

Anno XIII numero 35 2014

Trimestrale dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

35

Focus on Trasparenza, legalità ed etica nel Servizio sanitario nazionale ■ Intervista al Ministro Beatrice Lorenzin
■ Il Piano nazionale anticorruzione e le indicazioni per le Aziende sanitarie ■ Il ruolo di Agenas per una cultura etica in sanità ■ La trasparenza nel monitoraggio dei siti web delle Aziende sanitarie **Dalle Regioni** Il Dossier formativo nel sistema Ecm **Agenas on line** Patologie croniche, ecco Matrice, un nuovo strumento di governance clinica

Editoriale

Trasparenza per una sanità in “buona salute”

di *Giovanni Bissoni*

pagina 3

Focus on | Trasparenza, legalità ed etica nel Ssn

Il convegno nazionale di Agenas. La cronaca

pagina 8

Le strategie del Ministero della salute per il contrasto all'illegalità

Intervista con il Ministro *Beatrice Lorenzin*

pagina 13

Debolezza e forza del sentire etico

di *Vito Mancuso*

pagina 16

Il piano nazionale anticorruzione e l'intesa sancita dalla Conferenza Unificata il 24 luglio 2013: quali indicazioni per le Aziende sanitarie?

di *Guido Carpani*

pagina 20

Contrastare la corruzione: l'impegno delle Aziende sanitarie

di *Fausto Nicolini*

pagina 27

Il ruolo di Agenas per una cultura etica in sanità

di *Fulvio Moirano*

pagina 32

“Illuminiamo la salute”: le indicazioni dell'associazionismo

di *Massimo Brunetti, Leonardo Ferrante, Vittorio Demicheli*

pagina 37

Aziende sanitarie trasparenti: il monitoraggio dei siti web

di *Vittorio Demicheli, Leonardo Ferrante, Elisabetta Bosio, Guido Barbero*

pagina 44

Dalle Regioni

Il dossier formativo nel sistema Ecm

pagina 56

Agenas on line

Patologie croniche, ecco Matrice, un nuovo strumento di governance clinica

di *Fulvio Moirano e Mariadonata Bellentani*

pagina 69



**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Anno XIII Numero 35 • 2014

Proprietario ed Editore
Agenas - Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Direttore editoriale
Fulvio Moirano

Direttore responsabile
Chiara Micali Baratelli

Redazione
Via Puglie, 23 - 00187 Roma
tel. 06 42749 341/343
email monitor@agenas.it
www.agenas.it

**Progetto grafico, editing
e impaginazione**
Pierrestampa
Viale di Villa Grazioli, 5
00198 Roma

Stampa
Cecom
Bracigliano (Sa)

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di marzo 2014



Codice ISSN 2282-5975



L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è un ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto al Ministero della salute e alle Regioni per le strategie di sviluppo e innovazione del Servizio sanitario nazionale.

Obiettivi prioritari di Agenas sono la ricerca sanitaria e il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo di Stato e Regioni, all'organizzazione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni sanitarie, in base agli indirizzi ricevuti dalla Conferenza Unificata.

Agenas realizza tali obiettivi tramite attività di ricerca, di monitoraggio, di valutazione e di formazione orientate allo sviluppo del sistema salute.

L'Agenzia oggi | Presidente Giovanni Bissoni **Direttore generale** Fulvio Moirano
Consiglio di amministrazione Francesco Bevere, Angelo Lino Del Favero,
Domenico Mantoan, Giuseppe Zuccatelli
Collegio dei revisori dei conti Francesco Ali (Presidente), Nicola Begini,
Andrea Urbani

Le attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria e dei LEA
• Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento • Innovazione,
sperimentazione e sviluppo, HTA • Supporto alle Regioni in Piano di rientro
e riqualificazione • Educazione continua in medicina

www.agenas.it | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di 



Trasparenza per una sanità in “buona salute”

di **Giovanni Bissoni**

Presidente Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Trasparenza, legalità, contrasto della corruzione devono costituire obiettivi precisi per tutti gli attori del Servizio sanitario nazionale. In particolare la trasparenza attraversa trasversalmente molte delle attività che Agenas svolge. Ricordo le principali: l'Ecm; il Programma nazionale di valutazione esiti (Pne); la recente committenza da parte del Ministero della salute e delle Regioni per la costruzione del portale della Trasparenza del Ssn; il supporto al monitoraggio e alla valutazione del Ministero della salute sui Livelli essenziali di assistenza e sui Piani di rientro; gli osservatori sulle liste d'attesa, sulle denunce sinistri, sulla libera professione; le funzioni attribuite all'Agenzia in materia di accreditamento, di technology assessment, di approvvigionamento di beni e servizi.

Attività tutte collegate, in modo diretto o indiretto, all'applicazione della legge 190 del 2012 sulla prevenzione della corruzione e al decreto legislativo 33/2013 sulla trasparenza nella Pubblica Amministrazione.

È opinione ormai condivisa che la crisi che il nostro Paese sta attraversando sia, al contempo, una crisi economica, finanziaria, politica, istituzionale, morale, definendo un unicum rispetto ai grandi Paesi europei. In questo quadro incidono non solo lo stato dell'economia, della competitività, della finanza pubblica, ma un peso notevole hanno anche l'inefficienza delle istituzioni e della Pubblica Amministrazione in generale. L'Italia non ha, è bene sottolinearlo, una spesa pubblica superiore a quella di altri Paesi; tuttavia, se guardiamo alla sua produttività, il giudizio cambia: colpa di una inefficienza complessiva, del cattivo uso delle risorse, della corruzione endemica.

La politica non ha scusanti, le sue responsabilità sono primarie. La politica dovrebbe rispondere alle aspettative più alte di un Paese, indicare la strada, anche in un Paese come il nostro in cui la morale pubblica – quella che chiamiamo “etica civile” per distinguerla dalla morale religiosa – è poco attenta al rispetto delle leggi e, più in generale, al bene comune. A partire dal dovere di pagare le tasse che, insieme al buon uso delle risorse, rappresentano gli strumenti necessari a garantire l’adempimento agli obblighi primari dello Stato: la sicurezza, la salute, il benessere dei cittadini, concetti che includono tutti il tema della giustizia sociale.

Per rispondere alla profondità della crisi politica, voglio richiamare quanto affermato recentemente da Alain Touraine: *“Siamo come in un teatro dove il pubblico osserva una scena senza attori. Occorre che ogni singolo spettatore si faccia carico della scena, rivolgendosi a se stesso e agli altri spettatori. E al centro della sua riflessione devono esserci i diritti fondamentali, perché i diritti costituiscono il sociale”* e ancora, più avanti *“... La difesa dei diritti ricrea dei legami sociali. Il carattere nobile dell’azione politica può rinascere solo dall’etica”*.

Tornando alla corruzione e in particolare alla sua incidenza nel settore sanitario, sappiamo che sono disponibili dati ed elaborazioni, frutto di ricerche e stime, anche internazionali, che tuttavia non sempre sono allineati tra loro, anche per la difficoltà propria che esiste in sanità di distinguere in maniera netta tra inefficienza, inappropriatezza, frodi, corruzione.

Negli Stati Uniti si stima che l’illegalità e la corruzione incidano tra il 5 e il 10% dell’intera spesa pubblica della sanità americana; la rete europea contro le frodi e corruzioni stima del 5,6% del budget della sanità le risorse assorbite da varie forme di illegalità; di qui la cifra comparsa sulla stampa italiana di 6 miliardi per la sola sanità, cifra compatibile peraltro con i dati del Dipartimento della Funzione Pubblica del 2013, che, per il nostro Paese, parla complessivamente di un fe-

nomeno corruttivo pari a 60 miliardi di euro.

Ma al di là delle cifre stimate, il fenomeno è in grado di incidere pesantemente, per le sue dimensioni, sia sull’efficienza, sulla qualità, sulla sicurezza, sull’equità di accesso ai servizi, sia, su un altro piano, sulla fiducia dei cittadini, e la fiducia dei cittadini è un bene essenziale di qualunque servizio pubblico, in particolare per la Sanità.

La mancanza di fiducia incide direttamente sul diritto alla salute, sul futuro stesso del Servizio sanitario nazionale.

Senza la fiducia dei cittadini è difficile reggere la sfida, tutta politica, della stessa sostenibilità economica. Più difficile chiedere risorse per un Servizio screditato.

In sanità veniamo da un triennio di forte crisi con ripercussioni sul Fondo sanitario nazionale, ma la legge di stabilità 2014 ha in sé alcuni aspetti di speranza: il superamento dei 2 miliardi di ticket aggiuntivi a partire dal 1° gennaio 2014; l’adeguamento del Fondo sanitario nazionale; la revisione di spesa non per ridurre il Fondo, ma per reperire risorse da reinvestire in innovazione.

Penso che sarebbe un grave errore perdere questa occasione, considerarla solo una boccata di ossigeno temporanea: i benefici di 2,9 miliardi sarebbero di breve durata. Dovremmo, invece, assumere questi aspetti positivi della legge di stabilità come uno stimolo a incentivare l’attività di innovazione del Ssn. Un’innovazione che, secondo i temi già all’attenzione del costruendo “Patto per la salute”, ha al suo centro il riordino delle cure ospedaliere e dell’assistenza territoriale, senza disgiungere tale processo di innovazione dalla ricerca di maggiore efficienza, trasparenza, legalità. Mi limito ad alcune considerazioni sulla specificità del Servizio sanitario che ne fanno un settore particolarmente esposto. La prima riflessione riguarda la politica. Il Ssn, in quanto espressione dell’idea di Paese, della società che si intende costruire e dei suoi valori fondanti di equità ed eguaglianza, ha bisogno

della politica e delle sue scelte. Una politica consapevole delle proprie responsabilità (non sempre esercitate), quanto dei propri limiti, spesso valicati. Persistono, tuttavia, invasioni di campo rispetto alla responsabilità di altri soggetti della governance sanitaria, così come a volte si privilegia l'appartenenza rispetto alla competenza. Il governo della sanità, per le risorse investite e le aspettative dei cittadini, costituisce la principale attività regionale. È legittima, quindi, la ricerca di un consenso attraverso la costruzione di buoni servizi; altra cosa è trasformare il Servizio sanitario in strumento di consenso elettorale con un suo utilizzo clientelare.

Quando ciò succede, costituisce un *vulnus* permanente alla trasparenza e alla legalità. La specificità della sanità fa sì che siano più difficili le scelte e più facili le frodi. La stessa asimmetria informativa che esiste in sanità, ovvero quella sproporzione di conoscenze e informazioni, espone a forti rischi non solo il cittadino di fronte alle prestazioni, ma molto spesso le stesse organizzazioni sanitarie e i professionisti.

E ancora, dobbiamo considerare che la sanità, nell'ambito più generale della Pubblica Amministrazione, è il settore, probabilmente, più esposto a un forte tasso di discrezionalità. Pensiamo, ad esempio, alla programmazione sanitaria, all'accredimento, agli accordi e contratti per la fornitura dei servizi assistenziali. L'accredimento, senza adeguati accordi o contratti di fornitura, presenta rischi elevatissimi, come dimostrano anche i recenti fatti di cronaca che riportano l'intervento della magistratura a fronte di richieste di rimborso per prestazioni dubbie o illegittime. La selezione di una struttura sanitaria per l'accredimento non può avvenire perché quella struttura ha vinto un appalto offrendo prezzi migliori di un'altra. Ma la mancanza di una vera e propria selezione competitiva non significa mancanza di regole definite, così come, ad esempio, la natura propria dei contratti e accordi in sanità non può significare che

decide il singolo produttore dei servizi cosa produrre e quindi cosa portare a rimborso. Fissare budget senza stabilire obiettivi e priorità significa non solo mancanza di trasparenza, ma rinuncia alla funzione stessa di committenza.

Per alcune realtà territoriali, a partire da alcune Regioni in Piano di rientro, sembra quasi che l'autonomia regionale nel disciplinare i principi generali di governance – pure chiari nella legislazione nazionale – possa tradursi in assenza di regole chiare di organizzazione e gestione.

Esiste, poi, la difficoltà di avviare con coerenza un “mercato vero” dei beni e servizi, dai dispositivi medici ai servizi ausiliari, i quali, a differenza delle prestazioni assistenziali sottratte alla logica concorrenziale del mercato, dovrebbero essere inseriti pienamente nell'ambito di procedure concorrenziali, superando con coraggio le difficoltà (pure reali) di valutare una classe terapeutica omogenea di farmaci o il rapporto qualità/prezzo di una protesi.

Dobbiamo uscire dallo schematismo della falsa alternativa tra la protesi cinese (ammesso che ci sia e sia quella meno costosa) e l'ultimo ritrovato della tecnica, senza avere chiaro se quest'ultimo ritrovato ha anche un valore aggiunto che ne giustifichi l'alto costo.

Quando la discrezionalità non è evitabile, occorrono regole e massima trasparenza, ma quando può essere evitata, farlo è una spinta all'efficienza, all'efficacia, senza rinunciare alla qualità e sicurezza e, al contempo, rappresenta anche un'azione di prevenzione della corruzione. È terreno su cui riflettere in sede di “revisione della spesa” riorganizzando l'intero sistema di *procurement* del Ssn.

La sanità è una complessa organizzazione che si basa sul valore fondante di tante autonomie professionali, ma scienza e coscienza, competenza ed etica hanno bisogno di assumere appieno il valore della relazione e dell'organizzazione, della responsabilità individuale e collettiva.

Penso che le nostre organizzazioni, dopo l'enfasi degli anni '90 del *new public management* che ha provocato un fraintendimento della natura aziendale del sistema, abbiano bisogno di una riflessione in cui i concetti di *transparency* e *accountability* diventino valori fondanti. Trasparenza di obiettivi, di funzionamento, a partire dalle regole nell'affidamento degli incarichi e dell'assegnazione di responsabilità; organizzazioni partecipate e aperte; trasparenza di risultati; trasparenza delle liste d'attesa.

In questo senso l'attivismo civico è sicuramente un valido deterrente dell'illegalità e la centralità del paziente è un fulcro promotore di trasparenza e innovazione. Favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte relative alle problematiche della salute è un dovere dell'organizzazione sanitaria, oltre che un diritto del paziente, e le analisi svolte indicano che la presenza di non professionisti nelle sedi in cui si discute di salute e sanità arricchisce e porta una visione nuova e diversa dei problemi e delle soluzioni. In tal modo la prevenzione della corruzione sarà più forte, più efficace, laddove le istituzioni e le amministrazioni si mettono nella condizione di far conoscere il loro operato e quindi non solo di autovalutarsi, ma anche di farsi valutare dai cittadini. Come è stato sottolineato, “utilizzare i cittadini come risorsa del sistema”, serve a migliorare il sistema stesso. Trasformare scontento e protesta in un controllo attivo da parte del cittadino e del paziente, può rivelare come dietro un servizio scadente possa esserci un cattivo uso delle risorse e possano nascondersi episodi di corruzione e frode.

E ancora, regolazione dei conflitti d'interesse, dalla libera professione alla ricerca. Sulla libera professione, in Agenas è attivo un Osservatorio specifico. Sul tema trovo che ci siano molti luoghi comuni e fraintendimenti; quando si parla di libera professione si tende a restringere il campo della riflessione alla sola libera professione intramoenia. So quanto è difficile spiegare al cittadino, a fronte di una lunga lista d'attesa, che se si paga si ottiene più rapidamente

la prestazione. Tuttavia, avendo il Parlamento concesso la possibilità ai medici di svolgere la libera professione, trovo che questa colpevolizzazione della sola attività intramoenia non sia corretta, pur non negando i possibili conflitti nell'organizzazione quotidiana dell'assistenza. Se un cittadino sceglie una visita a pagamento prima di un intervento programmato, non è un problema in sé; lo diventa se è una scelta obbligata dai lunghi tempi d'attesa e, a maggior ragione, se in virtù di quella visita, si scavalca la lista d'attesa ospedaliera. Ma perché enfatizzare i rischi dell'intramoenia rispetto a quelli dell'extramoenia? Anche a volere prescindere dalla maggiore fedeltà fiscale che l'intramoenia comporta, se c'è il coraggio di utilizzare tutte le informazioni aziendali disponibili è molto più trasparente e controllabile l'attività libero professionale intramoenia rispetto all'extramoenia. Dobbiamo, invece, constatare che ogni volta che si parla di questo problema si tende a intervenire esclusivamente sulla regolazione dell'attività intramoenia.

Infine, ma non ultima, la ricerca. Mi riferisco in particolare alle Aziende ospedaliero-universitarie dove è più concentrata l'attività di ricerca. Sappiamo che senza i finanziamenti privati la ricerca subirebbe un colpo mortale, in particolare per i farmaci; finanziamenti che sono inevitabili e utili al sistema, ma che possono aprire possibili e reali conflitti di interesse. Quando c'è questo rischio, occorrono regole chiare e massima trasparenza. Proprio in quelle Aziende dove c'è attività di ricerca, il Piano di prevenzione della corruzione e il Programma per la trasparenza e l'integrità possono essere un'occasione per disciplinare meglio le relazioni esistenti nel mondo della ricerca e quelle fra mondo universitario e servizio sanitario. La ricerca può essere svolta sotto il “cappello” dell'università, ma coinvolge inevitabilmente l'Azienda sanitaria di riferimento.

La sanità è un settore che ha ingenti risorse a disposizione: solo di spesa pubblica movimentata circa 110 miliardi di euro all'anno. Di tale spesa,

molta parte è sottoposta a una discrezionalità di percorsi connaturata, come già detto, con la vita stessa dei servizi. A questo spesso si aggiungono lunghi tempi di pagamento che mettono in crisi le imprese sane e costituiscono un terreno fertile per le infiltrazioni della criminalità organizzata. Anche questo è un tema rilevante, in particolare in alcune Regioni del Sud, ma non solo. Per questo motivo stiamo predisponendo un progetto di collaborazione, insieme all'Università di Torino, con la Commissione nazionale antimafia.

Poiché anche i Servizi sanitari sono posti di fronte all'applicazione della legge 190/2012 sulla prevenzione della corruzione e al D.lgs. 33/2013 sulla trasparenza, presentiamo in questo numero di *Monitor* alcuni dei contributi e degli spunti di riflessione emersi nel corso del Convegno nazionale “Trasparenza, legalità ed etica nel Servizio sanitario nazionale” organizzato da Agenas, che si è svolto il 3 dicembre a Roma nell'Aula dei Gruppi parlamentari presso la Camera dei Deputati.

Nel corso dell'incontro si sono alternati rappresentanti delle istituzioni, dei Ministeri della salute e della Funzione pubblica, delle Regioni, dell'Autorità nazionale anticorruzione (Anac, già Civit) e delle Aziende sanitarie, con rappresentanti del mondo dei servizi e della società civile (Libera, Gruppo Abele, Avviso Pubblico, Coripe, Ispe e Cittadinanzattiva).

Tutti gli interventi, dall'analisi dei rischi, alla condivisione degli impegni e delle esperienze, hanno sottolineato la volontà comune di evitare di fare di queste scadenze un mero adempimento normativo, limitandosi a forbiti esercizi burocratici e retorici. La retorica, in particolare quella del cambiamento, è utile quando contiene sostanza. La retorica vuota, che è un'arte in questo Paese, in ossequio al principio che tutto cambi perché tutto resti come prima, non ci piace.

Il nostro Servizio sanitario si basa su grandi principi e valori che, tuttavia, per continuare a essere

condivisi hanno bisogno di buoni servizi e di rispetto per i diritti dei cittadini. “*Non si può pensare alla sanità come azienda, alla salute come prodotto, al paziente come cliente*”, così il richiamo del cardinale Carlo Maria Martini alla prima Conferenza nazionale sulla sanità nell'ormai lontano 1999, “*Ci sono bisogni collettivi e qualitativi che non possono essere soddisfatti mediante i meccanismi del mercato. Ci sono esigenze umane importanti che sfuggono alla sua logica, ci sono dei beni che in base alla loro natura non si possono e non si devono vendere e comprare. Ed è proprio questa giustizia sociale a stare alla base della ragione etica dello stato sociale. Tali ragioni implicano anche che ogni soggetto del vivere civile si assuma, per quanto gli compete e in stretta sinergia con gli altri, il dovere di un'attiva e creativa partecipazione al bene comune nella convinzione che tutti siamo responsabili di tutti*”.

Il bene comune, appunto, concetto che, in tema di sanità, rimanda all'art. 32 della Costituzione: “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*”.

Bene comune, ordine etico e civico. In proposito il teologo Vito Mancuso, in un suo intervento sulla stampa di alcuni mesi fa ha scritto: “*Il segreto della vita in tutte le sue dimensioni è l'equilibrio, e l'etica non è altro che l'equilibrio esercitato tra persone responsabili. [...] Il nostro è un Paese di individui che si credono furbi perché trasgrediscono le regole dell'ordine etico e civico, ma che in realtà sono semplicemente ignoranti perché tale continua trasgressione produce il caos quotidiano dentro cui siamo costretti a vivere, fatto di approssimazione, diffidenza, nervosismo, disattenzione, e tasse elevatissime cui corrispondono servizi spesso ben poco elevati.*”

Etica, quindi, come equilibrio esercitato tra persone responsabili, un richiamo forte e chiaro a quella responsabilità che tutti abbiamo accettato quando abbiamo liberamente scelto di operare in un grande progetto comune come il Servizio sanitario nazionale, per rendere l'accesso alle cure un diritto di tutti. Rispondere a tale diritto, in fondo, è il primo dovere di legalità.



Il convegno nazionale di Agenas. La cronaca

“**N**

ella delicata fase economica e sociale che stiamo attraversando appare sempre più forte il richiamo a una maggiore trasparenza nei processi decisionali, intesa anche come strumento per assicurare un maggior tasso di efficienza e di legalità nella gestione della cosa pubblica”. Così il messaggio che la presidente della Camera dei deputati **Laura Boldrini** ha inviato al convegno nazionale “Trasparenza, legalità ed etica nel Servizio sanitario nazionale” promosso da Agenas lo scorso 3 dicembre, in collaborazione con il Ministero della salute e la Conferenza delle Regioni. “Anche nel campo dei servizi e delle prestazioni sanitarie – prosegue infatti il messaggio – la trasparenza costituisce un elemento imprescindibile per un buon funzionamento del servizio sanitario nel suo complesso; ciò in quanto l’esercizio trasparente delle funzioni svolte non solo consente di mettere in evidenza le criticità esistenti e permette un’azione di controllo diffuso, ma costituisce un indispensabile strumento di contrasto all’illegalità, alla corruzione e alle infiltrazioni criminali che, purtroppo, hanno colpito anche il settore della sanità”.

Dal primo Rapporto della Commissione europea sulla lotta alla corruzione si evince che l’Italia è tra i Paesi dove il fenomeno è più grave. Secondo lo speciale Eurobarometro del 2013 sulla corruzione, il 97% dei rispondenti italiani (la seconda percentuale dell’Unione in ordine di grandezza) ritiene che la corruzione sia un fenomeno dilagante in Italia (contro una media Ue del 76%).



Ministero della Salute



AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINDE AUTONOME

CONVEGNO NAZIONALE

Trasparenza, legalità ed etica nel Servizio sanitario nazionale

ROMA › 3 DICEMBRE 2013
AULA DEI GRUPPI PARLAMENTARI › CAMERA DEI DEPUTATI



A.N.A.C.
Autorità Nazionale AntiCorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche



LIBERA
CONFERENZA NAZIONALE
CONTRO LA MALFA

Ed è il Presidente di Agenas **Giovanni Bissoni** ad affermare che si stima attorno al 5,6% del budget della sanità le risorse assorbite da corruzioni e frodi. Considerando la spesa sanitaria di circa 110 miliardi di euro l'anno, è tra i 5 e i 6 miliardi di euro, il costo della corruzione in questo settore. Ma "al di là delle cifre, il fenomeno incide pesantemente sull'efficienza, la qualità, la sicurezza, l'equità di accesso ai servizi, sulla fiducia dei cittadini, quindi sul diritto alla salute".

Per **Francesco Bevere**, Direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, "la corruzione ha costi diretti e costi indiretti che

tocchiamo con mano quando verificiamo come le procedure non vengono eseguite correttamente e ciò determina, assieme al tema della giustizia, la perdita di competitività del Paese. Si tratta di una crisi di valori – ha precisato – possiamo modificare le procedure, identificare i punti deboli, ma il tema principale è la persona, l'educazione al comportamento etico. Abbiamo bisogno di percorsi formativi che mettano le persone in condizione di fornire il loro contributo al posto giusto". Poiché queste problematiche "ci accompagneranno per molto tempo", ha fatto propria l'idea del presidente Bissoni di collocare, nell'ambito del Patto per la salute, una specifica area che tratti della corruzione.

Trasparenza, legalità, etica sono declinati nella legge 190 del 6 novembre 2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” e nel D.lgs. 33 del 2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”. Ed è stato **Guido Carpani**, Capo di gabinetto del Dipartimento della Funzione pubblica, a presentare in modo puntuale i contenuti della 190, del Piano di prevenzione della corruzione e dell’Intesa in Conferenza unificata, non nascondendo problematicità e criticità. Dalla trasparenza nelle liste di attesa, all’acquisto di beni e servizi dove è necessario istituire una “centrale acquisti unificata”, alla discrezionalità presente nel servizio sanitario “foriera di comportamenti non corretti”. Poi l’accreditamento “luogo dove il giudice penale è intervenuto più volte”, la rotazione degli incarichi che “deve operare sia a livello di Direttori generali sia di strutture complesse”.

L’integrazione del sistema per tutti i livelli di governo, l’esigenza di un coordinamento istituzionale, il richiamo a un impegno a livello nazionale sono stati al centro del contributo di **Romilda Rizzo**, Presidente dell’Autorità nazionale anti-corruzione (Anac). “Performance, trasparenza e corruzione sono fenomeni strettamente collegati ed è rischioso ritenere che il problema corruzione sia un fattore a sé indipendentemente da come funziona l’amministrazione.” E se è vero che il responsabile della prevenzione della corruzione è il “perno”, affinché tutto funzioni occorre mettere in essere un piano organizzativo perché è evidente che il singolo, se lasciato solo, non può rispondere in toto. È necessario che tutte le aziende nominino al più presto il responsabile della prevenzione della corruzione, che fino ad ora è presente nel 62% delle aziende sanitarie del nord, nel 28% di

quelle del centro e 30% nelle isole. Critica sull’eccesso di regole “che molte amministrazioni fanno fatica ad applicare. E troppe regole sono più permeabili ai favori”.

Tra i relatori non potevano mancare i rappresentanti della società civile, particolarmente sensibile a queste tematiche e con cui Agenas ha un rapporto di collaborazione progettuale, come Libera, Gruppo Abele, Avviso pubblico e Coripe. A loro nome **Vittorio Demicheli** ha illustrato gli obiettivi del laboratorio per la promozione della legalità “Illuminiamo la salute”: iniziative di valutazione, ricerca e cambiamento per un sistema sanitario integro, efficiente, al servizio di tutti i cittadini.

A seguire **Angelo Del Favero**, Presidente di Federsanità Anci ha analizzato le aree di maggior pericolosità nella sanità: l’accreditamento, la libera professione, la tematica concorsuale, la ricerca, le gare e la loro successiva gestione. “È possibile fare una seria lotta alla corruzione perché in materia non siamo all’anno zero”. Ha ricordato che “un’azienda più è informatizzata più è controllabile” e che “nel combattere la corruzione occorre scindere l’indirizzo strategico dalla gestione, poiché si tratta di cose diverse e con diversi livelli di responsabilità”.

Fausto Nicolini, Vice Presidente Fiaso, ha voluto sottolineare come gli “obblighi” previsti contro la corruzione non debbano tradursi in un mero adempimento burocratico indotto da una normativa in cui non sfuggono farraginosità, spigolosità e il massiccio impatto sull’organizzazione. Bisogna concentrare l’attenzione e l’azione su ciò che è effettivamente utile ai fini degli obiettivi stabiliti.

E se Nicolini ha posto l’accento anche sul problema delle sponsorizzazioni (“la mia Asl non dà

patrocinio a convegni sponsorizzati da industrie farmaceutiche”) e delle donazioni in cui c’è materiale di consumo, la senatrice **Nerina Dirindin** ha individuato altri temi di illegalità nel settore della salute, come “il mancato rispetto del diritto della persona che ha bisogno di assistenza appropriata, nel momento giusto e con modalità giuste”. Quindi affrontare subito questioni quali i contratti di lavoro, l’alta presenza di personale precario e di conseguenza non strutturato, la sicurezza dei luoghi delle cure, l’abuso di potere, i conflitti di interesse.

Beni e servizi, accreditamento, discrezionalità, procedure di nomina dei Direttori generali non potevano non essere al centro del contributo di **Lucia Borsellino**, Assessore alla sanità della Regione Sicilia, un territorio in cui la sanità è il bacino produttivo e occupazionale maggiore e dove inevitabilmente si concentrano gli interessi della criminalità organizzata. Per la selezione dei Direttori generali, argomento di particolare attualità per la Sicilia, avvenuta secondo i nuovi criteri previsti dalla legge Balduzzi, “non ci si è limitati a valutare i requisiti di ammissibilità, ma si è voluto tener conto di una valutazione di merito”. Tutti infatti vantano alto profilo e competenza e le istituzioni eserciteranno il loro “diritto discrezionale” dentro una rosa ristretta di nomi e “sarà questa nuova squadra di manager ad accompagnare la seconda fase della riforma sanitaria siciliana”.

Viviamo tempi in cui il pensiero dominante è “chi è cattivo vince, chi è buono perde”. Perché si dovrebbe essere onesti e leali anche quando è possibile non esserlo, e non esserlo risulta più conveniente? Ha risposto il teologo **Vito Mancuso** con la sua *lectio magistralis* in cui sostiene la tesi che “l’etica è libertà, libertà di decidere a favore del bene e della giustizia”.

Etica come cura per la sanità, per migliorare, prima ancora delle leggi, gli esiti del sistema sanitario, ha sostenuto **Francesco Macchia**, Presidente dell’Istituto per la promozione dell’etica in sanità, presentando, tra l’altro, una petizione per far fronte a due “mancanze” della 190, in cui si propone l’istituzione della “confisca per equivalente” ai condannati per corruzione in sanità e che quanto confiscato confluisca in un fondo dedicato che serva per premiare chi denuncia.

Etica nel campo della ricerca sanitaria, di cui ha relazionato **Carlo Petrini**, responsabile dell’Unità bioetica dell’Istituto superiore di sanità, sottolineando come gli aspetti più direttamente connessi alla trasparenza e alla legalità possono essere accomunati nell’espressione “integrità nella ricerca”.

Etica pubblica, intesa come etica delle istituzioni che per **Francesca Moccia** di Cittadinanzattiva, presuppone che le amministrazioni “non solo lavorino bene, ma facciano sapere quello che fanno, come lo fanno e mettano i cittadini nelle condizioni di farsi valutare”. La strategia della prevenzione, infatti, sarà più forte e più efficace in un Paese in cui le istituzioni si mettono nelle condizioni di farsi valutare dai cittadini. Un’esperienza, quella della valutazione civica, messa a disposizione nella collaborazione con Agenas nell’attività svolta per misurare il grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere: i processi assistenziali e organizzativi orientati alla persona, accessibilità, vivibilità e comfort dei luoghi di cura, accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza, cura della relazione con il paziente e il cittadino.

Quali sono, in questo contesto, i compiti di Agenas? “L’agenzia è impegnata a tradurre in azioni alcune delle parole-chiave fondamentali per il Ssn – specifica il Direttore generale **Fulvio Moirano** – realizzando un continuo supporto tecnico-scientifico”.

tifico a livello locale, regionale e nazionale”. Posizionata tra strutture centrali e regionali, Agenas “è un osservatorio fortemente privilegiato per capire, conoscere il Paese e le sue difficoltà”.

Coniugare etica, esperienza quotidiana, formazione nelle organizzazioni sanitarie sul territorio. **Ida Grossi**, Direttore sanitario della Asl 3 di Genova, ha riferito del progetto che ha coinvolto aziende del Piemonte, Puglia, Sicilia, Liguria, formando una vera e propria rete, gruppi di lavoro per far “ripensare il valore dell’attività svolta e della relazione nei confronti di colleghi e pazienti e costruire una Carta etica che attingesse alle emozioni e all’esperienza degli operatori”. La Carta vuole essere uno strumento di lavoro, aiutare chi la consulta a migliorare la qualità della propria vita lavorativa, far nascere idee, stimolare riflessioni e proposte, perché “diffondere valori etici, migliorare la relazione all’interno delle aziende significa creare benessere organizzativo e potenziare la qualità delle prestazioni”.

Sulla stessa lunghezza d’onda **Angelo Tanese** e **Alessandro Bazzoni** della Asl Roma E, che hanno esposto il percorso per l’elaborazione di una “Carta etica per gli operatori sanitari”, strumento per garantire coerenza fra scelte pratiche e valori enunciati, qualità nell’erogazioni delle prestazioni, confronto tra i valori e gli impegni in-

dividuati dai professionisti sanitari e il giudizio espresso dai cittadini.

Come sostenere e difendere un sistema sanitario che troppi mettono in discussione, approfittando delle criticità che sussistono? **Ottavio Nicastro**, Direttore generale sanità della Regione Emilia Romagna, se da un lato ha ripercorso le problematiche emerse nel corso della giornata di lavoro e confronto, dall’altro ha portato all’attenzione dell’assemblea alcune proposte. Il compito più arduo è quello di cambiare la cultura delle organizzazioni perché “in una piazza dove interagiscono molteplici soggetti, chi guadagna il centro della piazza con comportamenti negativi condiziona l’agire di tutti”. Quindi, mettere ai margini comportamenti scorretti partendo dall’“esempio dei dirigenti”, da uno stile di comando incentrato sull’esempio di onestà e rispetto delle regole. Costruire un modello di Piano per la prevenzione della corruzione applicabile nelle strutture sanitarie che tenga conto delle diverse specificità; realizzare un modello di formazione che coinvolga vari soggetti, dalle università, alle associazioni, gli ordini professionali, sono alcune delle proposte. “Per fare una buona sanità occorre un buon governo perché – ha concluso – citando Martin Luther King, *può darsi che non siate responsabili della situazione in cui vi trovate, ma lo diventerete se non fate nulla per cambiarla*”.

D.M.

Le strategie del Ministero della salute per il contrasto all'illegalità

Intervista con il Ministro **Beatrice Lorenzin**

Si stima che nel 2013 illegalità e frodi abbiano bruciato nella sola sanità circa il 5-6% delle risorse (5-6 miliardi), sottratti a un settore che, più di tanti altri, negli ultimi anni ha subito una drastica contrazione di fondi. Tenendo conto di quanto lei si è impegnata per scongiurare ulteriori tagli nell'ultima legge di stabilità, che cosa si può ipotizzare per incrementare la lotta alla corruzione?

“Il Ministero della salute sta promuovendo numerose azioni e strategie orientate all'utilizzo etico delle risorse e al miglioramento della riduzione degli sprechi attraverso un programma di revisione e aggiornamento della struttura gestionale e della governance.

Parallelamente, il Ministero della salute è impegnato con il programma di revisione della spesa così come delineato dal Commissario Cottarelli. Il Gruppo di coordinamento istituito presso il nostro Dicastero, sta lavorando alla formulazione di proposte e soluzioni che possano comportare risparmi di spesa distribuiti nel periodo 2014-2016 e all'individuazione, attraverso una specifica mappatura, degli ambiti in cui è possibile intervenire per documentare oltre che un miglioramento dei conti, anche una concreta riqualificazione dei servizi a favore dei cittadini. Tra i principali ambiti presi in esame si riportano i seguenti: individuazione di standard qualitativi e di costo per i servizi appaltati; razionalizzazione degli acquisti; razionalizzazione scorte-logistica; razionalizzazione e sostenibilità consumi energetici; interventi su farmaci e dispositivi medici; valutazione delle tecnologie sanitarie per il governo dell'innovazione e il disinvestimento selettivo (Hta); appropriatezza d'uso delle apparecchiature; appropriatezza delle indagini diagnostiche e dei percorsi diagnostico-terapeutici; appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e dell'accesso in Pronto soccorso; revisione della struttura della governance del Ministero della salute e degli enti vigilati. A tal riguardo si precisa che è stato creato uno specifico tavolo finalizzato proprio allo studio delle misure ulteriori da poter intraprendere finalizzate alla prevenzione della corruzione”.

L'Italia nell'ultimo biennio ha varato provvedimenti importanti in materia di trasparenza e diffusione di informazione da parte delle pubbliche amministrazioni. A suo avviso, queste leggi e il Piano triennale di prevenzione della corruzione possono realmente arginare il fenomeno dell'illegalità o si rischia di trovarci dinanzi a nuovi e inutili adempimenti burocratici? “Non vi è dubbio che la nostra società oggi richieda un cambiamento reale e strutturale e questo cambiamento deve per forza di cose contemplare una rieducazione al valore etico. Il fenomeno della corruzione sembra inarrestabile. Una corruzione che è stata definita liquida e dilagante e che, solo nel settore sanitario, costa miliardi di euro. Nel primo Rapporto della Commissione europea sul fenomeno della corruzione si legge che il fenomeno interessa tutti gli Stati membri, che costa all'economia europea circa 120 miliardi di euro all'anno, ma in Italia è più grave, tanto che la corruzione nel nostro Paese vale circa 60 miliardi l'anno, pari a circa il 4% del Pil e la metà che in tutta l'Ue. Malgrado le molte misure intraprese negli ultimi anni dagli Stati membri, i risultati sono disomogenei e occorre fare di più a livello di prevenzione e repressione. Il Ministero della salute si sta impegnando su più fronti proprio per permettere al sistema di funzionare meglio e sicuramente la parola d'ordine è **prevenzione**. Per prevenire l'illegalità occorre, infatti, agire sui fattori di rischio e accanto alla realizzazione delle previsioni contenute dalla legge sull'anticorruzione (L. 190/2012), proprio il 31 gennaio è stato varato il Piano triennale di prevenzione della corruzione, il Ministero della salute ha individuato alcuni settori molto rilevanti e per ciascuno di loro è stata posta in essere una strategia definita e specifica”.

I casi di corruzione si annidano in particolare in cinque categorie: nomine, farmaceutica, ap-

palti di beni e servizi, accreditamento e negligenza medica. Nel Patto per la salute vi sono disposizioni in questi ambiti che possono evitare sprechi e corruzione?

“Stiamo costruendo il Patto per la salute con l'intento di recuperare in appropriatezza, attraverso l'eliminazione degli sprechi e il reinvestimento dei risparmi nel sistema. Sono sicura che grazie al Patto per la salute e al programma di revisione della spesa, riusciremo a rintracciare ampi spazi di recupero di efficienza e di razionalizzazione dell'offerta senza ridurre la qualità dell'assistenza ai cittadini”.

La recente normativa sulla selezione dei Direttori generali, a suo avviso, potrà effettivamente incidere su una gestione clientelare della sanità?

Relativamente alle scelte che riguardano la gestione della sanità e alle interferenze del sistema politico, in un momento storico così particolare di recupero dell'efficienza gestionale e contabile, emerge ancor di più, tutta la complessità, l'importanza e la responsabilità del ruolo ricoperto da coloro che sono chiamati a individuare le misure da adottare e a trasformarle in azioni quotidiane, fronteggiando le continue emergenze. È necessario in tal senso **promuovere una maturazione culturale del sistema politico che deve privilegiare il merito nella selezione dei professionisti**, soprattutto di quelli che sono chiamati a dirigere i massimi livelli di governance del servizio sanitario. **Il Ministero della salute sta focalizzando l'attenzione sulla formazione** proprio di coloro che sono chiamati a gestire le risorse economiche e finanziarie attraverso la promozione dell'utilizzo etico delle risorse, la promozione dell'etica dei professionisti sanitari e la promozione della cultura della legalità attraverso l'interiorizzazione da parte delle aziende sanitarie di modelli organizzativi idonei a prevenire com-

portamenti illeciti, nonché la promozione della “cultura del merito”. È necessario che i manager – e tutti coloro che sono chiamati a dirigere i massimi livelli di governance del servizio sanitario – debbano assolutamente possedere un curriculum formativo e professionale e un *background* esperienziale, idonei e compatibili con il delicato ruolo, soprattutto in questo momento così critico e complesso”.

Oltre alle frodi e agli episodi di corruzioni con conseguenze sui costi del Ssn, vi è l'**inappropriatezza che impatta prevalentemente sulla salute dei pazienti e che talvolta è accompagnata da dolo. Quali strumenti si possono affinare per impedire episodi di tal genere che minano definitivamente la fiducia che i cittadini ripongono nel Servizio sanitario nazionale?**

“Il Ministero della salute sta promuovendo numerose azioni che hanno come scopo il rafforzamento del monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei livelli essenziali di assistenza.

L'accento è stato posto quindi sulle attività, le funzioni, la struttura, la regolamentazione interna, le modalità attraverso cui si svolgono i processi organizzativi e sul presupposto che l'inappropriatezza degli interventi clinici e assistenziali costituisce l'indicatore dell'esistenza di una patologia, la spia della presenza di un difetto di organizzazione.

È necessario intervenire sui seguenti fattori:

- **ricoveri inappropriati;**
- **sprechi da assenza o carenza di integrazione ospedale-territorio;**
- **carenza di assistenza domiciliare e di welfare di comunità;**
- **posti letto ospedalieri”.**

Quando sarà attivo il Portale della trasparenza del Servizio sanitario nazionale, considerato strumento necessario per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità?

“Il primo *asset* strategico sul quale stiamo lavorando è proprio la trasparenza. Un'amministrazione trasparente è un'amministrazione educata al comportamento legittimo. Grazie al progetto **Portale della trasparenza dei servizi per la salute** il Ministero della salute insieme ad Agenas si è impegnato a realizzare un sistema più completo e più rispondente alle esigenze di trasparenza e a promuovere un nuovo metodo di comunicazione tra l'Istituzione e il cittadino, meno ingessato, più fruibile e interattivo. Il Portale sarà pienamente operativo nei prossimi mesi. Attraverso il Portale i pazienti avranno accesso ai dati di performance grazie al Programma nazionale di valutazione esiti (Pne), gestito da Agenas per conto del Ministero della salute; potranno confrontare diversi erogatori di servizi; avranno il pieno controllo sulle proprie scelte di salute e potranno fornire feedback sui servizi assistenziali, in perfetta coerenza con le previsioni della Direttiva 2011/24/UE”.

Debolezza e forza del sentire etico

di **Vito Mancuso**

Teologo, docente di Storia delle dottrine teologiche, Università degli Studi di Padova

16

modor

D

ichiaro subito la tesi che intendo sostenere specificando in che cosa consistono, a mio avviso, la debolezza e la forza del sentire etico.

Quanto alla debolezza, essa consiste nel fatto che l'etica per funzionare ha bisogno della libertà, perché essa è essenzialmente libertà che decide per il bene e per la giustizia; ma la libertà, per mettersi al servizio dell'etica, ha bisogno di educazione, per la precisione di un'educazione specifica che si chiama disciplina spirituale, della quale però il nostro tempo ha perduto la pratica (dove sono oggi le scuole di virtù? chi oggi insegna la virtù?) e sta perdendo anche la nostalgia. La debolezza del sentire etico consiste quindi nell'assenza di un'educazione della libertà che si chiama filosofia morale o spiritualità.

Quanto alla forza del sentire etico, essa è data dal suo radicamento nella nostra fisicità. L'etica infatti debitamente compresa non è altro che l'espressione consapevole della logica di armonia relazionale che si trova alla base della formazione del nostro corpo a partire dai 18 elementi atomici che lo compongono. La forza del sentire etico consiste nell'armonia che si viene a creare tra logica della fisicità corporea e logica dell'agire libero e consapevole. Dichiarata la tesi, passo ora all'argomentazione.

DEBOLEZZA DEL SENTIRE ETICO

La debolezza del sentire etico non ha bisogno purtroppo di dimostrazioni, ogni giorno i giornali l'attestano. Il fatto che si tenga un convegno come questo¹ su legalità ed etica dice che la nostalgia per la virtù è ancora viva, tuttavia non mi stupirei se già in qualcuno di voi questo convegno, e tanto più l'idea di una relazione al riguardo da parte di un teologo, susciti un senso di noia o di fastidio. Vengo spesso

1. Il testo è tratto dalla lectio magistralis tenuta da Vito Mancuso al Convegno nazionale "Trasparenza, legalità ed etica nel Servizio sanitario nazionale" promosso da Agenas il 3 dicembre 2013, in collaborazione con il Ministero della salute e la Conferenza delle Regioni.

chiamato a parlare di etica, ne ho parlato nei licei, nelle aule universitarie, nelle aziende, nelle piazze delle manifestazioni culturali, ho anche tenuto uno specifico corso di etica ai futuri commissari presso la Scuola Superiore di Polizia, e devo dire che ogni volta, prima di prendere la parola, ho percepito su molti volti disinteresse e noia. Anche per questo cito qui a mia discopla una frase di Shakespeare: “Perdonatemi questa predica di virtù, perché nella rilassatezza di questi tempi bolsi la virtù stessa deve chiedere perdono al vizio” (*Amleto* 3,4).

“Buonista” si usa dire, intendendo chi, animato da buoni sentimenti, risulta poco capace di incidere sulla realtà effettiva delle cose. Gli allenatori delle squadre di calcio mandano in campo i calciatori e dicono che li vogliono “cattivi”, il che per loro significa efficaci.

Non fanno che esprimere il pensiero dominante: chi è cattivo vince, chi è buono perde. Come nello sport, così nella vita. Questo è il pensiero che abita la mente occidentale da qualche secolo a questa parte e che ha trovato la sua consacrazione teoretica nel pensiero di Friedrich Nietzsche, il filosofo preferito da Mussolini e Hitler (in un discorso alla Camera del 26 maggio 1934 il Duce si dichiarò “discepolo di Federico Nietzsche polacco germanico”, mentre il Führer si recò in visita più volte all’archivio del filosofo, gestito e strumentalizzato, dalla sorella Elisabeth).

La cosa curiosa, e per me preoccupante, è che l’opera di Darwin viene letta dai più esattamente nella medesima prospettiva che fa della forza e della furbizia l’arma migliore per vivere, per cui oggi anche da sinistra (dove il darwinismo ha ormai sostituito il marxismo quale orizzonte teoretico) si tende a pensare l’uomo e la vita in questa prospettiva “al di là del bene e del male” (per citare il noto testo di Nietzsche del 1886).

So bene che queste affermazioni filosofiche andrebbero più adeguatamente argomentate, ma

qui mi posso solo limitare a dichiarare che non mi meraviglia affatto che non pochi funzionari delle nostre istituzioni si appropriino rapacemente delle risorse pubbliche per soddisfare le loro brame: il comportamento infatti discende dalla mente, e la mente è guidata dalla gerarchia esistenziale in base a cui è configurata, per cui se non c’è nulla di più rilevante della *propria* volontà di potenza, e se non si può arrivare alle vette filosofiche di Nietzsche o a quelle scientifiche di Darwin, è logico che ci si avventi sui quotidiani orizzonti di sempre, cioè sesso e denaro, piacere e potere.

Il problema quindi non è l’immoralità pratica, che sempre ha accompagnato il fenomeno umano e sempre l’accompagnerà, ma è la debolezza del sentire etico riguardo alla differenza tra moralità e immoralità. Gli uomini hanno sempre trasgredito i codici etici, ma un tempo quando lo si faceva ci si sentiva fuori posto (peccatori nella versione cattolica, inadempienti agli obblighi della coscienza nella versione laica), oggi invece ci si sente furbi e vincenti.

Il problema, in altri termini, è la mancanza di fondamento dell’etica all’interno della coscienza. Essa appare dalla difficoltà di rispondere alla domanda del perché si dovrebbe essere giusti quando tutti fanno i furbi. Perché la giustizia dovrebbe essere sempre meglio dell’ingiustizia, se talora l’ingiustizia genera più forza? Perché il bene dovrebbe essere sempre meglio del male? Rispondere a questa domanda è di un’importanza decisiva per il nostro tempo.

FORZA DEL SENTIRE ETICO

La mia argomentazione a favore della forza del sentire etico consiste nella risposta alla domanda sul perché il bene dovrebbe essere sempre meglio del male, una domanda radicale nel senso primo del termine, cioè che interpella la radice dell’etica.

Io sostengo che il fondamento dell'etica ha a che fare con la fisica, con la natura intima della realtà. A mio avviso infatti l'etica non fa che esprimere a livello interpersonale e in modo consapevole la logica della relazione armoniosa che abita l'organismo a livello fisico e che si esprime come armonia tra le componenti subatomiche che generano gli atomi, come armonia tra gli atomi che generano le molecole, e così sempre più su generando cellule, tessuti, organi, sistemi, organismi. La cultura dominante in occidente è perlopiù portata a considerare che l'etica sia un'elaborazione culturale che ha poco a che fare con la natura, perché la natura conosce solo la forza. Noi vediamo che un pesce più grande mangia un pesce più piccolo, per essere poi a sua volta mangiato da un pesce ancora più grande, e quindi poniamo il conflitto a fondamento della natura, e in effetti non ci sono dubbi che nella natura vi sia il conflitto. Esso però non è il fondamento della natura, perché se lo fosse la natura non potrebbe neppure esistere.

Perché il pesce possa mangiare o essere mangiato deve prima di tutto essere un pesce. Consideriamo il pesce, consideriamo l'acqua in cui vive, consideriamo il pianeta che lo ospita: qual è la logica che rende possibile il fenomeno pesce, il fenomeno acqua, il fenomeno pianeta terra? La risposta è semplice: è la logica dell'aggregazione. Esempi di aggregazione sono:

- l'acqua: idrogeno, ossigeno e vari sali minerali;
- l'aria: azoto (78%) + ossigeno (21%) + argon (0,9%) + vari gas;
- il pianeta Terra: ferro (32,1%) + ossigeno (30,1%) + silicio (15,1%) + magnesio (13,9%) + altri elementi;
- il Sole: idrogeno (74%) + elio (24%) + altri gas;
- il corpo umano: ossigeno (65%), carbonio (18%), idrogeno (10%), azoto (3%), calcio (1,5%), fosforo (1,2%) + altri 12 elementi atomici, tra cui potassio, zolfo, ferro, magnesio, rame;

- la vita della mente: parole formate da suoni, pensieri formati da parole, la lingua formata da altre lingue e da suoni naturali (onomatopée). Al mondo non esiste ente che non sia un aggregato, perché la vita è aggregazione.

E l'aggregazione si rende possibile grazie alla logica dell'armonia relazionale. Il principio costitutivo della natura, quindi, è la relazione.

È noto che il termine greco *èthos*, prima di significare "consuetudine, uso, costume" e generare il termine *etica*, significa "soggiorno consueto, dimora abituale, abitazione". L'etica cioè, prima di essere qualcosa che indica ciò che dobbiamo fare, è qualcosa che ci custodisce, è la nostra dimora. Ne viene che con essa a essere in gioco non è tanto un appello alla buona volontà, quanto più in profondità la logica che dà origine e tiene insieme i nostri corpi, la logica della relazione armoniosa. Noi abitiamo l'*èthos-etica*, esso esprime la logica all'origine della nostra *physis-fisica*.

È per questo che l'etica si impone da sé e i bambini fin da piccoli percepiscono immediatamente il senso di giustizia e di ingiustizia. Forse la frase "non è giusto" è una delle prime pronunciate da ciascuno di noi. E per questo il dovere di comportarsi in modo onesto verso gli altri si impone da sé alla mente, perché rispecchia la logica che governa il corpo.

Questo ovviamente vale nella misura in cui la mente sia retta, e non malata o avvelenata come spesso purtroppo è. A differenza infatti degli altri esseri viventi che non possono andare "al di là del bene e del male", la mente umana può realizzare la sua logica costitutiva di armonia relazionale solo passando attraverso l'energia indeterminata che chiamiamo libertà, coscienza, libero arbitrio.

Da qui l'importanza essenziale della medicina, della medicina dello spirito oltre che di quella del corpo e della psiche. Voi certo sapete che il termine medicina viene da *medicus* e questo a sua volta dal verbo *medeor* che significa "medicare, curare, sanare".

Nella forma iterativa (quella cioè che indica un'azione che si ripete) il verbo *medeor* dà origine al verbo *meditor*, “pensare, meditare, riflettere”, il verbo per eccellenza della spiritualità. Queste brevi considerazioni etimologiche mostrano come all'origine della nostra civiltà i nostri padri latini abbiano compreso il profondo legame tra medicina dei corpi e medicina delle

menti, tra guarigione dei corpi e guarigione delle menti.

Ne viene, in conclusione, che il legame tra etica e medicina non è solo qualcosa che garantisce una migliore gestione delle risorse economiche, ma, ben più in profondità, è la via per eccellenza della cura dell'essere umano in tutte le sue dimensioni.

@Riproduzione riservata

Il piano nazionale anticorruzione e l'intesa sancita dalla Conferenza Unificata il 24 luglio 2013: quali indicazioni per le Aziende sanitarie?

di **Guido Carpani**

Consigliere della Presidenza del Consiglio dei Ministri, docente di Diritto amministrativo e diritto sanitario, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

20

mobar

“

I

Il rinnovamento istituzionale non è separabile dal rinnovamento politico, e quest'ultimo non può prescindere da un rinnovamento morale che l'estensione della piaga antica della corruzione nella vita politica e nella vita amministrativa impone categoricamente [...]”.

Con queste parole il Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, ha voluto stigmatizzare l'importanza di porre in essere azioni, sempre più incisive e mirate, volte al contrasto della corruzione nella pubblica amministrazione.

La corruzione, infatti, rappresenta uno dei principali pericoli non solo per il settore sanitario e sociale, ma per l'Italia intera: 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 quello ben più grave del disprezzo per i beni comuni e 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 salvaguardarla¹.

IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

La legge 6 novembre 2012, n. 190, e i relativi decreti attuativi

Le carenze culturali e normative in tema di contrasto alla corruzione, più volte sottolineate anche dagli organismi internazionali nei confronti del nostro Paese, sembrano destinate a essere progressivamente superate. La strada da percorrere è ancora molto lunga, ma il cammino intrapreso va nella direzione auspicata.

1. Il testo è tratto dalla relazione tenuta da Guido Carpani, all'epoca Capo di gabinetto del Ministero della funzione pubblica, al Convegno nazionale “Trasparenza, legalità ed etica nel Servizio sanitario nazionale” promosso da Agenas il 3 dicembre 2013, in collaborazione con il Ministero della salute e la Conferenza delle Regioni.

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

Peraltro, 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. Secondo la Rete europea contro le frodi e la corruzione nel sistema sanitario, in Europa i fenomeni di corruzione pesano per il 5,6% dei fondi destinati ai servizi sanitari. Un dato allarmante e, quindi, un ulteriore stimolo a rinforzare la lotta contro un "modello" negativo che si insinua in diverse forme nel settore sanitario, dagli appalti all'abusivismo professionale, dalle pratiche per l'accreditamento alle liste per i pagamenti ai fornitori.

Anche da questa consapevolezza è scaturita l'esigenza di varare la legge 6 novembre 2012, n. 190, che costruisce una rete di vigilanza anticorruzione, articolandola dal livello nazionale e centrale fino ai livelli locali e aziendali e mettendo a sistema, rafforzandole, le strutture già esistenti come l'Autorità nazionale anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche, Anac (già Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche ex decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150).

La promulgazione della legge n. 190, quindi, ha inaugurato una stagione di riforme volte a rimuovere le inadeguatezze della precedente normativa sul lato sia del contrasto, sia della prevenzione della corruzione; infatti la legge ha una portata 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.

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

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

In particolare, essa ha:

- dettato 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;
- introdotto la figura del responsabile della prevenzione della corruzione;
- previsto una stringente disciplina delle incompatibilità, del cumulo di impieghi e incarichi ai dipendenti pubblici e stabilisce la definizione di un codice di comportamento dei medesimi;
- delegato 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;
- previsto la tutela del pubblico dipendente che denuncia o riferisce condotte illecite apprese in ragione del suo rapporto di lavoro;
- elencato 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;
- modificato il catalogo dei reati alla cui condanna consegue, per l'appaltatore, la risoluzione del contratto con una Pubblica Amministrazione;

- reso più incisivo il giudizio di responsabilità amministrativa nei confronti del dipendente pubblico che ha causato un danno all'immagine della PA.

Alla legge 190/2012, in attuazione della delega ivi contenuta, hanno fatto seguito il D.lgs. 235/2012, 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, il D.lgs. 33/2013, di riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, nonché il D.lgs. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.

In generale, l'intenzione del legislatore è stata quella di orientare il contrasto alla corruzione attraverso un sistema che guardi più alla prevenzione che alla repressione.

IL PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Il "cuore" della legge risiede nella previsione del Piano nazionale anticorruzione (Pna) e, con riferimento ai singoli enti, dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, un quadro unitario e strategico di programmazione delle attività per prevenire e contrastare la corruzione nel settore pubblico, oltre che della figura del responsabile per la prevenzione della corruzione, scelto dall'organo di indirizzo politico, di norma, tra i dirigenti amministrativi di ruolo di prima fascia in servizio. Il processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione si articola pertanto su due livelli. Un primo livello, nazionale, in cui il Dipartimento della funzione

pubblica predispose, sulla base di linee di indirizzo adottate da un Comitato interministeriale, il Piano nazionale anticorruzione - Pna, approvato poi dall'Autorità nazionale anticorruzione. Un secondo livello, decentrato, in cui ogni amministrazione, nel recepire le indicazioni del Pna, definisce un Piano triennale di prevenzione della corruzione effettuando l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e individuando gli interventi organizzativi volti a prevenirli.

L'adozione del Pna si configura, pertanto, come un processo ciclico in cui le strategie e gli strumenti vengono via via affinati, modificati o sostituiti in relazione agli adattamenti provenienti dalle singole amministrazioni, in sede di applicazione dello stesso.

L'11 settembre 2013 l'Autorità nazionale anticorruzione ha approvato in via definitiva il Piano nazionale anticorruzione relativo al triennio 2013-2016, sulla base del quale le amministrazioni provvedono a redigere i Piani triennali di prevenzione della corruzione.

L'INTESA Considerazioni

Il 24 luglio 2013, in sede di Conferenza Unificata è stata sancita l'Intesa prevista dall'art. 1, commi 60 e 61, della legge 190/2012. L'Intesa ha definito gli adempimenti posti dalla normativa in tema di prevenzione e contrasto della corruzione a carico delle autonomie locali.

In estrema sintesi, l'Intesa ha stabilito i termini relativi:

- alla definizione del Piano triennale anti corruzione, da adottarsi, in sede di prima applicazione, entro il 31 gennaio 2014;
- all'adozione di norme regolamentari concernenti l'individuazione degli incarichi vietati ai dipendenti pubblici.

- alla stesura, da parte di ciascuna amministrazione, del Codice di comportamento, da adottarsi entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore del Codice approvato con Dpr 16 aprile 2013, n. 62, tenendo conto della disciplina dettata da quest'ultimo.

Sempre in sede di Intesa, al fine di dare maggiori certezze agli Enti, sono stati poi definiti gli adempimenti attuativi delle disposizioni recate dalla legge 190/2012 e dai decreti delegati (i citati decreti legislativi nn. 33 e 39 del 2013).

È stato previsto un regime speciale in materia di rotazione degli incarichi dirigenziali negli enti di medie dimensioni; sono stati chiariti termini e modalità di contestazione delle situazioni di incompatibilità e di inconfiribilità; sono state definite le modalità attraverso le quali i Comuni effettuano la comunicazione del Piano anticorruzione alla Regione, comunicazione che si intende effettuata mediante la pubblicazione del Piano sul sito istituzionale dell'Ente stesso.

È bene ricordare che la legge 190/2012 non ha dettato norme specifiche al settore sanitario, trattandosi di settore che richiede l'interposizione o l'intervento del legislatore regionale essendo la "tutela della salute" affidata, dalla Carta costituzionale (art. 117, comma 3) alla potestà legislativa concorrente.

Tra le due fonti, la norma nazionale e quella regionale, si è pertanto collocata l'Intesa del 24 luglio che ha definito, tra l'altro, gli adempimenti più importanti del settore sanitario, stabilendone i relativi termini (art. 1 commi 60 e 61).

Il legislatore nazionale individua un atto di per sé che ricorda "Giano bifronte": se l'Intesa normalmente serve a raccordare due livelli di governo, fornendo linee di attività che legano gli attori istituzionali che la sottoscrivono, in questo caso è essenzialmente l'interlocutore regionale che si vede destinatario di importanti puntuali oneri per la piena e sollecita attenzione della

legge n.190, dei D.lgs. 33 e 39 del 2013 e del Dpr n. 62 dello stesso anno.

L'attività prefigurata per il livello statale pare infatti solo burocratico-attuativa. Le obbligazioni dedotte nell'Intesa che riguardano l'amministrazione centrale nella materia sanitaria sono la partecipazione a un tavolo di lavoro presso il Dipartimento della funzione pubblica con il coinvolgimento del Ministero della salute, mentre l'obbligazione che sorge a livello regionale è non solo di tipo amministrativo, ma anche legislativo. Siamo in presenza di un atto pattizio volto ad assicurare l'uniforme attuazione negli ordinamenti regionali delle disposizioni dettate dal legislatore nazionale tese a prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità nella PA.

Il principio da cui è partita la legge 190 era quello di delimitare o restringere spazi di discrezionalità in capo alle amministrazioni, al fine di evitare che in questi ambiti discrezionali si annidassero comportamenti non del tutto coerenti con il principio, dettato dall'art. 97 della Costituzione, della buona amministrazione e dell'imparzialità della stessa.

Quindi il legislatore della legge 190 e le parti che hanno sottoscritto quell'Intesa tendono al medesimo obiettivo.

Per certi versi, le indicazioni dell'Intesa sono meramente operative, per altri lasciano uno spazio, in qualche modo, per un ulteriore approfondimento e sviluppo da parte del livello regionale (ad opera del legislatore o dell'amministrazione).

IL SISTEMA SANITARIO

Indicazioni dettate dall'Intesa e dagli interventi legislativi più recenti verso l'imparzialità e la prevenzione della corruzione

In particolare, nell'atto di Intesa del luglio 2013 sono diversi i riferimenti al sistema sanitario.

In primo luogo, con riferimento al soggetto tito-

lare del potere di approvare il Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, l'intesa prevede, al punto 2, che nelle Asl, nelle Aziende ospedaliere, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), esso è individuato nel Direttore generale, sentito il consiglio di indirizzo e vigilanza per i predetti Istituti.

All'interno del processo di aziendalizzazione degli enti preposti alla cura del settore sanitario inaugurato dal D.lgs. 502/1999 la figura del Direttore generale ha assunto sempre più centralità e le numerose funzioni e attribuzioni a essa assegnate, gli conferiscono la natura sia di organo di vertice della azienda, con funzioni di preordinazione di piani, obiettivi e programmi, che di organo di gestione delle risorse umane e finanziarie.

In secondo luogo, e sempre con riguardo allo stesso tema, la trasparenza delle liste di attesa rappresenta uno degli elementi cruciali. Lo coglie anche l'Intesa, al punto 7: considerata l'esigenza di assicurare la trasparenza, evitando aggravii a carico delle strutture, si prevede che le amministrazioni (enti, aziende e strutture private che erogano prestazioni per conto del Ssn) pubblichino sul proprio sito almeno i tempi massimi di attesa previsti per tutte le prestazioni considerate traccianti, suddivisi per classi di priorità e la percentuale del loro effettivo rispetto.

L'adempimento di questa obbligazione è essenziale al fine di assicurare l'appropriatezza delle prestazioni, una delle regole generali della loro erogazione. L'appropriatezza non è soltanto quella clinica, non è soltanto quella finanziaria, ma è anche l'appropriatezza della tempistica di accesso alle prestazioni.

In questo senso, la disposizione ribadisce quanto l'appropriatezza nei tempi di accesso costituisca uno degli elementi fondanti dell'effettivo godi-

mento del diritto alle prestazioni offerte dal servizio e, in qualche modo, si perita di fissare questi tempi massimi sul sito. Sempre ai fini della trasparenza, le parti convengono essenziale che permanga un controllo ampio da parte del cittadino-utente e delle proprie associazioni rappresentative in ordine al loro rispetto e che questi tempi massimi non siano superati ma, attraverso un'attenta opera di monitoraggio, siano ulteriormente contenuti.

La riduzione dei tempi di attesa costituisce uno degli obiettivi che il servizio sanitario nazionale persegue attraverso l'impegno dei propri Direttori generali, da verificare in sede di consuntivo.

L'Intesa del luglio 2013, al punto 4, prevede che gli enti assicurino la rotazione dei dirigenti e dei funzionari addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione secondo quanto disposto dalla legge 190/2012. La dottrina, peraltro, aveva già stigmatizzato quanto la fiduciarità dell'incarico che lega il Direttore generale alla Regione possa essere uno strumento in cui si radicano o si originano comportamenti corruttivi.

Il legislatore regionale dovrà quindi farsi carico di assicurare, almeno per il Direttore generale, un'adeguata rotazione degli incarichi (si consideri che la durata media, a livello nazionale, è pari a 3,6 anni² a fronte di una durata fisiologica del contratto dei Direttori generali fissata in cinque anni) e, probabilmente, di capire se è possibile farlo anche per i titolari degli incarichi di struttura complessa, per i quali l'applicazione pare più difficile. Infatti, se è possibile fare ruotare due Direttori generali, è complicato dire che un primario di cardiologia debba ruotare con un primario di dermatologia.

Il D.L. 158/2012 convertito, con modificazioni, in legge 189/2012 (c.d. *Decreto Balduzzi*), era già intervenuto per contenere l'ampia discrezionalità

2. Fonte: Rapporto OASI 2013.

delle aziende nella scelta dei vertici delle relative strutture, dettando precise modalità per l'individuazione sia dei titolari degli incarichi di struttura complessa che dei Direttori generali.

In particolare, l'art. 4 del citato *Decreto Balduzzi* ha dettato nuove disposizioni riguardo al processo di nomina dei Direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, prevedendo che ogni Regione scelga i Direttori generali attingendo a un apposito elenco regionale di idonei, ovvero ad analoghi elenchi di altre Regioni. La citata norma prevede che tali elenchi siano costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata da parte di una Commissione di esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti (di cui uno designato da Agenas), costituita dalla Regione medesima; alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla Regione.

Il ridimensionamento della discrezionalità nella scelta regionale, che rimane comunque ampia, non ha riguardato solo il Direttore generale, ma anche l'individuazione del responsabile di struttura complessa da parte del Direttore generale: in questo caso si è passati addirittura a un sistema para-concorsuale. Qui il legislatore sembra avere compiuto un passo importante verso la valorizzazione della professionalità dei medici che assumono la responsabilità di strutture complesse circoscrivendo così la possibilità di libera scelta da parte del vertice regionale.

Un altro aspetto prima accennato riguarda l'adozione del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, avvenuta con Dpr 16 aprile 2012, n. 62. Si tratta di un documento che fa da cornice ai Codici di comportamento che le singole am-

ministrazioni devono adottare. In particolare, al punto 5, l'Intesa prevede che gli enti adottino un proprio Codice di comportamento entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore del predetto decreto, tenendo conto della disciplina dettata da quest'ultimo. In ogni Codice settoriale devono essere previste regole comportamentali specifiche, differenziate a seconda delle aree di competenza e calibrate sulle diverse professionalità.

Per il settore sanitario, l'Agenas potrebbe essere l'ente in grado di contribuire alla definizione di un Codice di comportamento riguardante non soltanto i dipendenti del Servizio sanitario, ma anche i titolari di contratti di collaborazione e di prestazioni di servizi con lo stesso.

Con riguardo all'individuazione degli incarichi vietati ai dipendenti pubblici, l'Intesa, dando seguito a quanto disposto dalla legge 190, al punto 6 ha previsto l'istituzione presso il Dipartimento della funzione pubblica di un tavolo tecnico col compito, tra l'altro, di individuare gli incarichi vietati agli operatori del Servizio sanitario. Il tema è di grande rilievo perché la sanità ha sempre costituito un'eccezione nell'ambito delle regole dei dipendenti pubblici. Tutti i pubblici dipendenti, infatti, debbono soggiacere a una verifica di compatibilità, da parte dell'amministrazione di appartenenza, per potere assumere un incarico ulteriore a quello di servizio, anche se si tratta di una semplice collaborazione.

Nella sanità, invece, abbiamo una categoria di soggetti, quali i medici, che hanno per legge la possibilità di svolgere un'attività professionale, oltre quella del rapporto di servizio, sia nell'ambito che fuori l'Azienda di appartenenza. Il tema sarà di grande rilevanza e di grande impegno in vista dell'individuazione degli incarichi vietati per il personale del Servizio sanitario.

L'Intesa, al punto 8, prevede inoltre che "gli articoli 5, 8, 10 e 14 del D.lgs 39/2013, laddove questi dettano specifiche disposizioni per l'inconfe-

ribilità e l'incompatibilità nelle Asl, si applicano anche alle Aziende ospedaliere”.

Le ultime righe dell'Intesa dicono una cosa che in diritto diremmo ovvia, ma che dovrebbe farci pensare. La locuzione di incarico professionale – che l'Intesa riporta erroneamente all'art. 10, comma 2, del sopra citato decreto legislativo, anziché al comma 1 b) del medesimo articolo – non si riferisce alle tipologie contrattuali proprie della medicina convenzionata.

CONCLUSIONI

Il settore sanitario, uno dei settori più rilevanti in termini di spesa pubblica e perciò maggiormente esposto al rischio di corruzione, rappresenta una sorta di microcosmo, un campione efficacemente rappresentativo di tutte le problematiche inerenti

la corruzione nel sistema politico-istituzionale italiano.

Ad oggi si può affermare con ragionevole certezza che tutti i provvedimenti sino ad ora realizzati in tema di prevenzione della corruzione nel settore sanitario, sono stati caratterizzati da un attento approccio teso alla salvaguardia delle prerogative di autonomia delle Aziende sanitarie e delle Regioni.

Le Aziende sanitarie dovranno fornire un concreto e utile contributo, con una forte attenzione a ciò che rientra nella tematica della previsione del rischio, all'elaborazione delle strategie nazionali attraverso i singoli Piani triennali di prevenzione della corruzione, affinché possa, nel medio periodo, verificarsi un'inversione di tendenza e siano i territori, nella consapevolezza dell'agire quotidiano, a evidenziare gli ambiti di intervento prioritari.

Contrastare la corruzione: l'impegno delle Aziende sanitarie

di **Fausto Nicolini**

Direttore generale Azienda Usl di Reggio Emilia, Vice Presidente Fiaso

li interventi di contrasto alla corruzione per le Aziende della sanità sono solo un imperativo etico, un adempimento burocratico o una necessità impellente?

In un contesto complessivo che vede l'azione della Pubblica Amministrazione esercitare un significativo impatto sul sistema economico nazionale, l'esigenza che le risorse a disposizione vengano gestite oculatamente e risultino finalizzate al soddisfacimento dei bisogni della collettività si pone in termini perentori e ineludibili.

Elio Borgonovi¹ ha scomposto la spesa sanitaria in quattro componenti: bisogni di salute reali, prestazioni inappropriate, sprechi/inefficienze e fenomeni illeciti.

Tra i fenomeni illeciti ricomprende la corruzione e le infiltrazioni malavitose che, insinuandosi nel business della sanità, si realizzano nelle più svariate forme: dalla manipolazione delle gare di fornitura (con alterazioni nei prezzi di acquisto) fino alla "mafia del caro estinto".

È evidente che le misure per debellare questi usi impropri di risorse non possono essere solo di tipo tecnico-professionale o manageriale, ma richiedono azioni congiunte di molteplici autorità pubbliche e una reazione morale della società.

Analogamente, nel nuovo contesto americano dell'*Obama Care* e coerentemente al *Best care at lower cost*², Berwick e Hachbarth³ hanno identificato le sei maggiori fonti di spreco che costituiscono almeno il 20% dei costi sanitari negli Stati Uniti:

1. sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci (gap ricerca-pratica);
2. inadeguato coordinamento dell'assistenza (gestione cronicità, rimbalzo del paziente, integrazione ospedale-territorio);

1. Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico, Università Bocconi - Scomporre problemi complessi per curare il Ssn - *Il Sole 24 Ore Sanità*, 28 maggio 2013.

2. Nino Cartabellotta, Presidente Fondazione Gimbe - Contro la spending review del Governo Monti, la ricetta del "best care at lower cost" firmata Obama - *Il Sole 24 Ore Sanità*, 28 maggio 2013.

3. Centers for Medicare and Medicaid Services (Cms).

3. sovrautilizzo di interventi diagnostici e terapeutici (overtreatment e overdiagnosis, medicina difensiva, cultura del “more is better”);
4. complessità amministrative (burocrazia, scarsa informatizzazione, ipertrofia della funzione amministrativa);
5. tecnologia sanitaria troppo costosa;
6. frodi e abusi.

A questo proposito, negli Usa, una quota variabile tra il 5 e il 10% della spesa pubblica (Medicare e Medicaid) è assorbita da frodi e abusi.

Volendo riassumere i concetti esposti e prima di entrare nel merito delle disposizioni della legge 190/2012, occorre proporre alcune considerazioni di carattere generale: la prima è che la corruzione e l'illegalità sottraggono risorse significative al sistema sanitario e spesso sono correlate ad altri fattori, quali gli sprechi e l'inappropriatezza; la seconda considerazione è che “più in generale, le varie forme di illegalità presenti nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse dai programmi di assistenza, ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone” la terza è che per tali ragioni “il contrasto all'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 economica⁴” .

La legge 190/2012 interpreta il termine corruzione nella sua più ampia accezione, intendendo tutto quanto osta alla legalità. La trasparenza quindi diviene il presupposto essenziale e imprescindibile di legalità e viene ampliato il concetto classico di *accountability*, intesa come rendicontazione pubblica e responsabilizzazione sulla performance, concetto peraltro non ancora completamente penetrato

nella cultura italiana della pubblica amministrazione. La legge riporta prepotentemente al centro della cultura organizzativa aziendale il tema dell'etica nell'agire pubblico, puntando prevalentemente (anche se non esclusivamente) su un'azione preventiva (proattiva e di monitoraggio) più che reattiva.

In passato, il legislatore si è ripetutamente occupato di garantire che l'utilizzazione dei mezzi a disposizione della macchina statale producesse i risultati attesi, in termini di complessivo miglioramento della qualità di vita di quegli utenti che, concorrendo quali contribuenti alla costruzione del monte risorse, sono i principali portatori di interesse alla compatibilità di sistema.

Nell'ottica di perseguire i risultati attesi, in termini di efficienza ed efficacia dell'azione pubblica, il legislatore si è dapprima attestato su di un sistema imperniato in controlli esterni esercitati da appositi organismi. La constatazione dell'infruttuosità sostanziale di questo impianto ha indotto a ritenere che le migliori forme per conseguire i risultati attesi dovessero concretizzarsi tramite verifiche sulle attività realizzate dalla Pubblica Amministrazione da parte dei cittadini. In buona sostanza il soggetto collettivo destinatario dell'azione è stato identificato come la parte più direttamente interessata al buon funzionamento della Pubblica Amministrazione.

Gli episodi di malcostume che in forme sempre più oltraggiose sono emersi negli ultimi tempi, suscitando lo sdegno e l'attenzione dell'opinione pubblica, hanno creato il presupposto che ha portato il legislatore a dare una risposta alle perentorie richieste da una collettività giustamente severa.

4. “Illuminiamo la salute. Per non cadere nella ragnatela dell'illegalità”. Supplemento al numero 273/2013 di Animazione Sociale.

La volontà di imprimere una forte spinta di moralizzazione all'agire pubblico sta alla base dei provvedimenti varati dal Parlamento e che, oggi, sono in fase di implementazione. Mi riferisco a due distinte normative: la L. 190/2012 e il D.lgs. 33/2013.

Volendo cogliere il denominatore comune di queste norme si potrebbe sintetizzare così **“la trasparenza quale presupposto essenziale di legalità”**.

Di conseguenza, da un lato, rendere visibile e verificabile da parte dei cittadini l'operato dell'amministrazione attraverso indicatori in grado di accertare la correttezza del suo comportamento e, dall'altro, affermare stringenti principi di lotta al malcostume, orientando i comportamenti a canoni di virtuosità, trasparenza e legalità.

Le Linee guida dell'autorità competente hanno declinato i temi da considerare nei Piani aziendali

di prevenzione della corruzione formalizzati entro il 31 gennaio 2014 e precisamente:

- le misure già in atto e quelle che di prevista introduzione per la neutralizzazione dei fenomeni di malcostume nelle aree individuate a maggior potenziale rischio (personale - appalti - benefici non economici - vantaggi economici);
- le forme per garantire che chi evidenzia episodi di presunta illegalità venga tutelato e non esposto a ritorsioni;
- le modalità per attuare il sistema della rotazione del personale nei settori operativi particolarmente esposti all'illegalità;
- le iniziative formative come strumento per la diffusione dei principi dell'etica e della legalità;
- i sistemi di monitoraggio da implementare per evitare che i contenuti del “piano” rimangano a livello di mere dichiarazioni di principio.



Gli adempimenti legislativi: legge 190/2012 e D.lgs. 33/2013

Piano aziendale della trasparenza e anticorruzione

Codice di comportamento aziendale

Responsabile dell'anticorruzione e la trasparenza dirigenziale nelle aree a rischio

Monitoraggio delle aree critiche a maggior rischio potenziale
Personale - Appalti - Benefici non economici - Vantaggi economici

Adempimenti informativi e pubblicizzazione sui siti internet istituzionali
per il controllo dell'opinione pubblica sul buon agire pubblico

Formazione degli operatori e cultura aziendale

IL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE INTEGRATIVO

Oltre al Piano, le singole amministrazioni pubbliche hanno proceduto alla stesura del Codice di comportamento aziendale integrativo rispetto a quello adottato in sede nazionale.

Per consentire ai cittadini di esercitare un effettivo controllo sulle molteplici attività dell'Azienda, il D.lgs. 33/2013 ha enumerato decine di adempimenti informativi da rendere sui siti internet istituzionali quali: l'organizzazione aziendale e i suoi organi di vertice, i curricula con retribuzioni dei dirigenti, i premi di incentivazione accordati, i meccanismi di selezione e reclutamento degli operatori e dei collaboratori, le modalità di svolgimento delle funzioni di vigilanza, i rilievi proposti da organi esterni all'operato dell'amministrazione, i tempi di attesa per l'ottenimento delle prestazioni, tutti i provvedimenti deliberativi e le determinazioni adottate e così di seguito. Veramente è più semplice identificare ciò che non deve essere reso pubblico che il contrario.

La normativa richiede una forte responsabilizzazione per alcuni soggetti individuati, in particolare viene chiesta la nomina presso ogni ente di un responsabile per la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità. Su questa persona viene concentrata una cospicua quantità di compiti e doveri, pesantemente sanzionati al ricorrere di accertati episodi di violazione della norma. Proprio per consentire a questo preposto di potere meglio svolgere quanto affidatogli in molte amministrazioni si è costituito uno staff/comitato formato da rappresentanti delle diverse articolazioni organizzative interne per rafforzare i compiti di vigilanza e monitoraggio.

Nel 2008 Fiaso ha adottato il codice etico, le cui norme rappresentano i principi valoriali ai quali è ispirata l'azione dell'Azienda, quella dei Direttori generali, di coloro che operano all'interno dell'A-

zienda e di coloro che hanno rapporti con questa. All'art. 3 del Codice sono elencate trasparenza e legalità.

Secondo Fabio Valerio Alberti, Presidente Fiaso: "Tutte le azioni richiamano la necessità di creare/rinforzare un ambiente, un'identità e una cultura aziendale fortemente improntati alla tensione etica di tutti gli attori interni ed esterni all'organizzazione. Questo implica il coinvolgimento della molteplicità delle dimensioni aziendali, un forte investimento sul capitale umano, valorizzando impegno e merito, la coerenza dei comportamenti manageriali e dirigenziali rispetto ai valori e ai principi, la promozione e la valorizzazione delle buone pratiche, la trasparenza e la comprensibilità delle scelte, l'esempio come modo migliore per diffondere comportamenti etici".

In totale coerenza con questi presupposti, a Reggio Emilia nel 2011 sono stati firmati protocolli di legalità tra il prefetto, i Direttori generali delle due Aziende sanitarie pubbliche della provincia, che prevedevano la richiesta di informativa antimafia a tutte le ditte che si aggiudicano appalti e forniture, indipendentemente dall'importo, la stretta collaborazione bidirezionale tra le Aziende, la Prefettura e le forze dell'ordine, la vigilanza nei cantieri, in particolare per i subappalti.

Nel consistente lavoro di adeguamento alla normativa sulla trasparenza e la lotta alla corruzione, l'impegno aziendale si sostanzia in azioni relative a:

1. normativa sugli appalti (aggiudicazione e controllo dei cantieri sui subappalti e le infiltrazioni);
2. trasparenza nelle procedure delle gare di acquisto (unioni di acquisto, centrali di committenza);
3. selezione qualitativa del personale dirigenziale nelle aree a rischio;
4. sviluppo e promozione di una cultura aziendale diffusa tra tutte le componenti professionali, relativa a legalità, etica, trasparenza, *accountability* e responsabilizzazione;

5. stretta collaborazione, sostegno e supporto della Direzione strategica con il responsabile aziendale, che non deve essere lasciato solo;
6. monitoraggio proattivo delle aree potenzialmente a rischio e delle procedure amministrative a rischio (alti livelli di discrezionalità);
7. monitoraggio dei comportamenti dei dipendenti e rispetto del codice etico (componente amministrativa e tecnico-professionale);
8. monitoraggio proattivo (scanning) delle zone grigie, chiavi di confine e comportamenti opportunistici;
9. rotazione del personale nei settori più a rischio (vigilanza) con regolamenti aziendali;
10. azioni disciplinari.

Mi preme soffermarmi in particolare sulla prevenzione e il monitoraggio proattivo delle “chiavi di confine” per i conflitti di interesse e i comportamenti opportunistici, che riguardano in particolare i professionisti con conflitto di interesse non dichiarato, quelli attivi nel “fund raising personalizzato”, professionisti spinn off di stakeholder esterni (ad esempio le associazioni). Un'ulteriore area oggetto di monitoraggio riguarda le donazioni e le gare in esclusiva/privativa.

CONCLUSIONI

Da ultimo, vorrei concludere con una riflessione di ordine generale. Se si deve essere determinati nell'applicazione della normativa, se occorre sanzionare ogni comportamento contrario ai canoni della correttezza, se la macchina pubblica non deve temere di rendere evidente il suo funzionamento, se in tutti si deve rafforzare lo spirito di servizio nei riguardi dei nostri concittadini, è altrettanto vero che non si vorrebbe che tanta puntualità si traducesse in mero adempimento burocratico indotto da una normativa cui non sfuggono farraginosità e spigolosità.

In questo senso si auspica che la competente autorità, in sede del riesame previsto, sappia distinguere quanto serve da ciò che è mero orpello, consentendo di concentrare l'attenzione e l'azione su quanto effettivamente è utile ai fini degli obiettivi posti, che nei loro orientamenti non possono che essere condivisi da Fiaso e dalle aziende sanitarie che rappresenta.

L'impegno aziendale per contrastare la corruzione: dieci possibili azioni

1. Normativa sugli appalti (aggiudicazione e controllo dei cantieri sui sub-appaltatori e le infiltrazioni)
2. Trasparenza nelle procedure delle gare di acquisto (unioni di acquisto, centrali di committenza)
3. Selezione qualitativa del personale dirigenziale nelle aree a rischio
4. Sviluppo e promozione di una cultura diffusa aziendale tra tutte le componenti professionali relative a legalità, etica, trasparenza, *accountability* e responsabilizzazione
5. Stretta collaborazione, sostegno e supporto della Direzione Strategica con il responsabile aziendale (che non va lasciato solo)
6. Monitoraggio proattivo delle aree potenzialmente a rischio e delle procedure amministrative a rischio (alti livelli di discrezionalità)
7. Monitoraggio dei comportamenti dei dipendenti e rispetto del codice etico (componente amministrativa e tecnico-professionale)
8. Monitoraggio proattivo (scanning) delle zone grigie, chiavi di confine e comportamenti opportunistici
9. Rotazione del personale nei settori più a rischio (vigilanza) con regolamenti aziendali
10. Azioni disciplinari

Il ruolo di Agenas per una cultura etica in sanità

di **Fulvio Moirano**
Direttore Generale Agenas

Come è noto, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali svolge, nel mondo della sanità, una funzione di raccordo fra la struttura centrale e quelle regionali, un ruolo che le consente di costituire un osservatorio privilegiato per cogliere tanto gli elementi positivi quanto le disfunzioni del sistema sanitario.

Da questa prospettiva, è quindi possibile sorvegliare a livello nazionale, regionale e aziendale la diffusione di quei principi etici che, normativamente, sono stati sanciti dalla legge 190 del 2012 sull'anticorruzione e che vengono "monitorati" dall'Anac (già Civit), l'Autorità nazionale anticorruzione, per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche, con la quale Agenas collabora attivamente da tempo.

Molto si è già detto e scritto sul danno economico provocato dal fenomeno della corruzione e degli sprechi; secondo i dati pubblicati recentemente dalla Commissione europea, la corruzione incide sulla nostra economia per circa 60 miliardi di euro l'anno, un dato impressionante, pari a circa il 4% del Pil, e che assegna al nostro Paese il triste primato di assorbire, da solo, la metà del totale europeo. Mentre, per quel che riguarda in particolare la sanità, illegalità e corruzione giocano un ruolo purtroppo rilevante nell'ambito della Pubblica Amministrazione, pari a circa il 10%.

Da troppo tempo si dibatte nel nostro Paese circa la possibilità di conciliare l'etica e l'economia, un'alleanza che appare ancora più difficile nel campo sanitario; un dibattito che ha comportato nelle ultime manovre finanziarie una riduzione delle risorse destinate al settore che non sempre ha coinciso né ha determinato quella necessaria eliminazione di sprechi e inefficienze. Del resto, è ormai opinione condivisa che per arginare questo fenomeno non sono utili i tagli lineari, i quali, in mancanza di un'analisi approfondita sui costi della corruzione e degli sprechi, vanno a incidere direttamente sui fattori produttivi del settore.

È stato calcolato che gli sprechi incidono per oltre il 20% sul totale della spesa sanitaria (Figura 1).

Figura 1  **Categorie di sprechi in sanità**

SOVRAUTILIZZO DI INTERVENTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI	26%
FRODI E ABUSI	21%
TECNOLOGIE SANITARIE ACQUISTATE A COSTI ECCESSIVI	19%
SOTTOUTILIZZO DI INTERVENTI SANITARI EFFICACI	12%
COMPLESSITÀ AMMINISTRATIVE	12%
INADEGUATO COORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA	10%
... OLTRE IL 20% DELLA SPESA SANITARIA	

Fonte: Elaborazione Agenas su uno studio di D. Berwick pubblicato sulla rivista JAMA

Per risanare il sistema occorrono, invece, riforme strutturali che siano in grado di incidere in modo stabile sul riequilibrio generale, a cominciare dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e dal potenziamento della medicina territoriale, con il definitivo superamento della cultura ospedalocentrica; e ancora, necessitano centrali uniche di acquisto per i beni e i servizi, in una logica di rete collaborativa intra e interregionale, per una lotta seria all'inappropriatezza. In questo quadro, è necessario procedere all'approvazione, in tempi brevi, del *Regolamento sulla riorganizzazione delle reti assistenziali*, attualmente in fase di definizione, uno strumento che consentirà, a regime, di partire dall'analisi del fabbisogno, per giungere al dimensionamento delle reti dell'offerta. Si tratta, in sostanza, di eliminare sprechi e duplicazioni di servizi, inefficienze e sacche di possibile illegalità. Si pensi alla rete dei laboratori che si è strutturata nel tempo senza avere, a monte, un'analisi del fabbisogno effettivo rispetto alla popolazione di riferimento, per giungere al paradosso della situazione attuale, in cui, in molte realtà locali, c'è un eccesso di offerta rispetto ai bisogni reali¹.

IL LIVELLO NAZIONALE

Eppure, sul piano nazionale le indicazioni non mancano: nel Piano sanitario nazionale per il triennio 2011-2013 si legge, a proposito delle reti ospedaliere, che bisogna procedere quanto prima a una costruzione della "rete" che non costituisce soltanto un'opportunità sul piano dell'innovazione culturale e professionale, ma rappresenta un campo di sfida di portata storica per le politiche sanitarie del prossimo futuro.

È proprio attraverso lo strumento della rete che sarà ancora possibile mantenere vivi quei presupposti di equità ed etica che hanno sempre contraddistinto, in particolare, il sistema sanitario italiano.

Le premesse di carattere normativo, quindi, esistono, ma è necessario che le leggi e i principi vengano attuati – auspicabilmente – in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale. A tale proposito, Agenas è impegnata in diversi progetti, tutti orientati a garantire il rispetto proprio di quei presupposti fondamentali del Ssn: **equità ed etica**,

1. Per approfondimenti vedi *Focus on: La riorganizzazione della rete dei laboratori*, Monitor n. 33 (2013)

da realizzare attraverso un continuo supporto tecnico-scientifico declinato nei diversi livelli nazionale, regionale e aziendale, in collaborazione con le Istituzioni centrali, regionali, gli organi tecnico-scientifici, le società scientifiche, le Aziende sanitarie, le associazioni di garanzia dei diritti dei cittadini.

In questa direzione si colloca, ad esempio, il progetto di ricerca sulla **Valutazione partecipata della qualità** che l'Agenzia conduce con Cittadinanzattiva, che, attraverso un'osservazione diretta realizzata nelle singole strutture e non basata sull'esame dei flussi correnti, ha rilevato – prima in 54 Aziende e oggi in 300 strutture sanitarie – gli elementi salienti relativi all'umanizzazione dei processi assistenziali, quelli relativi alla semplificazione dell'accesso alle informazioni e alla trasparenza, visti nell'ottica dell'utente-cittadino².

Inoltre, sempre nell'ottica di un sistema sanitario che deve essere facilmente accessibile ai cittadini che hanno il diritto di compiere scelte consapevoli, ad Agenas è stato affidato il compito di realizzare il **Portale della trasparenza del Ssn**, rivolto a tutti gli utenti, il quale utilizzerà i risultati della valutazione effettuata dal PnE, il Programma nazionale di valutazione esiti, sulle performance delle strutture, classificati in base a più di un centinaio di indicatori, osservati sia dal punto di vista dei “provider” (gli ospedali che hanno erogato le cure) sia da quello della funzione di tutela/committenza (le Asl), che valutano comparativamente efficacia e appropriatezza delle cure.

Un discorso a parte, merita il tema dell'accreditamento, che vede Agenas partecipare attivamente, insieme al Ministero della salute e alle Regioni e alle Province Autonome, alla definizione di azioni di supporto alla costruzione di un

manuale nazionale, a partire da un'analisi degli standard di accreditamento internazionali (Tavolo per la revisione della normativa per l'accreditamento, il cosiddetto **Trac**). Il disciplinare, predisposto dal Tavolo e approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, con specifica Intesa in data 20 dicembre 2012 (Rep. Atti 259), individua 8 criteri e 28 requisiti essenziali per l'accreditamento “istituzionale”, comuni a tutti i sistemi regionali.

Ciò servirà a porre rimedio a un'erronea interpretazione del principio di assetto federalista che ha prodotto negli anni una ventina di differenti sistemi di accreditamento regionale, provvisori e definitivi, bypassando totalmente l'analisi del fabbisogno e della rete di offerta (ad esempio le chirurgie generali, i punti nascita, la pediatria, i reparti di otorino, etc.). Per contro, anche in questo ambito, e persino qualora si tratti di accreditamento provvisorio, non si può prescindere dall'analisi del fabbisogno.

Naturalmente, tra le attività di Agenas a supporto di una maggiore trasparenza nel Ssn occupa un polo di rilievo l'**Ecm**, l'**Educazione continua in medicina**, la cui gestione è affidata interamente all'Agenzia e che ha visto, negli ultimi tempi, significativi sviluppi con l'introduzione di regole stringenti per l'accreditamento dei provider e per la gestione dei crediti maturati, ora disponibile online.

A ben vedere non esiste un settore della salute pubblica che non implichi una visione etica della gestione della sanità: l'intramoenia, le liste d'attesa, l'acquisto di tecnologie, l'utilizzo dei dispositivi, sono tutti aspetti essenziali dell'efficientamento del sistema, il cui potenziamento contribuisce a far sì che il Servizio sanitario nazionale vada fatto funzionare al massimo delle sue potenzialità e

2. Per approfondimenti vedi *Focus on: L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi*, Monitor n. 32 (2013)

che si possa coniugare quel famoso connubio tra etica e economia.

Tanto più che, pur vigendo norme precise che consentirebbero il governo di questi fattori, la loro applicazione è, in sostanza, molto spesso disattesa. Si prenda l'esempio delle liste d'attesa, figlie di due meccanismi opposti, uno patologico costituito dalle difficoltà di incontro tra domanda di assistenza (troppo alta e talvolta inappropriata) e offerta (troppo bassa e incapace di rispondere ai bisogni sanitari) e l'altro fisiologico, che non va colpevolizzato, dovuto all'eccezionale capacità di attrazione che una determinata struttura esercita per una particolare disciplina.

IL LIVELLO REGIONALE

Agenas è, inoltre, impegnata con azioni di supporto tecnico-scientifico nel processo di definizione e costruzione dei modelli di governance, per tutte le Regioni/PA con particolare riferimento alle Regioni in Piano di rientro, attraverso:

- azioni di coordinamento in accordo con il Ministero della salute;
- coinvolgimento proattivo dei professionisti;
- coinvolgimento delle società scientifiche;
- costruzione di modelli valutativi e partecipazione alla costruzione di modelli formativi;
- collaborazioni con l'Autorità nazionale anti-corruzione.

Anche, e soprattutto, nel supporto che Agenas offre alle Regioni in Piano di rientro per la definizione di una governance regionale, l'esperienza ha dimostrato che la **programmazione sanitaria** costituisce un elemento fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi previsti nel Piano. Ciò vuol dire per i tecnici e gli specialisti offrire supporto alle Regioni nella definizione dei bisogni della popolazione di riferimento. Si tratta di un compito delicato e non

facile, perché occorre tenere in considerazione non soltanto i modelli teorici, ma anche e soprattutto i bisogni attesi, rispettando le aspettative della popolazione di riferimento. La costruzione di modelli, infatti, comporta sempre una certa dose di discrezionalità, per questo l'Agenas ha sempre tentato di instaurare un rapporto costruttivo con i professionisti e con le società scientifiche, per creare una sinergia che contribuisse a far accettare ai decisori alcune verità, talvolta scomode. Per fare un esempio, in una regione come il Lazio, in base ai calcoli di enti e associazioni accreditati, anche a livello internazionale, sarebbe necessaria una chirurgia ogni 100.000/200.000 abitanti; uno standard difficilmente raggiungibile, considerando che in questa stessa Regione, vi sono ospedali con circa 18 reparti di chirurgia!

Un altro aspetto della governance in cui Agenas è impegnata in diverse Regioni e che offre la possibilità di incidere sui processi corruttivi, oltre a essere determinante per far funzionare la macchina, è il processo di **selezione dei Direttori generali delle Aziende sanitarie**, disciplinato dal D.L. 158/2012 (*Decreto Balduzzi*), convertito con modificazioni con la L.189/2012.

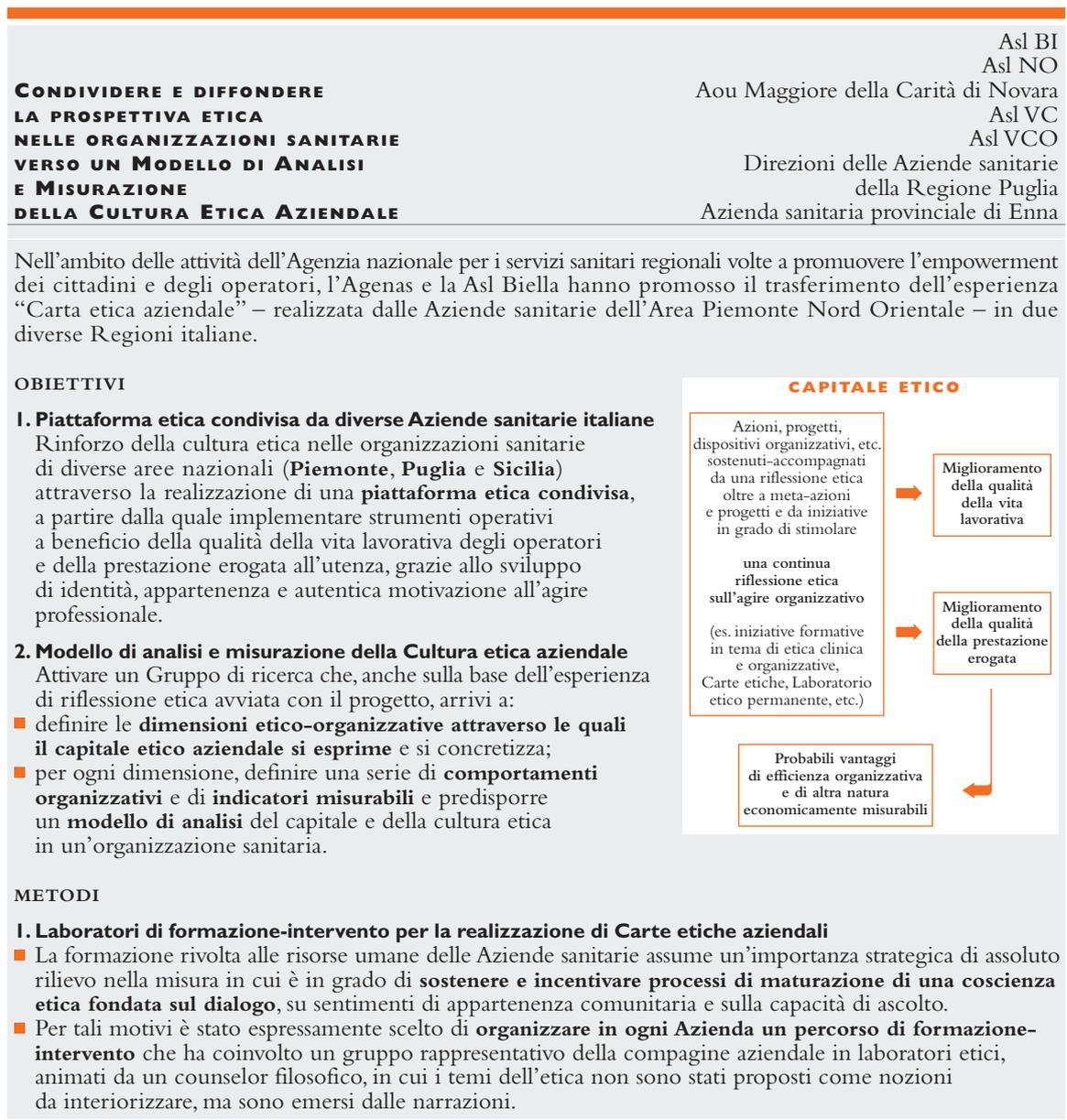
A questo riguardo, una premessa appare opportuna: la norma riconosce alla politica il diritto/dovere di nominare i propri rappresentanti, per garantire i risultati attesi, ma sussistono situazioni in cui, in presenza di 800 concorrenti, come nel caso della Sicilia, o di 600/700 aspiranti, come è accaduto nel Lazio, si impone, a monte, un processo di selezione per poter pervenire al risultato di nominare 16/17 persone. Non a caso, la legge prevede l'istituzione di una Commissione di tre membri, di cui uno nominato da Agenas, deputata a procedere a una prima selezione, su base tecnico-attitudinale, i cui risultati consentano di giungere a un processo decisionale che deve avvenire secondo opportuni criteri di merito.

IL LIVELLO AZIENDALE

Agenas, infine, gioca un ruolo determinante nella diffusione di una **Carta etica aziendale** che vede la partecipazione attiva dei professionisti e degli utenti di diverse strutture sanitarie in Piemonte, Puglia e Sicilia. La definizione di una Carta etica è stata raccolta, in ciascuna Azienda, nel corso di una serie di incontri formativi con operatori rap-

presentativi di tutti i ruoli organizzativi e delle qualifiche professionali presenti in Azienda. Gli incontri hanno affrontato le questioni etiche legate alla quotidianità della vita lavorativa, con lo scopo di abbinare ai principi di efficacia, efficienza ed eccellenza del servizio la ricerca della qualità della vita, tanto degli operatori quanto delle persone che fruiscono dei servizi. Un'esperienza ricca e stimolante, che si sta diffondendo in molte altre realtà.

Figura 2 Le azioni di Agenas a livello locale



“Illuminiamo la salute”: le indicazioni dell’associazionismo

Un progetto per promuovere la legalità
nei servizi sanitari e sociali

di **Massimo Brunetti, Leonardo Ferrante, Vittorio Demicheli**
a nome di “Illuminiamo la salute”, un’iniziativa di Libera, Avviso Pubblico, Gruppo Abele e Coripe

La salute è un bene fondamentale per la persona e per la collettività e la sua tutela è riconosciuta dalla nostra Costituzione “*come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività*” (art. 32). Un bene prezioso che va preservato da ogni contaminazione e da ogni opacità. Per questo è necessario illuminare la salute, per valorizzare un bene prezioso e per fare luce sulle zone d’ombra che lo insidiano. Su queste premesse è partita “Illuminiamo la salute”, un’iniziativa di Libera, Avviso Pubblico, Coripe e Gruppo Abele, quattro organizzazioni che hanno deciso di unire le rispettive esperienze e competenze per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità nel sistema dei servizi sanitari e sociali, consapevoli che opacità e illegalità minano alla base la coesione sociale e in quanto tali non sono tollerabili all’interno di settori che, al contrario, devono farsi carico di promuovere la salute e il benessere delle persone. Si tratta di un’iniziativa culturale rivolta ai cittadini, alle associazioni e alle istituzioni che mira a sostenere i tanti operatori quotidianamente impegnati a contrastare le varie forme di discrezionalità e illegalità presenti nel settore (di cui sono spesso vittime involontarie). Un percorso di sensibilizzazione e approfondimento per far sì che le norme recentemente approvate in tema di trasparenza e di prevenzione e contrasto all’illegalità e alla corruzione (legge 190/2012, D.lgs. 33/2013) non si trasformino in mero adempimento burocratico.

LA RAGNATELA DELL’ILLEGALITÀ

Il sistema di tutela della salute è una potente rete di relazioni, professionisti, persone, imprese, associazioni, istituzioni, regole, energie e di capacità. Una rete il cui funzionamento dipende dalla capacità di tutti i soggetti che la costituiscono a partecipare e operare con equilibrio e trasparenza, conciliando, tramite le regole del settore pubblico, il sistema di valori di ciascuno con le miriade di interessi coinvolti.

Talvolta il meccanismo si inceppa: quando qualcuno abusa del potere e 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.

Nella 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.

Da questa ragnatela si diffondono onde invisibili, malattie che intaccano tutto il sistema, soprattutto quando il corpo sociale è più fragile e ha meno difese. 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.

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. Il rischio aumenta esponenzialmente se, nel mondo dei fornitori e dei professionisti, si infila la criminalità organizzata.

I FILI DELLA RAGNETELA: LE ASIMMETRIE INFORMATIVE E I CONFLITTI DI INTERESSE

In sanità esiste un "fisiologico" **divario di informazioni** e conoscenze che sta alla base del patto di fiducia tra pazienti, professionisti e gestori dei servizi: una situazione che però favorisce chi vuole sfruttare questo divario per mettere in atto comportamenti "sleali".

Il **conflitto di interesse** è una condizione in cui l'interesse primario (la salute di un paziente, i principi etici e deontologici) è influenzato da un interesse secondario (il guadagno economico o un vantaggio personale).

Il conflitto di interessi non rappresenta un comportamento, ma una condizione e costituisce un

rischio perché rappresenta una condizione intrinseca al sistema dei servizi, una condizione diffusa e raramente riconosciuta come critica. Il conflitto di interesse può riguardare il **mercato delle prestazioni sanitarie**, l'**informazione scientifica**, le **società scientifiche** e persino le **associazioni dei pazienti**.

LE FORME DELLA RAGNETELA

La sanità è una rete naturalmente esposta a fenomeni opportunistici, poiché è uno dei settori più rilevanti in termini di spesa pubblica.

Nel rapporto 2012 della Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella Pubblica Amministrazione si segnalano: 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, etc.

La "Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia e sulle altre associazioni criminali, anche straniere" analizza i disavanzi sanitari regionali notando come l'opacità dei bilanci e dei sistemi di controllo di alcune Regioni ha facilitato la creazione di interessi illeciti, collusioni fra criminalità e Pubblica Amministrazione.

Uno dei punti critici è la **selezione del personale**, fortemente esposta alle spinte clientelari. In particolare, il processo di selezione dei Direttori generali delle Aziende sanitarie, di competenza dell'autorità politica, spesso premia la fedeltà politica, a scapito della competenza.

Anche il **pagamento delle prestazioni** remunerate a tariffa (con il sistema Drg), se alterato, consente l'indebito rimborso al fornitore delle prestazioni: sovrapprestazioni, fatturazione di prestazioni effettuate privatamente, fatturazione di

prestazioni non necessarie, fatturazione di prestazioni sostanzialmente diverse da quelle effettivamente erogate, etc.

Significativo è anche 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. 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 ad abusi: dal furto di medicinali alla richiesta di rimborsi indebiti, dall’utilizzo improprio dei farmaci al paragone farmaceutico. Sono anche 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; la farmacia riceve i rimborsi e vende sottobanco i farmaci “defustellati”.

Nel 2013 l’autorità Antitrust ha multato (per 10 milioni di euro) un’impresa per aver ostacolato l’ingresso sul mercato di produttori di farmaci equivalenti (a minor prezzo).

Con riguardo ai **comportamenti del personale**, si segnala il fenomeno dell’abusivismo nelle professioni sanitarie: le stime degli ordini professionali parlano di circa 30.000 abusivi, di cui 15.000 falsi dentisti, 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 infermieri. Altro fenomeno osservato è l’**assenteismo** cui si collega l’esercizio di lavori in nero o il furto di materiali.

Le **false attestazioni** del medico costituiscono un’altra ampia gamma di azioni illegali: false attestazioni di invalidità, falsi certificati per la patente di guida sino alle attestazioni di false malattie per aiutare i mafiosi ad avere trattamenti di favore durante la detenzione.

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.

LA MANIPOLAZIONE DELLA RICERCA E DELL’INFORMAZIONE SCIENTIFICA

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 a un’impresa a carattere prevalentemente commerciale.

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

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.

La cattiva informazione scientifica è spesso legata alla **cattiva ricerca**.

Per chi vuole arrivare al profitto in tempi brevi la prima strada è quella di falsificare i bisogni informativi: amplificando la portata di problematiche sanitarie, di rischi epidemiologici, di pericoli pandemici e così via.

Gli studi di equivalenza (o di non inferiorità) servono a promuovere principi attivi spesso sostanzialmente identici e non affatto innovativi.

Si possono scegliere indicatori di esito “più promettenti”: 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.

Oppure **non pubblicare i dati negativi**: soltanto il 50% circa degli studi clinici registrati rende disponibile almeno parte dei risultati. Non pubblicare i risultati della ricerca tradisce le aspettative dei malati e distorce le basi su cui si fondano le decisioni cliniche.

Un altro modo è quello di **falsificare** o costruire dal nulla i dati delle ricerche (come la relazione tra somministrazione del vaccino trivalente e l’insorgenza di autismo, inventata dal dr. Wakefield). Un’altra via è quella di **nascondere i dati**. Famoso è anche il caso dei farmaci antinfiammatori (Cox 2) i cui gravi effetti collaterali erano stati taciuti dalla azienda produttrice e dai firmatari di diversi articoli.

Questi episodi hanno motivato diverse petizioni per richiedere maggiore trasparenza alle autorità governative che regolano le autorizzazioni dei medicinali.

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).

Negli Stati Uniti si stima che una quota variabile fra il 5% e il 10% della spesa sostenuta dai pro-

grammi pubblici Medicare e Medicaid sia assorbita da frodi e 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 corruzione.

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.

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

I CASI DI COMMISSARIAMENTO PER INFILTRAZIONI DELLA CRIMINALITÀ

Ad oggi quattro 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. Alcuni fenomeni accomunano le diverse realtà: la confusione amministrativa, la gestione clientelare del personale, gli abusi nelle attività di appalto e di fornitura e nella gestione delle strutture accreditate, il collegamento tra mafia e politica.

PER UNA SANITÀ DALLE PARETI DI VETRO

La nuova legge anticorruzione 190/2012 fornisce strumenti a tutta la Pubblica Amministrazione per cercare di aumentare la trasparenza e contrastare corruzione e illegalità.

Il cuore della legge sta nella predisposizione in ogni ente pubblico dei **Piani triennali di prevenzione della corruzione**, oltre che nell’introduzione della figura del **responsabile per la prevenzione** della corruzione.

Merita attenzione la **tutela del dipendente** che segnala comportamenti illeciti, il cosiddetto whistleblowing (la “vedetta civica”).

Accanto a questo è stato anche rivisto il **Codice di comportamento dei dipendenti** pubblici che indica i principi generali cui il dipendente pubblico deve attenersi (ad esempio rendere espliciti i potenziali conflitti di interesse e lo svolgimento di incarichi esterni).

Una piccola rivoluzione è avvenuta con il D.lgs 33/2013 che disciplina il “diritto alla trasparenza”, intesa come “accessibilità totale alle informazioni”, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.

E’ previsto “l’accesso civico”, un nuovo diritto di cittadinanza attuativo del diritto alla trasparenza. Per il singolo cittadino non è più necessario avere una giusta causa per accedere agli atti pubblici, salvo i casi espressamente esclusi dalla legge per motivi di privacy. La lotta all’illegalità e alla corruzione deve essere “senza quartiere” per garantire **una sanità dalle mura di vetro** (affinché tutti i processi siano visibili), **ma dalle porte blindate** (per impedirne l’accesso all’illegalità).

La prima cosa da fare è la **diagnosi: l’analisi dei processi** (il livello dei prezzi di acquisto o i tempi di attesa) permette di individuare la presenza di opacità, anomalie e discordanze.

Per definire la **terapia** è importante distinguere due livelli: quello della **prevenzione** e quello del **contrasto**.

Per vincere la battaglia contro l’illegalità è necessario intervenire trasversalmente su tutto il sistema di tutela della salute: il decisore politico, i professionisti legati direttamente o indirettamente al mondo della salute e, infine, i cittadini.

Ecco gli ambiti principali di azione:

- trasparenza nella selezione del personale;
- senso etico nel comportamento del personale (la Carta di Pisa);
- miglioramento del sistema dei controlli interni;
- formazione all’etica pubblica;
- sostenere la buona politica (cinque regole:
 - rafforzare il ruolo di indirizzo;
 - attenzione all’appropriatezza del sistema sanitario e sociale, evitando di difendere lo status quo;
 - capacità di limitare il potere delle lobbies;
 - capacità di fare scelte di programmazione di lungo periodo;
 - capacità di fare investimenti in settori strategici).

ANCHE I CITTADINI POSSONO FARE MOLTO: INFORMARSI E INFORMARE

La legge prevede che tutti i dati delle Aziende sanitarie siano messi a disposizione in modalità aperte nelle pagine web ad essi dedicate di “Amministrazione trasparente”.

Accanto ai portali online, occorre accompagnare la società civile alla lettura delle informazioni e creare strumenti che permettano agli utenti dei servizi sanitari e sociali di dare le proprie valutazioni sul livello di servizio offerto.

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.

UNA RETE PER LA LEGALITÀ

La normativa italiana ha recentemente introdotto o rafforzato alcuni strumenti potenzialmente in grado di produrre buoni risultati nel contrasto delle illegalità. 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.

Per favorire il processo di applicazione di questi nuovi strumenti normativi e per impedire che gli adempimenti restino solo a livello formale è stata sviluppata l'iniziativa "Illuminiamo la salute" che si caratterizza per tre connotati fondamentali.

- **Il taglio positivo.** Se gli italiani godono di buona salute è anche merito del Servizio sanitario nazionale. Un sistema universale, gratuito che viene giudicato tra i migliori al mondo. L'integrità del Sistema sanitario è fondamentale per garantire buona salute e per impiegare utilmente le risorse. Per lottare contro l'illegalità occorre far emergere il problema, misurarne le dimensioni, analizzare le ragioni e promuovere la prevenzione. La presenza di abusi e illegalità può però diventare facile argomento per i detrattori del Servizio sanitario pubblico già oggi continuamente accusato di costare eccessivamente. "Illuminiamo la salute" ritiene che l'illegalità sia più efficacemente contrastabile nell'ambito di un Servizio sanitario pubblico governato con strumenti democratici finalizzato

alla salute dei cittadini e non al profitto delle organizzazioni.

- **Il perimetro ampio.** Nell'ambito del sistema dei servizi sanitari sono presenti condizioni favorevoli e fattori di rischio che occorre identificare e correggere se si vuole promuovere l'integrità del sistema e prevenire i fenomeni corruttivi. Quindi occorre affrontare, contestualmente alla lotta alle frodi e agli abusi, anche il tema dei conflitti di interesse, quello della qualità e dell'integrità della ricerca e della comunicazione scientifica e provare a ridurre con la trasparenza e la semplificazione il divario informativo che ancora limitano la possibilità per malati e cittadini di partecipare alle decisioni che riguardano la loro salute.

- **La costruzione di reti.** Se i disonesti traggono la loro forza dall'unione (dalle connivenze e dalle complicità) occorre che anche gli onesti facciano altrettanto. Per questo "Illuminiamo la salute" punta alla costruzione delle reti: reti di operatori sanitari che insieme promuovono la legalità, reti di cittadini che si informano e sorvegliano quello che avviene nei servizi sanitari, reti di responsabili anticorruzione che si confrontano e si trasmettono le migliori pratiche e le migliori esperienze.

Nei primi mesi dalla sua nascita l'esperienza di "Illuminiamo la salute" ha prodotto un primo rapporto sulla legalità nel Sistema sanitario nazionale (da cui sono state tratte le cifre e le note che precedono) e alcune iniziative di sensibilizzazione e di ricerca.

La collaborazione con Agenas, in particolare, ha consentito di realizzare il monitoraggio sullo stato di avanzamento degli adempimenti normativi nelle Aziende sanitarie del Paese (i cui risultati sono illustrati nell'articolo "Corpo sano in Stato sano" che segue) e di mettere a punto moduli di formazione sperimentati anche in corsi residenziali.

Il futuro prossimo prevede la prosecuzione dell’attività di monitoraggio e la realizzazione di una serie di iniziative di formazione e sensibilizzazione estese a tutto il territorio nazionale. In particolare Libera e Avviso Pubblico promuoveranno iniziative dei propri presidi territoriali con l’intento di saldare la promozione della legalità nel Sistema sanitario con le iniziative più generali di lotta alla corruzione in corso nel nostro Paese. In conclusione il progetto “Illuminiamo la salute”

scommette tutto sulle **reti**: reti di operatori (sanitari, tecnici e amministrativi) e di portatori di interessi (cittadini, associazioni, istituzioni) per aumentare la sensibilità, la cultura e la percezione del problema nei singoli territori e all’interno delle Aziende sanitarie; reti di esperienze per diffondere le buone pratiche della legalità e dell’anticorruzione; reti per vigilare sull’attuazione delle norme e per non lasciare solo chi le deve applicare. Un’iniziativa per garantire una sanità dalle mura di vetro e dalle porte blindate.

Aziende sanitarie trasparenti: il monitoraggio dei siti web

di **Vittorio Demicheli**¹, **Leonardo Ferrante**², **Elisabetta Bosio**³, **Guido Barbero**⁴

1. Responsabile Servizio di Epidemiologia, Asl Alessandria

2. Responsabile Scientifico “Riparte il Futuro”

3. Ricercatrice Gruppo Abele

4. Volontario Gruppo Abele

Si ringrazia tutto il gruppo di lavoro che ha partecipato alle diverse fasi del monitoraggio:
Anna Anselmi, Maddalena Antognoli, Giusj Colletti, Salvatore D’Acerno, Giuseppe Forlano,
Federica Marinucci, Graziano Scialò, Corrado Tinè, Valentina Vitali

44

monitor

Nel settembre 2013 ha preso avvio il monitoraggio previsto dalla Convenzione “Corpo sano in Stato sano” tra Libera – Associazioni, nomi e numeri contro le mafie – e Agenas, volto a ricostruire il quadro complessivo delle azioni e degli adempimenti messi in atto dalle Aziende sanitarie del territorio nazionale in attuazione della recente normativa in tema di trasparenza, legalità e anticorruzione.

Nello specifico con tale lavoro si è voluto osservare e sostenere l’attuazione da parte delle Aziende sanitarie delle legge 190/2012 “**Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione**”, che prevede che ogni PA si doti di specifiche misure per la lotta alla corruzione, e del decreto legislativo 33/2013 “**Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni**” che intende fare della trasparenza uno strumento risolutivo e indispensabile per lo sviluppo organizzativo delle Pubbliche Amministrazioni.

Monitorare le Aziende sanitarie nell’ambito della trasparenza, significa innanzitutto espletare il diritto/dovere del cittadino di conoscere, verificare e tutelare il Servizio sanitario nazionale.

Il lavoro, effettuato tra settembre 2013 e febbraio 2014 da parte degli operatori di Libera, ha previsto la mappatura e l’analisi dei siti istituzionali delle singole Aziende sanitarie di tutte le Regioni italiane, al fine di raccogliere informazioni relative allo stato di adempimento della normativa sopracitata da parte delle Aziende sanitarie stesse.

La scelta delle informazioni da rilevare è stata effettuata secondo criteri che permettono di verificare la capacità delle Aziende sanitarie di superare l’approccio del mero rispetto formale. Tali informazioni, riportate di seguito, sono, inoltre, obbli-

gatorie e propedeutiche per garantire un'Azienda sanitaria "aperta", ovvero capace di dialogare con la cittadinanza e favorirne la partecipazione sui temi della lotta alla corruzione:

- la presenza sulla homepage del sito aziendale della pagina relativa ad "Amministrazione trasparente";
- la presenza delle nomine dei responsabili anticorruzione e della trasparenza;
- la trasparenza sui vertici dell'organizzazione interna;
- la predisposizione dello strumento dell'accesso civico;
- la pubblicazione dei Piani di prevenzione della corruzione e dei Programmi triennali per la trasparenza e l'integrità.

Le Aziende sanitarie pubbliche individuate e considerate nel monitoraggio comprendono:

- Aziende sanitarie locali, provinciali e regionali (144);
- Aziende ospedaliere (80);
- Irccs di natura giuridica pubblica (18).

LA PAGINA "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

La prima informazione rilevata ha riguardato la presenza sull'homepage dei siti istituzionali delle Aziende sanitarie della sezione denominata "Amministrazione trasparente", prevista dall'art. 9 del D.lgs. 33/2013, al cui interno devono essere contenuti i dati, le informazioni e i documenti pubblicati ai sensi della normativa vigente. La predisposizione di questa pagina sul sito dell'Azienda, per la quale il decreto prevede un'articolazione standardizzata per tutte le Pubbliche Amministrazioni, intende garantire l'accessibilità e la fruibilità delle informazioni, ovvero permettere un'immediata leggibilità e facile comprensione dei contenuti da parte dei cittadini. Il lavoro di

mappatura ha perciò previsto l'individuazione della pagina Amministrazione trasparente e la verifica del rispetto dei criteri indicati dalla normativa.

NOMINE DI RESPONSABILI ANTICORRUZIONE E RESPONSABILI DELLA TRASPARENZA

Il secondo aspetto che è stato individuato riguarda la nomina del responsabile della prevenzione della corruzione e del responsabile per la trasparenza.

La figura del responsabile della prevenzione della corruzione è stata introdotta dalla legge 190 del 2012 e ha il compito di elaborare e verificare l'attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione, di individuare il personale da inserire nella formazione sui temi della legalità e dell'anticorruzione, di definire le procedure per formare i dipendenti che operano nelle aree a maggior rischio di corruzione e di monitorare l'effettiva rotazione del personale.

Il responsabile della prevenzione della corruzione è una figura fondamentale, in quanto, al fine di attuare le politiche anticorruzione, è chiamata a confrontarsi con la cittadinanza, istituendo momenti pubblici, di consultazione, verifica e aggiornamento del Piano di prevenzione della corruzione.

La figura del responsabile per la trasparenza, introdotta dal D.lgs. 150/2009 viene ripresa e rinforzata dal D.lgs. 33 del 2013, stabilendo che il responsabile "svolga stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipen-

dente di valutazione (OIV), all’Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all’ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione” (art. 43).

Il lavoro di mappatura ha quindi previsto la ricerca della nomina del responsabile anticorruzione e per la trasparenza all’interno dei siti relativi alle singole Aziende sanitarie: è stata considerata sia la semplice dicitura riferita alla nomina o la possibilità di visualizzare la delibera di nomina del referente stesso. Inoltre, sono stati cercati i riferimenti dei contatti delle due figure.

Il D.lgs. 33 del 2013 indica il ruolo del responsabile per la trasparenza come una delle funzioni del responsabile anticorruzione, facendo, quindi, supporre una coincidenza delle due figure.

PIANI ANTICORRUZIONE E PROGRAMMI PER LA TRASPARENZA

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l’integrità sono gli strumenti di cui tutte le Aziende sanitarie si devono dotare entro il 31 gennaio 2014.

Il Piano di prevenzione della corruzione, che deve adeguarsi al Piano nazionale anticorruzione predisposto dal Dipartimento della funzione pubblica e approvato dall’Anac nel settembre 2013, è lo strumento con cui le Aziende sanitarie elaborano le politiche anticorruzione da attuare all’interno della loro organizzazione, delineando le seguenti azioni:

- individuare delle attività a maggior rischio di corruzione;
- prevedere per le stesse attività percorsi di formazione, azioni e verifiche per prevenire il rischio di corruzione;

- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- prevedere la formazione del responsabile della prevenzione della corruzione;
- individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- individuare la metodologia per l’aggiornamento e la verifica degli interventi di prevenzione.

Il Programma triennale per la trasparenza e l’integrità, che può essere parte integrate del Piano triennale di prevenzione della corruzione, deve contenere la programmazione delle attività poste in essere al fine di assicurare la trasparenza dell’azione amministrativa in ottemperanza agli obblighi previsti dal dall’art. 10 del D.lgs. 33 del 2013.

LA TRASPARENZA SUI VERTICI DELL’ORGANIZZAZIONE INTERNA

L’art. 15 del D.lgs. 33/2013 prevede per le figure di vertice delle PA che siano disponibili online i seguenti documenti:

- l’atto di conferimento dell’incarico;
- il curriculum vitae;
- i dati relativi a cariche ricoperte o attività professionali;
- i compensi relativi al rapporto di lavoro;
- la situazione reddituale e patrimoniale.

La trasparenza dei vertici rappresenta il primo passo verso il modello di open government: conoscere chi gestisce l’ente è il passaggio propedeutico per garantire che la trasparenza venga rispettata anche nel resto del “corpo” dell’Azienda sanitaria.

L'ACCESSO CIVICO

La disciplina relativa alla trasparenza nella PA (D.lgs. 33/2013) prevede di adeguare i siti web delle Aziende sanitarie secondo criteri che ne consentano l'accesso civico (art. 5). Quest'ultimo prevede l'obbligo per le Pubbliche Amministrazioni di rendere noti i documenti, le informazioni o i dati, presupponendo allo stesso tempo il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione. Tale richiesta, secondo norma, non deve essere motivata, è gratuita e deve essere presentata al responsabile della trasparenza dell'amministrazione.

L'accesso civico rappresenta, quindi, lo strumento che concretizza il monitoraggio della società civile permettendo la richiesta di informazioni ove non compaiano.

RISULTATI

Dopo la fase di mappatura e una prima elaborazione dei dati aggregati aggiornati all'ottobre 2013, il monitoraggio è proseguito attraverso

un aggiornamento costante che ha permesso di osservare l'evoluzione degli adempimenti messi in atto dalle 242 Aziende sanitarie del territorio nazionale in attuazione della normativa anticorruzione e per la trasparenza entro la scadenza fissata dal Piano nazionale anticorruzione al 31 gennaio 2014.

Di seguito si presentano i dati aggregati aggiornati al 14 febbraio 2014 e l'evoluzione della situazione nel periodo dal 31 ottobre 2013 al 14 febbraio 2014.

Nomine dei responsabili anticorruzione e responsabili della trasparenza

L'ultimo aggiornamento del 14 febbraio 2014 ha individuato 228 (94,2%) nomine di responsabili anticorruzione e 220 nomine di responsabili della trasparenza (90,9%).

Il D.lgs. 33 del 2013 indica il ruolo del responsabile per la trasparenza come una delle funzioni del responsabile anticorruzione, facendo quindi supporre una coincidenza delle due figure.

A febbraio 2014 in 123 aziende sanitarie il responsabile anticorruzione e il responsabile della trasparenza risultavano coincidenti (Figura 1).

Figura 1  Responsabili anticorruzione che rivestono il ruolo di responsabili della trasparenza - 14 febbraio 2014



Per quanto riguarda il sesso dei responsabili si può osservare dalla Figura 2 che, sia per i responsabili anticorruzione sia per i responsabili della trasparenza, circa la metà è rappresentato dal sesso femminile. Per il responsabile anticorruzione è stata rilevata la presenza dell'atto di nomina, del curriculum vi-

tae e dei compensi. Dalla Figura 3 è osservabile che nell'81% dei casi è possibile reperire online il curriculum del responsabile di prevenzione della corruzione, per l'81,4% il loro atto di nomina in qualità di responsabile anticorruzione e per l'84,3% anche i loro compensi.

Figura 2 Genere dei responsabili anticorruzione e dei responsabili della trasparenza - 14 febbraio 2014

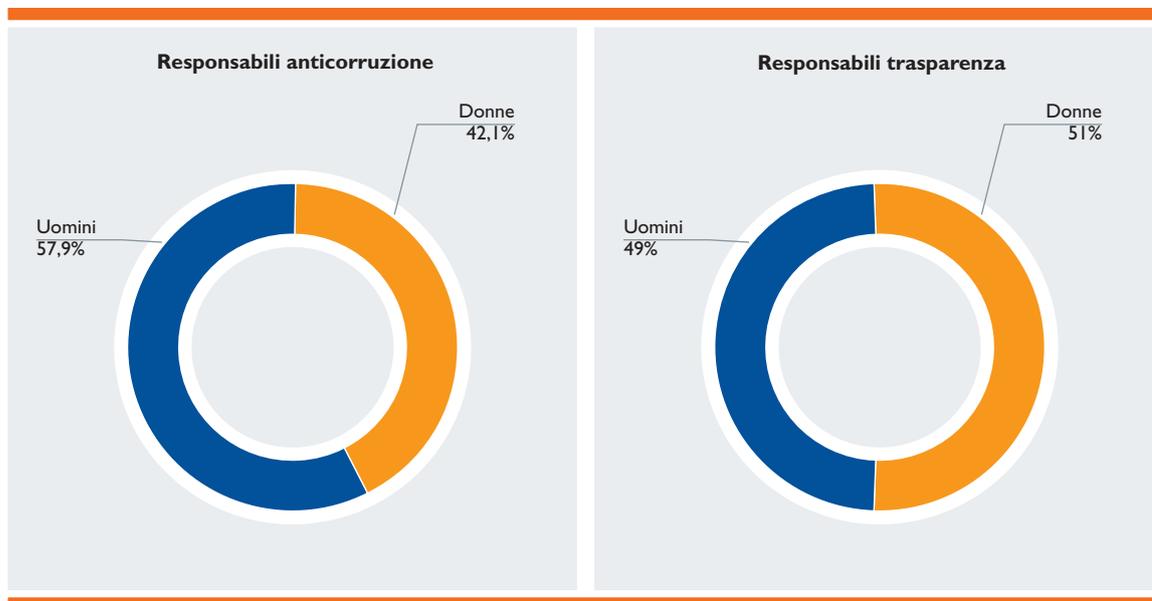
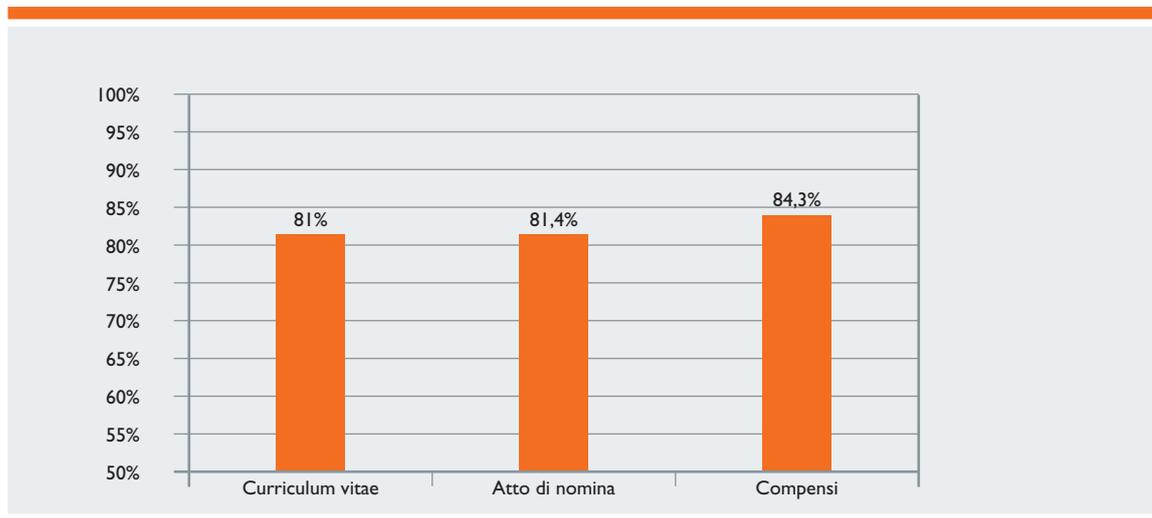


Figura 3 Responsabile anticorruzione: atti di nomina, curriculum vitae, compensi - 14 febbraio 2014



PIANI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PROGRAMMI PER LA TRASPARENZA

Secondo l'ultimo aggiornamento del monitoraggio (14 febbraio 2014), erano disponibili online sui siti delle Aziende sanitarie 211 piani di prevenzione della corruzione e 174 Programmi per la trasparenza e l'integrità, rispettivamente l'87,2% e il 71,9% del totale.

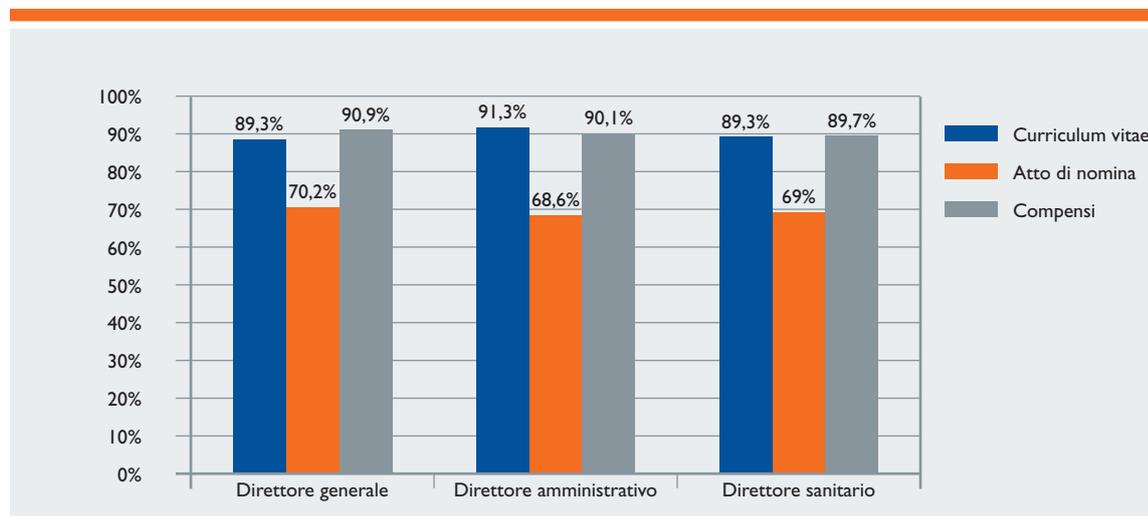
Accanto alla rilevazione quantitativa, durante la prima fase di mappatura, è stata svolta, a scopo esemplificativo, un'analisi dei primi 49 piani anticorruzione disponibili online. Sono state raccolte le informazioni che elenchiamo di seguito.

- Nella quasi totalità dei casi (81,6%) i piani prevedono di affrontare l'analisi dei rischi delle varie strutture interne alle organizzazioni, classificando queste strutture sulla base di criteri di minore o maggiore rischio. In altri casi, si affronta l'analisi rispetto ai singoli processi interni alle diverse unità organizzative. Si è osservato, quindi, il tentativo di un primo approfondi-

mento di merito per andare al di là della mera assegnazione di una etichetta alla struttura stessa (minore o maggiore rischio) e per entrare nello specifico dell'organizzazione del lavoro delle singole fasi dei vari processi e sottoprocessi lavorativi.

- Nel 93,9% dei piani è citata la presenza di un gruppo multidisciplinare a supporto del responsabile anticorruzione, aspetto che denota un approccio mirato al coinvolgimento dell'intera organizzazione nell'attività anticorruzione.
- Nel 93,9% dei piani si ha la presenza di **cronoprogrammi** delle diverse attività da affrontare nel breve e medio periodo, in taluni casi anche con una programmazione triennale e in collegamento stretto con il Programma per la trasparenza, con la specifica di date e impegni sia del Responsabile anticorruzione sia delle altre strutture dirigenziali interessate.
- Il 91,8% dei Piani prevede percorsi formativi per le risorse umane coinvolte nei vari processi analizzati al fine di dotarle degli strumenti necessari per una giusta attenzione al fenomeno corruttivo.

Figura 4 La trasparenza sui vertici dell'organizzazione interna - 14 dicembre 2014



■ Nel 57,1% degli elaborati si è osservato, infine, il tentativo concreto di affrontare anche il tema della **rotazione delle risorse umane** coinvolte nelle posizioni lavorative a maggior rischio, tentativo che mostra un sano realismo nel bilanciare il dettato normativo con le competenze necessarie allo svolgimento dei compiti e delle funzioni.

LA TRASPARENZA SUI VERTICI DELL'ORGANIZZAZIONE INTERNA

Per monitorare la trasparenza riferita alle figure dirigenziali dell'Azienda, è stata indagata la presenza di informazioni inerenti l'atto nomina, il curriculum e il compenso del Direttore generale, del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo.

Figura 5 La variazione dei dati relativi alle nomine dei responsabili anticorruzione e alla pubblicazione dei Piani anticorruzione

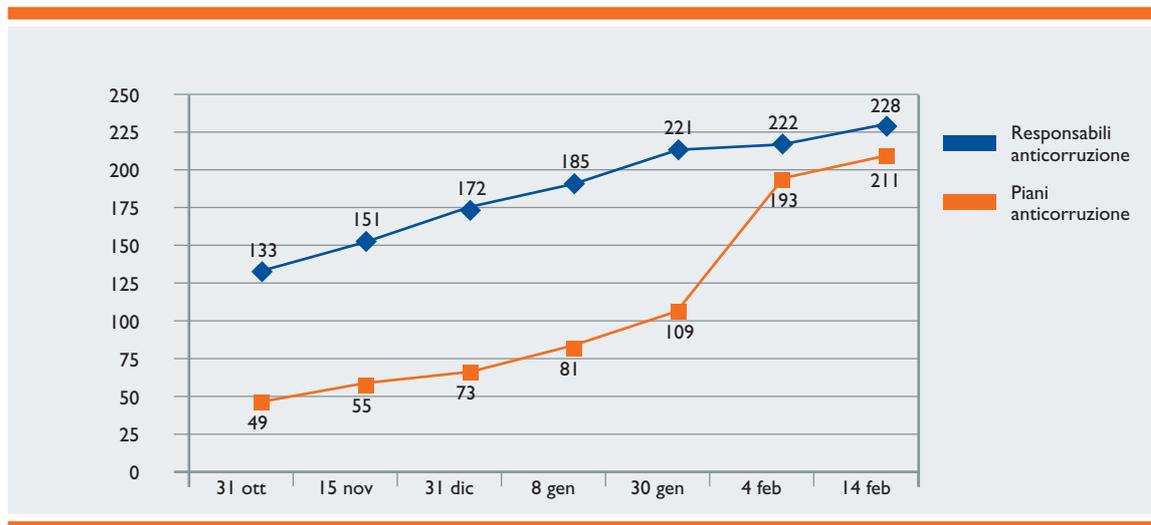
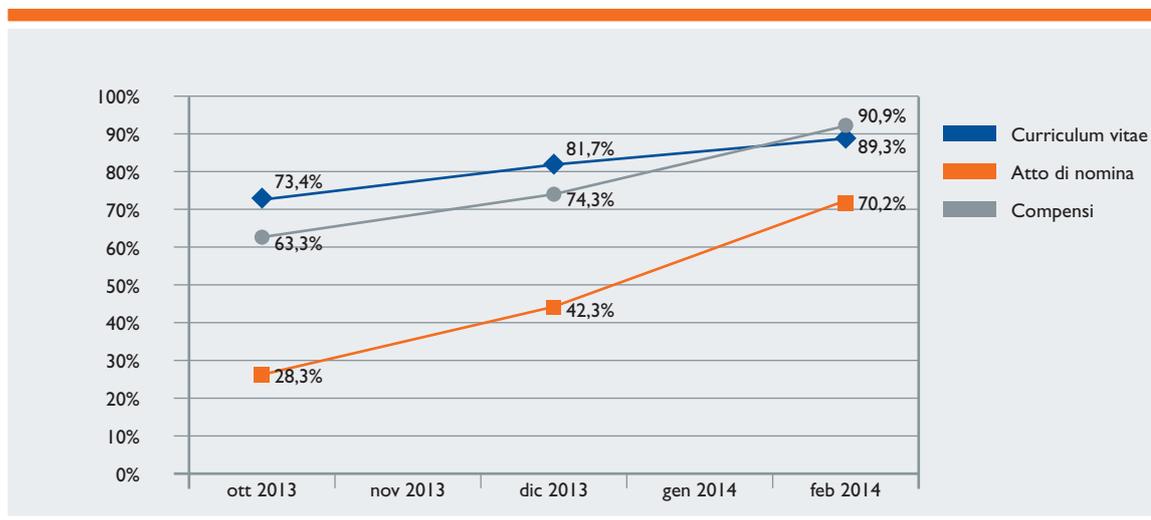


Figura 6 Adempimenti relativi alla trasparenza dei Direttori generali



La Figura 4 illustra i dati secondo l'aggiornamento al 14 febbraio 2014, che vede percentuali più basse relativamente alla pubblicazione sul sito aziendale del documento di atto di nomina.

Il monitoraggio ha permesso di osservare l'evoluzione degli adempimenti messi in atto dalle Aziende sanitarie del territorio nazionale in attuazione normativa. Nella Figura 5 è rappresen-

tata la variazione dei dati (in valore assoluto) relativi alle nomine dei responsabili anticorruzione e alla pubblicazione dei Piani anticorruzione nell'arco temporale considerato.

Le Figure 6, 7 e 8 rappresentano l'andamento dell'adempimento alla normativa relativamente alla trasparenza dei vertici, rispettivamente del Direttore generale, del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario.

Figura 7 Adempimenti relativi alla trasparenza dei Direttori sanitari

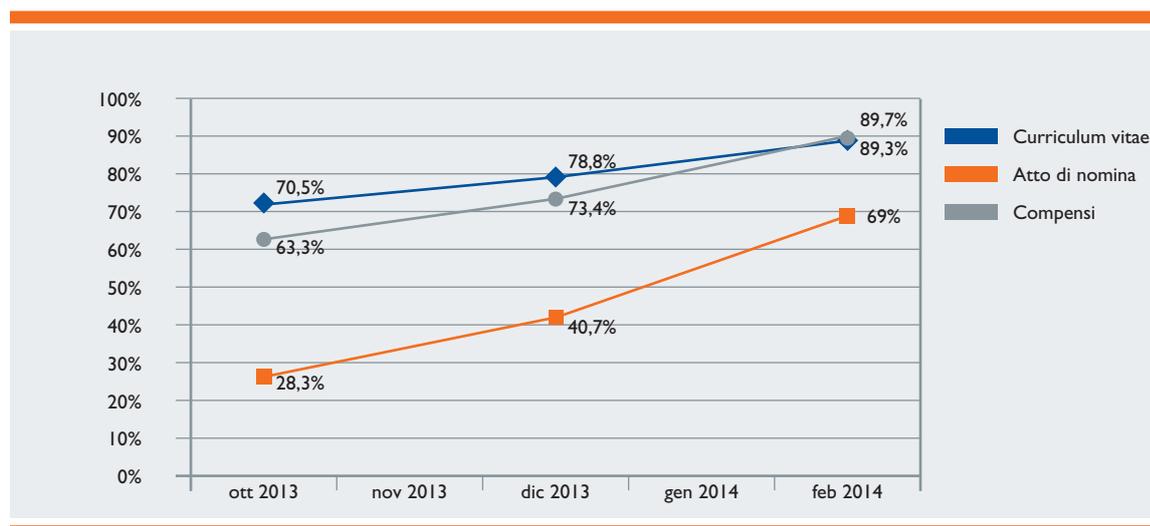
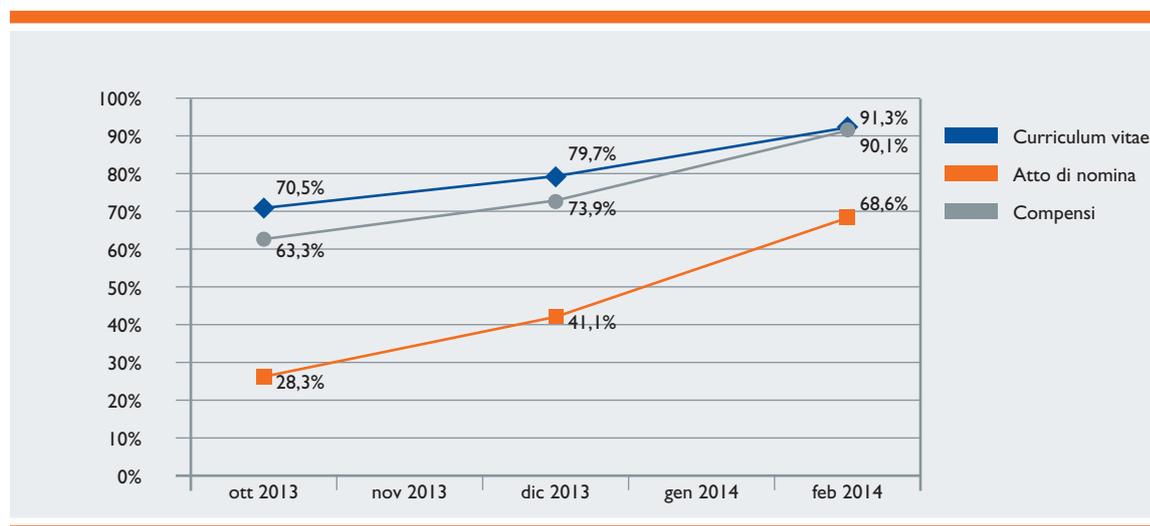


Figura 8 Adempimenti relativi alla trasparenza dei Direttori amministrativi



rificare per ogni singola Azienda sanitaria raggruppata per Regione la presenza o meno delle seguenti informazioni:

- la nomina del responsabile della prevenzione della corruzione;
- la pubblicazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione;
- la predisposizione sui siti istituzionali delle Aziende del curriculum vitae, dell'atto di nomina e dei compensi dei Direttori generale, sanitario e amministrativo.

Riparte il futuro ha attribuito un peso percentuale alle diverse richieste fatte alle Aziende sanitarie, in modo da arrivare a un punteggio unico e sintetico. Nello specifico, a ognuno dei tre criteri individuati corrisponde la stessa percentuale: il 33% la trasparenza dei vertici, il 33% le informazioni sul responsabile, 34% il Piano triennale di prevenzione della corruzione. Ogni voce si compone a sua volta di altrettante sotto-voci che contribuiscono al punteggio finale. Maggiore è il numero di criteri soddisfatti, maggiore è il punteggio raggiunto dalla singola Azienda sanitaria. (Figura 9).

Attraverso la petizione, Riparte il Futuro ha chiesto ai cittadini di firmare affinché tutte le Aziende sanitarie raggiungano il 100%: ovvero che rispettino gli impegni di legge entro il 31 gennaio 2014, come primo passo per un'efficace politica di prevenzione.

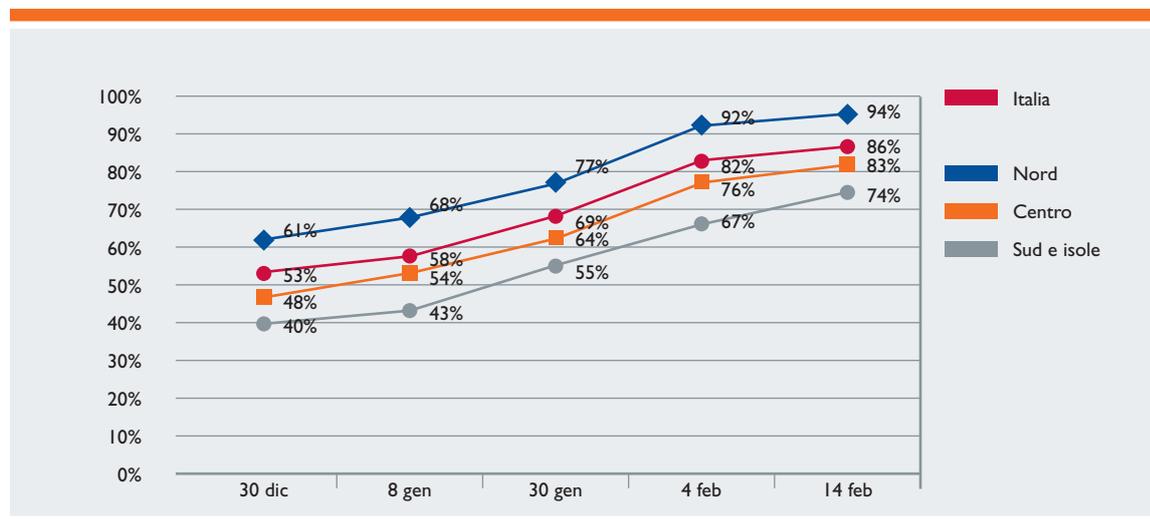
Nella Figura 10 vengono presentati i punteggi a livello nazionale raggiunti dalle aziende sanitarie nell'arco di tempo compreso tra il 30 dicembre 2013 e il 14 febbraio 2014.

Nella Figura 11 viene presentata la classifica regionale aggiornata al 14 febbraio 2014. La Basilicata è stata la prima Regione che ha soddisfatto tutti i criteri, accompagnata ora dalla Liguria.

Nella Figura 12 si mostra la distribuzione delle Aziende per percentuale raggiunta al 14 febbraio. Le Aziende sanitarie che hanno raggiunto la percentuale del 100% risultano 102.

L'obiettivo finale di questa attività non si limita, tuttavia, al raggiungimento del rispetto formale delle procedure, ma consiste nel conoscere, sostenere e mettere in rete tra loro i responsabili anti-corruzione e agevolare il loro dialogo con la cittadinanza per renderla consapevole e partecipe di

Figura 10 La variazione delle percentuali sul territorio nazionale - www.riparteilfuturo.it



ciò che le Aziende sanitarie intendono fare per garantire l'integrità.

Questa Petizione quindi rappresenta un primo passo: raggiunti gli obiettivi, saranno avanzate altre richieste affinché il Servizio sanitario nazionale prosegua verso la strada della trasparenza e dell'integrità.

CONCLUSIONI

Lo stato di applicazione delle nuove norme di legge appare, in generale, soddisfacente anche se permangono singole situazioni di inadempienza che occorrerà monitorare nel tempo per distin-

Figura 11 La Classifica regionale - 14 febbraio 2014 - www.riparteilfuturo.it

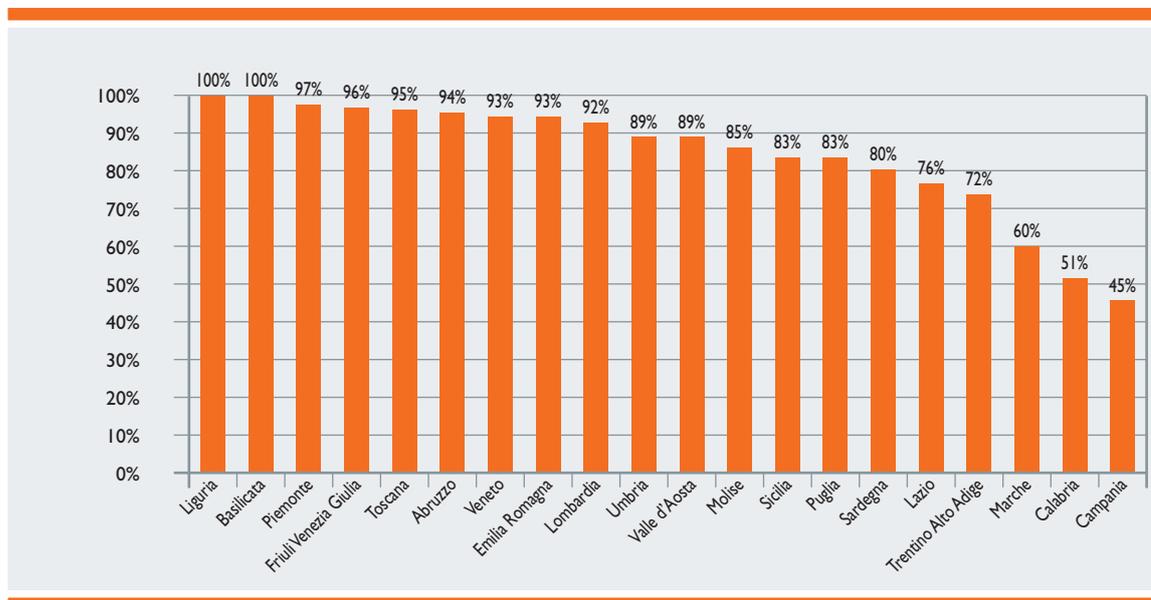
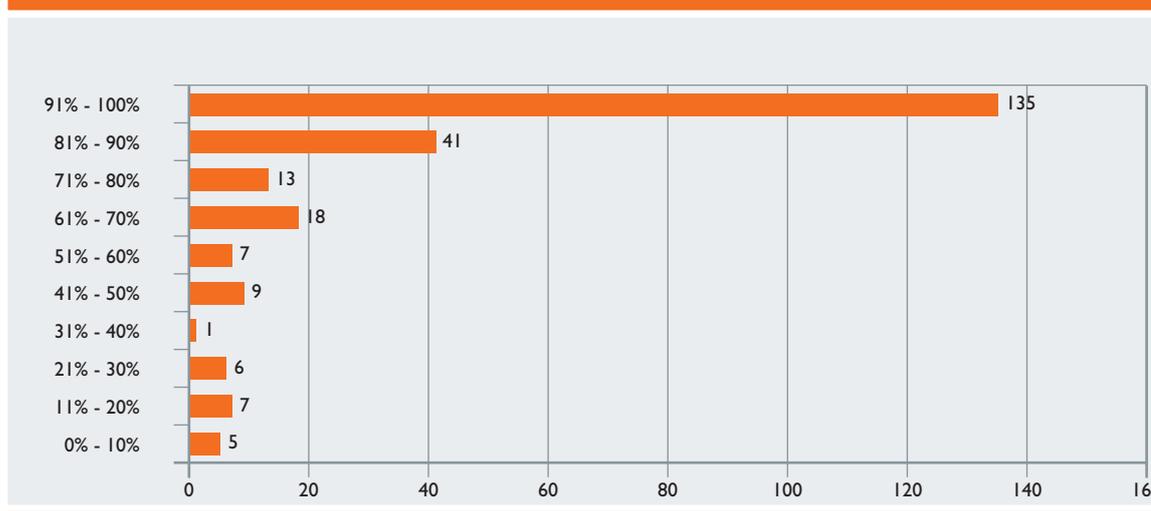


Figura 12 Distribuzione delle aziende per percentuale di adempimento alla normativa - 14 febbraio 2014 - www.riparteilfuturo.it



guere possibili ritardi procedurali da vere e proprie situazioni di trascuratezza.

La natura delle informazioni monitorate non consente ancora di ipotizzare gli effetti che le nuove disposizioni produrranno sul funzionamento delle Aziende sanitarie. La qualità dei piani aziendali esaminati nel primo campione testimonia però la volontà di aderire alle indicazioni normative in modo non solo formale, proponendo percorsi concreti per le varie azioni previste dalla normativa.

Dal punto di vista metodologico il lavoro di raccolta e analisi presentato in queste pagine dimo-

stra la possibilità di realizzare, da parte di soggetti esterni al sistema dei Servizi sanitari, un'azione di stimolo e di verifica che non potrà che favorire il raggiungimento degli obiettivi proposti dalla legge. Naturalmente si è, per ora, verificato il mero rispetto dei primi adempimenti formali. L'impegno dei prossimi mesi sarà rivolto a identificare metodi e forme di verifica più stringenti in grado di entrare nel merito della qualità delle azioni progettate dalle Aziende sanitarie per poter, in prospettiva, valutare il reale impatto che queste azioni avranno sulla integrità del nostro Servizio sanitario nazionale.



Il dossier formativo nel sistema Ecm

sono essenzialmente due i decreti legislativi (D.lgs. 502/1992 e D.lgs. 229/1999) che hanno istituzionalizzato nel nostro Paese il sistema di Educazione continua in medicina (Ecm). Nel D.lgs 229/1999 sei articoli segnano il passaggio da una formazione concepita come accessoria, episodica, sostanzialmente individuale e autodeterminata, a una concezione della formazione come elemento strategico per lo sviluppo della professionalità e della qualità del sistema di cure al cittadino.

Il programma sperimentale per l'Ecm è iniziato nel 2002 con l'accreditamento dei singoli eventi/progetti da parte della Commissione nazionale e delle Regioni.

Nella prima fase del programma l'attenzione era rivolta principalmente all'evento; l'esperienza condotta ha, poi, messo in evidenza i limiti di tale ap-

Gli autori dell'articolo

Serena Avezzù	Esperto in Processi formativi, professore a contratto presso la Facoltà di Medicina di Brescia - Corso Educatori Professionali, già Referente Formazione Dipartimento Sanità Pubblica Ausl di Parma
Marina Barbo	Psicologo, Dirigente responsabile Formazione e valorizzazione risorse umane Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" Udine
Silvio Bettinelli	Psicologo, responsabile Formazione e sviluppo risorse umane Azienda ospedaliera "Ospedale Maggiore di Crema"
Federica Pediconi	Psicologa, responsabile progetto regionale sul Dossier Formativo, Referente Formazione Ecm, Ars - Regione Marche

proccio indicando l'esigenza di passare piuttosto a un sistema rivolto al miglioramento della qualità dell'offerta formativa, delle organizzazioni responsabili della programmazione, realizzazione e valutazione dei processi di formazione continua.

Gli Accordi Stato Regioni del 1° agosto 2007, del 5 novembre 2009 e del 12 aprile 2012 danno concretamente avvio al processo di accreditamento dei provider, soggetti attivi nel campo della formazione continua in sanità che, sulla base di un sistema di requisiti minimi, realizzano attività Ecm e assegnano direttamente i crediti ai partecipanti, soggetti in grado di presidiare l'intero processo formativo e non solo l'evento.

I citati Accordi sottolineano, infatti, l'importanza dell'adozione di strumenti di governo della formazione in ambito aziendale, imprescindibili per il governo clinico e parti integranti del processo di accreditamento in raccordo con il D.lgs. 229/1999, quali:

- il Piano della formazione aziendale (Pfa), documento di programmazione dell'Azienda;
- il Rapporto della formazione aziendale (Rfa), documento annuale di rendicontazione dell'attività formativa realizzata;
- il Dossier formativo (Df).

Quest'ultimo rappresenta uno strumento innovativo, da affiancare agli altri strumenti di pianificazione e valutazione aziendali (Pfa e Rfa) più noti e utilizzati dalle Aziende sanitarie.

Nell'Accordo 2007 il Df viene definito come lo “Strumento di programmazione e valutazione del per-

corso formativo del singolo operatore (individuale) o del gruppo di cui fa parte (équipe o network professionale). Non è, quindi, un portfolio delle competenze ma ne può essere considerato un precursore ed è comunque correlato al profilo professionale e alla posizione organizzativa”. L'Accordo Stato-Regioni dell'aprile 2012 sottolinea che nel Dossier formativo del singolo professionista o dell'équipe assumono rilievo tre tipologie di obiettivi formativi finalizzati allo sviluppo di:

- **competenze tecnico-specialistiche:** competenze medico-specialistiche e delle diverse professioni sanitarie (di cui ai decreti ministeriali), esercitate sia individualmente (come liberi professionisti), sia negli ambiti organizzativi previsti dal D.lgs. 229/1999 e dai Ccnl delle diverse aree contrattuali e dagli atti aziendali (obiettivi formativi tecnico professionali);
- **competenze di sistema:** competenze organizzativo-gestionali relative alle modalità con cui le competenze tecnico-professionali vengono esercitate nei contesti di lavoro (obiettivi formativi di sistema);
- **competenze di processo:** competenze relative alla capacità di relazione e comunicazione con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione (Direzioni, articolazioni organizzative aziendali, colleghi), con soggetti esterni (istituzioni), con i cittadini e con gruppi di lavoro. (obiettivi formativi di processo).

Le tre tipologie di competenze costituiscono un riferimento chiave per la costruzione e lo sviluppo del Df individuale e di gruppo.

LO STRUMENTO DEL DOSSIER FORMATIVO

A partire da queste premesse, il Dossier formativo intende essere non una semplice raccolta statica di informazioni sulla formazione (curriculum), ma viene proposto come strumento di accompagnamento del professionista in grado di:

- programmare la formazione in relazione al profilo professionale di appartenenza e contestualizzarla in relazione a situazioni che nascono dalla pratica clinica;
- rendere esplicito e visibile il proprio percorso formativo;
- valutare la pertinenza e la rilevanza delle azioni formative frequentate in rapporto al proprio lavoro e alla mission clinico-assistenziale del gruppo di cui fa parte.

Il Df può rappresentare, quindi, uno strumento per lo sviluppo professionale continuo e un supporto per il professionista nell'autovalutazione delle competenze acquisite – durante il proprio percorso formativo fatto dall'ingresso nella professione e nell'organizzazione – e delle competenze da implementare, per poter crescere nell'ottica del miglioramento personale e di servizio al cittadino.

Per l'organizzazione (Azienda/Dipartimento/Uo) e per la rappresentanza istituzionale delle professioni sanitarie (Ordini/Collegi/Associazioni) responsabili del governo strategico della formazione, il Dossier formativo rappresenta un'occasione per:

- fare chiarezza nella definizione degli obiettivi di sviluppo delle competenze del professionista,
- orientare le scelte formative dei professionisti in coerenza con le priorità del contesto e con le esigenze formative individuali,
- sostenere la responsabilità individuale per la propria crescita professionale,
- monitorare le attività formative svolte dai pro-

fessionisti e lo sviluppo delle competenze in coerenza con le esigenze organizzative per migliorare la qualità dell'assistenza al cittadino.

In questo modo diviene per l'organizzazione uno strumento:

- per conoscere e valorizzare le professionalità e le competenze presenti in azienda,
- per condividere la pianificazione dello sviluppo delle persone su obiettivi specifici coerenti con le esigenze organizzative.

In letteratura non ci sono strumenti denominati “Dossier formativo” quindi la sua costruzione è legata anche al confronto – per differenze e somiglianze – con strumenti simili di documentazione, programmazione e valutazione delle competenze attualmente conosciuti e utilizzati in ambiti anche non sanitari (ad esempio, Eurfopass - Curriculum vitae, Portfolio delle competenze, Libretto scolastico, Libretto formativo del cittadino, etc.) a livello nazionale e internazionale.

Dalla letteratura emerge anche che l'utilizzo di questi strumenti e, in particolare, del Portfolio delle competenze (lo strumento che più si richiama al Dossier formativo) è stato sperimentato soprattutto nei tirocini formativi e nell'inserimento di giovani nel lavoro.

Non esiste, ad oggi, molta ricerca sull'utilizzo di questi strumenti nella formazione continua, che oggi deve fare i conti con la presenza sul lavoro di un numero sempre maggiore di persone over 50 che hanno atteggiamenti rispetto al lavoro e alla loro crescita professionale molto diversi da quelli dei giovani all'inizio della loro esperienza professionale.

Nella costruzione del Df, anche attraverso il confronto tra formatori di diverse aziende nella Community coordinata dal Cerismas dell'Università Cattolica nel 2010-2012, è stata presa in esame la necessità sia di condividere un comune modello logico di Df, sia di muoversi nell'approccio sperimentale con una logica incrementale,

coerente con le proprie variabili organizzative di contesto. Tale logica si pone su un continuum che si muove da un approccio training-based verso un approccio competence-based¹.

L'approccio **training-based** vede il Dossier formativo come strumento che consente di dare evidenza al percorso formativo di un professionista o di un gruppo di professionisti (e aiuta a programmare il percorso formativo e poi a valutarne il grado di realizzazione).

L'approccio **competence-based** consente di mappare le competenze e documentarne lo sviluppo individuale o del gruppo (e aiuta a programmare lo sviluppo delle competenze attese e poi a valutarne la progressiva acquisizione).

All'interno di questa logica incrementale si collocano le esperienze di sperimentazione e gli approcci degli autori che hanno focalizzato l'attenzione su alcuni aspetti del Df che ne differenziano l'attuazione.

SPERIMENTAZIONE NELL'AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 4 MEDIO FRIULI

L'analisi di contesto impone alcune riflessioni di premessa:

- le risorse per la formazione sono e saranno sempre più limitate rispetto alla necessità di un'azienda professionale e quindi vanno allocate e programmate con sempre maggiore attenzione;
- la carenza di personale, il blocco del turnover, genera una crescente necessità di gestire la *risk management* delle competenze e di gestire attivamente i percorsi di sviluppo professionale per ridurre la dipendenza organizzativa dal sin-

golo professionista, unico detentore di una competenza distintiva;

- la rifinizione di campi di competenza e di responsabilità dei diversi profili, la complessità organizzativa e gestionale, l'innovazione di alcuni processi anche in termini di riorganizzazione in ottica dipartimentale o di Area Vasta;
- infine, l'incalzante e inderogabile sviluppo delle tecnologie, sono tutti elementi che impongono un investimento formativo adeguato.

Il progetto parte, quindi, dalla riconsiderazione del sistema di rilevazione e analisi dei fabbisogni formativi in coerenza con il Modello del Dossier formativo previsto dall'Accordo Stato-Regioni, ma in un percorso contestualmente sostenibile e strategico per l'Azienda.

L'analisi dei fabbisogni, infatti, deve favorire la formazione per la messa in contesto di alcuni ruoli chiave gestionali, deve consentire la manutenzione e lo sviluppo delle competenze professionali e dovrebbe sostenere lo sviluppo per preparare alcune persone al "salto di ruolo", per sviluppare alcune professionalità specifiche, per sostenere alcune innovazioni tecnologiche o di riorganizzazione anche attraverso la costruzione di percorsi specifici. Peraltro in un'ottica di Area Vasta dovrebbe sostenere percorsi di confronto e sviluppo di logiche e competenze condivise.

La costruzione del percorso e dello strumento specifico ha previsto il coinvolgimento dei professionisti, dei Direttori, dei coordinatori, dei referenti di formazione delle strutture aziendali.

Il percorso ha previsto la propedeutica partecipazione a un tavolo di lavoro interaziendale-interregionale per il confronto e l'analisi di modelli di approccio e di impostazione dello strumento e di valutazioni esperienziali che intendono portare a uno sviluppo condiviso.

1. Vedi report della dott.ssa Antonella Cifalinò per la Community of practice per esperti di sviluppo organizzativo e formazione, 2011.

La coerenza del metodo e dello strumento viene cercata anche con le tre tipologie di obiettivi formativi, definiti dal “Nuovo Sistema di Formazione continua in medicina” (G.U. n. 288 dell’11 dicembre 2009): tecnico professionali, di processo, di sistema. Obiettivi formativi relativi al profilo e alle aree di competenza dell’operatore e delle attività clinico assistenziali svolte.

La prima fase del progetto è servita a costruire un modello e uno strumento sperimentale di Dossier formativo, da sperimentare e validare con alcune professioni e alcune strutture individuate: una struttura ospedaliera – Dipartimento Materno-infantile, un Distretto sanitario, l’area ambulatoriale di un Istituto di riabilitazione.

Il percorso e lo strumento analizzano i livelli di competenza presenti e attesi, individuali e di gruppo, in relazione alle specificità professionali e agli obiettivi caratterizzanti le strutture aziendali/dipartimentali (Soa/Soc/Sos) collegandoli alla mission e agli obiettivi specifici di Pal (Piano attuativo locale), nonché ad aree di investimento dedicato.

La metodologia utilizzata si è concretizzata in una serie di azioni:

- confronto con le esperienze di altre Aziende sanitarie e analisi delle indicazioni normative Ecm per la costruzione del format del Dossier formativo;
- definizione del progetto con la Direzione strategica e le aree di responsabilità delle professioni sanitarie;
- adesione alla sperimentazione nazionale con Cogeaps;
- attivazione di un corso di formazione propeedeutico rivolto ai diversi attori della formazione in Azienda;
- individuazione delle strutture complesse aziendali per la fase sperimentale;
- incontri con i professionisti preselezionati di illustrazione degli obiettivi, delle fasi e degli strumenti del progetto;
- validazione degli strumenti;
- analisi e valutazione degli esiti;
- ridefinizione con la Direzione strategica – sostenibilità – ottimizzazione del percorso sia per l’analisi dei fabbisogni formativi e la costruzione del Piano della formazione, sia in ottica di sviluppo delle risorse umane.

Per la fase sperimentale sono state impegnate risorse tecnologiche (schede su supporto informatico) e umane, nello specifico: 1 project manager, 1 referente del progetto, 2 collaboratori, 3 Direttori di struttura complessa, 7 coordinatori, 2 referenti di formazione, 142 professionisti sanitari. Nel corso del 2013 si intende portare il progetto a regime in tutte le strutture aziendali.

SPERIMENTAZIONE NELL’AZIENDA USL DI PARMA

L’impegno sul Dossier formativo parte da un approfondito investimento di “formazione” precedente alla stesura del dossier con i singoli professionisti e con i gruppi condividendo la conoscenza degli obiettivi aziendali, regionali, nazionali e la necessità di equilibrare gli stessi in un’ottica di sviluppo personale e professionale del singolo o del gruppo.

L’Azienda Usl di Parma ha sperimentato il Dossier formativo coinvolgendo il Dipartimento di sanità pubblica, un Dipartimento di cure primarie e un Dipartimento ospedaliero (Dea) e secondo l’approccio di seguito descritto.

Si è partiti, come sfondo aziendale, dalla costituzione e dall’irrobustimento della rete dei formatori (per ogni Uo sono stati designate due figure professionali, una del comparto e una dirigenziale) che a loro volta si interfacciano con i referenti della formazione dipartimentali e/o di struttura (Distretto, Dipartimento ospedaliero, etc). Con queste figure si è costruita una griglia di obiettivi

formativi dipartimentali e aziendali in accordo con i relativi Direttori con valenza triennale. Con l'Ufficio formazione centrale si sono costruiti obiettivi formativi trasversali, sempre con la stessa valenza triennale, ai vari Dipartimenti su temi di ordine obbligatorio (sicurezza, Bls, etc.) e obiettivi formativi trasversali legati a target particolari (coordinatori infermieristici e tecnici, dirigenti di struttura semplice, etc.) o di interesse aziendale (Case della salute, etc.). Tali obiettivi rispondono a esigenze strategiche prioritarie per l'Azienda. Gli obiettivi di Uo, di Dipartimento e trasversali sono stati associati a quattro tipologie di competenze (sovrapponibili alle tre tipologie nazionali) e annualmente per ogni obiettivo si sono costruiti uno o più eventi formativi, che potevano assumere la forma di progetto con più eventi e con diverse metodologie didattiche, identificando altresì le figure dei partecipanti (target professionale). Al termine dell'anno sono state compiute, da parte della rete dei referenti, le valutazioni sugli eventi effettuati e sui singoli partecipanti (% di presenze, di apprendimento, etc.) arrivando così a definire quante e quali figure professionali (affidenti all'Uo, al Dipartimento, etc.) hanno acquisito le competenze relative all'obiettivo previsto e in quale tipologia di competenze.

Tale processo ha permesso di costruire un dossier formativo, di gruppo e insieme individuale, nel quale i singoli professionisti possono conoscere (annualmente) lo stato della loro situazione formativa (obiettivi formativi, competenze acquisite, crediti Ecm ottenuti) e da questa fotografia finale ripartire (a cura dei referenti) per la costruzione di percorsi formativi per l'anno successivo.

Lo strumento informatico a disposizione ha permesso di legare le 29 aree di riferimento nazionali e regionali per la programmazione formativa (Accordo Stato-Regioni 2009), agli obiettivi e ai target professionali e di identificare il professionista che ha o non ha raggiunto l'obiettivo per-

mettendo di avere una visione cronologica (annuale e triennale) che consente a tutto il personale di raggiungere gli obiettivi prefissati e di acquisire le competenze con step annuali (si possono riprogettare i corsi per gli anni successivi per permettere a tutti i professionisti di acquisire le competenze con i relativi obiettivi ed è possibile anche acquisire, se non possibile in Azienda le necessarie competenze esternamente).

Utilizzando il Dossier formativo con queste modalità è possibile nel medio periodo individuare le varie competenze professionali da acquisire con percorsi formativi che possono essere altresì utilizzate sia per le valutazioni delle performance (insieme ad altre variabili) sia per la costruzione di percorsi di carriera dei professionisti (portfolio delle competenze).

SPERIMENTAZIONE DELL'AGENZIA SANITARIA DELLA REGIONE MARCHE

Con l'Accordo Stato-Regioni 2007 e l'introduzione del Dossier formativo nasce la volontà di impegnarsi per costruire uno strumento che contribuisca a restituire alla formazione continua senso e valore intravedendo in esso un'opportunità in tale direzione. Tale volontà si è tradotta in un progetto pilota condotto dall'Agenzia sanitaria della Regione Marche a partire dal 2008. L'approccio scelto per costruire il Df punta a orientare le attività formative Ecm a una maggiore attenzione verso le competenze dei professionisti, rispettando il processo della formazione che dal fabbisogno formativo (competenze da acquisire) declina obiettivi e offerta formativa. In questo modo gli obiettivi formativi scaturiscono da un'analisi di contesto, dove le dimensioni individuo-organizzazione-Sistema sanitario risultano contemporaneamente rappresentate. Il Dossier, così impostato, evidenzia le attività for-

mative in rapporto alle competenze delle diverse professioni sanitarie che si connotano principalmente nella loro dimensione tecnica, ma anche in quella relazionale che accompagna l'attività con i colleghi nell'équipe e con l'utenza, e in quella organizzativo-gestionale che riguarda, per esempio, la gestione di processi e organizzazioni di lavoro.

Il Df rimane aperto come contenitore logico per essere arricchito di elementi specifici delle diverse professioni e dei diversi contesti lavorativi restituendo al singolo e al gruppo di appartenenza la possibilità di un'analisi concreta del fabbisogno formativo e del percorso formativo effettuato.

Un gruppo regionale di medici e infermieri appartenenti all'emergenza sanitaria (118 e del Pronto soccorso) dell'Azienda sanitaria unica ha descritto le proprie competenze a partire da una mappatura dei problemi/attività che i professionisti stessi incontrano nell'esercizio quotidiano del proprio lavoro, attività di carattere clinico-assistenziale, organizzativo-gestionale e di relazione. Le competenze scaturiscono dalle suddette attività perché rappresentano il know how necessario per svolgere e affrontare quelle attività.

La scelta dell'emergenza sanitaria non è stata casuale, ma preziosa per questo progetto perché ha sviluppato negli anni una forte cultura della formazione attraverso una rete di referenti dipartimentali della formazione. La sua lunga storia si è tradotta non solo in atti normativi, ma, soprattutto, nella condivisione di un approccio per la formazione che parte dall'analisi dei problemi per rilevare da questi, le competenze e la formazione necessaria per il professionista.

I professionisti del 118 e del Pronto soccorso, coinvolgendo i loro colleghi, hanno poi utilizzato il format di Df costruito, proprio nel periodo in cui le Aziende del Sistema sanitario regionale raccoglievano il fabbisogno formativo per la programmazione annuale (Pfa).

Fin dalle prime fasi di costruzione dello strumento sono stati coinvolti le Direzioni, i Direttori di Dipartimento e i responsabili della formazione che hanno sostenuto e facilitato la sperimentazione.

La valutazione sull'utilizzo del Df è avvenuta attraverso focus group e i risultati della sperimentazione sono stati presentati in un convegno nazionale nel maggio 2010.

Nel 2011 il progetto si è esteso a un gruppo di lavoro di medici e di infermieri delle Uo di Rianimazione che ha costruito il proprio dossier con lo stesso approccio. A fine 2011 il Df è stato utilizzato per l'analisi e la raccolta del fabbisogno formativo, al fine di programmare la formazione annuale. A seguire, nei primi mesi del 2012, si sono raccolte le loro opinioni e le loro esperienze che ci hanno restituito feedback utili e incoraggianti. Attualmente sono coinvolti nell'utilizzo del Df tutti i medici e gli infermieri appartenenti al 118, Ps e Rianimazione e, per i prossimi anni, la Regione Marche si propone di monitorare l'utilizzo del Df, informatizzarlo ed estenderlo ad altre Uo.

SPERIMENTAZIONE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CREMA

Punto di partenza di questa sperimentazione è stata la necessità di coinvolgere in maniera più consistente i medici nella programmazione formativa aziendale.

Il Dossier formativo è stato colto come l'opportunità per integrare nella mappa delle competenze dei medici le competenze gestionali-organizzative e relazionali a partire dalla esplicitazione e valorizzazione delle competenze tecnico-specialistiche presenti nelle diverse Uo.

Per quanto riguarda il metodo, per tutto il periodo che ha preceduto la sperimentazione at-

tualmente in corso, si è puntata l'attenzione a evidenziare i vantaggi che possono derivare dall'introduzione del Dossier formativo sia per i professionisti (orientare le scelte formative sulle proprie esigenze e confrontarsi con il proprio Direttore, tenere traccia dei percorsi formativi che faciliti l'aggiornamento del Cv, valutazione annuale e rinnovo di incarichi), che per i Direttori (avere un supporto che facilita la programmazione dello sviluppo dei collaboratori), e per l'Azienda (raggiungere gli obiettivi di performance aziendale attraverso competenze aggiornate dei professionisti).

Particolare impegno è stato dedicato a queste azioni comunicative negli incontri con i Direttori e i loro collaboratori in tutte le Uo, nelle presentazioni nei Comitati di dipartimento, nelle introduzioni ai corsi, nella guida illustrativa del Dossier usata nella sperimentazione.

Questo allo scopo di ripensare il senso della formazione non come fine in sé (il sistema Ecm ha spinto in questa direzione), ma come strumento che può aiutare a raggiungere due importanti finalità: avere in Azienda professionisti competenti, aggiornati, motivati e raggiungere gli obiettivi di performance sia a livello di qualità del servizio, che di efficienza, che di benessere organizzativo.

Il lungo periodo che ha preceduto la sperimentazione, oltre che a creare un maggior raccordo tra i responsabili delle funzioni di staff (personale, qualità, sicurezza, formazione, controllo di gestione, Sitra e Direzione medica), è servito a raccogliere contributi, rivedere i materiali presenti in Azienda relativi alle job, alle schede di valutazione del personale, inserimento neoassunti, piani di azione nelle Uo, etc.

In questa fase è stato anche messo a punto uno spazio nell'intranet aziendale che consente a tutti i dipendenti di accedere ai dati della propria formazione dal 2002.

Il modello di Dossier formativo messo a punto viene proposto come strumento per pianificare/valutare la formazione a partire da una mappa delle competenze del medico dell'Uo.

Le evidenze della formazione toccano le diverse tipologie formative (aula, formazione sul campo, Fad, formazione individuale), ma anche i diversi ruoli svolti (partecipante, docente/relatore, tutor, responsabile scientifico, progettista) e recupera momenti di apprendimento e sviluppo professionale sia formale che non formale (attività clinica svolta, incarichi svolti, attività di ricerca, pubblicazioni scientifiche, partecipazione a gruppi di lavoro, etc).

La sperimentazione sta coinvolgendo i medici delle cinque Uo del Dipartimento di medicina (Gastroenterologia, Medicina, Oncologia, Pneumologia, Nefrologia e Dialisi) e un gruppo di infermieri del Dipartimento Chirurgico ed è collegata al momento della valutazione del personale (15 dicembre 2012-31 gennaio 2013). Seguirà la raccolta dei feedback dei professionisti partecipanti, dei Direttori e coordinatori delle Uo coinvolte.

CARATTERISTICHE DELLA SPERIMENTAZIONE DEL DOSSIER FORMATIVO NELLE AZIENDE

La costruzione della struttura del Dossier è guidata dall'idea che la sua utilizzazione deve dare la possibilità di accompagnare il professionista e l'organizzazione in un processo di riflessione consapevole e informata sui percorsi di sviluppo individuali e di gruppo.

In tutte le sperimentazioni la struttura capofila è l'Area Formazione (aziendale o regionale), che ha coinvolto, oltre ai professionisti interessati, la Direzione aziendale, i referenti e i responsabili for-

mazione, i Direttori e coordinatori e, in alcuni casi, i colleghi delle Aree di staff.

Un passaggio importante è rappresentato dall'analisi di vincoli e opportunità presenti nel contesto e che hanno guidato le scelte relative al Df. I vincoli presenti nel contesto e che possono costituire un ostacolo all'implementazione del Df sono: abitudini e attese dei professionisti, scarsa attenzione di Direttori e coordinatori delle strutture a prendersi cura dello sviluppo professionale dei loro collaboratori, esperienza limitata nell'integrazione tra le funzioni che si occupano di risorse umane (Ufficio del personale, Coordinamento infermieristico, Direzione medica, Formazione, Controllo di gestione) e mancanza di tempo da parte dei professionisti coinvolti principalmente "dal fare", dai turni e dagli straordinari.

Costituiscono invece opportunità:

- l'ampia esperienza degli uffici formazione delle Aziende nella programmazione formativa e in particolare nella raccolta del fabbisogno formativo attraverso strumenti ad hoc;
- la presenza nelle Aziende di reti di referenti della formazione e referenti qualità;
- la presenza in Azienda di diversi strumenti di gestione e sviluppo delle risorse umane (percorso di inserimento neoassunti, sistema di valutazione annuale e degli incarichi triennali, job description, per alcune realtà, piani di inserimento, schede di valutazione);
- gli interventi formativi svolti con responsabili e coordinatori sullo sviluppo di stili di leadership orientati a porsi più come coach che come controllori, esercitando un ruolo centrale nella facilitazione della crescita dei propri collaboratori.

Le nostre aziende sono partite da alcune premesse comuni:

- l'esigenza di confronto e di fare rete con altre aziende è diventata un momento forte di spinta e motivazione, oltre che un aiuto a condividere

riflessioni, fare sintesi e mettere a fuoco i nodi concettuali dietro le scelte operative pratiche;

- la condivisione e il sostegno delle Direzioni aziendali/regionali al progetto;
- la creazione di gruppi di lavoro regionali/aziendali e momenti di coordinamento con altre funzioni (Ufficio Formazione, Ufficio Personale, Direzione Infermieristica, Direzione Medica, Ufficio Qualità, Controllo di Gestione, Sistemi Informativi);
- sotto la spinta dell'Area Formazione, i gruppi di lavoro hanno fatto una valutazione del contesto, concordato alcuni obiettivi di lavoro e iniziato a definire un modello di Dossier formativo individuale e di gruppo che meglio rispondesse alle esigenze formative dei professionisti e alle esigenze del contesto e a riempirlo di contenuti.

L'obiettivo delle sperimentazioni è stato quello di testare i format di dossier individuale e/o di gruppo elaborati sulla base del proprio approccio, in modo da verificare come questo strumento innovativo possa rappresentare un'opportunità per il professionista e per le organizzazioni. A tal fine sono stati individuati alcuni fattori critici:

- la comprensibilità: lo strumento è sufficientemente chiaro e comprensibile, sia nel linguaggio, sia in funzione del suo obiettivo?
- la fattibilità: lo strumento è sufficientemente semplice da poter essere concretamente realizzabile e trasferibile ad altri contesti organizzativi?
- l'eshaustività: la classificazione delle competenze contenuta nel dossier è riuscita a ricomprendere tutte le caratteristiche e tutta l'attività formativa di un professionista sanitario?
- l'efficacia: lo strumento ha la capacità di programmare e valutare il percorso formativo del professionista e del gruppo?
- l'utilità: il Dossier formativo per i professionisti e per i dirigenti/coordinatori è uno stru-

mento utile per pianificare, dare evidenza e valutare il proprio sviluppo professionale?

La valutazione delle diverse sperimentazioni è tesa a valutare alcuni indicatori:

- numero di Uo che hanno mappato e definito le competenze cliniche e assistenziali, organizzativo-gestionali e di relazione;
- numero di Uo nelle quali professionisti, responsabili e coordinatori hanno sperimentato il Dossier formativo;
- quanto il modello di Df messo a punto ha corrisposto ai fattori critici di successo previsti (la comprensibilità dello strumento, la fattibilità, l'esautività, l'efficacia, la percezione di utilità da parte dei professionisti).

ALCUNE RIFLESSIONI

Le esperienze ci hanno portato ad alcune considerazioni sulla dimensione “ecologica” ed etica del Dossier formativo, che ci sembrano il doveroso sfondo da cui far emergere come figura il Df.

Apprendimento, pensiero e sapere possono essere definiti come relazioni fra persone attive nel contesto che viene socialmente e culturalmente costruito dagli attori stessi. Le attività, i compiti, le funzioni, le cognizioni, come dicono Wenger e Lave², non esistono isolatamente ma sono parti di sistemi di relazioni più ampi in cui hanno significato. Questi sistemi di relazioni si producono, riproducono e sviluppano all'interno di comunità sociali, che in parte sono sistemi di relazioni fra persone che le definiscono e sono da esse definite.

Il Df propone una visione della formazione e dello sviluppo delle competenze dei professionisti che necessita di condivisione di senso e di confronto tra i professionisti stessi perché l'attri-

buzione di significato ne valorizzi tutte le potenzialità.

In particolare riconoscere che le competenze di un professionista sanitario non si identificano solo in quelle tecniche specialistiche, costituisce una sfida e una crescita culturale e organizzativa.

Se appare piuttosto condivisa la necessità di sviluppare competenze per garantire la qualità degli interventi sanitari e i loro risultati, è un po' meno condivisa da parte dei sanitari l'esigenza di documentare le competenze acquisite. Ma oggi sono diverse le ragioni che sostengono questa esigenza: non solo il cambiamento del mercato del lavoro sempre più sovranazionale e dei contesti organizzativi, ma anche la richiesta dei pazienti di poter conoscere esperienze e competenze dei professionisti a cui affidano la loro salute.

A queste ragioni si aggiunge la necessità di programmare la formazione a partire dalle competenze in una prospettiva di apprendimento auto diretto dal professionista stesso.

Nello sperimentare e nel raccontarci le nostre esperienze di costruzione del Dossier formativo abbiamo messo a fuoco come questo strumento possa aiutare a ripensare e riordinare il percorso di *life long learning* del singolo dentro l'organizzazione di appartenenza, nella propria comunità scientifica e anche in relazione al cittadino destinatario finale del “sapere” dei professionisti sanitari.

Il significato ecologico del Df può essere inteso nella sua funzione di strumento, in un percorso di senso che restituisce significato a investimenti professionali formativi individuali, collettivi e di scelta di strategia aziendale. Riferendoci in particolare al Dossier formativo di gruppo, possiamo ritrovare in esso il percorso di un intero gruppo di lavoro, assumendo dalla situazione individuale

2. J.Lave e E.Wenger; *L'apprendimento situato*, Erickson 2006

le scelte collettive e viceversa, considerando che *“L’organizzazione contiene la propria storia e conserva la propria identità costruita nel tempo e nello spazio”*. Il Df nel sistema Ecm tendenzialmente burocratizzante, rappresenta un’opportunità di crescita sia per i professionisti che per le Aziende. Come formatori abbiamo dunque il compito di sostenere possibilità come il Df che sviluppano cambiamenti sociali positivi basati su solide fondamenta fatte di valori etici cioè sui motivi per cui facciamo le cose.

I professionisti che abbiamo coinvolto nelle diverse sperimentazioni ci hanno permesso di pensare al Df come ad uno strumento *etico* perché:

- trasparente: fa chiarezza nella definizione degli obiettivi di sviluppo delle competenze del professionista che devono orientare le scelte formative del singolo/dei gruppi e dà conto dei percorsi formativi realizzati;
- flessibile: dà la possibilità di integrare eventuali competenze, obiettivi formativi con altri che emergono nel corso del tempo dalla pratica clinica, di modificare le traiettorie pensate e offerte, se queste si dovessero dimostrare non percorribili o non più utili per la crescita professionale del singolo o del gruppo di riferimento;
- cerca di conciliare il bisogno di crescita del singolo individuo con il miglioramento della comunità di riferimento (Azienda in primis, comunità professionale e con i cittadini poi): ogni operatore ha una propria traiettoria di formazione continua all’interno della sua organizzazione che è strettamente legata all’evoluzione dell’organizzazione per cui opera. Permettendo di visionare l’attività formativa svolta e da intraprendere, si può comprendere il tragitto che si sta facendo in ambito di miglioramento e sviluppo delle competenze, sia per i singoli che per il gruppo/il Dipartimento/l’Azienda;
- prova a conciliare obiettivi formativi e comportamenti (competenze da acquisire) non solo di tipo tecnico professionali, ma anche relazionali e organizzativo gestionali perché anche queste possano diventare valore aggiunto per il professionista, per l’Azienda e per i cittadini;
- permette l’esercizio di un pensiero riflessivo e non solo di un pensiero “calcolante” che ha fretta di “accumulare” (50 crediti) senza domande sul senso di ciò che si è appreso e che si fa nella pratica quotidiana e nel rapporto con gli altri. Scrivere il Df equivale a scrivere la propria esperienza e contemporaneamente mentre si scrive si attivano processi riflessivi: l’esperienza è disponibile a essere esaminata e interpretata. Questo non è stato solo un compito individuale ma un impegno socializzato, un riflettere insieme;
- permette ai professionisti di confrontarsi e di prendere in considerazione percorsi formativi a seconda degli obiettivi formativi del gruppo in linea con gli obiettivi posti dall’Azienda (es. Piano delle azioni, del Piano regionale, etc.) e insieme scegliere quelli più utili per il raggiungimento delle competenze personali;
- promuove condizioni di negoziazione volte a superare le tensioni tra spinte al raggiungimento di obiettivi individuali/di gruppo e i vincoli e le attese poste dalle organizzazioni;
- promuove l’individuazione e la presa di coscienza delle responsabilità individuali e di gruppo (quali attività/competenze devo garantire) nella direzione di un “*accountability*” del sistema: rendere conto del proprio lavoro, oltre che a noi stessi, alla nostra Azienda, a chi ci affida un lavoro/una responsabilità, ma anche ai cittadini che si affidano ai professionisti sanitari nel momento del bisogno;
- promuove la partecipazione delle persone al processo di crescita del sistema;

- promuove la crescita delle persone (non solo negli aspetti tecnico-professionali), suscitando entusiasmo e impegno indispensabile per lo sviluppo professionale continuo.

Il Df (individuale e di gruppo) potremmo dunque dire che è sempre uguale perché basato e costruito sugli stessi valori, ma è allo stesso tempo sempre diverso perché racconta e si arricchisce delle specificità di ogni singolo contesto operativo e realtà professionale.

Ci siamo chiesti se il Df può diventare, oltre che uno strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo dei professionisti, anche uno strumento per portare alla luce e valorizzare abilità e competenze non facilmente visibili e riteniamo che questa possa diventare una grossa opportunità sia per le Aziende che per i professionisti.

Come molte organizzazioni, anche quelle sanitarie possono scoprire competenze, capacità e saperi potenzialmente ricchissimi e che restano spesso non riconosciuti e inutilizzati e il Df può aiutare a svolgere efficacemente questa funzione.

Il Df concettualmente rappresenta e, nella sua reale applicazione potrà rappresentare, un momento significativo di un percorso culturale che, pur con i limiti e le criticità del percorso introdotto dalla Formazione continua in medicina, in realtà ha determinato un'evoluzione del modello di riferimento della formazione in sanità.

Da un vecchio modello centrato sui contenuti rispetto l'analisi di contesto, sulla priorità delle performance rispetto alla *competence*, sulla struttura gerarchica della detenzione del "sapere" piuttosto che la diffusione, condivisione e ricerca dello stesso, dall'enfasi sulla razionalità rispetto l'introspezione, dalla rigida struttura prescrittiva di metodi educazionali e informativi all'autonomia creativa, tecnologica, relazionale, dalla capacità di for-mare, for-marsi attraverso scambio, confronto, responsabilizzazione nasce il nuovo modello e il nuovo modo di intendere la Formazione.

Se si dovesse sintetizzare la possibile trasformazione indotta, favorita, sostenuta dal Df individuale e di gruppo nella Formazione si potrebbe tradurla: da responsabilità versus responsabilizzazione.

Il cambiamento evolutivo (nuovo modello) infatti potenzialmente connesso al concetto di Dossier formativo è la responsabilizzazione individuale e dei gruppi per l'individuazione e la costruzione di un percorso laddove il "modello di riferimento" è centrato più sul processo che sulla prestazione, sulla capacità di conoscere e conoscersi, di "imparare a imparare", di collocarsi e di integrarsi.

Quindi il professionista, così come le diverse strutture, dipartimenti, unità aziendali, non sono fruitori passivi o proponenti di singoli eventi, ma diventano coautori di un percorso di sviluppo.

Certamente un'evoluzione culturale di questo tipo non è facile, non è veloce, non è automatica, ma si ritiene che il modello cui il Df fa riferimento e gli stimoli che un percorso così inteso può introdurre, possano essere una leva di trasformazione.

L'altro forte elemento è la sua capacità di rappresentare un forte significato motivazionale: quale motivazione alla formazione e all'implementazione di competenze professionali? Per chi? In quale dimensione motivazionale di crescita professionale? Individuale, per la propria tenacia e ambizione di adeguatezza professionale? Per la dimensione etica di una professionalità di qualità al servizio del paziente? Per la motivazione di efficacia, appropriatezza, efficienza di un servizio? Quale motivazione, al di fuori o dentro, a un senso di appartenenza?

Ecco allora la dimensione di identità e di appartenenza professionale, culturale di riferimento di una professione, di un ordine, collegio, associazione professionale che la rappresenta e la sostiene. Ecco allora la dimensione di appartenenza a un'Azienda, a un Sistema sanitario regionale e nazionale che deve offrire e (dovrebbe) garantire li-

velli di assistenza equi, di qualità e in alcune espressioni di eccellenza.

Infine, la dimensione intrinseca del cambiamento. Se è vero che la formazione dovrebbe introdurre dei cambiamenti rispetto a conoscenze, comportamenti, allora uno degli aspetti impliciti nel Df è la possibilità di definire e percorrere il “cambiamento”.

L'intero investimento del Df favorisce il cambiamento di individui, gruppi, organizzazioni.

Queste riflessioni sono il frutto delle esperienze di quattro realtà sanitarie diverse: due Aziende territoriali, una ospedaliera e una regionale che si sono proposte come laboratori per costruire il Dossier formativo e confrontare le rispettive esperienze.

PER CONCLUDERE

Definire la propria formazione sulla base dei 29 obiettivi nazionali e regionali è un'operazione diversa da quella di definire la propria formazione sulla base dell'appartenenza professionale e lavorativa coerentemente ai 29 obiettivi nazionali e regionali poiché in questo secondo caso si predispongono percorsi ad hoc partecipati e responsabili.

Nelle esperienze raccontate i modelli di Df sono costruiti in riferimento alle competenze, all'operatività e ai risultati organizzativi che la formazione deve favorire in quel contesto. Questo percorso può portare a disomogeneità nella definizione dei modelli e dei percorsi di utilizzo, ma tiene conto del fatto che la gran parte dei professionisti sanitari opera all'interno di strutture sanitarie pubbliche e private, e anche il Df deve diventare uno strumento aziendale.

Affinché il Df non si riduca a uno strumento di rendicontazione e verifica, ma possa essere uno strumento utile per migliorare la qualità e l'appropriatezza della formazione è importante:

- che il Df venga sviluppato e utilizzato dentro il contesto organizzativo e arricchito dal confronto con gli operatori;
- che i referenti formazione delle strutture aziendali ripensino il loro ruolo e sappiano uscire da una visione autoreferenziale e sviluppare la funzione formazione in coerenza e integrazione con le altre leve organizzative;
- che il Df venga utilizzato come operazione culturale per superare la visione di formazione come adesione burocratica, ma come opportunità per sviluppare riflessione sui bisogni formativi, e per far nascere domande, responsabilizzare le persone sulle proprie scelte formative.



Patologie croniche, ecco Matrice, un nuovo strumento di governance clinica

di **Fulvio Moirano*** e **Mariadonata Bellentani****

* Direttore Generale Agenas

** Agenas, on behalf of Progetto Matrice

U
no strumento di governance clinica finalizzato a monitorare e migliorare l'efficacia e l'equità nel Ssn; una filosofia di fondo simile a quella del Programma nazionale esiti. Ma a differenza del Pn, che passa sotto la lente le attività e i risultati delle prestazioni ospedaliere, il progetto Matrice si focalizza sui percorsi di cura, sulla presa in carico dei pazienti affetti da alcune patologie croniche, quelle per intenderci a maggiore diffusione e impatto sociale: ovvero diabete, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, demenza e ipertensione arteriosa

L'obiettivo ambizioso, infatti, è quello di contribuire a evidenziare la misura della qualità nell'erogazione delle cure territoriali, anche alla luce dei cambiamenti epidemiologici intervenuti negli ultimi decenni, come l'aumento delle malattie croniche e delle disabilità con la correlata necessità di offrire una risposta più adeguata a un bisogno di salute che ha portato allo spostamento del baricentro del Servizio sanitario nazionale dall'ospedale al territorio.

Lo studio, condotto da Agenas, rappresenta una prosecuzione del Programma "Mattoni del Servizio sanitario nazionale" (nato per costruire le basi condivise di un nuovo sistema informativo sanitario) e ha visto la partecipazione, oltre a un ampio board scientifico di sei Regioni volontarie: Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana, Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano. Il progetto ha seguito gli indirizzi di uno steering committee, formato da autorevoli rappresentanti del mondo scientifico e istituzionale ed è stato approvato dalla cabina di regia del Nsis, il Nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute.

Matrice consente – attraverso l'integrazione dei diversi flussi amministrativi esistenti, dai più consolidati quali: assistenza ospedaliera, farmaceutica diretta e indiretta, a quelli di più recente costituzione: specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare e assistenza residenziale e semiresidenziale – di intercettare indicazioni sui percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (Pdta) dei malati, non desumibili dalla semplice registrazione di un solo contatto di cura. Ed è proprio questo il valore aggiunto di Matrice che non si limita alla lettura di una sola prestazione o di un solo contatto di cura, sia esso l'ospedale o la specialistica, ma si estende per leggere come viene assistito il paziente con patologia cronica in tutto il percorso di cura.

Una sfida impegnativa e difficile, ma che ormai ha trovato le direttrici giuste per perfezionare definitivamente uno strumento che permette di monitorare i percorsi di cura relativi a patologie che rappresentano circa il 25% dei soggetti e il 75% dei costi e dei volumi di attività svolti dal Ssn.

GOVERNANCE DEL PROGETTO

Il progetto, della durata di tre anni, ha avuto come partner scientifici diversi istituti nazionali e internazionali:

- Ars Toscana;
- Dipartimento di Informatica medica dell'Università Erasmus di Rotterdam;
- Istituto di Scienza e tecnologie dell'informazione "A.Faedo" del Cnr;
- Società italiana di medicina generale;
- Università cattolica del Sacro Cuore;
- Università di Milano.

Studiosi ed esperti chiamati a identificare, attraverso l'integrazione dei flussi amministrativi, gli strumenti in grado di individuare le persone affette da una determinata patologia cronica, basandosi su linee guida, ove esistenti, letteratura scientifica in-

ternazionale ed esperienze consolidate nelle Aziende sanitarie. Si è trattato, quindi, di elaborare i cosiddetti "algoritmi" o modalità di selezione della popolazione, che consentono, senza svelarne le generalità, di verificare se una persona è affetta da una delle patologie oggetto di studio. Infine, sono stati identificati degli indicatori di percorso assistenziale, aventi la caratteristica di essere presenti nelle linee guida e nelle raccomandazioni nazionali e internazionali maggiormente accreditate, che allo stesso tempo rappresentano contatti di cura rilevabili dai flussi amministrativi.

Nel pieno rispetto dell'anonimato, prendendo l'esempio del diabete, il progetto consente in tal modo di identificare, attraverso l'elemento tracciante dell'insulina, una persona affetta da diabete. Non solo. Matrice si rivela uno strumento unico per comprendere se il paziente affetto da diabete è adeguatamente assistito. Tramite i flussi amministrativi, infatti, è possibile, sapere se a quel paziente viene controllata almeno due volte l'anno l'emoglobina glicata, così come previsto dalle linee guida. E in caso di non aderenza, è possibile correggere il percorso assistenziale del malato cronico.

IL SISTEMA MATRICE

L'architettura informatica del sistema Matrice consiste nello sviluppo di tre distinti software integrati tra di loro, due dei quali da installare presso gli ambiti territoriali partecipanti (Aziende sanitarie, Regioni, Osservatori epidemiologici) e uno funzionante a livello centrale, installato presso l'Agenas. Il motore statistico Neo, consentirà di tradurre i dati integrati attraverso il software TheMatrix in informazioni leggibili attraverso report, grafici, tabelle, etc., da modulare sulla base delle necessità espresse dagli ambiti territoriali coinvolti. Infine, a livello centrale un software di business intelligence, TheOracle, riceverà dalle realtà locali i dati

aggregati e produrrà un report di benchmarking. Semplificando, gli ambiti territoriali installano sulle proprie banche dati due software, entrambi open source gratuiti, per l'integrazione dei flussi informativi e la loro trasformazione in una reportistica standardizzata, secondo le metodologie definite dal progetto. E già in questa fase Matrice si rivela uno strumento di governance clinica per l'Azienda che, ben conoscendo l'organizzazione dei servizi e il contesto epidemiologico del proprio territorio, può elaborare il proprio report e verificare come ciascuno dei suoi medici segue i propri pazienti. Successivamente, i dati vengono aggregati per poi essere trasmessi in forma anonima all'Agenas, dove è possibile svolgere un'attività di benchmarking, tenendo conto dei diversi fattori condizionanti.

RISULTATI

I risultati raggiunti sono ormai consistenti e affidabili per quanto riguarda le prime tre malattie croniche indagate, di cui la Tabella 1 riporta le prevalenze riscontrate, cioè il numero di persone con malattia cronica ogni 100 abitanti.

Le prevalenze riscontrate corrispondono sia a quanto atteso dalla letteratura scientifica epidemiologica sia alle informazioni disponibili presso gli stessi ambiti territoriali partecipanti. Le differenze rilevate possono, invece, essere imputabili a diversi fattori: innanzitutto a possibili incongruenze nella registrazione dei dati relativi alle prestazioni fruite (già sono state messe in atto presso le diverse Asl parte-

cipanti opportune e progressive azioni correttive); inoltre, ciascun territorio ha una diversa capacità di intercettare e prendere sistematicamente in carico i malati (e in questo senso il confronto tra Regioni e Asl risulta particolarmente utile al fine di individuare le aree di criticità); infine, differenze possono essere dovute a differenti contesti epidemiologici (es. popolazione anziana o più attiva e giovane).

Il progetto è, inoltre, in grado di seguire i percorsi assistenziali attraverso indicatori "di processo", relativi all'effettuazione di interventi di rilevante significato per una corretta cura, specifici per ciascuna malattia esaminata. Ad esempio, quanto riscontrato per il diabete e per lo scompenso cardiaco, e sinteticamente riportato nelle Tabelle 2 e 3, evidenzia le potenzialità della nuova metodologia: risulta infatti possibile un confronto diretto tra realtà territoriali ben differenti circa la messa in atto di interventi specifici per la singola malattia. Le differenze riscontrate dipendono principalmente da due fattori concomitanti: differenza nella qualità e completezza dei dati amministrativi e diversa modalità di processi assistenziali attivati a carico del Servizio sanitario: è evidente come da tali confronti risulti facile la individuazione dei percorsi di miglioramento prioritari che, in modo mirato, ciascuna realtà territoriale può mettere in atto.

Per quanto riguarda l'ipertensione arteriosa e la demenza, i risultati raggiunti sono invece ancora insoddisfacenti: infatti, come mostrato dai dati seguenti relativi alla ipertensione, le prevalenze riscontrate raggiungono a malapena la metà di quanto atteso (Tabella 4).

Tabella 1  **Numero di persone affette da patologia cronica (%)**

Prevalenze patologia	Asl Toscana	Asl Lombardia	Asl Puglia	Asl Veneto	Provincia Autonoma Bolzano	Asl Emilia Romagna
Diabete	6,92	5,15	6,07	6,49	3,82	5,23
Cardiopatia	5,05	3,46	3,29	4,31	2,44	3,58
Scompenso	2,87	1,23	1,44	2,02	1,22	1,46

Il sistema di elaborazione dei dati, per queste patologie, è ancora in fase di sviluppo e affinamento: si conta comunque, anche con l'apporto di un apposito approfondimento in corso di realizzazione, attraverso la partecipazione della Medicina generale, di giungere in tempi rapidi al risultato ottimale nell'individuare i soggetti affetti dalle patologie croniche, oggetto di studio. Al fine di validare gli algoritmi di definizione del

caso prevalente, dopo essere stati anonimizzati i dati sono trasmessi a un organo istituzionale di rilevanza nazionale, il Cnr, che provvederà entro il 15 aprile alla validazione dei dati relativi alle diagnosi e ai percorsi dei pazienti desunti dai dati amministrativi dell'Azienda sanitaria, incrociandoli con quelli di alcuni medici di medicina generale, considerati gold standard, per le loro capacità non solo cliniche, ma anche di registrazione dei dati.

Tabella 2 Utilizzo indicatori di percorso assistenziale nel diabete

Diabete	Asl Toscana	Asl Lombardia	Asl Puglia	Asl Veneto	Provincia Autonoma Bolzano	Asl Emilia Romagna
Due controlli di emoglobina glicata nell'anno	34,8	41,9	8,7	30,5	47,1	44,3
Controllo assetto lipidico nell'anno	59,6	63,8	25,2	46,6	50,5	58,4
Controllo della microalbuminuria nell'anno	36,4	52,4	12,5	33,8	39,1	55,1
Controllo del fundo dell'occhio nell'anno	28,9	25,1	11,4	15,6	33,1	20,8
Monitoraggio della funzione renale nell'anno	72,2	72,8	25,1	53,8	77,3	66,8
Terapia con statine	37,8	47,3	46,9	37,1	42,1	40,2

Tabella 3 Utilizzo indicatori di percorso assistenziale nello scompenso

Scompenso	Asl Toscana	Asl Lombardia	Asl Puglia	Asl Veneto	Provincia Autonoma Bolzano	Asl Emilia Romagna
Monitoraggio funzione renale nell'anno	45,6	56,9	20,4	37,7	62,7	51,1
Controllo sodio e potassio nell'anno	82,7	68,5	85,4	88	70,7	69,1
Terapia con ACE-inibitori	36,8	67,8	59,2	26,3	59,5	48,6
Terapia con Beta-bloccanti	29,3	53,8	40,9	21,1	46,3	48,3

Tabella 4 Numero di persone affette da ipertensione (%)

Prevalenze patologia	Asl Toscana	Asl Lombardia	Asl Puglia	Asl Veneto	Provincia Autonoma Bolzano	Asl Emilia Romagna
Iipertensione	4,37	9,14	9,15	7,52	6,93	3,56

 **Gruppo di ricerca - Progetto Matrice**

Stefania Arniani	Azienda Usl 8 di Arezzo
Mariadonata Bellentani	Agenas
Antonio Brambilla	Regione Emilia Romagna
Ivan Campa	Asl di Brescia
Fabrizio Carinci	Agenas
Walter Cazzola	Università di Milano
Iacopo Cricelli	SIMG
Giulia Dal Co	Agenas
Gianfranco Damiani	Università Cattolica Sacro Cuore
Enrico Desideri	Azienda Usl 8 di Arezzo
Lidia Di Minco	Ministero della Salute
Sandro Di Sabatino	Agenas
Francesco Di Stanislao	Università Politecnica delle Marche/Agenas
Andrea Donatini	Regione Emilia Romagna
Paolo Fortuna	Ulss 6 Vicenza
Paolo Francesconi	Ars Toscana
Pier Carlo Ghiselli	Azienda Usl 8 di Arezzo
Rosa Gini	Ars Toscana
Stefano Gualdi	Informatico
Ragnar Gullstrand	Agenas
Fulvio Lonati	Asl di Brescia
Chiara Francesca Marangon	Ulss 5 Ovest Vicentino
Mariagrazia Marvulli	Agenas
Antonio Matteazzi	Ulss 6 Vicenza
Carla Melani	Osservatorio epidemiologico P.A. Bolzano
Mara Morini	Azienda Usl Bologna
Carlo Nucera	Agenas
Federica Palumbo	Università Politecnica delle Marche
Alessandro Pasqua	Health Search - SIMG
Raffaele Perego	ISTI -Cnr
Vito Piazzolla	Ares Puglia
Paola Pisanti	Ministero della Salute
Maria Randazzo	Ministero della Salute
Giuseppina Ronzino	Asl di Taranto
Rosa Rosini	Ministero della Salute
Mario Saugo	Regione Veneto
Carmelo Scarcella	ASL di Brescia
Miriam Sturkenboom	Erasmus Univ. Rotterdam
Rossana Ugenti	Ministero della Salute
Johan Van Der Leij	Erasmus Univ. Rotterdam
Elisabetta Verdelli	Azienda Usl 8 di Arezzo
Eleonora Verdini	Regione Emilia-Romagna
Paola Zuech	Osservatorio epidemiologico P.A. Bolzano