

Rubrica legale



a cura di **Mauro Gnaccarini**

Responsabile Ufficio Legale

LOTTA ALLA CORRUZIONE NELLE P.P.A.A.

Attività di prevenzione e attività della Prevenzione

La demagogica aggressione genericamente operata nei confronti dei dipendenti delle P.P.A.A. e dei dirigenti in particolare (sì, ci ripetiamo!) a iniziare da quanto disposto dalle “leggi Brunetta” non è certo terminata (anzi!) con le invettive e i proclami pubblici e privati di queste ultime settimane. Ne abbiamo chiaro riscontro nelle campagne elettorali che, in particolare in sede locale - in attesa di quelle di più vasta portata, si combattono al ritmo dell’Amministratore pubblico - direttore di ASL in specie - che possa vantare interventi più o meno in grado di convincere l’opinione pubblica circa la capacità di “raddrizzamento della schiena” dei dipendenti fedifraghi nei confronti della loro Amministrazione, i quali avrebbero prima “sposato” la stessa garantendo che si trattava di un rapporto “esclusivo”, salvo profittarne poi a ogni occasione. Ma ne temiamo soprattutto ulteriore prova nell’applicazione delle più recenti norme che, non noi, ma riconosciuti esperti dell’Unione europea e non solo, hanno dichiarato essere poco utili se non inutili, in particolare perché prive di quelle specifiche previsioni capaci di incidere sul “grande malaffare”. I nostri timori sono quelli di chi si occupa dei dipendenti pubblici che, nonostante tutto, garantiscono quotidianamente che il Servizio sanitario nazionale

rimanga un servizio, quanto più possibile garantito per tutti nel Paese, ancora efficacemente posto a tutela della salute di tutti i cittadini della Nazione; senza infingimenti, perché fra di essi siamo ben consapevoli della presenza di una - bassa - percentuale di lavoratori riprovevoli, i quali tuttavia rimarranno tanto più tranquilli al loro posto quanto più si continuerà ad adottare misure generalizzate e provvedimenti “lineari”. Ma soprattutto, il danno da corruzione (che, per onestà intellettuale, dobbiamo segnalare come in Italia non sia affatto la metà di quello dell’intera UE, per quanto grande, anzi smisurato) non subirà l’auspicata flessione fino a che si continuerà a colpire ciò che risulta più piccolo, alla portata e dunque “comodo”, evitando accuratamente ciò che per grandezza e rilevanza appare subito pericoloso e dunque “scomodo”.

Le nuove norme anti-corruzione (a partire dalla Legge 190/2013) hanno invero avuto il merito di ri-sollevare il problema; ma ora dobbiamo anche osservare come molti Amministratori pubblici paiano impegnati nell’affannosa ricerca di soddisfare la norma, prima e meglio, mirando al comodo e rinviando l’incomodo. Detta normativa e in particolare il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) individuano molteplici strumenti per la prevenzione della cor-

ruzione nelle P.P.A.A., ma sempre precisando che si tratta di attuare misure - appunto - preventive che, come tali, necessitano della condivisione dei lavoratori e dei dirigenti in particolare, senza la cui compartecipazione è al contrario altamente probabile ne consegua l’inefficacia della prevenzione stessa. Tuttavia possiamo già vedere come, in particolare nelle ASL in quanto realtà a noi ben note, le direzioni degli Enti, invece di condividere con i propri dirigenti i migliori percorsi per far emergere la “grande” illegalità, adottano atti e correlati comportamenti più repressivi che preventivi, come tali caratterizzati anche - ovviamente - da scarsa o nulla condivisione con i dirigenti, pure orientati - per lo più - a un veloce e “comodo” rilievo di comportamenti a rischio se non illeciti, ma di impatto economico chiaramente poco rilevante. Non volendo ovviamente con ciò affermare che la bassa incidenza economica di un comportamento illecito lo renda lecito, ma intendendo affermare la necessità di agire, almeno in egual misura e con le debite proporzioni, nei confronti degli ambiti che impattano seriamente sul bilancio degli Enti e del Paese. Diversamente non potremmo spiegarci la nuova, per quanto ci riguarda non condivisibile, formulazione dell’art. 97 della Costituzione, che, infatti, pone le esigenze di bilancio da-

vanti a ogni etica del comportamento nelle P.P.A.A..

In ogni caso, quali siano i settori in cui si realizzano principalmente i comportamenti illeciti in sanità (in Italia) è stato recentemente ben delineato nel Report del progetto “Unhealthy Health System”, co-finanziato dalla Commissione europea e dal Dipartimento della Funzione Pubblica; progetto realizzato da *Transparency International* Italia il cui Rapporto è stato presentato a Trento, presso la Facoltà di giurisprudenza il 14/2/2014.

Il Rapporto chiarisce come «*le maggiori criticità riguardano cinque particolari ambiti (nomine, farmaceutica, procurement, negligenza, sanità privata) nei quali sono apparse evidenti le seguenti problematiche. NOMINE: ingerenza politica, conflitto di interessi, revolving doors, spoil system, insindacabilità, discrezionalità, carenza di competenze.*

FARMACEUTICA: aumento artificioso dei prezzi, brevetti, comparaggio, falsa ricerca scientifica, prescrizioni fasulle, prescrizioni non necessarie, rimborsi fasulli. **PROCUREMENT:** gare non necessarie, procedure non corrette, gare orientate o cartelli, infiltrazione criminale organizzato, carenza di controlli, false attestazioni di forniture, inadempimenti-irregolarità non rilevate.

NEGLIGENZA: scorrimento liste d'attesa, dirottamento verso sanità privata; false dichiarazioni (intraoemia); omessi versamenti (intraoemia).

SANITÀ PRIVATA: mancata concorrenza, mancato controllo requisiti, ostacoli all'ingresso e scarso turnover, prestazioni inutili, false registrazioni drg, falso documentale. E nel medesimo Rapporto, nel quale l'analisi si basa sul concetto di corruzione intesa come “abuso di potere delegato a favore di un vantaggio privato”, 25 che comprende sia le fattispecie previste dal codice penale, sia i comportamenti nei quali il potere o la funzione pubblica vengono distorti a favore di un vantaggio privato, si sottolinea come individuare la corruzione sia molto difficile, per cinque principali fattori: la natura consensuale del crimine; l'assenza di vittime dirette; la distanza causale tra accordo e vittimizzazione; la sofisticazione degli schemi criminali; la commistione con

altri fenomeni di mal-amministrazione».

Si legge altresì che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità OMS, «*molti, se non tutti [i Paesi] non riescono a sfruttare completamente le risorse disponibili, a causa della cattiva esecuzione degli appalti/acquisti, dell'uso irrazionale dei medicinali, della cattiva gestione o allocazione delle risorse tecniche e umane, o a causa di una gestione amministrativa e finanziaria frammentaria*» (OMS 2010, 61). Il Report del progetto “Unhealthy Health System” segnala quindi proposte concrete per combattere la corruzione in sanità proprio a partire dai suddetti cinque ambiti di maggiore “sensibilità” nella sanità.

Non meno interessante risulta il Report nel riferire come «*le valutazioni internazionali riconoscono che la sanità italiana eroga servizi di buon livello con costi che, pur rappresentando una quota significativa della spesa pubblica, sono in linea con gli altri Paesi OCSE, e che l'OCSE giudica positivamente la qualità delle cure, a fronte di una spesa leggermente inferiore alla media, anche se l'Italia è all'ultimo posto per la spesa nei programmi di prevenzione e di politiche per la salute collettiva, tanto che il dato peggiore emerge dalla spesa per i programmi di prevenzione, che vede l'Italia all'ultimo posto con lo 0,5% della spesa sanitaria (media UE 2,9, Romania al primo posto con 6,2%)*».

Altro capitolo rilevante del Report è quello che si occupa degli effetti della complessità organizzativa degli enti del SSN, di cui si riporta il seguente stralcio: «*Le riforme del SSN hanno portato alla riorganizzazione del sistema su più livelli di governo. La materia sanitaria è di competenza mista: governativa per quanto riguarda la gestione della spesa, regionale rispetto all'organizzazione dell'offerta, aziendale rispetto all'organizzazione interna delle aziende sanitarie locali (ASL). Le ASL, i punti di contatto tra la rete sanitaria e i cittadini, sono Enti a elevata complessità a causa della grande varietà e quantità di servizi offerti, così come del cospicuo numero di utenti, dipendenti e fornitori coinvolti. Tale complessità si concretizza in una molteplicità di sedi e strutture nel territorio, che moltiplicano i centri decisionali – o centri di potere – riducendo l'efficienza e aumentando le opportunità di corruzione, come*

hanno dimostrato numerosi studi passati. L'azione amministrativa sanitaria si concretizza in una serie di atti amministrativi presi a livello decentrato, che sfuggono a ogni controllo, soprattutto se si considera l'ampio potere di cui godono i direttori generali. Il “red tape” della pubblica amministrazione genera occasioni di corruzione, ma a tale complessità esogena alle aziende sanitarie si aggiunge la complessità endogena, legata ai processi amministrativi e all'organizzazione interna. La struttura delle aziende sanitarie, per bilanci e dimensioni organizzative, si presta a un tasso di disorganizzazione fisiologico, ma in alcuni contesti aziendali esiste anche la disorganizzazione colposa, legata a carenza di risorse, capacità e forse anche volontà di rendere più efficiente il sistema. In altri casi, infine, si rileva una disorganizzazione dolosa, finalizzata a creare un contesto incontrollabile nel quale conseguire vantaggi illeciti. Maggiore è la disorganizzazione interna, più facile diventa occultare gli atti frutto di accordi collusivi, o semplicemente di negligenza. La corruzione fiorisce nelle aziende sanitarie in cui disorganizzazione e burocrazia convivono. La regionalizzazione del Servizio sanitario ha aumentato i centri di potere, decentralizzando la gestione delle risorse e la discrezionalità. Le Regioni che hanno investito - correttamente - risorse per gestioni più efficienti tendono ad aumentare il controllo sulla spesa pubblica, a centralizzare i sistemi di controllo e di acquisto, anche promuovendo il confronto competitivo, riducendo quindi le opportunità di corruzione. La Regione Emilia-Romagna, ad esempio, ha adottato da anni protocolli per il procurement sanitario, predisponendo gare che garantiscano una reale concorrenza, e sta organizzando centri logistici di area vasta che sostituiscano i magazzini dislocati sul territorio. In Trentino, il sistema dell'intraoemia è sottoposto a un monitoraggio informatico che incrocia le informazioni su prenotazioni (tramite CUP), prestazioni, fatturazioni, pagamenti, ed evidenzia le eventuali anomalie. In altre Regioni, la disorganizzazione della complessità è stata la causa della moltiplicazione dei centri decisionali, dell'inefficienza di sistema, della mancanza di controllo sulla spesa e sui servizi. Recenti studi dimostrano che la decen-

tralizzazione aumenta la corruzione quando la suddivisione del potere decisionale è accompagnata da un complessivo aumento del potere discrezionale, da eccessi di burocrazia, e da bassi livelli di trasparenza, accountability e social control. Questo è avvenuto con la riforma del Titolo V della Costituzione che ha trasferito alle Regioni la competenza in materia sanitaria. A riprova di ciò, i più grossi scandali di corruzione in sanità degli anni recenti hanno riguardato i vertici – politici e amministrativi – delle regioni Abruzzo, Lombardia, e Puglia».

Il Report non trascura poi di segnalare che accanto all'apprezzabile sforzo di arginare il fenomeno corruttivo e, in generale, la maladministration, la dottrina ha evidenziato alcuni profili di difficoltà nell'implementazione dei meccanismi previsti dalla legge. *L'adozione del piano di prevenzione, anzitutto, implica un notevole sforzo finanziario e organizzativo e non tiene conto delle significative diversità che caratterizzano le pubbliche amministrazioni coinvolte. La legge disciplina un percorso di formazione e attuazione dei piani molto articolato, che potrebbe tradursi in una eccessiva frammentazione dell'azione amministrativa e in una conseguente dispersione di risorse.*

Abbiamo voluto riportare ampi tratti del "Rapporto" di Transparency International Italia perché, anche alla luce delle note introduttive, ma tenuto soprattutto ben presenti le osservazioni del Report stesso e in particolare quelle qui segnalate, sarà facile comprendere l'incongruità di talune azioni "anticorruzione" che nelle ASL individuano fra gli ambiti prioritari della prevenzione, anzi della repressione della corruzione, talora dichiarata esistente su basi postulate e apodittiche, le funzioni di controllo espletate nei Dipartimenti di Prevenzione e nei Servizi veterinari in particolare. I quali non sono certamente esenti da rischio; ma apparirà ora chiaro come sia altrettanto certo ed evidente che non sono allocati in detti Dipartimenti gli ambiti di maggiore sensibilità. I Dirigenti dei Dipartimenti di Prevenzione sono perciò indubbiamente disponibili per ogni valutazione congrua e corretta, ma chiederebbero (anzi pretenderebbero) che il "nuovo corso anti corruzione" trovasse attuazione adeguata

e non strumentale in ogni realtà locale.

Le nuove norme in materia di prevenzione (non repressione!) devono, infatti, trovare attuazione a livello aziendale nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) da redigersi in conformità al PNA (Piano Nazionale Anticorruzione). In un recente parere del nostro legale (Avv. Lucia Monacis, Torino) si precisa ancora che *«la redazione e soprattutto l'applicazione del PTPC devono conseguire a un preciso procedimento che deve coinvolgere sia tutti dirigenti, anche e soprattutto nella gestione del rischio, sia le OO.SS., che sono chiamate a intervenire nelle fasi di analisi del rischio, nella definizione dei criteri e dei termini per la rotazione, ove necessaria, e nella conseguente predisposizione del Piano».*

La rotazione dei dirigenti (delle PP.AA., non solo del SSN!), che non può e non deve dar luogo a impropri se non illegittimi procedimenti di mobilità, è indicata nel PNA quale una fra le misure adottabili a fini preventivi della corruzione. E, con riferimento a disdicevoli iniziative adottate precipitosamente, e precipuamente nei confronti di taluni veterinari, sulla base dei summenzionati postulati, l'Avv. Monacis prosegue affermando quanto segue: *«La rotazione dei dirigenti della ASL dovrà poi riguardare le aree (della complessiva ASL) a più elevato rischio di corruzione, da identificarsi secondo un procedimento di valutazione ben chiaramente dettato dal PNA, la cui oggettivazione è elemento ineludibile. Tutto quanto sopra è disposto dalla legge e costituisce precisa indicazione del PNA che ne dà attuazione, nel testo e negli allegati, in particolare al punto 3.1.4 del PNA e al punto B. 5 dell'allegato 1. Nell'evidenziare infine come, applicando alle funzioni proprie dei Servizi veterinari delle ASL i criteri di valutazione di cui all'allegato 5 del PNA, appaia subito chiaro che lo svolgimento delle stesse non si colloca fra le attività a elevato rischio (discrezionalità assai limitata, basso impatto economico, unitarietà del processo, efficacia dei controlli già in atto), si richiama perciò e per tutto quanto sopra la necessaria attenzione nell'attuazione locale del PNA. Nel menzionato parere si aggiunge altresì come l'eventuale predisposizione di un sistema di rotazione dei dirigenti «costituisc*

procedimento di organizzazione che, come tale, soggiace alla necessaria informazione preventiva a tutte le OO.SS. ai sensi del vigente CCNL e conformemente alle disposizioni di legge vigenti (D. Lgs. 165/2001); le quali devono aver avuto il tempo e il modo di condurre le opportune valutazioni, potendo disporre di tutta la documentazione che consenta già in via preventiva di conoscere l'intero procedimento e i suoi effetti. Tenendo presente che il momento dell'informazione preventiva si compone anche di un necessario incontro fra le parti, debitamente verbalizzato, ove richiesto da una o più delle OO.SS. coinvolte».

In conclusione, la lotta alla corruzione nelle PP.AA., ove voglia essere attuata con serie misure di prevenzione, non già con misure repressive di "piccolo cabotaggio", ma annunciate con apodittiche certezze in roboanti proclami, dovrà indubbiamente riguardare la Prevenzione, ovvero le funzioni proprie degli omonimi Dipartimenti e dei dirigenti a questi afferenti, in quanto non esenti da rischio. Tuttavia, in un sistema a elevatissima complessità come il SSN, dove le funzioni di prevenzione sanitaria, quelle cosiddette della prevenzione primaria in particolare, risultano già essere drammaticamente la "Cenerentola" nel nostro Paese, a evidente discapito della salute collettiva e del bilancio della Nazione, dobbiamo davvero augurarci (e vigilare!) che l'Amministratore di turno non tralasci la dovuta analisi del rischio, l'individuazione delle priorità, anche scomode, l'equilibrio, la proporzione, la congruenza e la coerenza dei provvedimenti; ponendo invece come mero corollario la correttezza dell'azione amministrativa e dei rapporti con la dirigenza stessa dell'Ente; senza la quale si realizzano invero i migliori presupposti per l'inefficacia di qualsivoglia intervento che pretenda di eradicare la corruzione conseguendo il più generale "buon andamento" della pubblica amministrazione. Concetto che i padri costituenti delinearono già così bene nella nostra Carta da rendere vana ogni norma applicativa dello stesso, soprattutto laddove dell'applicazione del precetto costituzionale se ne faccia uso strumentale se non personale o almeno personalistico.