

II – SANITÀ

Il presente approfondimento è stato redatto tenendo conto del lavoro dell'apposito Tavolo tecnico istituito fra ANAC, Ministero della Salute e Agenas.

1. Premesse e obiettivi

1.1. Specificità e caratteristiche del Servizio Sanitario Nazionale

Il Sistema Sanitario Nazionale costituisce una delle eccellenze internazionali ratificate anche da valutazioni dell'OMS²¹. Questa evidenza, unitamente alla circostanza che il bene primario della salute è un diritto costituzionalmente protetto, è alla base dell'esigenza di dotare l'Aggiornamento al PNA di un approfondimento dedicato che fornisca gli strumenti di lettura della complessità del sistema, delinea e individui le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione e le relative misure preventive, allo scopo fondamentale di salvaguardare il rilevante patrimonio di competenze e di capacità professionali, contrastando in maniera sempre più efficace i comportamenti corruttivi.

La specificità del settore sanitario, rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione, risente di alcuni fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità del bene salute da tutelare. Alcuni di questi fattori possono interferire nel rapporto tra la domanda sanitaria (come ad esempio, l'asimmetria informativa fra utenti e SSN, l'elevata parcellizzazione della domanda sanitaria, la fragilità della domanda di servizi di cura) e l'offerta (come, ad esempio, l'asimmetria informativa tra sistema sanitario e fornitori privati) e costituire potenziali elementi di condizionamento.

Obiettivo del presente approfondimento è pertanto quello di fornire ai Soggetti che interagiscono nel Sistema Sanitario specifiche raccomandazioni per contrastare i suddetti potenziali fattori di condizionamento, da osservare per la redazione ed attuazione dei rispettivi PTPC, tenendo conto del particolare ambito di applicazione, del contesto ambientale, della tipologia e del livello di complessità dell'organizzazione sanitaria e del sistema di relazioni in essa esistenti.

In particolare, con gli indirizzi contenuti nel presente Approfondimento si intende dare indicazioni sulla predisposizione dei Piani delle aziende sanitarie e degli altri soggetti ad esse assimilabili come meglio di seguito precisato, tenuto conto di elementi comuni ritenuti obbligatori, nonché orientare la pianificazione strategica dei soggetti medesimi verso ulteriori interventi finalizzati a rafforzare la gestione del rischio e a prevenire e contrastare eventuali fenomeni di corruzione per particolari aree sensibili.

L'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nei Piani deve trovare conforme riscontro negli altri strumenti di programmazione non potendosi disgiungere la stessa da un'adeguata programmazione e dalla valutazione delle *performance* individuali e dell'organizzazione.

Tali misure, infatti, hanno una duplice valenza in quanto incidono contemporaneamente sull'efficienza dell'organizzazione e, quindi, sull'impiego eticamente più responsabile ed appropriato delle risorse pubbliche, nonché sulla trasparenza dei comportamenti che scoraggiano di per sé i fenomeni corruttivi e il conflitto di interessi.

Ai fini di una concreta implementazione e diffusione della cultura della legalità, trasparenza ed integrità all'interno dell'organizzazione sanitaria è necessario, inoltre, supportare l'attuazione del PTPC con gli strumenti, anche formativi, volti ad accrescere la consapevolezza e la partecipazione di tutti gli attori al processo di miglioramento del sistema.

Gli eventi rischiosi e le misure di prevenzione che sono di seguito esemplificati per alcune aree di rischio sia "generali" che "specifiche" sono stati individuati anche tenendo conto della lettura e dell'analisi dei PTPC delle aziende sanitarie (cfr. §1.3.) e costituiscono un utile riferimento nella predisposizione dei Piani.

²¹ Rapporto OMS anno 2000.

1.2. Soggetti destinatari dell'approfondimento

Fermo restando che tutti i soggetti di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001, che ricomprendono «*le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale*», sono tenuti all'applicazione delle disposizioni di prevenzione della corruzione (vedi art. 1, co. 59, l. 190/2012), le indicazioni e gli indirizzi per la redazione dei PTPC contenuti nel presente Approfondimento sono rivolti alle aziende sanitarie e agli altri Soggetti ad esse assimilabili. Le ragioni di individuare prioritariamente detti enti, che per brevità nel prosieguo sono indicati come Soggetti destinatari, discendono dalle peculiarità afferenti la specifica tipologia di organizzazione e le funzioni che essi svolgono quali erogatori di prestazioni nei confronti dei pazienti destinatari finali dei servizi forniti dal Sistema Sanitario Nazionale.

Ci si riferisce, in particolare a:

- Aziende sanitarie locali comunque denominate (ASL, ASP, AUSL, ULSS, ASS etc.);
- Aziende Ospedaliere (AO) e Aziende Ospedaliere di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (ARNAS);
- Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU);
- Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza (ex IPAB), trasformate in aziende pubbliche che svolgono attività sanitarie;
- Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS);
- Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) di diritto pubblico.

Per gli enti di diritto privato, controllati o partecipati dalle pubbliche amministrazioni che operano nel Settore Sanitario, si rinvia alle Linee guida ANAC di cui alla determinazione n. 8/2015. Le aziende sanitarie o gli altri soggetti di cui all'elencazione precedente sono tenuti, qualora controllino o partecipino in società o altri enti di diritto privato, ad assicurare l'applicazione della normativa di prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza in coerenza con quanto previsto nelle predette Linee guida.

Per i soggetti non di diritto pubblico, come ad esempio gli ospedali classificati, e anche per gli altri soggetti accreditati con il Servizio sanitario nazionale, la cui natura giuridica è di diritto privato, si raccomanda alle amministrazioni di riferimento di promuovere l'adozione di strumenti per il rafforzamento della trasparenza e per la prevenzione della corruzione e del conflitto di interessi, alla luce delle indicazioni operative contenute nel presente approfondimento.

1.3. Risultati della valutazione dei PTPC delle Aziende Sanitarie

La valutazione condotta dall'ANAC su un campione di 247 PTPC di ASL, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS ha fatto rilevare una generale carenza nell'analisi del contesto esterno che spesso è risultata del tutto assente. La mappatura dei processi e delle attività non sempre è stata sviluppata in modo esaustivo e anche l'individuazione delle specifiche misure in relazione agli eventi rischiosi è risultata inadeguata.

Non tutte le aziende hanno indicato ulteriori aree di rischio, "cd. aree di rischio specifiche", omettendo quindi un approfondimento che è, invece, di particolare rilievo ove si consideri la peculiarità del settore in cui le stesse operano.

A fronte di un'enunciazione formale di collegamento dei PTPC con gli altri documenti di programmazione (in particolare con il piano della *performance*), non risultano indicazioni in merito alle modalità operative per la effettiva realizzazione del coordinamento e dell'attività di monitoraggio.

1.4. Indicazioni sui requisiti soggettivi dei RPC

Fermo restando quanto già indicato nella parte generale, il profilo del professionista al quale attribuire l'incarico di RPC è opportuno abbia specifiche competenze in tema di conoscenza dell'organizzazione e gestione della struttura sanitaria, dei processi e delle relazioni in essa esistenti.

Tenuto conto che gran parte delle nomine sono state già effettuate, tale indicazione va osservata nei casi di rinnovo degli incarichi di RPC.

1.5. Indicazioni sul processo di gestione del rischio corruzione

1.5.1. *Analisi del contesto interno ed esterno*

Nel rinviare per le indicazioni sull'analisi del contesto alla parte generale, (cfr. §6.3.), si rammenta che, per il contesto interno, nei PTPC occorre considerare le attività sanitarie svolte nonché quelle amministrativo-gestionali.

Per l'analisi del contesto esterno ove i Soggetti destinatari operano, è necessario considerare i fattori locali idonei a determinare i potenziali rischi di corruzione/condizionamento ed a caratterizzare i Piani rispetto alle peculiarità locali.

Le dimensioni di contesto da analizzare possono riguardare, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, gli aspetti territoriali, epidemiologici, socioeconomici, strutturali, organizzativi e comunque ricavabili anche da altri documenti di programmazione aziendali da collegare al Piano.

A tal scopo è opportuno utilizzare, per una più puntuale individuazione e analisi dei rischi, le informazioni cui i Soggetti destinatari possono attingere attraverso l'accesso a banche dati del Ministero della Salute e ad altre banche dati nazionali, regionali, locali. In particolare, l'Agens, su richiesta, rende disponibili ai suddetti Soggetti i dati elaborati dal proprio sistema di monitoraggio delle *performance* organizzative, economiche, di efficacia degli interventi clinici, della sicurezza delle cure e di efficienza gestionale delle aziende sanitarie e delle strutture di assistenza territoriale, per consentire una corretta analisi di contesto e la conseguente corretta pianificazione dei fabbisogni di salute, degli interventi e delle correlate risorse.

1.5.2. *Concetto di rischio in ambito sanitario e relazioni con il rischio di corruzione*

Il concetto di "rischio" in ambito sanitario, nell'accezione tecnica del termine, è prevalentemente correlato agli effetti prodotti da errori che si manifestano nel processo clinico assistenziale. In questo senso, *«la sicurezza del paziente consiste nella riduzione dei rischi e dei potenziali danni riconducibili all'assistenza sanitaria a uno standard minimo accettabile»*²².

Così inteso, il concetto di rischio sanitario è strettamente connesso al concetto di *Risk management* quale processo che, attraverso la conoscenza e l'analisi dell'errore (sistemi di report, utilizzo di banche dati, indicatori) conduce all'individuazione e alla correlazione delle cause di errore²³ fino al monitoraggio delle misure atte alla prevenzione dello stesso e all'implementazione e sostegno attivo delle relative soluzioni.

Non è escluso, tuttavia, che possa sussistere una correlazione tra rischio in ambito sanitario e rischio di corruzione, ove il primo sia un effetto del secondo, ovvero ogni qualvolta il rischio in ambito sanitario sia la risultante di comportamenti di "*maladministration*" in senso ampio (solo a titolo di esempio, quando l'alterazione delle liste di attesa provoca un differimento "volontario" dei tempi di erogazione di prestazioni a più elevato indice di priorità con conseguenti ripercussioni sullo stato di salute del paziente destinatario di tali prestazioni oppure, altro esempio, quando le alterazioni allo stato di salute siano una conseguenza dell'effetto della contraffazione di farmaci o, ancora, la mancata efficacia di una terapia sia conseguente alla somministrazione di farmaci scaduti privi di efficacia terapeutica).

Ciò premesso, il presente approfondimento si occupa di individuare, quanto meno in via esemplificativa, ben potendo i Soggetti destinatari definire ulteriori ipotesi afferenti al singolo contesto, gli aspetti di rischio in ambito sanitario correlati a comportamenti e/o condizioni legati ad una non

²² *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: World Health Organization 2009; World Health Organization. About patient safety. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html>*

²³ Il *Risk management* conduce all'individuazione e alla correlazione delle cause di errore attraverso varie metodiche di analisi di processo per l'individuazione del nesso di causalità (*Root Causes Analysis, Failure Mode and Effect Analysis*).

corretta e/o non trasparente *governance* amministrativa e/o gestione dei singoli processi, nonché di segnalare, sempre in via esemplificativa, le misure idonee a garantire, in presenza del rischio, la sua inoffensività.

1.5.3. Coordinamento tra PTPC, Piano della performance e gli altri strumenti di programmazione

Nei PTPC, come visto nella parte generale cui si rinvia, sono resi espliciti i collegamenti fra le misure di prevenzione della corruzione e gli obiettivi di *performance* organizzativi e individuali.

Considerata la pluralità degli strumenti di programmazione aziendale e di pianificazione locale, i Soggetti destinatari dovranno allineare tali strumenti (come ad esempio, atti aziendali, bilanci, dotazioni organiche e funzionigrammi, piani attuativi, piani di formazione, regolamenti interni, controllo di gestione, etc.) ai contenuti, alle tempistiche e alle modalità di attuazione dei PTPC. Ciò può essere conseguito anche attraverso l'adattamento delle tempistiche interne dei vari strumenti di programmazione aziendale alle tempistiche di adozione, attuazione ed aggiornamento del Piano, nonché attraverso l'azione di gruppi interdisciplinari che supportino l'effettiva programmazione integrata e la relativa attuazione delle rispettive misure, sia a livello aziendale che ai vari livelli organizzativi intermedi.

1.5.4. Verifica e monitoraggio dei PTPC adottati dai Soggetti destinatari da parte dell'ANAC

La maturazione del livello di trasparenza e di tracciabilità dei processi raggiunta negli ultimi anni negli enti del Servizio Sanitario Nazionale consente di disporre di una mole di informazioni e di dati utili per progettare interventi mirati ad incidere sui fattori determinanti i rischi di corruzione nel settore sanitario, contribuendo al processo di crescita del sistema, in termini di qualità, efficienza e sostenibilità. In questo quadro, volto al miglioramento della *performance* complessiva delle strutture sanitarie del Paese, l'Autorità svolgerà attività di monitoraggio anche avvalendosi del sistema di monitoraggio approntato dal Ministero della Salute e dei dati già disponibili presso altri soggetti pubblici. In particolare Agenas dispone di un efficace sistema di valutazione e verifica in grado, anche attraverso l'integrazione di dati già disponibili, ivi compresi quelli relativi al Programma Nazionale di Valutazione degli Esiti (PNE), di implementare il sistema di monitoraggio delle *performance* organizzative, economiche, di efficacia degli interventi clinici e di efficienza gestionale delle aziende sanitarie e delle strutture di assistenza territoriale.

2. Aree di rischio: eventi corruttivi e misure

2.1. Aree di rischio generali

In questo approfondimento si forniscono indicazioni relative ad alcune aree, di seguito indicate, riconducibili sotto l'alveo delle aree di rischio "generali" (cfr. §6.3.) che necessitano, per il settore sanitario, di ulteriori specificazioni. Si tratta delle aree relative a:

- a) contratti pubblici;
- b) incarichi e nomine;
- c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- d) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

2.1.1. Contratti pubblici

Nell'approfondimento relativo ai contratti pubblici, a cui si rinvia, sono state fornite indicazioni di carattere generale che riguardano anche le stazioni appaltanti che operano in ambito sanitario. In questo paragrafo si evidenziano alcune specificità del settore rispetto al tema degli acquisti, con relative esemplificazioni di eventi rischiosi e misure.

I fattori che caratterizzano il settore sanitario sono:

a) varietà e complessità dei beni e servizi acquistati in ambito sanitario in relazione anche alla dinamica introduzione di nuove tecnologie. Questa evenienza, ad esempio, durante la fase di esecuzione di un contratto, costituisce una variante "indotta" dal sistema;

b) varietà e specificità degli attori coinvolti nell'intero processo di approvvigionamento (clinici, direzione sanitaria, provveditori, ingegneri clinici, epidemiologi, informatici, farmacisti, personale infermieristico, etc.);

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

Al fine di governare le suddette variabili ed evitare che costituiscano fattori predisponenti il rischio di corruzione, è necessario che nei PTPC il tema dei contratti venga affrontato con particolare riguardo all'intero ciclo degli approvvigionamenti, a partire dal rafforzamento dei livelli di trasparenza.

In questa logica i Soggetti destinatari devono documentare con particolare attenzione tutte le fasi del ciclo degli approvvigionamenti dalla definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno), alla programmazione dell'acquisto, alla definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi, sino alla gestione dell'esecuzione del contratto.

A titolo di esempio, nella fase di pianificazione/programmazione dell'acquisto un rischio operativo può essere rappresentato dal frazionamento degli affidamenti. In tal caso un indicatore può essere espresso in termini di numero degli affidamenti diretti sul totale degli acquisti (quantità; valore). Altro esempio di rischio operativo che può determinarsi nella fase di pianificazione della gara è quello legato a condizioni di gara che interferiscono con la libera concorrenza e creano disparità di trattamento. Per affrontare tale rischio, possibili indicatori possono essere espressi in termini di: numero di affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale acquistato; numero di affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza; numero di proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore). Sulla base di questi esempi, dovranno essere mappati con la medesima metodologia anche le altre fasi del processo di approvvigionamento, al fine di individuare eventuali ed ulteriori rischi operativi da misurare con correlati indicatori.

A monte della determinazione del fabbisogno, l'azienda tiene conto di tutte le informazioni e i dati disponibili (anche attraverso l'incrocio di più banche dati e/o altre informazioni tecniche/*benchmark* intra e/o extra aziendale), che consentano una corretta pianificazione degli approvvigionamenti e di evitare, quindi, da un lato sprechi di risorse in caso di sovradimensionamento, dall'altro il ricorso a procedure in deroga dettate da situazioni di urgenza, ricollegabili a un'inadeguata programmazione dei beni da acquistare e/o dei servizi da appaltare.

Con particolare riferimento ai beni sanitari, una corretta determinazione del fabbisogno non potrà prescindere da una esatta conoscenza della logistica e delle giacenze di magazzino, il cui presupposto è la tracciabilità dei percorsi dalla fase dello stoccaggio a quella della somministrazione/consumo.

Occorre, inoltre, che siano correttamente individuati gli attori interni da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare i beni/servizi che soddisfano il fabbisogno (vedi sopra lett. b).

Un fattore determinante per la corretta pianificazione degli acquisti sotto il profilo qualitativo è la valutazione in merito alla fungibilità/infungibilità dei prodotti, aspetto questo che incide sulla necessità di ricorrere o meno a procedure di acquisizione in deroga e, quindi, sul livello di trasparenza e di efficacia della singola operazione contrattuale. Sulla valutazione della fungibilità/infungibilità, per altro verso, incide l'applicazione del principio di appropriatezza, la cui

stretta osservanza costituisce valido strumento di razionalizzazione e giusta allocazione delle risorse e, al contempo, misura di prevenzione di eventuali fenomeni corruttivi.

Nella fase di pianificazione dell'acquisto, i Soggetti destinatari possono prevedere tra le misure di prevenzione la revisione delle caratteristiche tecniche, qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali.

Una possibile misura è costituita dai prezzi di riferimento dei beni e servizi a maggior impatto, di cui al decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, e al decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, che possono essere utilizzati per ridurre l'asimmetria informativa tra acquirente e fornitore. Detti prezzi possono costituire uno strumento di cui tener conto in fase di predisposizione del PTPC, in particolare per le parti relative alla "qualificazione dei fabbisogni" e alla "pianificazione/programmazione dell'acquisto", in quanto si riferiscono a tipologie "omogenee" di beni e servizi e favoriscono la confrontabilità/fungibilità tra i fabbisogni del soggetto acquirente e le caratteristiche dei prodotti/servizi oggetto di offerta.

2.1.2. Incarichi e nomine

Il d.lgs. 39/2013, come anche confermato dalla delibera 149/2014 dell'ANAC, si occupa esclusivamente delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo. Con riferimento agli stessi incarichi, la l. 124/2015, art. 11, co. 1, lett. p) prevede anche la disciplina delle procedure e dei requisiti professionali per il loro conferimento.

Tenuto conto di quanto sopra, il presente Approfondimento, invece, è dedicato all'esemplificazione di rischi e relative misure afferenti il conferimento di incarichi dirigenziali di livello intermedio, con particolare riguardo a quelli di struttura complessa, e di incarichi a professionisti esterni.

- Incarichi dirigenziali di struttura complessa

Per quanto concerne gli eventi rischiosi nelle procedure di assegnazione dell'incarico, nella fase di definizione del fabbisogno, possono risultare assenti i presupposti programmatori e/o una motivata verifica delle effettive carenze organizzative con il conseguente rischio di frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire.

Tra le principali possibili misure per tale fase vi è quella di verificare, attraverso l'acquisizione di idonea documentazione, la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore, le necessità assistenziali della popolazione afferente al bacino di utenza di riferimento, la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo.

Per converso, un opposto evento rischioso può consistere nella mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi *ad interim* o utilizzando lo strumento del facente funzione. Può costituire un misura per prevenire tale rischio, vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali.

Nella fase di definizione dei profili dei candidati, al fine di evitare l'uso distorto e improprio della discrezionalità (richiesta di requisiti eccessivamente dettagliati o generici), l'individuazione del profilo professionale deve essere adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e deve essere connotata da elementi di specificità e concretezza, anche per fornire alla commissione giudicatrice uno strumento idoneo a condurre il processo di valutazione nel modo più rispondente possibile alle necessità rilevate.

Tra i principali rischi connessi alla fase di definizione e costituzione della commissione giudicatrice rientra quello di accordi per l'attribuzione di incarichi. Possibili misure possono essere: la pubblicazione dei criteri di selezione dei membri della commissione giudicatrice, il monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi, la loro rotazione, la definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione, la verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/confitto di interessi.

Per quanto riguarda la fase di valutazione dei candidati, al fine di evitare il rischio di eccessiva discrezionalità, con l'attribuzione di punteggi incongruenti che favoriscano specifici candidati, esempi di misure di prevenzione consistono nella adozione di linee guida per la definizione dei criteri di

valutazione e nella pubblicazione dei criteri e degli altri atti ostensibili della procedura di selezione/valutazione sui siti istituzionali.

Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.

- Incarichi a soggetti esterni

Le indicazioni formulate per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali di struttura complessa, per quanto applicabili, possono estendersi ai casi di conferimento di incarichi individuali anche a professionisti esterni all'organizzazione (come ad esempio gli incarichi conferiti a legali), in merito ai quali si richiamano gli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 15 del d.lgs. 33/2013. Laddove non sia previsto di norma il ricorso a procedure di selezione comparativa, l'organo nominante deve dotarsi di tutti gli strumenti interni che consentano la massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento, delle caratteristiche e competenze professionali funzionali allo svolgimento dell'incarico (come ad esempio regolamenti interni, albi e/o elenchi di professionisti ed esperti), al fine anche di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità.

- Misure di trasparenza

L'attribuzione degli incarichi sia interni sia esterni deve conformarsi ai principi di trasparenza e imparzialità. Al riguardo è opportuno che i Piani introducano misure di trasparenza ulteriori a quelle già previste dall'art. 41, co. 2 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale sussiste l'obbligo di pubblicare tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, nonché gli atti di conferimento.

2.1.3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare rischi di corruzione quale, ad esempio, quello di ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti, liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrappagare o fatturare prestazioni non svolte, effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere, permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente.

Anche in questa area è necessario mettere in atto misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che, quindi, agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati e, più in generale, sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse.

Al riguardo, la realizzazione del programma di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN²⁴ rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. Pertanto è importante la sua completa implementazione, che passa attraverso un processo di "miglioramento" dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo-contabili. Si raccomanda, quindi, ai Soggetti destinatari di dare evidenza, attraverso i rispettivi siti web istituzionali, del percorso di certificabilità dei bilanci, anche attraverso l'indicazione della specifica fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento del percorso ai fini del suo completamento.

È altresì necessario rafforzare le misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio.

In particolare, per quanto concerne la gestione dei beni immobili, un possibile evento rischioso è riconducibile a condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte

²⁴ Decreto del Ministero della Salute e del MEF, 1 marzo 2013.

rispetto a quello dell'amministrazione. Per questa ragione, occorre prevedere e dare attuazione a misure di trasparenza, a cominciare da quelle obbligatorie riguardanti le informazioni sugli immobili di proprietà di cui all'art. 30 del d.lgs. 33/2013. Il rafforzamento di queste misure potrebbe essere effettuato anche con riferimento a dati ulteriori quali, ad esempio, il valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, le modalità e le finalità di utilizzo. Qualora dovessero rendersi possibili operazioni di utilizzo da parte di terzi del patrimonio immobiliare, le singole procedure dovranno essere improntate, nella fase precedente alla stipula del contratto di diritto privato, al rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito.

2.1.4. Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

Le attività di vigilanza, controllo, ispezione, e l'eventuale irrogazione di sanzioni riguardano tutte le amministrazioni che svolgono compiti di vigilanza su specifici settori.

Per quanto concerne la sanità, dette attività dovranno essere contestualizzate nei Piani adottati dai Soggetti destinatari, con particolare attenzione alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione quali, a titolo di esempio, la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione, le autorizzazioni e concessioni con o senza riflessi finanziari, l'accreditamento del privato, la libera professione intramuraria.

Eventi rischiosi possono verificarsi laddove le procedure relative all'attività di vigilanza, controllo ed ispezione non siano opportunamente standardizzate e codificate secondo il sistema qualità. In altri termini, le omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.

È necessario pertanto mettere in atto anche in questo campo misure specifiche volte, per esempio, a perfezionare gli strumenti di controllo e di verifica, come l'utilizzo di modelli standard di verbali con *check list*, la rotazione del personale ispettivo, l'introduzione nei codici di comportamento di disposizioni dedicate al personale ispettivo stesso.

2.2. Aree di rischio specifiche

Oltre alle aree generali prima indicate, i PTPC dei Soggetti destinatari hanno ad oggetto "aree specifiche", per quanto identificabili in relazione alla tipologia ed alla missione della singola azienda/istituto, verso cui orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio di corruzione.

Si riporta di seguito, a titolo esemplificativo e non esaustivo, un elenco di alcune aree peculiari del settore sanitario, tenendo presente quanto indicato nella parte generale circa la necessità che ogni ente individui le proprie "aree specifiche" potenzialmente esposte a rischi corruttivi sulla base dell'analisi dell'attività svolta e della mappatura dei processi:

- a) attività libero professionale e liste di attesa;
- b) rapporti contrattuali con privati accreditati;
- c) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- d) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

2.2.1. Attività libero professionale e liste di attesa

L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. Per queste ragioni è opportuno che i PTPC considerino questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio, con riferimento sia alla fase

autorizzatoria sia a quella di svolgimento effettivo dell'attività, nonché rispetto alle relative interferenze con l'attività istituzionale.

Poiché, inoltre, quest'ambito è strettamente interconnesso con il sistema di governo dei tempi di attesa il cui rispetto rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le misure correttive e di prevenzione in questo settore, concorrendo al raggiungimento dei LEA ed essendo, quindi, ricomprese nell'ambito degli obiettivi strategici dei direttori generali, devono conseguentemente essere integrate nel sistema di valutazione della *performance* individuale e dell'organizzazione.

Per quanto riguarda la fase di autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale *intramoenia* (ALPI), possibili eventi rischiosi risiedono nelle false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione e nella inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di *intramoenia* allargata. Possibili misure di contrasto sono costituite da una preventiva e periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI (anche per quella da svolgersi presso studi professionali in rete); dalla negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali; dalla ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'azienda.

Fra gli eventi rischiosi della fase di esercizio dell'ALPI possono configurarsi l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione. Misure di contrasto possono individuarsi, ad esempio, nella informatizzazione delle liste di attesa; nell'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraaziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia; nell'aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali; nella verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione; nell'adozione di un sistema di gestione informatica dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione; nel prevedere nel regolamento aziendale una disciplina dei ricoveri in regime di libera professione e specifiche sanzioni.

Per quanto concerne l'ALPI espletata presso "studi professionali in rete", al fine di evitare la violazione degli obblighi di fatturazione e la mancata prenotazione tramite il servizio aziendale, occorre rafforzare i controlli e le verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia.

Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 41, co. 3 del d.lgs. 33/2013, che include anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario, le aziende adottano ulteriori misure per rafforzare la trasparenza dell'attività svolta in regime di libera professione in tutte le sue fasi.

2.2.2. Rapporti contrattuali con privati accreditati

Il settore dell'accreditamento delle strutture private rappresenta una componente significativa del sistema sanitario non solo per il peculiare ambito soggettivo (soggetti erogatori), ma anche perché in esso si concentrano importanti flussi finanziari e, quindi, interessi anche di natura economica.

Per tale ragione la regolazione dei rapporti pubblico-privato rappresenta un ambito particolarmente esposto al rischio di comportamenti che, ove non adeguatamente trasparenti e standardizzati nelle relative procedure, possono determinare fenomeni di corruzione e/o di inappropriato utilizzo delle risorse.

In questa logica lo strumento contrattuale rappresenta una delle principali leve attraverso le quali migliorare il processo di negoziazione tra il committente/azienda sanitaria e il soggetto erogatore di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

La normativa italiana regola i rapporti con il settore privato che svolge attività assistenziale prevedendo quattro distinte fasi:

1. autorizzazione alla realizzazione;
2. autorizzazione all'esercizio;
3. accreditamento istituzionale;
4. accordi/contratti di attività.

A titolo meramente esemplificativo si riportano di seguito alcuni eventi rischiosi e misure relative ai provvedimenti autorizzatori e convenzionali sopra indicati.

Con riferimento ai possibili rischi correlati alla fase di autorizzazione alla realizzazione rilasciata dall'azienda sanitaria, un evento rischioso potrebbe rinvenirsi nel mancato aggiornamento delle stime aziendali relativamente ai diversi settori di attività.

In tal caso, una misura raccomandata, oltre alle attività di verifica in merito ai presupposti autorizzativi e al rispetto dei tempi di conclusione del procedimento amministrativo, è quella di prevedere l'indicazione dei criteri, modalità, tempi ed ambiti per la rilevazione dei dati necessari alla stima del fabbisogno territoriale.

Con riferimento alla fase dell'autorizzazione all'esercizio rilasciata dall'azienda sanitaria locale, così come alla fase di accreditamento istituzionale, possibili eventi rischiosi risiedono nei ritardi e/o accelerazioni nel rilascio delle autorizzazioni e nella realizzazione delle attività ispettive. In relazione all'attività ispettiva, potenziali rischi riguardano la composizione opportunistica dei team incaricati; la disomogenea esecuzione delle attività ispettive stesse e la redazione dei relativi verbali (ad esempio alterazione dei verbali di ispezione); le omissioni e/o irregolarità nelle attività di vigilanza. Specifiche misure di prevenzione sono, ad esempio, la definizione di tempistiche per l'esecuzione dell'intero procedimento; la previsione di requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive; la rotazione degli ispettori; la definizione di procedure per l'esecuzione delle attività ispettive come la definizione di un modello standard di verbale omogeneo.

Nella fase di esecuzione degli accordi contrattuali stipulati tra le aziende e i soggetti accreditati, eventi rischiosi sono rappresentati dal mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni, da riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, dall'assenza o inadeguatezza delle attività di controllo.

Alcune misure idonee a contrastare tali rischi sono il rafforzamento dei controlli quali-quantitativi e di esito sulle prestazioni erogate in regime di contrattualizzazione, la definizione di modalità di controllo e vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali, l'attivazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, la formazione e rotazione del personale addetto al controllo.

2.2.3. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.

Il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi.

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Tuttavia, la peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione.

In tal senso, oltre alle indicazioni di carattere generale relative all'intero ciclo degli acquisti, costituisce misura specifica la gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione. Quest'ultima misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente, consentirebbe la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse.

Per quanto attiene la prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, eventi rischiosi possono riguardare l'abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale. Altro evento rischioso può consistere in omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria.

Nel primo caso una possibile misura consiste nella sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.

Per quanto riguarda la seconda tipologia di evento rischioso, alcune misure possono individuarsi nella standardizzazione delle procedure di controllo e verifica e nell'affinamento delle modalità di elaborazione e valutazione dei dati, a partire dall'utilizzo del "Sistema tessera sanitaria"²⁵, nonché nell'invio sistematico delle risultanze della elaborazione a tutti i livelli organizzativi interessati in ambito distrettuale. Parallelamente, con riferimento al personale addetto alla vigilanza e al controllo, si raccomanda la previsione di specifiche regole di condotta nei codici di comportamento adottati dai Soggetti destinatari e misure di rotazione rivolte agli operatori addetti a tale attività.

L'individuazione di ulteriori rischi e misure sarà oggetto di approfondimento nell'ambito del Tavolo tecnico tra ANAC, Ministero della Salute e Agenas nella consapevolezza che in questa area di rischio interagiscono attori a diversi livelli, nazionale, regionale e locale.

In questa sede, in considerazione della complessità dei processi relativi all'area di rischio in questione, nonché delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello intervengono nei processi decisionali, si ritiene indispensabile sia adottato il più ampio numero di misure di prevenzione. In particolare quelle che, in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al d.P.R. 62/2013, rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Le suddette dichiarazioni pubbliche di interessi, in questo contesto, costituiscono ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi di rischio corruttivo che possono riguardare trasversalmente le aree sopra indicate; si tratta, infatti, di strumenti per rafforzare la trasparenza nel complesso sistema di interrelazioni interprofessionali e interistituzionali di cui è connotata l'organizzazione sanitaria.

Al fine di agevolare un'omogenea applicazione di tale ulteriore misura da parte dei Soggetti destinatari del presente approfondimento, si rende disponibile sul sito istituzionale dell'Agenas una modulistica standard che costituisce in sé un modello di riferimento per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Tali modelli di dichiarazione possono essere introdotti dal *management* aziendale per assicurarne la conforme adozione e utilizzati dai responsabili per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per favorire l'implementazione di un flusso di informazioni su cui poter orientare le attività di controllo.

Inoltre, poiché trattasi di strumento di garanzia del professionista sul piano individuale e della *governance* amministrativa a livello aziendale, se ne raccomanda la compilazione con cadenza annuale, salvo eventuali sopravvenute esigenze di aggiornamento. Al fine di renderne agevole la compilazione, l'Agenas mette a disposizione, su richiesta, un apposito supporto informatico.

2.2.4. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

In Italia la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero e la gestione delle strutture mortuarie è affidata o alle strutture interne ospedaliere o, per la maggior parte dei casi, esternalizzata. Sul sistema di gestione di tale servizio non esistono specifiche linee guida.

Ciò induce a prendere in esame il tema in sede di elaborazione dei PTPC, tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica - che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari - connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito.

Nelle more di un auspicabile approfondimento, anche in sede legislativa, delle problematiche correlate a questa delicata fase collegata al decesso intraospedaliero e/o comunque alla gestione e

²⁵ <http://www.sistemat.it>

utilizzo delle camere mortuarie, occorre nel frattempo assicurare, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, la più appropriata modalità di gestione. Al riguardo è opportuno innanzitutto prevedere l'obbligo di una adeguata motivazione circa l'esternalizzazione o l'internalizzazione del servizio da parte del management dell'ente.

Per quanto concerne gli eventi rischiosi che possono verificarsi, si indicano, ad esempio, la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Appare evidente che le misure, sia nel caso di gestione esternalizzata che internalizzata, devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio. A titolo esemplificativo, una possibile misura rivolta agli operatori interni è costituita dalla rotazione del personale direttamente interessato e dall'adozione di specifiche regole di condotta all'interno dei codici di comportamento, come ad esempio, obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio. Per gli operatori esterni, una possibile misura è costituita dal monitoraggio dei costi e tempi di assegnazione (anche al fine di riscontrare eventuali proroghe ripetute e/o una eccessiva concentrazione verso una stessa impresa o gruppo di imprese) del servizio di camere mortuarie.