premendo poi, politicamente e civicamente, affinché ne vengano rimosse le incongruenze.

Concludendo, il quadro normativo così come si è sviluppato negli ultimi anni segna importanti passi avanti nella disciplina di aspetti rilevanti per la prevenzione e il contrasto della illegalità e della corruzione.

I diversi provvedimenti normativi sono profondamente intrecciati tra loro e la loro integrazione è comunque fondamentale per la sfida che la Pubblica Amministrazione sta tentando di affrontare.

Nonostante l'insieme degli adempimenti normativi possano apparire a prima vista eccessivi e troppo onerosi, in realtà si tratta di una grande occasione per migliorare la performance complessiva del sistema.

Perché illegalità e corruzione non sono solo moralmente riprovevoli, ma anche costose e di ostacolo all'innovazione. È infatti risaputo che i processi amministrativi burocratici sono una delle condizioni favorevoli all'illegalità e la corruzione⁵⁴. Più trasparenza aumenta la probabilità di essere scoperti nell'illecito, aumenta i costi morali dei comportamenti illeciti e, quindi, ne scoraggia la pratica. Allo stesso modo, pubblicare dati di spesa, sino al costo unitario di ogni singola operazione, non è una mera "concessione" alla sete di informazioni di pochi, ma una pratica volta a ridurre inefficienze e a esaltare i comportamenti virtuosi.

La strada è lunga, ma è una buona strada.

⁵⁴ Per un approfondimento sul Servizio Sanitario Nazionale, si veda il Report "I cittadini e la trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale", a cura di Cittadinanzattiva. Più in generale, sulla trasparenza nelle amministrazioni pubbliche si veda il "Rapporto sulla trasparenza nelle amministrazioni pubbliche" redatto da Cittadinanzattiva in partnership con Fondazione Etica, dicembre 2012. Disponibile al sito: www.cittadinanzattiva.it

Il percorso normativo va ultimato ma non possiamo attendere, perché il prezzo pagato all'illegalità rischia di compromettere l'intero sistema.

3.5 Che cosa si può fare? Garantire l'equilibrio del sistema

Una sanità dalle mura di vetro, ma dalle porte blindate

La lotta all'illegalità e alla corruzione deve essere “senza quartiere”, ma è indispensabile definire le priorità di intervento per agire al cuore del problema e garantire una sanità dalle mura di vetro (affinché tutti i processi siano visibili), ma dalle porte blindate (per impedirne l'accesso all'illegalità).

La diagnosi

Come in presenza di una qualsiasi malattia, la prima cosa da fare è la diagnosi. Capire che cosa permette lo sviluppo del problema è fondamentale per permetterci di individuare dove l'illegalità e le frodi hanno terreno fertile.

Il primo approccio sarà quindi *l'analisi dei processi* che avvengono all'interno di una struttura. Per “analisi dei processi” intendiamo, ad esempio, analizzare il percorso che porta all'approvvigionamento dei materiali, o a quello attraverso il quale vengono prese le decisioni strategiche sulle risorse, o quelle sul personale o sull'accreditamento delle strutture erogatrici. Un'altra ottima fonte di informazioni sono gli stessi professionisti e utenti che vivono il settore quotidianamente. Con strumenti quali questionari o interviste è possibile determinare in quali aree la corruzione è percepita maggiormente. I risultati delle analisi, confrontati con alcune variabili oggettive come il livello dei prezzi di acquisto o i tempi di attesa per un determinato trattamento, permette di individuare la presenza di opacità, anomalie, discordanze in determinate aree e definire quindi le priorità di intervento nella lotta all'illegalità.

La terapia

Il passo successivo è la definizione di una terapia. Importante è distinguere due livelli: quello della prevenzione e quello del contrasto, che non sono indipendenti, ma funzionali tra loro. Occorre generare un sistema capace da un lato di essere “resistente alla corruzione” e “vaccinato” ai fenomeni d’illegalità, dall’altro in grado di espellere dal suo interno chi lo mina, contrastando e perseguendo comportamenti scorretti.

È bene sottolineare che per vincere la battaglia contro l’illegalità è necessario intervenire trasversalmente su tutto il sistema di tutela della salute. L’amplessissimo numero degli attori coinvolti presuppone un lavoro di declinazione della *terapia* anticorruzione a tutti i livelli: il decisore politico, i professionisti legati direttamente o indirettamente al mondo della salute e infine i cittadini.

Approfondiremo ora le azioni che i politici e i professionisti possono sviluppare, mentre rinviando al paragrafo successivo ciò che ciascuno di noi, come cittadino, può fare.

Regole di selezione del personale

La scelta del personale riveste un ruolo chiave, in particolare per tutte le aree che per loro natura sono maggiormente critiche. In quest’ambito una corretta procedura di selezione è un presupposto determinate. La trasparenza nel processo decisionale, la chiarezza nei requisiti necessari per svolgere un determinato compito e la verifica della presenza degli stessi sono un primo passo per evitare il diffondersi dell’illegalità e delle clientele. In particolare, la correttezza nella selezione della dirigenza può avere ricadute positive molto ampie, favorendo la diffusione di fiducia e integrità tra tutto il personale. Un dirigente percepito come persona onesta, corretta e competente è un potente deterrente al diffondersi dell’illegalità in tutti i livelli di una struttura.

I criteri devono essere quindi quelli del diritto e del merito e le procedure devono essere certe e trasparenti.

Regole di comportamento del personale: la Carta di Pisa

La presenza di un codice etico fondato su integrità ed etica pubblica è un primo passo nella lotta alla corruzione nelle singole organizzazioni. L’aspetto determinante è tuttavia l’applicazione dello stesso. Più che un’imposizione burocratica questo deve rappresentare un presupposto condiviso e accettato da parte di tutti gli operatori. In questo senso la semplice emanazione di un codice non aiuta a risolvere il problema, ma è necessaria una continua opera di formazione sui comportamenti corretti e l’effettiva presenza ed applicazione di misure sanzionatorie quando non sono rispettate le regole

che l'etica professionale impone.

La creazione di un codice etico può essere un momento di partecipazione e riflessione interna tra tutti i livelli, un lavoro di squadra che mette al primo posto l'integrità.

Un esempio positivo è quello della Carta di Pisa, iniziativa sostenuta da *Avviso pubblico*, il network di enti locali per la legalità e contro le infiltrazioni mafiose, rivolto agli amministratori politici. Dal febbraio 2012 la "Carta di Pisa" ha prodotto un piccolo ma significativo effetto-valanga: decine di Comuni, Province e Regioni si sono attivati per introdurlo nel proprio ordinamento.

Il percorso avviato sta innescando un circolo virtuoso di formulazione dal basso delle politiche di prevenzione della corruzione e delle infiltrazioni criminali, tramite la sensibilizzazione di amministratori, funzionari e cittadini sui temi dell'etica pubblica.

Il senso profondo di un'esperienza come quella della Carta di Pisa sta nel tentativo di riattivare i circuiti di partecipazione e responsabilità politica, di rianimare la fiducia dei cittadini verso i propri rappresentanti nelle istituzioni, che è l'humus della vita democratica.

Un'ottima possibilità è quella di lavorare alla revisione e all'ampliamento della Carta di Pisa per fare in modo che anche le aziende sanitarie e le organizzazioni sociali possano adottarla e farne propri i principi e valori.

Miglioramento del sistema dei controlli: whistleblowing

La corruzione e l'illegalità possono essere arginabili ma non eliminabili a priori. I controlli sono quindi inevitabili e indispensabili. Esistono istituzioni predisposte a monitorare dall'esterno, ma ovviamente non è possibile riuscire ad essere puntuali sull'intero settore di tutela della salute. Solamente un controllo che viene dall'interno può garantire un livello di dettaglio molto più allargato.

Fra gli strumenti interni di monitoraggio ricordiamo il *whistleblowing*, cui abbiamo fatto cenno parlando delle innovazioni introdotte nella legge 190/2012 (paragrafo 3.2). Il *whistleblower*, o "vedetta civica", è colui che denuncia una situazione di illecito a cui assiste. Come detto, la legge 190/2012 ha introdotto prime forme di tutela del lavoratore che riporta alle autorità competenti le azioni illecite di cui viene a conoscenza. In altri Paesi, tra i quali gli USA, si prevedono forme di tutela ben più ampie che, oltre al posto di lavoro e alla segretezza, garantiscono anche un'indennità monetaria a chi riporta informazioni utili. La legge 190/2012 ha perciò colmato una prima parte del nostro divario rispetto ad altri paesi⁵⁵

Poteri reali al referente anticorruzione

Del referente anticorruzione abbiamo ampiamente discusso nei paragrafi precedenti. Qui ci limitiamo a ricordare come possa giocare un'importante ruolo nella battaglia per la legalità, ma a patto che la figura prevista da un lato sia calata nella realtà, quindi non risponda esclusivamente a un modello ideale come troppo spesso emerge dal quadro normativo, e dall'altro vada oltre i limiti formali tramite percorsi aggiuntivi e propositivi di cui può farsi garante.

Puntare su trasparenza e accountability

La trasparenza è da sempre uno dei migliori antidoti contro la corruzione. La presenza e la facile reperibilità di tutte le informazioni che riguardano le singole aziende sanitarie o le singole strutture erogatrici può aiutare sia nella prevenzione delle pratiche corruttive sia nel contrasto. In particolare per le aree maggiormente critiche, quali gli acquisti e la contrattualistica in genere, un ottimo livello di trasparenza e rendicontazione (*accountability* per gli inglesi) può limitare molto le possibilità di proliferazione dell'illegalità. Dalla prospettiva del cittadino, la possibilità di ottenere informazioni, in particolare per quanto riguarda il livello locale, può favorire una scelta consapevole dei rappresentanti politici anche in funzione di come vengono gestite le politiche sanitarie e sociali. Sul *come*, si rinvia al paragrafo successivo.

Partire dalla formazione all'etica pubblica

Per il contrasto dell'illegalità, la formazione è uno strumento al contempo di prevenzione e di terapia: è un elemento indispensabile per *illuminare* la salute e garantire sostegno vicendevole a chi promuove il mantenimento di un sistema sano. L'inserimento dell'etica nei vari livelli di istruzione ed in particolare per quelli più a rischio può dare i suoi frutti, in un ottica di medio lungo periodo. Nel mondo ribaltato creato dalla corruzione, a essere più a rischio sono i professionisti del domani, quelli che occuperanno ruoli rilevanti nei vari ambiti della tutela della salute. Il meccanismo alla base della formazione è la creazione di barriere morali, che alzino il costo morale con cui deve fare i conti una persona tentata da comportamenti disinvolti o scorretti. Si tratta di misure che non danno risultati in breve tempo. Nell'immediato tuttavia la formazione sia del professionista sia dell'utente su come riconoscere e come si diffonde l'illegalità può aiutare a creare una maggiore consapevolezza del problema oltre che a individuarlo più facilmente.

Sostenere la buona politica

Non c'è vera salute senza *buona* politica.

E la buona politica si fonda su alcune regole, che sintetizziamo in cinque punti. Occorre che il livello politico:

- si riappropri del ruolo di indirizzo pubblico che gli è proprio, volto a garantire un sistema sanitario e sociale capace di riconoscere e farsi carico dei bisogni dei cittadini;
- inizi a preoccuparsi dell'appropriatezza organizzativa del sistema sanitario e sociale, evitando di difendere lo *status quo* a prescindere (ad esempio il piccolo ospedale), e riconoscendo la superiorità dei modelli a rete;
- sia capace di limitare il potere delle *lobbies* che difendono specifici interessi, piuttosto che l'interesse dell'intera collettività;
- sia capace di fare scelte di programmazione che guardino al lungo periodo, non solo al breve, anche sostenendo la ricerca;
- sia in grado di fare investimenti in settori strategici, anche se a bassa redditività, ad esempio orientando i finanziamenti verso progetti di prevenzione primaria sui bambini, piuttosto che a spesso inutili investimenti tecnologici, dove sicuramente l'illegalità ha maggior possibilità di verificarsi.

In molti territori del nostro Paese, il sistema di tutela della salute si è sviluppato nel rispetto più o meno pieno delle regole di cui sopra. Ma in molti altri ha prevalso la cattiva politica che ha utilizzato il sistema di welfare per coltivare clientele e alimentare consenso, nelle scelte del personale così come nella programmazione dei servizi. Si pensi alle molte battaglie per la difesa di piccole strutture ospedaliere che a tutto rispondono, tranne che ai veri bisogni dei pazienti di sicurezza ed efficacia delle cure.

La cattiva politica non può garantire il buon funzionamento dei servizi sanitari e sociali, il buon uso delle enormi risorse ad essi dedicate, la scelta di buoni amministratori e l'interesse generale. Il conflitto fra cattiva politica e sistema di welfare non si è mai arrestato e, pur registrando passi in avanti rispetto alle vecchie pratiche spartitorie, presenta ancora aspetti problematici in molte realtà territoriali.

3.6 Che cosa puoi fare tu: cittadini contro l'illegalità

Come rendere reali ed efficaci questi diritti fondati sulla rivoluzione dei dati aperti?

Concretamente, come garantire una Azienda Sanitaria Locale trasparente?

Quale il possibile contributo di ogni cittadino?

Prima di tutto è utile informarsi e informare.

I principi di integrità e trasparenza si declinano, quando si parla di cittadinanza, nell'espletamento dei diritti/doveri di conoscere, monitorare, partecipare.

Anche i cittadini sono equilibristi sul filo del sistema-salute. Nessuno può rimanere spettatore passivo dell'illegalità, per non finire con l'esserne complice. Per questo si parla di obblighi di cittadinanza. Più che diritti individuali (il singolo difficilmente riesce a controllare e conoscere tutto), si tratta di diritti collettivi, ed è indispensabile un lavoro di presenza reale e presidio dei territori garantito dai soggetti intermedi, come lo sono *Libera*, il *Gruppo Abele e Avviso Pubblico*. In questa direzione porta l'ultima campagna sul territorio nazionale portata avanti dalle due associazioni sopra citate denominata "Riparte il futuro": uno strumento prevalentemente web che vuole parlare a tutti diffondendo la cultura dell'anticorruzione e che fa *advocacy* verso le istituzioni democratiche al fine di modificare le incongruenze della disciplina anticorruzione". Spesso parlando di corruzione ed illegalità la sensazione comune è che sia un fenomeno ineliminabile. Nulla di più falso: è necessaria una rottura netta con tale luogo comune ed il cittadino può fare molto per aiutare la lotta al malaffare. Le strade sono principalmente due: informarsi e informando. L'informarsi permette di avere una visione chiara e consapevole di ciò che sta avvenendo nella realtà, in particolare a livello locale, ed effettuare una scelta consapevole durante le consultazioni politiche. Al contempo il cittadino può avere, in base alle proprie esperienze, informazioni utili riguardo a dove si annida l'opacità, che è necessario condividerla sia con gli altri utenti che con gli organi competenti, in modo da rompere il muro di omertà che per troppo tempo ha permesso alla illegalità di proliferare.

La prima sfida è la fruibilità.

La legge prevede che tutti i dati delle aziende sanitarie siano messi a disposizione in modalità aperte nelle pagine web ad essi dedicate "Amministrazione Trasparente". Le informazioni devono inoltre essere facilmente leggibili, immediatamente comprensibili,

comunicabili senza difficoltà.

Per garantire ciò, occorre che si creino delle piattaforme web in grado di trasformare il numero grezzo e tradurlo, ricorrendo ad immagini e grafiche, in chiare voci in riferimento ai differenti servizi offerti. È un diritto che il cittadino può e deve chiedere qualora non si provveda al riguardo. Oltre alle voci di spesa, devono essere rese disponibili le procedure che portano alla selezione del personale, affinché sia evidente che sono merito e competenza, e non patti occulti, a guidare le decisioni.

È in questo modo che la trasparenza aiuta a prevenire e contrastare l'illegalità: nel momento in cui si accende un faro sulle zone grigie si impedisce all'illecito di proliferare. Tutto questo è già richiesto dalla nuova disciplina di riordino della trasparenza, che diventa viva nella misura in cui ci impegniamo a chiederne il rispetto.

Creare una cittadinanza consapevole e partecipativa.

Accanto ai portali online, occorre accompagnare la società civile alla lettura delle informazioni messe a disposizione, specie per informare chi fa più fatica, creando anche occasioni che non passino per il web. Dalla lettura delle informazioni e dal raffronto con altre esperienze comparabili, possono emergere situazioni poco chiare da approfondire e da segnalare ai responsabili a livello politico e tecnico.

La raccolta di feedback dai cittadini

Accanto ai processi di pubblicizzazione delle informazioni, è necessario creare idonei strumenti che permettano agli utenti dei servizi sanitari e sociali di dare le proprie valutazioni sul livello di servizio offerto.

Spesso, dove alberga l'illegalità e il malaffare, la gestione della cosa pubblica non è né efficace né efficiente, con evidenti conseguenze nella qualità dei servizi offerti ai cittadini. Un'idonea piattaforma che sia in grado di raccogliere dati sulle esperienze dei pazienti può essere un'ulteriore fonte di luce sulle zone d'ombra. L'obiettivo è sviluppare un processo continuo di monitoraggio e controllo che permetta, grazie alle pressioni che i cittadini possono esercitare sul livello tecnico e politico, di prevenire illegalità e corruzione.

Accanto alla raccolta di opinioni sulla qualità del servizio sanitario è possibile prevedere sistemi che raccolgano informazioni dai cittadini che sono venuti direttamente in contatto con episodi di illegalità, con un meccanismo simile al *whistleblowing*.

Diffondere a macchia d'olio le buone esperienze

Le buone esperienze devono diventare un modello per tutte le aziende sanitarie e per gli enti territoriali. Ciò deve essere possibile grazie all'azione non solo dei professionisti e dei politici che hanno promosso e realizzato le singole esperienze, ma anche dei cittadini che possono richiedere il trasferimento delle buone pratiche.

È infatti possibile attivare dei processi partecipativi attraverso i quali la società civile domanda alle proprie aziende sanitarie di dotarsi di strumenti di trasparenza, per garantire il buon funzionamento della rete dei servizi.

Mai come oggi, il diritto alla salute passa anche attraverso la capacità di monitorare, partecipare, conoscere, fare la propria parte.

La cultura del confronto

La cultura della valutazione e del confronto può mobilitare potenti energie di prevenzione e contrasto delle frodi, dell'illegalità, dell'opacità, della corruzione.

Il confronto implica la disponibilità di tutte le informazioni necessarie per comparare le diverse realtà, per ricercare le cause degli inevitabili scostamenti, per individuare correttivi. In altri termini per imparare dalle esperienze, nostre e degli altri, e per migliorare le nostre performance, non solo in termini economici (di costo o di ricavi) ma soprattutto di risultati ottenuti dal punto di vista del benessere della popolazione.

3.7 Si può fare!

Partiamo da un'idea elementare: niente e nessuno condanna l'Italia a restare imbrigliata nell'illegalità. Non c'è alcun destino già scritto o fato inevitabile. L'illegalità è una questione di scelte che avvengono tra uomini, e può essere combattuta con altre scelte, di segno opposto.

Tanto più che illegalità e corruzione coinvolgono un numero piuttosto contenuto di persone, mentre la gran parte degli individui operano nel giusto. Per questo è necessario garantire i più, costruendo con loro strumenti concreti, anche ispirandosi alle esperienze internazionali, ormai numerose anche nel settore della tutela della salute.

Diversi casi oltre confine mostrano come si possa passare da una illegalità diffusa ad

una dimensione episodica.

Di seguito alcune brevi considerazioni sulle esperienze di due paesi con sistemi di welfare molto diversi, ma con analoga attenzione al problema delle frodi e degli abusi nel settore sanitario: gli Usa e il Regno Unito. Il primo privilegia i controlli esterni, il secondo prevede controlli interni capillari. Si tratta di approcci che potrebbero trovare un riscontro positivo anche nel nostro contesto nazionale.

La sensibilizzazione e la formazione: l'esperienza USA

La percezione dell'utente e del professionista dell'illegalità è un fattore determinante nello sviluppo delle azioni di contrasto. Per questo uno dei temi ricorrenti nelle strategie di lotta sono campagne di sensibilizzazione sulle conseguenze degli illeciti, con il fine di eliminare la tolleranza sociale verso il fenomeno.

Negli USA è stata istituito il *Senior Medicare Patrol*. Si tratta di una task force con il compito di istruire i cittadini nell'identificazione, prevenzione e denuncia delle frodi al programma pubblico Medicare. Su tutto il territorio Usa sono presenti circa 65.000 *senior medicare patrols*. I risparmi ottenuti tramite le denunce dei cittadini direttamente collegati all'attività del gruppo sono stimati in 106 milioni di dollari⁵⁶.

Sempre nell'ottica di ottenere una cittadinanza attiva nella lotta alle frodi è stato istituito un apposito *call-center* al quale ogni utente può riportare in forma del tutto anonima informazioni riguardanti le frodi di cui è stato vittima. Sono poi state svolte opere di semplificazione delle informazioni rivolte al cittadino e dei documenti consegnati a questo. Un esempio è dato dalla semplificazione delle fatture per i servizi ricevuti, in modo che sia più agevole il controllo da parte del cittadino in modo da evitare l'attribuzione da parte delle strutture private di prestazioni non erogate o non richieste.

Positiva è anche l'esperienza del *whistleblowing*. Abbinato alla creazione di una specifica task force all'interno dell'organo di polizia, la cosiddetta HEAT (Health Care Fraud Prevention and Enforcement Action Team), lo strumento ha prodotto il recupero di 2,3 miliardi di dollari, nel solo 2011, indebitamente sottratti dalle frodi al settore.

Il contrasto delle frodi nel Regno Unito

Qualora non sia possibile prevenire la corruzione è necessario attuare una politica di contrasto che preveda azioni utili a fermare l'illegalità. Anche in questa fattispecie le possibilità sono molteplici.

Un ottimo esempio è rappresentato dal *NHS Counter Fraud*, nel Regno Unito. Si tratta

56 http://www.aoa.gov/AoA_programs/Elder_Rights/SMP/index.aspx

di un organo indipendente rispetto al Servizio Sanitario Nazionale inglese con ampi poteri ispettivi e di indagine su tutto il settore. Un aspetto caratteristico della strategia è la presenza capillare dell'ente in ogni distretto della sanità inglese. A livello locale infatti deve essere nominato un soggetto che rispetti i rigidi criteri determinati dal *Counter Fraud*, con compiti sia ispettivi sia di prevenzione all'interno del singolo distretto. Contestualmente alla creazione dell'ente sono stati previsti appositi corsi di formazione per gli operatori che operano all'interno del *Counter Fraud*.

Le attività di investigazione sono svolte grazie agli ampi poteri ispettivi di cui gode l'ente riassumibili in⁵⁷:

- accesso a tutte le strutture dei distretti sanitari,
- richiesta di informazioni a qualsiasi dipendente,
- accesso a qualsiasi documento entro sette giorni dalla richiesta.

In caso di accertamento di una frode sono previste procedure per il recupero delle somme indebitamente sottratte alla sanità.

Il beneficio netto stimato per le attività del *NHS Counter Fraud* è di 675 milioni di sterline, inclusivo delle somme recuperate grazie alle azioni legali e alla riduzione della corruzione grazie all'attività di prevenzione.

Non solo contrasto e prevenzione, ma anche ricostruzione

Il contrasto della corruzione è sicuramente prioritario ma nell'immediato il problema è ripristinare la legalità in modo da tornare a fornire servizi di qualità ai cittadini. Data l'importanza della sanità non è di per sé possibile interrompere l'erogazione di determinati servizi. È quindi necessario intervenire "in corsa", in modo da permettere ai cittadini di accedere alle prestazioni di cui necessitano e al contempo ricostruire ciò che illegalità ha distrutto.

Un ottimo esempio in tal senso è il caso della Villa Santa Teresa di Bagheria, nel palermitano, diventata tristemente famosa per le vicende collegate alla criminalità organizzata. Per limitare il fenomeno della mobilità sanitaria, purtroppo spesso presente in Sicilia, la clinica confiscata alla mafia è stata trasformata in un polo di eccellenza nell'ortopedia. Tale progetto nasce dall'accordo tra l'Istituto Ortopedico Rizzoli e la Regione Sicilia. Grazie all'iniziale trasferimento di personale è stato possibile avviare il progetto in tempi relativamente brevi e restituire così ai cittadini i servizi di qualità che mafia e corruzione hanno per troppo tempo sottratto.

57 NHS, Direction to NHS bodies on Counter Fraud measures, 2004.

3.8 In conclusione

Opacità, inefficienze e illegalità sono pervasive in tutti i sistemi di tutela della salute, compreso il nostro Servizio Sanitario Nazionale, pur con notevoli divari fra le diverse realtà territoriali e settoriali.

Alcuni strumenti sperimentati con successo in altri paesi potrebbero trovare applicazione su tutto il territorio nazionale e contribuire a contrastare il fenomeno. Ad esempio la normativa sul *Whistleblowing*, recentemente introdotta in Italia, potrebbe produrre effetti positivi, soprattutto se progressivamente implementata; ma è possibile che, nelle realtà segnate dall'ingerenza della criminalità organizzata, essa possa risultare scarsamente efficace, per il timore di ritorsioni nei confronti del *whistleblower*.

Il modello americano con un controllo esterno da parte degli organi di polizia estremamente settoriale trova già un equivalente nell'operato dei Nas. Tuttavia i controlli esterni richiedono inevitabilmente l'utilizzo del sistema giudiziario, le cui tempistiche in Italia sono ben note.

Il sistema dei controlli centralizzati con una forte componente tecnologica, sebbene efficace nel contesto statunitense e a costi relativamente contenuti, difficilmente potrebbe trovare un'altrettanto efficace applicazione nel contesto italiano. Il divario in termini di sistemi informativi, a livello regionale e locale, richiede infatti elevati investimenti, un notevole sforzo di coordinamento e tempo non brevi.

L'approccio del *NHS Counter Fraud* del Regno Unito, con controlli di tipo interno, potrebbe in teoria risultare più efficace nel Servizio Sanitario Nazionale. Tuttavia la gestione della sanità in Inghilterra risulta più accentrata rispetto alla realtà nazionale. A livello italiano sarebbe quindi necessario uno notevole sforzo di coordinamento per coniugare le esigenze del livello regionale e locale con quelle del livello nazionale.

Come abbiamo visto, il nostro sistema di tutela della salute è relativamente sano ed efficace. La gran parte degli operatori presta la propria attività con passione e professionalità, immuni da distorsioni e abusi.

Ciò nonostante nel sistema sono presenti, a macchia di leopardo, numerose criticità quanto a trasparenza e legalità, la cui estensione è però di difficile quantificazione. A livello generale è possibile affermare che le aree probabilmente soggette ad una maggiore interferenza da parte della illegalità siano gli appalti e le forniture, gli accreditamenti delle strutture private, l'acquisto di prestazioni tariffate, l'attività intramoenia. Si tratta

però di ipotesi, in quanto non esistono studi in proposito.

Per quanto riguarda le infiltrazioni della criminalità organizzata, la sanità è oggetto di crescente attenzione da parte della mafia per le possibilità di profitti illegali. Ciò avviene principalmente nella contrattualistica, nella gestione degli accreditamenti e nella gestione clientelare del personale.

Alcuni degli strumenti recentemente introdotti o potenziati dalla normativa italiana potrebbero produrre buoni risultati nel contrasto delle criticità. In particolare la trasparenza nelle procedure e nei risultati potrebbe avere un impatto positivo nel limitare il fenomeno negli appalti e nelle forniture, mentre è probabile che controlli interni efficaci limitino il diffondersi degli abusi nel rimborso delle prestazioni ai provider e nell'attività intramoenia. La creazione di un sistema di tutele e incentivi per chi denuncia eventuali abusi può essere d'aiuto nella repressione di alcune fattispecie. Infine va considerato che politiche una tantum difficilmente ottengono risultati duraturi. Gli strumenti da adottare devono pertanto essere sviluppati in maniera sistematica e regolarmente implementati. In particolare non va dimenticato che essendo la corruzione mutevole nel tempo, a seconda delle possibilità che il sistema offre, il suo contrasto richiede un'attenzione continua alla nuove modalità con cui il fenomeno potrà manifestarsi in futuro.

Sitografia

- www.agenas.it
- www.avvisopubblico.it
- www.cittadinanzattiva.it
- www.civit.it
- www.coe.int
- www.coripe.it
- www.corteconti.it
- www.ehfcn.org
- www.governo.it
- www.ispe-sanita.it
- www.istat.it
- www.justice.gov
- www.libera.it
- www.oecd.com
- www.nhsbsa.nhs.uk
- www.sossanita.it
- www.stopmedicarefraud.gov
- www.transparency.org
- www.u4.no
- www.wwho.com
- www.worldbank.org

Roma, 27 giugno 2013

