

LAVORO & PROFESSIONE

Una griglia di indicatori e best practice per individuare i campanelli d'allarme delle frodi sanitarie nelle strutture Ssn

Il detector che «stana» la corruzione

Un fenomeno politico-sistemico che sottrae risorse per 6 mld tra inefficienze e illegalità

DI MASSIMO SARGIACOMO *

Non è ormai di certo una novità che le frodi e la corruzione costituiscono un fenomeno sociale insito nella società italiana, la cui gravità ha però raggiunto un livello tale che il presidente della Corte dei conti, nel discorso di apertura dell'anno giudiziario 2013, lo ha definito come un: «fenomeno burocratico/pulviscolare, fenomeno politico-amministrativo-sistemico» rilevando che «la risposta non può essere di soli punteggi, limitati interventi - circoscritti, per di più su singole norme, del codice penale - ma la risposta deve essere articolata e anch'essa sistemica». «In effetti, la corruzione sistemica, oltre al prestigio, all'imparzialità e al buon andamento della pubblica amministrazione, pregiudica, da un lato, la legittimazione stessa delle pubbliche amministrazioni e, dall'altro (...) l'economia della Nazione».

Il Corruption perception index (Cpi) annualmente stilato da Transparency international pone l'Italia al 69esimo della triste classifica mondiale per corruzione percepita a "pari merito" con Kuwait e Romania, e ben dopo tanti altri Paesi come Costa Rica, Rwanda, Cuba, Ghana ecc.

L'indagine condotta dal Censis nel 2012 riporta che l'87% degli italiani, contro il 74% della media Ue, ritiene che la corruzione sia un problema grave e il 43% lo considera insieme alla crisi morale della politica, quale causa principale della recessione economica in atto. Tale risultato è peraltro confermato anche dalla Commissione europea nell'ultima edizione dell'Eurobarometro sulla corruzione 2012, nella quale l'89% dei cittadini italiani intervistati reputa il nostro sistema economico gravemente contagiato dal fenomeno, che insieme alle frodi costituisce non

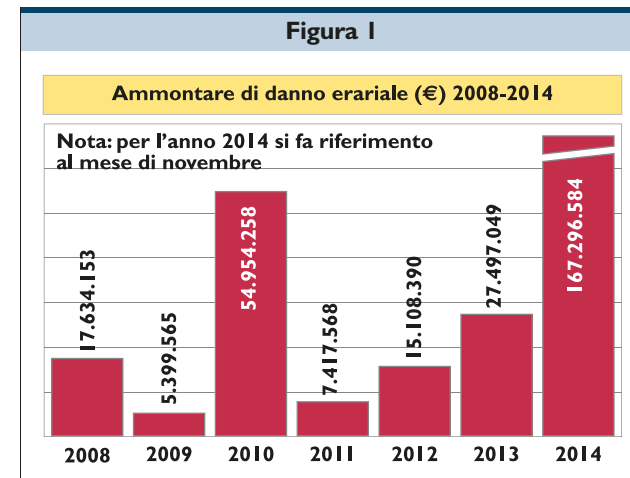
solo un danno economico per la società, bensì un esempio di bad practices non etiche in uso nel nostro Paese, oltre che uno sperpero di risorse pubbliche che potrebbero essere altrimenti destinate a settori di assoluto bisogno, come l'assistenza alle famiglie con presenza di malati di Alzheimer, alle differenti categorie di diversamente abili, alla sanità penitenziaria ecc.

A fronte della gravità del descritto fenomeno nella generale pubblica amministrazione, diversi interventi legislativi si sono succeduti nel corso degli ultimi anni, nei quali le misure anti-corruzione si sono inasprite molto, rafforzando notevolmente i poteri dell'Anac (ex Civit).

Nel settore sanitario, il libro bianco sulla corruzione (2012), noto anche come relazione Garofalo, ha messo in risalto gli elevati livelli di rischio corruttivo presenti, connessi alle diverse situazioni che possono dare atto a tentativi di condizionamento illecito, ovvero spese inutili, contratti conclusi senza gara, competizioni svolte in modo illegale, assunzioni e inquadramenti illegittimi, falsità e irregolarità nella prescrizione di farmaci e simili, inadempimenti e irregolarità nell'esecuzione dei lavori e nella fornitura di beni. Oltre a ciò, la cattiva gestione e lo spreco delle risorse destinate a soddisfare il bisogno di salute fanno sì che l'attività sanitaria sia svolta in maniera inefficiente.

Secondo la Corte dei conti (Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica) il settore sanitario evidenzia dei livelli inaccettabili di inappropriata organizzazione e gestionale che vanno a incrementare i danni già provocati dagli episodi di corruzione.

Infatti, l'inefficienza media della spesa sanitaria italiana è stata stimata pari al 3%, ossia equivalente a 3,5 miliardi di euro l'anno, con estremi a livello



regionale che vanno dallo 0,7% al 25,7% (Piacenza and Turati, 2013).

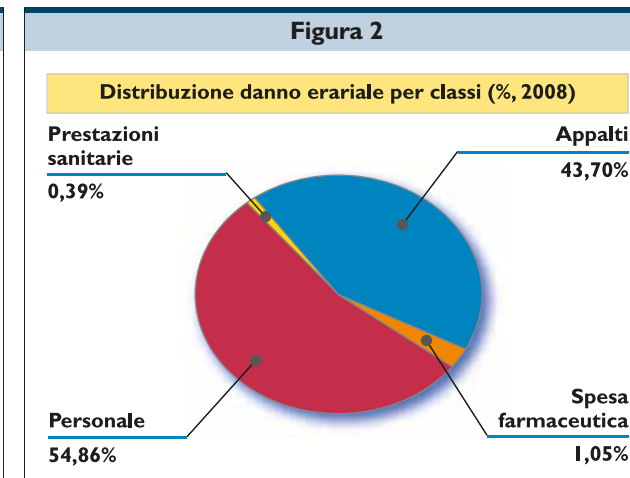
Inoltre, è stato stimato che il tasso medio di corruzione e frode in sanità è pari al 5,59%, con un range che varia tra il 3,29 e il 10% (Button and Ley, 2013). In Italia, la cui spesa sanitaria si attesta attorno a circa 110 miliardi di euro l'anno, ciò corrisponderebbe a circa 6 miliardi di euro di risorse all'anno sottratte al sistema sanitario. Stando al recente report della Guardia di Finanza e della Corte dei conti, il settore della Sanità risulta fortemente interessato da frodi e corruzione, e sembra coinvolgere - come noto - 1.176 soggetti per un totale di danni alla spesa pari a 1 miliardo e 280 milioni di euro. Il fenomeno però è talmente complesso e sistemico - come ha giustamente sottolineato il presidente della Corte dei conti nel 2013 nel richiamato discorso - che deve essere necessariamente disaggregato, al fine di pervenire a una classificazione in micro-contenitori, le cui tendenze confrontate longitudinalmente nel tempo, e spazialmente fra le varie Regioni italiane in parallelo, potrebbero consentire di stilare delle best e/o good-practices di riferimento per la prevenzione

- per singola sub-tipologia - da disseminare nella nostra Penisola nelle strutture regionali e locali del Ssn, oltre che nel corpo della GdF/Nas.

Tali evidenze disvelerebbero una grande utilità per poi addizione alla creazione di policy specifiche per la Sanità, che agendo altrimenti sarebbero solo di derivazione generale della mal-amministrazione della Pubblica amministrazione, e non sarebbero investite in "vestito tagliato e confezionato sartorialmente", per gli urgenti e gravi bisogni del Ssn.

A titolo di esempio, i danni erariali derivanti da frodi e corruzione in Sanità che hanno interessato la magistratura contabile, e che di certo non esauriscono affatto le fattispecie fraudolente che arrecano danni significativi al Ssn e all'Eriario stesso, sono quelli rappresentati nella figura 1, dove - sebbene ancora con dati parziali a novembre 2014 - spicca che il fenomeno è in forte crescita, con la punta record toccata nel Lazio (oltre 152 milioni di euro).

Dal dato generale, se volessimo veramente investigare l'eziologia del danno erariale, dovremmo riclassificare tutte le informazioni presenti nel database della Corte dei conti, suddivi-



dendole per gruppi omogenei, ottenendo così i seguenti cluster:

a) **appalti**: all'interno di questa categoria si possono ricomprendere tutte le fattispecie di danno erariale afferenti l'esecuzione di ogni forma di approvvigionamento di beni o servizi;

b) **personale**: in questo gruppo sono annoverate tutte le fattispecie di danno erariale afferenti il personale che opera nell'ambito del Ssn (medici, paramedici, farmacisti, infermieri, dirigenti);

c) **spesa farmaceutica**: questa categoria sintetizza tutte le fattispecie di danno erariale afferenti i farmaci, presidi sanitari e simili;

d) **prestazioni sanitarie**: questo cluster aggrega tutte le fattispecie di danno erariale afferenti all'erogazione di prestazioni medico-sanitarie.

Con tali premesse, nelle figure 2-3 si evidenziano le seguenti difformità nei comportamenti, nel tempo e nello spazio, comparando i dati definitivi del 2013 rispetto a quelli del 2008.

Se si confrontano le quattro classi riclassificate negli anni 2008 e 2013 spiccano differenze marcate nel mix in percentuale, in quanto mentre nel 2008 la pre-

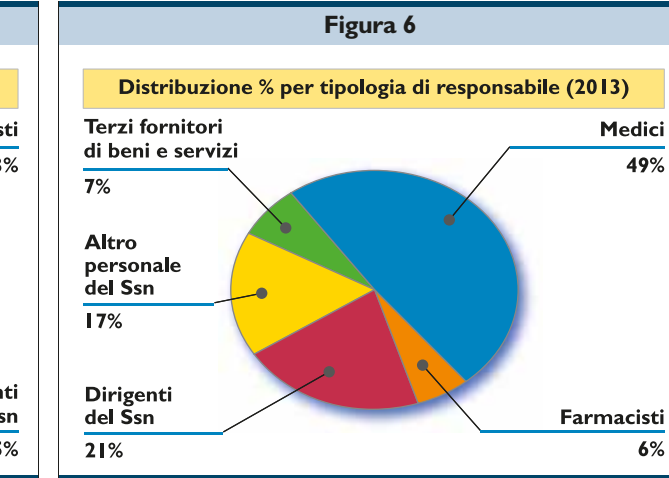
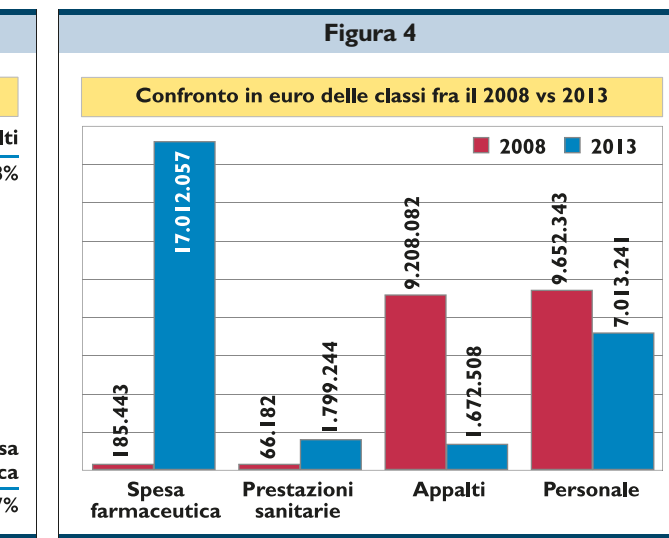
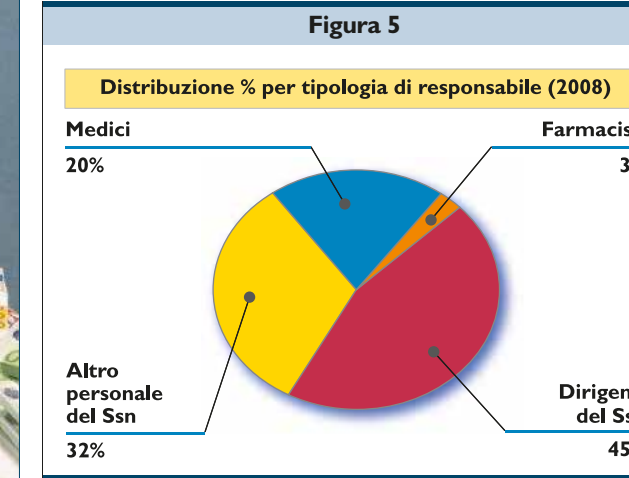
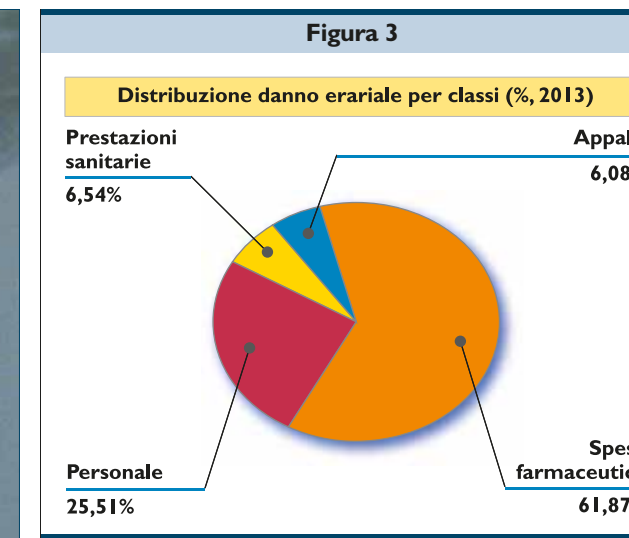
valenza dei casi sembra ascrivere alla categoria del "Personale" e agli "Appalti", nel 2013 emerge, sine ullo dubio, la classe della "Spesa farmaceutica".

Tale stridente differenza emerge molto nitidamente nella figura 4, dove appare il paragone in valore assoluto in euro delle quattro classi enucleate, relativamente agli anni 2008 e 2013.

Va da sé che se si volesse investigare ulteriormente il fenomeno, seguendo la metodologia in uso nei Paesi anglosassoni, dovremmo ulteriormente disaggregare i già riclassificati fenomeni. A esempio, per la categoria degli Appalti, potremmo suddividerli su base regionale e nazionale per clusters di diverso ammontare (e.g., <euro 250.000,00; euro 250.000,00-euro 500.000,00; euro 500.000,00-euro 1 mln; euro 1 mln-euro 5 mln; euro 5 mln-euro 15 mln; >euro 15 mln), per anno, per tipologia (i.e., Servizi di Pulizia reparti e biancherie e letterecchi, ristorazione, lavori di costruzione ex articolo 70; lavori di ammodernamento; manutenzione ecc), e per ciclo di vita, dal pre-contrattuale all'ultimaazione del servizio/lavoro e/o collaudo, quando previsto a se-

condo della tipologia di appalto. Così facendo, agendo in una maniera simile a quanto in uso nella casistica ospedaliera (e.g., Tasso di occupazione posti letto, Indice di complessità media dei ricoveri, o percentili dei codici rossi nei pronto soccorso per apertura o chiusura strutture sanitarie locali rispetto alla media regionale o nazionale), e utilizzando un modus operandi tipico del Risk management bancario, si potrebbero sviluppare acconci indicatori di rischio, una volta ottenuti gli indicatori, tutto quello che si colloca sopra o sotto l'indicatore regionale omogeneo (a seconda del caso) segnalerebbe un "warning" per ipotesi di rischio frode/corruzione, anche se non garantirebbe per sé la presenza del fenomeno corruttivo, che non sarebbe d'altro canto affatto esclusa nell'ipotesi contraria, ovvero nel caso di completa assenza di accensione di "warning".

A prescindere dai summenzionati clusters, e dall'eventuale sviluppo di precisi indicatori, il mutamento del fenomeno "camaleontico" delle frodi e corruzione in Sanità è altresì rinvenibile se ci si focalizza sui "soggetti coinvolti" nei procedimenti. Al riguardo le sentenze della



Corte dei conti offrono anche questa possibilità di riclassificazione, identificando le seguenti tipologie di responsabile coinvolte nei procedimenti che hanno interessato la magistratura contabile: i) medici; ii) farmacisti; iii) dirigenti del Servizio sanitario nazionale; iv) altro personale del Ssn; v) terzi fornitori di beni e servizi.

Le figure 5-6 illustrano la riclassificazione operata per soggetto coinvolto nei procedimenti. Anche in questo caso, le differenze fra gli anni del campionamento appaiono ancora più marcate nel confronto in valore assoluto 2008 vs 2013, esposto nella figura 7. Alla luce delle difformità appena evidenziate, sembra quasi inutile sottolineare che gli illeciti stessi sono di una tale natura variegata e composita, che richiederebbero un'acconcia unità speciale organizzata che operi solo ed esclusivamente per l'analisi, la prevenzione e la lotta alle frodi e alla corruzione nella Sanità, seguendo il modello di successo già implementato nel Nhs da circa vent'anni, con il Nhs Counter fraud and security management service/division.

Talasciando il vasto elenco in materia di evasione dell'obbligo di contribuzione alla spesa

sanitaria derivante dalle false attestazioni nelle liste di esenzioni o agevolazioni fornite dalle strutture del Ssn, giova segnalare - senza ipotizzare di poter essere esaustivi - qualche esempio di diversità dei casi di frodi finanziarie e corruzione occorsi in Italia negli ultimi anni:

a) **indennità**: illecite elargizioni di indennità non spettanti al personale e/o illeciti avanzamenti di carriera, e/o illecite assunzioni;

b) **servizi alberghieri**: illecito affidamento dei servizi per i ricoverati nella struttura pubblica;

c) **irregolarità**: nei lavori di ammodernamento di strutture ospedaliere;

d) **illeciti rimborsi**: per ricoveri d'urgenza a favore di case di cura convenzionate, ma non autorizzate al servizio di pronto soccorso;

e) **illegitima aggiudicazione**: servizio di archiviazione ottica documentale;

f) **illegitimo affidamento diretto**: servizio di manutenzione di apparecchiature elettromedicali e impianti tecnologici, oltre al rimborso di prestazioni inesistenti con riguardo a forniture di gas medicale;

g) **false attestazioni e illeciti rimborsi**: prestazioni prestate da

centri convenzionati, poi defacto superiori alle reali capacità massime funzionali della struttura;

h) **indebiti rimborsi a centri di riabilitazione**: prestazioni mai effettuate grazie alla connivenza degli organi amministrativi responsabili della liquidazione delle somme;

i) **cartolarizzazione**: scandali per operazioni di avvenuta cartolarizzazione;

j) **illeciti e illegittimi rimborsi**: scandali per illeciti rimborsi a cliniche private accreditate per servizi pediatrici;

k) **prestazioni farmaceutiche**: scandali per prestazioni non appropriate, illegittime o mai rese.

I succitati esempi, sicuramente non esaustivi della ricchezza di casistica disponibile nel nostro Paese nell'ultimo decennio, sono oltremodo utili per rappresentare un rapido affresco dei contorni camaleontici del fenomeno delle frodi e della corruzione nella Sanità italiana, che sta mutando nel tempo anche la sua diffusione nelle diverse Regioni italiane. Come si evince chiaramente nella figura 8, mentre negli anni passati sussisteva una forte concentrazione meridionale, ora si nota come il fe-

meno stia permeando e si vada diffondendo anche in diverse Regioni del Nord, oltre a essersi focalizzato nel Centro Italia.

Alla luce di quanto testé rappresentato, ognuno dei menzionati casi - e tanti altri non elencati - dovrebbe essere studiato singolarmente ab-initio per verificare come e dove i controlli non hanno funzionato, o sono stati neutralizzati, e/o il malaffare si sia riuscito a insinuare in alcune Regioni - e per alcune tipologie specifiche - con fenomeni corruttivi e/o di distrazione e deviazione di fondi pubblici che potevano, e potrebbero tuttora, essere utilizzati efficacemente ed efficientemente per la più efficace tutela della salute nel nostro Paese.

L'obiettivo finale sarebbe quello di pervenire a delle utili linee guida, specifiche per fenomeno tipo, e disseminabile nelle strutture regionali e locali del Ssn, e d'intesa corpi GdF/Nas, in modo poi da pervenire alle modifiche utili delle procedure in corso di prevenzione e accertamento, e al suggerimento di idonee policies anti-frode e corruzione al ministero. In tale ottica, il recente accordo di Novembre fra Anac-Agenas rappresenta già un primo importante step

forward, ma forse, seguendo il modello del Regno Unito da cui abbiamo attinto per decenni i più importanti principi ispiratori, occorrerebbe prevedere a breve termine la costituzione di una Direzione generale anti-frode e corruzione in Sanità all'interno del ministero della Salute, con la presenza di un corpus di specialisti multidisciplinari, come peraltro già previsto in passato dal Dl 32/2003, che poi però non è mai stato implementato.

Oltre a quanto appena menzionato, si potrebbe agire sull'etica insita nel comportamento umano, che non è egualmente distribuita nella popolazione, ma su questo, lo si è capito da tempo, sebbene si stia agendo molto sulla sensibilizzazione a una nuova "Cultura dell'etica", senza adatte misure preventive associate a un efficace sistema sanzionatorio, è sarà molto difficile incidere a breve termine nel nostro Paese!

* professore ordinario di Economia aziendale, Dipartimento di Economia aziendale, Università G. d'Annunzio di Chieti-Pescara - Componente Comitato nazionale di Bioetica

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE SCADENZE FISCALI DI DICEMBRE

Lunedì 15
Iva - Annotazione documento reipilogativo per fatture di importo inferiore a euro 300

Martedì 16
Irap - Acconto mensile dovuto dalle amministrazioni dello Stato e dagli enti pubblici

prestazioni di servizi individuati attraverso idonea documentazione devono emettere fattura entro il quindicesimo giorno del mese successivo, con indicazione delle operazioni effettuate, la quale deve essere annotata sul relativo registro entro lo stesso termine (articolo 21, comma 4, del Dpr 633/1972).

Per le fatture emesse nel corso del mese, di importo inferiore a euro 300, può essere annotato un documento reipilogativo nel quale devono risultare i numeri delle fatture cui si riferisce, l'ammontare complessivo imponibile delle operazioni e l'ammontare dell'Iva, distinti secondo l'aliquota applicata (articolo 6 del Dpr 695/1996).

Coloro che effettuano cessioni di beni, la cui consegna o spedizione risulti da un documento di trasporto o da altro idoneo a identificare i soggetti fra i quali è intercorsa l'operazione, o

DI ALBERTO SANTI

■ Sostituti d'imposta - Versamento ritenute alla fonte da parte di enti pubblici
Per gli enti pubblici individuati nelle tabelle A e B allegata alla legge 720/1984, scade il termine per il versamento delle ritenute alla fonte. Gli enti pubblici sottoposti al vincolo del sistema di tesoreria unica dello Stato devono utilizzare i modelli F24/EP per il versamento dell'Irap e delle ritenute alla fonte, incluse le addizionali.

■ Sostituti d'imposta - Versamento ritenute alla fonte
Scade il termine entro il quale i sostituti d'imposta devono versare le ritenute alla fonte operate nel corso del mese di novembre sui redditi di varia natura corrisposti, quali redditi di lavoro dipendente e assimilati, redditi di lavoro autonomo, provvigioni ad agenti e rappresentanti di commercio, redditi di capitale e assimilati ecc. Per i versamenti diretti al concessionario della riscossione i contribuenti, titolari o meno di partita Iva, utilizzano il mod. F24. Il modello deve essere presentato con modalità telematiche per i titolari di partita Iva, ovvero, a un'azienda di credito convenzionata, al concessionario della riscossione o a un ufficio postale abilitato, per i non titolari di partita Iva.

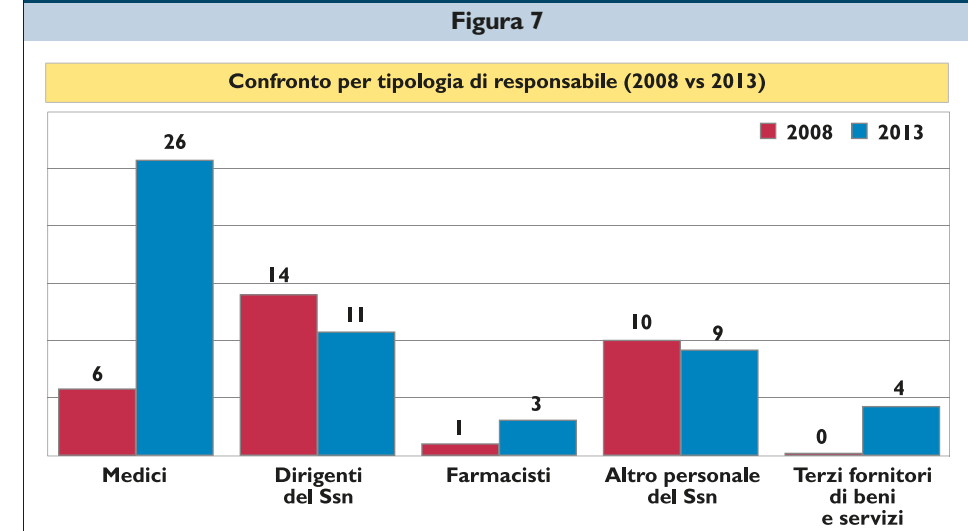


Figura 8 - Confronto in euro del danno erariale per Regione (2008 vs 2013)

Regione	2013	2008	Regione	2013	2008
Valle d'Aosta	-	5.867	Umbria	43.850	40.170
Trentino A.A.	3.106.445	5.781	Marche	47.593	10.478
Piemonte	420.503	70.000	Lazio	17.392.664	16.287.224
Lombardia	179.628	274.058	Abruzzo	376.633	35.864
Friuli V.G.	52.936	27.424	Sardegna	130.644	-
Veneto	20.000	-	Molise	988	-
Liguria	26.060	155.651	Campania	2.539.583	-
Emilia R.	11.603	-	Puglia	-	4.146
Toscana	1.787.582	281.496	Calabria	1.000.690	410.994
			Sicilia	359.648	25.000