



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO

Scuola di Alta formazione Dottorale

Corso di Dottorato in Formazione della Persona e Mercato del Lavoro

Ciclo XXIX

Settore scientifico disciplinare IUS/07

LAVORATORI E PROMOZIONE DELL'INTEGRITÀ NEL SETTORE SANITARIO: TRA PROFILI TEORICI ED EVIDENZE EMPIRICHE

Tutor scientifico:

Chiar.mo Prof. Michele Tiraboschi

Coordinatore scientifico:

Chiar.mo Prof. Giuseppe Bertagna

Tesi di Dottorato

Gabriella VIALE
Matricola n. 1031674

Anno Accademico 2015/16

INDICE

ABSTRACT	5
POSIZIONE DEL PROBLEMA	10
LITERATURE REVIEW	20
I LAVORATORI DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO.....	20
INTEGRITA' E CORRUZIONE	106
CAPITOLO 1 - I LAVORATORI DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO.....	175
1.1 Quadro introduttivo: il mercato del lavoro e il settore sanitario in Italia.....	175
1.2 La spesa per la sanità e la sua sostenibilità.....	181
1.3 I lavoratori del settore sanitario e socio assistenziale: la fotografia	189
1.4 Lavoratori standard, flessibili, atipici e ... agili	198
1.4.1 Lavoratori a tempo determinato.....	207
1.4.2 Lavoratori a tempo parziale	211
1.5 Lavoratori esternalizzati	217
1.5.1. In particolare i lavoratori delle cooperative	225
1.5.2. Lavoratori somministrati.....	231
1.6 Lavoratori parasubordinati, autonomi (anche in forma associata), tirocinanti e ricercatori	236
1.7 Lavoratori domestici	245
CAPITOLO 2 – LA PROMOZIONE DELL'INTEGRITÀ.....	250
2.1. Oltre l'economicità, l'efficienza e l'efficacia: l' integrità, l' etica e il benessere organizzativo.....	250
2.2 Il fenomeno della corruzione e la malamministrazione.....	258
2.3 La specificità del settore sanitario: in particolare, la gestione degli appalti e dei lavoratori.....	263
2.4 I controlli: focus sul ruolo dell' Agenzia Unica per le ispezioni del lavoro ...	269
2.5 La promozione dell'integrità e la prevenzione della corruzione	277
2.5.1 Il codice di comportamento e etico.....	280
2.5.2 La formazione e l'informazione.....	282
2.5.3 La trasparenza	286

2.5.4 La tutela dei whistleblowers	291
2.5.5 Rating di legalità e d'impresa, protocolli e patti d'integrità	294
CAPITOLO 3 – L'EVIDENZA EMPIRICA: LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA	298
3.1 La metodologia	298
3.2 Il questionario on-line ai Responsabili della Prevenzione della Corruzione: primi elementi di riflessione	300
3.2.1 I risultati ottenuti	301
3.3. Le interviste a testimoni significativi: altri elementi di riflessione.....	321
3.3.1 Il ruolo rivestito dai lavoratori nel promuovere l'integrità e nel contribuire al contrasto della corruzione	322
3.3.2 Rapporto tra lavoro, qualità, benessere organizzativo, comportamenti impropri e fenomeni corruttivi	339
3.3.3 Il ruolo dei controlli interni e esterni al SSN	351
3.3.4 Il ruolo della formazione e informazione nella promozione dell'integrità..	359
CONCLUSIONI	365
Allegato 1 – Il questionario on-line	380
Allegato 2 – Le domande delle interviste	385
Allegato 3 – Le risposte integrali alle interviste.....	387
Il sindacato.....	387
Responsabili	395
Rappresentanti del mondo cooperativo	401
I lavoratori	408
RINGRAZIAMENTI	421

Al mio piccolo Giacomo

ABSTRACT

Negli ultimi decenni, il settore sanitario italiano, al pari di quello europeo, è stato oggetto di una profonda ristrutturazione, tesa a definire un'organizzazione del servizio che fosse capace di rispondere con maggiore qualità ed efficienza al diritto alla salute.

Tale processo si inserisce in un contesto caratterizzato, da un lato, da scarse risorse disponibili e, dall'altro, da una crescente domanda di salute.

In un periodo di profonda crisi come quello attuale caratterizzato da susseguenti *spending review*, che vanno ad incidere sulla spesa pubblica, in generale, e sulla spesa sanitaria e sul welfare, in particolare, diventa ancora più importante avere a disposizione approcci culturali, strumenti e sistemi orientati non solo a misurare i risultati clinici e gli standard da garantire ma anche la correttezza e la trasparenza dell'azione pubblica, al fine di allocare le scarse risorse disponibili non solo nel modo più economico, efficiente ma anche più equo ed efficace.

Questo ha significato, anche per il settore sanitario, affrontare il problema della sostenibilità della spesa e, conseguentemente, avviare una sorta di 'grande trasformazione'.

Da una parte intervenendo sul mercato del lavoro e sulla gestione dei lavoratori, la voce che maggiormente incide sul suo bilancio, attraverso la crescente diffusione di tipologie contrattuali flessibili e atipiche nonché l'ingente utilizzo delle esternalizzazioni dei processi lavorativi al fine di ottenere strutture più dinamiche e duttili ai mutamenti sociali, giuridici ed economici e, nelle intenzioni, più produttive. Una flessibilità che tuttavia è stata interpretata come 'destrutturazione' del settore pubblico, tradizionalmente presidiato da contratti a tempo indeterminato, nel quale il lavoro flessibile e atipico più che un'opportunità a disporre di uno strumento gestionale e di modelli organizzativi agili per far fronte a concrete ragioni di carattere produttivo, organizzativo e sostitutivo, si limita ad allentare le rigidità del mercato del lavoro fuggendo dalle regole del diritto.

Dall'altra, definendo i confini di un nuovo universalismo per così dire selettivo, perché più ristretto e contingentato: si interviene a compensare la compartecipazione dei pazienti non esenti del tutto al costo delle prestazioni sanitarie e la partecipazione per le

prestazioni non coperte dal SSN attraverso la diffusione del welfare aziendale e dei fondi integrativi derivanti dalla contrattazione collettiva.

Il comparto della sanità rappresenta un ambito d'indagine privilegiato per la sua differenziata dimensione organizzativa ed istituzionale e perché, più di altri ambiti del settore pubblico, ha sperimentato una significativa esperienza nell'adozione di forme contrattuali non standard e nel ricorso all'*outsourcing*, dapprima di servizi cosiddetti *non-core* e ora anche di servizi propriamente sanitari e socio-assistenziali, e nel ricorso alle concessioni. In prospettiva, la tendenza è confermata e anzi verrà ampliata.

Un settore in cui i rapporti di lavoro hanno, da un lato, caratteristiche peculiari determinate da una forte ed incisiva componente non-rutinaria delle attività, un alto grado di responsabilità, di discrezionalità e di autonomia professionale in capo ai lavoratori (soprattutto professionisti sanitari) che fanno venir meno l'idea del lavoratore quale mero esecutore di ordini e direttive del datore di lavoro (a cui è affidato il potere di controllo e sanzionatorio) e che dovrebbe condurre ad una maggiore partecipazione e condivisione dei risultati e dei rischi da parte dei lavoratori e ad una più labile distinzione tra prestazioni autonome e subordinate. Dall'altro lato, un settore che fa ancora largo ricorso ad attività manuali o ad attività che difficilmente o più lentamente rispetto ad altri settori verranno sostituite dalle nuove tecnologie.

Le trasformazioni del settore si inseriscono nel processo di riforme del mercato del lavoro che in questi anni si sono susseguite, dapprima con la legge Fornero e più recentemente con il *Jobs Act*, nel tentativo di definire una nuova e più moderna prospettiva della legislazione italiana in materia di occupazione, e nei preannunciati interventi di riforma della PA. Un mercato del lavoro in crisi e in rapida trasformazione che vede il lavoro dipendente, nonostante le riforme, perdere di centralità a vantaggio di quello autonomo (o semi tale) e di quello senza alcun contratto (*rectius*, il lavoro con *voucher* o in nero).

Le limitate risorse economiche e il blocco delle assunzioni hanno portato nei fatti, le aziende sanitarie ad ovviare alle carenze di organico con l'utilizzo di lavoratori flessibili e atipici e, soprattutto, con il ricorso ad esternalizzazioni, affidando alle concessioni, agli appalti a aziende, a cooperative, agli studi associati professionali e alle agenzie di somministrazione la continuità dei servizi e l'erogazione effettiva dei livelli essenziali

di assistenza (LEA), affidando a questi attori importanti quote di bisogni sanitari e sociali spesso di particolare complessità e delicatezza.

Tali scelte organizzative, nate per rispondere alle nuove emergenti esigenze aziendali di assicurare una maggiore elasticità ed adattabilità del fattore lavoro alle variazioni della produzione di servizi (dovute anche ad una mutata domanda sanitaria), hanno forse permesso alle aziende sanitarie di ridurre in parte o, al più, contenere la voce dei costi del personale (oltre ad efficientare le *performances* dei lavoratori) ma in parallelo hanno creato nuovi contesti lavorativi che si prestano ad abusi e ad usi distorti, incidendo a loro volta sulla motivazione e sulla qualità delle prestazioni dei lavoratori coinvolti, che finiscono per diventare una sorta di riserva di lavoratori a basso costo a cui poter attingere e far ruotare facilmente, con minori tutele e priva di rappresentanza.

All'interno di un settore fortemente regolato e tutelato (quindi con costi elevati) come quello della sanità e del socio-assistenziale pubblico si è aperta la porta verso alcuni attori che intervengono nell'erogazione dei servizi senza che ne rispettino le regole e le prescrizioni, a discapito molte volte della qualità del servizio, della sicurezza e dell'incolumità dei lavoratori e degli utenti, della trasparenza e della leale concorrenza sul mercato. Ma non basta. Se si proietta nel settore sanitario quanto sta avvenendo in altri settori più inclini ad adattarsi velocemente alle trasformazioni in atto, in particolare alla digitalizzazione del lavoro, appare inevitabile che anche in questo settore dovranno presto adottarsi nuovi modelli organizzativi di lavoro (in termini di luogo, carico e orario di lavoro) che si adattino meglio alle emergenti esigenze.

Da un lato, la rincorsa 'al massimo ribasso' per la riduzione dei costi del personale e, dall'altro, l'espansione della spesa sanitaria privata non regolamentata possono così diventare terreno fertile per una minore trasparenza e una maggiore illegalità e corruzione (intesa in senso lato) i quali rappresentano dei veri e propri costi "occulti" per la collettività - sia in termini sociali che economici - e che alimentano l'economia sommersa. Come superare questi rischi e promuovere la cultura della legalità?

Nel tentare di dare una risposta alla domanda si procederà ad analizzare il ruolo del Piano Nazionale Anticorruzione, dei codici di comportamento e dei codici etici previsti dalla recente normativa evidenziando la necessità di adottare misure idonee a realizzare processi aziendali non solo efficienti e orientati alla produttività, ma anche trasparenti e legali, attraverso il recupero tra tutti i lavoratori (comunque inquadrati) dei valori di

integrità e di etica professionale ed aziendale, valori capaci di creare un contesto sfavorevole alla corruzione, attraverso una serie di comportamenti che di fatto sono esplicitazione anche di un'organizzazione orientata al benessere organizzativo.

La presente ricerca si propone quindi un duplice obiettivo: da una parte, analizzare come la gestione dei lavoratori all'interno dell'attuale mercato del lavoro (caratterizzato da forti dualismi, frammentazioni, da una quota strutturale di lavoro 'nero' e da una quota crescente di lavoro 'grigio', ovvero di lavoro dichiarato solo parzialmente o svolto con il rispetto solo parziale degli oneri retributivi e contributivi) e degli appalti di servizi può prestarsi maggiormente al rischio di contaminazioni da fenomeni di abuso di potere, corruzione e illegalità; dall'altra, indagare se le scelte di gestione adottate dalle aziende sanitarie e socio-sanitarie (come *l'outsourcing*, ma anche il lavoro atipico) possono incidere negativamente, non solo sulla regolare applicazione contrattuale e sulla sicurezza dei lavoratori coinvolti, ma anche sulla loro responsabilità, motivazione al lavoro e senso di appartenenza all'organizzazione sanitaria e se questo può impattare su una scarsa diffusione dell'etica che *autoalimenta* i fenomeni corruttivi, le condotte improprie, gli sprechi e il clientelismo già diffusamente presente nel settore. Il contrasto alla corruzione, intesa anche in senso ampio, non è solo una questione economica o legale. È soprattutto, un dovere di tutti i lavoratori e professionisti del settore (dipendenti, pubblici o privati, e non) e di tutta la società civile.

Le aziende sanitarie nell'adottare scelte di gestione del personale orientate al conseguimento di criteri economici efficientistici sono state in grado di mettere le persone nella condizione di lavorare condividendo concretamente ed eticamente gli obiettivi del servizio, chiarendo cosa devono fare e perché, come devono farlo, quali sono le priorità, definendo procedure che lasciano pochi margini di discrezionalità ma richiedono grandi responsabilità di scelta?

Queste considerazioni possono essere valide per tutti i settori ma nel settore dei servizi, e ancor più nella sanità, sono maggiormente significative in quanto vi è una strettissima connessione tra qualità delle prestazioni finali fornite agli utenti (la salute e non un bene qualsiasi) e etica professionale dei lavoratori che le erogano.

Partendo da un'analisi della letteratura esistente sul tema e da un'analisi quantitativa dei dati sul personale che evidenzia il crescente utilizzo dei contratti flessibili e atipici (a tempo determinato, a tempo parziale, a progetto, somministrazione e, sempre più,

collaborazioni con partita IVA) e, soprattutto, un crescente ricorso all'*outsourcing* (però difficilmente traducibile in termini numerici di lavoratori impiegati), la ricerca si propone quindi di esplorare come il cambiamento verso un sistema sanitario più efficiente ed efficace non possa essere affidato esclusivamente ad adempimenti puramente formali ma richiede uno sforzo in termini di investimento nel capitale umano, nella sua formazione e valorizzazione, nella diffusione delle tematiche etiche e di integrità tra tutti i lavoratori che operano al suo interno. L'analisi verrà condotta attraverso due metodologie differenti di analisi, quali il questionario on-line e le interviste frontali a differenti *stakeholders* coinvolti, a diverso titolo, nel processo di *trasformazione* delle strategie di gestione dei lavoratori nella sanità.

POSIZIONE DEL PROBLEMA

Il presente progetto di ricerca, di cui queste pagine costituiscono il resoconto, si propone di esplorare la conoscenza ed aumentare la consapevolezza se esiste un nesso tra temi di grande attualità, legati alle grandi trasformazioni in atto del mercato del lavoro, dell'economia, della società, del *welfare*. Si tratta di temi che, seppur concettualmente diversi, si intersecano tra loro:

- il mercato del lavoro in rapida evoluzione, caratterizzato da un alto tasso di disoccupazione di lungo periodo e dai connotati oramai strutturali, sempre più frammentato e polarizzato tra posizioni tutelate e no, in cui trovare un lavoro è un obiettivo difficile per i giovani, le donne e le persone che per vari motivi fuoriescono prematuramente dal mercato del lavoro, un mercato che registra lunghi periodi di transazione dalla formazione al primo impiego, un mercato con un'alta incidenza di lavoro nero e variegata forme patologiche di elusione, prive di prospettiva e percorsi di carriera, un mercato che non sa rispondere alle esigenze di digitalizzazione e innovazione che il tessuto economico necessiterebbe;
- la sanità (intesa anche come settore socio-assistenziale), uno dei pochi settori in espansione, anche in prospettiva futura, che garantisce margini di profitto pure in tempi di crisi e che si presta ad essere maggiormente esposto al rischio di situazioni poco trasparenti, perché è il settore pubblico che in modo sempre più ampio sta sperimentando un forte processo di esternalizzazione di servizi sanitari e socio-sanitari (così come già avvenuto nel settore privato con l'edilizia, l'autotrasporto, la logistica, il facchinaggio, la consulenza) attraverso gli appalti e le concessioni, devolvendo così una crescente fetta dei suoi compiti di tutela (universali e costituzionalmente garantiti) ad enti ed attori privati;
- la centralità dei lavoratori nel promuovere l'integrità e prevenire condotte illecite, malamministrazione e corruzione (intesa, come si vedrà nel proseguo della ricerca, anche in senso lato) che in questi ultimi anni stanno emergendo in modo sempre più evidente nella Pubblica Amministrazione (d'ora in poi PA) e, più in particolare, nella sanità con l'inevitabile rischio di vedere investite le poche risorse ormai disponibili in modo non appropriato intaccando il diritto universale alla salute.

Con riferimento a quest'ultimo punto, va quindi letta la ciclicità con cui i governi (da ultimo con la riforma Madia) propongono nuove riforme della PA, a testimonianza - da un lato - della diffusa esigenza che il Paese avverte di un miglioramento effettivo nelle modalità di erogazione e fruizione dei servizi offerti dalla PA e - dall'altro - l'incapacità di un sistema pubblico 'ingessato' di dare vita ad un cambiamento concreto, effettivamente orientato al servizio delle persone.

Come per il settore privato, l'obiettivo per una moderna PA dovrebbe essere quello di recuperare rapidamente margini di produttività, eliminando sprechi, disfunzioni, sovrapposizioni di incarichi, mutuando le logiche del privato evitando così di dover portare all'esterno fette sempre maggiori del settore attraverso le esternalizzazioni e le partecipazioni pubblico-privato.

Lo studio si propone quindi di concentrare l'analisi sul ruolo dei lavoratori del settore sanitario e socio-sanitario, dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (d'ora in avanti SSN) e non, quali titolari di un rapporto di lavoro, anche 'atipico' (sebbene il termine, come si vedrà, risulta oramai inadeguato), ma soprattutto quali persone al servizio di altre persone nei momenti di maggiore fragilità (la malattia, la vecchiaia e la disabilità), il cui ruolo risulta più che mai fondamentale nel promuovere comportamenti integri e consapevoli, nel contribuire a prevenire fenomeni di corruzione (nella sua eccezione più ampia) e di malamministrazione, così come analizzato nel secondo capitolo.

A maggior ragione in un mondo in cui il lavoro sarà in modo crescente caratterizzato da un'alternanza di fasi e cicli brevi e in cui le tutele saranno sempre meno nei contratti di lavoro e sempre più nel mercato del lavoro, con il rischio che questa tendenza si possa tradurre in una rincorsa a cercare di massimizzare il proprio interesse personale di breve periodo. Un mercato del lavoro che dovrà pertanto essere capace di valorizzare i percorsi e le esperienze lavorative, di aggiornare le competenze, di fidelizzare e motivare i lavoratori, di sostenere le persone nei momenti di uscita dal mercato (per licenziamento, malattia, scelte familiari) attraverso validi strumenti di politiche attive, di alternare formazione e pratica, apprendimento e applicazione.

Prestatori di lavoro più che lavoratori, collaboratori più che dipendenti: tutti i settori, nessuno escluso, sono stati o verranno 'travolti' dalla grande trasformazione del mercato del lavoro e dal superamento della rigida distinzione tra lavoro autonomo e lavoro subordinato, tra lavoratori subordinati più tutelati che altri. Qualche settore è stato

travolto prima e più rapidamente di altri ma la grande trasformazione del lavoro coinvolgerà tutti gli ambiti.

Questa è la strada tracciata dall'evoluzione dell'organizzazione e del mercato del lavoro che Marco Biagi aveva intuito con largo anticipo nel suo Libro Bianco sul mercato del lavoro in Italia del 2001, *«il sistema regolativo dei rapporti di lavoro ancor oggi utilizzato in Italia e, seppur con diversi adattamenti, in Europa, non è più in grado di cogliere – e governare – la trasformazione in atto. La stessa terminologia adottata nella legislazione lavoristica (es. “posto di lavoro”) appare del tutto obsoleta. Assai più che semplice titolare di un “rapporto di lavoro”, il prestatore di oggi e, soprattutto, di domani, diventa un collaboratore che opera all'interno di un “ciclo”. Si tratti di un progetto, di una missione, di un incarico, di una fase dell'attività produttiva o della sua vita, sempre più il percorso lavorativo è segnato da cicli in cui si alternano fasi di lavoro dipendente ed autonomo, in ipotesi intervallati da forme intermedie e/o da periodi di formazione e riqualificazione professionale»* (qui p. XII).

L'analisi quindi indagherà il punto di vista dei lavoratori del settore, impegnati nella quotidianità a svolgere il proprio lavoro nelle strutture sanitarie, pubbliche e private, dei responsabili della corruzione e di altri attori, come sindacalisti e rappresentanti del mondo cooperativo e ordinistico, figure professionali che operano in un settore dove sono fortemente integrati il lavoro e il servizio.

Si è scelto di focalizzare la ricerca su un settore pubblico ed economico specifico, quello dei servizi socio-sanitari e sanitari in quanto è il settore che più di altri si trova ad affrontare importanti sfide da molteplici punti di vista.

Oltre a rappresentare un settore dove si producono servizi, anche molto complessi, è un ambito in cui ci sono forti margini di crescita occupazionale ed economica (anche in un periodo di crisi come quello attuale) legati all'invecchiamento della popolazione e alla crescente diffusione delle malattie croniche, da un parte, e al necessario sviluppo della ricerca in campo medico e farmaceutico, dall'altra.

Un settore il cui mercato del lavoro risulta interessante per le sue caratteristiche: si tratta di un mercato ancora (sebbene, come già si è evidenziato, si stia ampliando l'ambito privatistico) a forte impronta pubblica e nel quale operano lavoratori estremamente qualificati (professionisti medici e infermieri, ricercatori) e lavoratori meno qualificati. Inoltre è un ambito fervido di affari, contratti, operazioni commerciali, posizioni di

potere e posti di lavoro, particolarmente appetibili in un momento come l'attuale, attirando interessi più o meno trasparenti.

Se fino a qualche decennio fa, la stabilità e la crescita economica garantite dal sistema fordista hanno evitato di affrontare temi quali quello della sostenibilità del *welfare state* e, in particolare, del sistema sanitario e socio-sanitario, la crisi della società fordista, la stagnazione economica e i radicali cambiamenti intervenuti, fonte di incertezza perdurante per le imprese, per i lavoratori e per la società in generale, hanno sottoposto il settore a pressioni sempre più numerose sia dall'esterno (i cittadini, ma anche i mass media, le associazioni in difesa dei malati) che dall'interno.

I finanziamenti certi garantivano i servizi e le cure a tutti (senza preoccuparsi più di tanto dei costi), sicurezza occupazionale, tutele sindacali e buoni salari ai lavoratori e una bassa attenzione ai temi dell'efficienza e della produttività e lasciava lo spazio anche a pratiche poco trasparenti.

L'attuale contesto impone una maggiore attenzione alla sostenibilità del sistema sanitario, settore strategico non solo per l'economia del paese ma anche per le sue finalità di tutela di uno dei beni più preziosi per le persone, la salute. La sfida però deve passare non solo dalle *spending review*, pur necessarie, e dalla politica ma anche attraverso i lavoratori e le loro azioni quotidiane. Le organizzazioni sono costituite da persone che prendono decisioni sulla base di valori: la qualità dei servizi e la garanzia della salute per tutti passa dai lavoratori che compongono le aziende sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private. La diffusione dell'integrità, della buona amministrazione, del buon costume e di una maggiore professionalità e responsabilità tra tutti i suoi amministratori, fornitori e lavoratori deve essere la priorità del sistema.

Perché laddove c'è la corruzione e un'amministrazione opaca, là c'è la frode: chi corrompe genera un costo che scarica su qualcun altro attraverso la frode (fiscale e contributiva) la quale ricade, in ultima analisi, su chi - escluso e inconsapevole - usufruisce dei servizi e lavora. Cittadini e lavoratori diventano il bersaglio più facile (soprattutto in momenti di crisi come quelli attuali) su cui ottenere margini di risparmio.

Da una parte i cittadini diventano vittime inconsapevoli di inefficienze, aumento dei costi e malasanità legate ai favoritismi corruttivi e, dall'altra, sui lavoratori ricadono gli effetti di rapporti di lavoro meno tutelati, talvolta non regolari o oggetto di anomalie a livello contrattuale, di riduzione dei livelli salariali, di aumenti del carico di lavoro e di

maggiori pressioni. La crisi economica potrebbe infatti diventare il contesto favorevole per un maggiore ricorso all'esternalizzazione di servizi e alle concessioni, terreni fertili per il dilagarsi dell'illegalità, prestandosi di più alla concorrenza sleale e al lavoro irregolare (a quel mercato del lavoro che viene comunemente connotato come 'grigio' o 'nero').

Da questo punto di vista, il settore sanitario si offre ad essere particolarmente interessante per le posizioni di potere, le possibilità occupazionali e il giro di affari che garantisce, per l'importanza che gli appalti rivestono nel settore, area in cui è particolarmente forte il rischio di prassi commerciali scorrette, conflitti di interessi, favoritismi, clientelismo e corruzione, così come (ampiamente, e talvolta inopportunamente) documentato dalle cronache quotidiane.

Il rischio è che si inneschi una sorta di circolo vizioso, come già accaduto in altri settori quali l'edilizia o la logistica, in cui il lavoro irregolare e sommerso, il ricorso eccessivo agli appalti e ai sub-appalti e alle false partite IVA crea concorrenza sleale i cui effetti negativi ricadono sull'intera economia e sulla sostenibilità finanziaria del modello sociale, minando la distribuzione delle prestazioni sociali e dei servizi pubblici, condannando chi rimane al di fuori del sistema ad una condizione di insicurezza, vulnerabilità ed esclusione, non solo in età lavorativa ma anche poi nel momento del bisogno, durante la malattia, in caso di disabilità o in età avanzata.

Se ai datori di lavoro, a cui viene demandato in modo crescente la gestione dei servizi attraverso gli appalti, verrà preclusa la possibilità di realizzare utili con il lavoro irregolare, sommerso o illegale e godere di indebiti vantaggi competitivi attraverso l'elusione delle costose norme vigenti in materia di tutela del lavoro e della salute (fenomeno più facilmente identificabile a livello investigativo), allora ci saranno meno margini anche per la corruzione politica e amministrativa, per l'illegalità e per le condotte improprie dei lavoratori. Infatti anche le condotte penalmente poco o nulla rilevanti, definite dalla World Bank come *'quiet corruption'* ⁽¹⁾ (come ad esempio l'appropriazione indebita e l'assenteismo che di per sé non costituiscono corruzione vera e propria), possono costituire – e spesso costituiscono – un segnale e una spinta alle vicende corruttive in quanto rappresentano il risultato di una scarsa trasparenza ed

⁽¹⁾ Così definita dal World Bank in *Silent and lethal. How quiet corruption undermines Africa's development effort*, 2010.

integrità che hanno permesso di sottrarre risorse o stare lontano dal lavoro senza incorrere in sanzioni, generando un clima di generale e reciproca accettazione.

Se la legge anticorruzione definisce precise regole per il settore sanitario e socio-sanitario pubblico occorre allora capire se queste stesse regole non debbano applicarsi anche a quegli attori privati che operano nel medesimo settore per evitare che quest'ultimi possano di fatto agire al di fuori delle regole stringenti che incombono sul settore pubblico.

L'obiettivo è di analizzare quali caratteristiche ha assunto la forza lavoro nel settore sanitario e socio-sanitario in questo ultimo decennio e perché parlare di promozione dell'integrità, della legalità e della trasparenza, di prevenzione della corruzione e di responsabilità sociale nel settore sanitario. Quali nessi ci sono con il mercato del lavoro? Che tipo di vincoli l'evoluzione del sistema ha posto alle aziende sanitarie e in che termini il sistema sanitario sarà chiamato ad intraprendere un processo di trasformazione nell'organizzazione e gestione delle attività? A quale costo? Che impatto hanno tali trasformazioni sul lavoro e sulla gestione del personale sanitario? Quali iniziative vengono adottate nelle aziende sanitarie per coinvolgere tutti i lavoratori e renderli parte attiva della trasformazione? Quali ricadute possono avere la de-standardizzazione ed esternalizzazione della forza lavoro sulla qualità dei servizi, sull'efficacia delle prestazioni offerte e sull'etica del lavoro? Si può chiedere ai lavoratori di essere integri e trasparenti quando essi stessi sono oggetto di irregolarità e abusi degli strumenti contrattuali? Il malessere organizzativo incide sull'integrità del sistema?

La domanda di fondo è quindi: nel flessibilizzare, razionalizzare, riorganizzare e ottimizzare l'uso del personale nella sanità, riducendone (forse apparentemente) i costi, si è tenuto conto dei possibili costi e risvolti in termini di qualità dei servizi e di integrità? Nel predisporre la normativa anti-corruzione stringente per l'ambito pubblico, ma il cui perimetro è in diminuzione, si sta prestando altrettanta attenzione all'ambito privato e convenzionato della sanità e del socio assistenziale? Il crescente coinvolgimento di soggetti privati nella fornitura di servizi sanitari e sociali (che sembra apparire conveniente in termini di riduzione dei costi complessivi dei servizi) potrebbe rappresentare la modalità per deresponsabilizzare lo stesso settore pubblico dal garantire i diritti e le tutele dei lavoratori e una gestione trasparente dei servizi?

Rispondere a queste domande comporta l'affrontare una serie di problematiche più che mai attuali ma nell'approcciarsi allo studio di queste tematiche ci si trova messi di fronte a una vasta letteratura che il presente lavoro cerca innanzitutto di mettere in ordine identificandone i legami e le connessioni nel capitolo dedicato alla *Literature Review*.

Lo studio si articolerà quindi in tre aree, di cui le prime due sono preminentemente descrittive ed analitiche mentre la terza è riservata all'analisi empirica.

Nel primo capitolo, oltre ad analizzare i dati riguardanti il mercato del lavoro del settore sanitario e le diverse sfaccettature della dimensione lavoristica (strumenti organizzativi e diverse tipologie di lavori flessibili, atipici ed esternalizzati), si effettua una rapida ricognizione delle principali politiche di riforma in materia sanitaria, ripercorrendo gli interventi normativi che hanno determinato il progressivo ampio decentramento della gestione dei servizi sanitari (rapporto pubblico-privato e rapporto Stato-Regioni) e la crescente tendenza al cosiddetto *welfare-mix* o *secondo welfare*, grazie anche alla diffusione del *welfare* contrattuale e aziendale.

Tuttavia la ricerca di un maggiore equilibrio tra le (sempre più) scarse risorse economiche a disposizione e l'esigenza di rendere più efficiente e efficace il sistema sanitario, e più in generale il *welfare*, deve partire anche dai luoghi di lavoro e dal mercato del lavoro.

Per garantire infatti la sostenibilità dei sistemi sanitari i governi devono cominciare ad agire su più leve, non esclusivamente finanziarie. Da una parte, garantendo un lavoro sostenibile lungo tutto l'arco della vita lavorativa e l'inclusione di iniziative di *wellness at work*, viene meglio tutelata la salute dei lavoratori alleggerendo i costi che ricadono sulla spesa sanitaria, le aziende possono contare su lavoratori attivi e produttivi (si riduce l'assenteismo), la collettività può fare il conto su un maggiore numero di lavoratori che contribuiscono al versamento dei contributi e al pagamento delle tasse e, corrispondentemente, su un minor numero di persone che godono di forme di sostegno⁽²⁾.

⁽²⁾ Così M. TIRABOSCHI, *Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, op. cit., evidenzia anche la scarsa attenzione riservata all'impatto complessivo dei costi delle malattie croniche sulla tenuta dei sistemi sanitari e di welfare.

Dall'altra parte, scenari demografici in continua mutazione ed evoluzione richiedono sistemi sanitari capaci di reagire con maggiore rapidità ed efficacia alle mutevoli transazioni demografiche ed epidemiologiche, di valorizzare la componente ambulatoriale, oltre quella assistenziale e di accompagnamento e di poter contare su lavoratori del settore, anche loro mediamente più anziani rispetto al passato, adeguatamente qualificati, motivati e in grado di adattarsi ai nuovi scenari emergenti e alle nuove esigenze di salute delle persone, caratterizzate da una crescente incidenza delle malattie croniche e di salute mentale che richiedono maggiore assistenza in termini di durata e di complessità.

In quest'ottica dopo il mercato del lavoro, l'aggravarsi della crisi e l'emergere di nuovi contesti economici, sociali, epidemiologici evidenzia la necessità di un ripensamento del settore pubblico e del regime del pubblico impiego, che rappresenta la principale risorsa delle amministrazioni, mettendo in discussione le logiche organizzative della macchina statale e, conseguentemente della sanità, data la rilevanza dell'intervento pubblico in questo campo, per arginare la fuga dal perimetro del lavoro pubblico a vantaggio di forme poco controllate di lavoro esternalizzato.

Il lavoro che si intende andare a trattare nella seconda parte dell'elaborato riguarda invece il fenomeno corruttivo ponendo particolare attenzione alla scelta adottata nel settore sanitario di introdurre modelli organizzativi maggiormente flessibili e di ricorrere alle esternalizzazioni delle modalità di prestazione della attività lavorativa quale soluzione per fronteggiare le esigenze di bilancio e le emergenze di personale sanitario in questi anni di *austerity*. In particolare, l'esternalizzazione di taluni servizi, che inizialmente ha interessato attività di tipo manuale e/o materiale quali la manutenzione, le pulizie, le lavanderie o le mense e, ultimamente, anche servizi più strettamente sanitari, sembra essere la strada più facilmente percorribile per le aziende del settore per ridurre il costo del personale ma è indubbio che ciò è avvenuto in uno scenario talora frammentato ed estremamente articolato con conseguente insorgenza di forti conflittualità e rischi di illegalità e frodi.

Infine, il terzo capitolo è riservato all'analisi empirica: si analizzeranno i risultati di due indagini. La prima è stata condotta on-line tra i responsabili della corruzione all'interno delle aziende ospedaliere e delle ASL per capire se il fenomeno della maggiore flessibilizzazione dei rapporti lavorativi e l'esternalizzazione di un crescente numero di

servizi, anche di tipo sanitario, possano rappresentare un potenziale rischio per il diffondersi di comportamenti illegali e corruttivi e se questo si ripercuote sul comportamento dei lavoratori stessi, alimentando un clima poco predisposto all'integrità a danno della qualità dei servizi. Così come la buona amministrazione e la trasparenza rendono difficile l'infiltrazione della criminalità e il mal costume, l'illegalità e la corruzione attirano la mala amministrazione alimentando, in un circolo vizioso, un'area di impunità poco propensa all'integrità e generando un clima di sfiducia e comportamenti impropri nella gestione della *res pubblica*.

Il secondo tipo di indagine è stata condotta con differenti interlocutori che potrei definire privilegiati in quanto conoscitori diretti della realtà del settore: lavoratori (dipendenti del SSN e non), sindacalisti, rappresentanti del mondo cooperativo e degli ordini professionali, responsabili della corruzione. L'intento è quello di indagare se e come l'integrità dei lavoratori può contribuire a prevenire la corruzione, intensa sempre in senso lato, e la malamministrazione; se le condizioni lavorative possano in qualche modo influire sull'integrità e la qualità del servizio offerto e quale ruolo rivestono l'informazione, la formazione e i controlli.

Come ben rappresenta Elio Borghonovi nella presentazione del libro di C. DE PIETRO, *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane*, McGraw-Hill, 2005, «*la società è costituita dalle relazioni tra persone. Le aziende nascono e vivono in quanto esistono persone che hanno bisogni e persone che mettono a disposizione le proprie attitudini naturali, capacità acquisite, competenze maturate con l'esperienza, conoscenze conseguite con la continua ricerca per produrre beni e svolgere azioni idonee a soddisfare tali bisogni. Le persone sono origine e fine dei processi sociali ed economici; in quest'ultima accezione esprimono i bisogni che motivano l'esistenza di un'attività chiamata a combinare in modo razionale risorse limitate e valutano l'adeguatezza di tale attività in ragione del reale soddisfacimento di quei bisogni. Per questo il miglioramento delle conoscenze sulle motivazioni che guidano le persone nelle aziende rappresenta uno dei temi qualificanti della ricerca aziendale e di management. Ciò vale a maggior ragione quando si ha come oggetto il sistema di tutela della salute, nel quale il risultato viene definito sul piano tecnico-operativo come prestazione o servizio, ma sul piano logico ed esistenziale è costituito da un complesso di relazioni tra*

medico o altro professionista e paziente al fine di migliorare la qualità della risposta»
(p. IX).

LITERATURE REVIEW

I LAVORATORI DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO

Sommario: **1.1** Quadro introduttivo: il mercato del lavoro e il settore sanitario in Italia - **1.2** La spesa per la sanità e la sua sostenibilità - **1.3** I lavoratori del settore sanitario e socio assistenziale - **1.4** Lavoratori standard, flessibili, atipici e...agili - **1.4.1** Lavoratori a tempo determinato - **1.4.2** Lavoratori a tempo parziale - **1.5** Lavoratori esternalizzati - **1.5.1** In particolare i lavoratori delle cooperative - **1.5.2** Lavoratori somministrati – **1.6** Lavoratori parasubordinati, autonomi (anche in forma associata), tirocinanti e ricercatori – **1.7** Lavoratori domestici

1.1 Quadro introduttivo: il mercato del lavoro e il settore sanitario in Italia

L’emanazione dei decreti attuativi della legge delega n. 183/2014 (c.d. *Jobs Act*) ha aperto la strada ad una nuova stagione del mercato del lavoro, modificando ulteriormente le regole, in continuità con il processo di destrutturazione del diritto del lavoro delle riforme precedenti e consolidando la tendenza a muoversi su direttrici differenti nella legislazione del lavoro privato e pubblico. In questa direzione parte della dottrina, tra cui M. RICCI, *Lavoro privato e lavoro pubblico: rapporti tra le due ipotesi di riforma, estensione delle regole e modelli*, in F. CARINCI (a cura di), *La politica del lavoro del Governo Renzi. Atti del X Seminario di Bertinoro-Bologna del 23-24 ottobre 2014*, ADAPT University Press, 2015, pp. 454-469, evidenzia come nel corso degli anni sia venuta meno una delle due finalità contenute nella l. n. 15/2009 (c.d. terza riforma nella disciplina del lavoro pubblico) di far convergere il sistema pubblico verso quello privatistico creando una sorta di «*diritti del lavoro paralleli, fortemente diversificati nella cifra regolativa*» pur nella comune matrice privatistica (qui p. 494).

Da una parte i lavoratori con un rapporto di lavoro pubblico e dall’altra i lavoratori del privato, in mezzo un *tertium genus*, i lavoratori alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, dipendenti pubblici privatizzati, soggetti ad un regime speciale rispetto ai lavoratori del privato. Come rileva inoltre S. MAINARDI, *Lavoro pubblico e*

organizzazione amministrativa nelle riforme del Governo Renzi, in F. CARINCI (a cura di), *La politica del lavoro del Governo Renzi*, ADAPT University Press, 2015, pp. 491-502, l'ambito degli interventi della riforma del lavoro nelle pubbliche amministrazioni (l. n. 124/2015, meglio conosciuta come legge Madia di riforma della PA) appare più limitato e settoriale rispetto a quanto avvenuto per il lavoro nell'impresa, «*di portata correttiva rispetto all'esistente, piuttosto che realmente modificativa... si parla infatti per le pubbliche amministrazioni di decreti legislativi di semplificazione e di modifiche strettamente necessarie per il coordinamento delle disposizioni di ciascuna materia*» (qui p. 492).

Ciò che è mancato, riprende F. VERBARO, *Jobs Act e tutele crescenti: il nodo della applicazione al lavoro pubblico*, in F. CARINCI, M. TIRABOSCHI (a cura di), *I decreti attuativi del Jobs Act: prima lettura e interpretazioni*, ADAPT University Press E-book n. 37, 2015, pp. 119-123, è stata negli anni una riflessione su quale diritto del lavoro sarebbe stato necessario nella PA. La mancanza nel settore pubblico di una voce capace di esprimere i fabbisogni datoriali e di adeguati istituti contrattuali ha determinato una diminuzione del ricorso alle assunzioni a tempo indeterminato e, quale unica alternativa, si è fatto ricorso in maniera massiccia, e spesso irregolare, ai contratti a termine e ad esternalizzazioni. Così le polemiche che riemergono ciclicamente sul diffuso assenteismo nella PA e sulle false attestazioni di presenza (la cosiddetta pratica dei 'furbetti' del cartellino) mettono in luce una distanza profonda tra il settore privato e quello pubblico: il problema nella PA sembra ancora tutto concentrato sul rispetto formale di un obbligo contrattuale, quale il monte ore settimanale - quando nel privato si parla di lavoro agile o *smart-working* - a riprova che, molto spesso, nel pubblico mancano basilari logiche e capacità gestionali in termini di produttività ed efficienza. Gli unici indicatori che vengono presi in considerazione nel valutare i lavoratori sono ancora strettamente ancorati a criteri riconducibili alla presenza oraria o, nei casi più evoluti, a criteri quantitativi che nel pubblico rischiano di innescare logiche paradossali se non opportunamente integrate con adeguate analisi in termini di ricadute sociali e di qualità del servizio nei confronti dell'interesse pubblico.

Un triplo binario che non fa convergere la disciplina del lavoro pubblico a quella del lavoro privato e che si aggiunge all'ulteriore dualismo venutosi a creare all'interno del mercato del lavoro italiano tra i lavoratori del settore privato che godono delle vecchie

garanzie in tema di licenziamento e coloro che sono stati assunti con il nuovo contratto a tutele crescenti e a quello ancora esistente, sebbene fortemente stemperato dal *Jobs Act*, tra lavoratori ‘tradizionali’ e ‘atipici’ o ‘no standard’.

Una riforma del mercato del lavoro improntata a recepire gli aspetti innovativi della *flexicurity* di stampo europeo che tende a favorire la riduzione delle tutele del contratto ma a incrementare le protezioni nel mercato del lavoro e le politiche attive. In realtà, così come rappresentato all’interno della stessa raccolta da V. SPEZIALE, *Le politiche del lavoro del Governo Renzi, il Jobs Act e la riforma dei contratti e di altre discipline del rapporto di lavoro*, pp. 5-69, non pare azzardato «sostenere che il sistema italiano coniughi la riduzione delle tutele del licenziamento con una diminuzione delle protezioni sul mercato del lavoro, nonostante si continui ad affermare il contrario» (qui p. 65).

Come per il mercato del lavoro, anche il sistema sanitario e socio-sanitario presenta non pochi punti di criticità. Secondo le più recenti ricerche, l'Italia è nel gruppo dei Paesi con un più esteso sistema di cure primarie, in compagnia di Olanda, Spagna, Regno Unito, Danimarca, Norvegia, Slovenia, Romania ed Estonia. E gli stessi Paesi sono anche quelli che investono di più per assicurare ai cittadini un sistema di cure efficienti. Questo il quadro delineato nella ricerca *Building primary care in a changing Europe*, dall'Osservatorio sulla salute dell'OMS, 2015.

Il sistema sanitario italiano è universalistico ovvero fondato sullo status di cittadino e quasi interamente gratuito perché finanziato su base fiscale, se si esclude una partecipazione finanziaria minima per molte prestazioni da parte degli utenti (*ticket*), non per tutte ⁽³⁾.

Pur essendo, secondo diverse classifiche internazionali, tra i sistemi migliori al mondo per la qualità delle prestazioni, nonché l’equità e l’universalità di accesso alle cure, non viene in genere giudicato dai cittadini per il suo valore effettivo e la sua qualità è probabilmente superiore a quella percepita. Complessivamente gli italiani non ne sono soddisfatti e tendono a enfatizzarne gli aspetti negativi, come del resto avviene per altri comparti del settore pubblico in generale. Questa è la fotografia che viene fatta dal

⁽³⁾ Il Decreto appropriatezza (entrato in vigore a gennaio 2016) ha limitato le condizioni di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale individuando criteri di appropriatezza prescrittiva e stabilendo condizioni restrittive affinché esse possano essere erogate tramite il SSN.

CENSIS (a cura di), *Aspettative e soddisfazione dei cittadini rispetto alla salute e alla sanità*, 2010 con riferimento alla percezione dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari con cui entrano in contatto. Inoltre si faccia riferimento all'analisi di CREMS (a cura di), *La Sanità vista dagli italiani: percezioni di qualità e livelli di soddisfazione*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 2, 2011 pp. 100-103.

Altre classifiche - come quella dell'agenzia svedese *Health Consumer Powerhouse* che ha elaborato un indice in grado di mettere a confronto le *performance* dei sistemi sanitari dal punto di vista del cliente (*Euro Health Consumer Index*) – collocano ai primi posti paesi come la Finlandia, la Danimarca, il Belgio mentre l'Italia si trova nella seconda metà della graduatoria in compagnia di paesi come Spagna e Grecia evidenziando l'aumento delle diseguglianze nell'accesso ai servizi e un generale peggioramento della salute: si vive più a lungo ma diminuiscono gli anni di vita in buona salute.

Nonostante la percezione dei cittadini-utenti che spesso non hanno termini di confronto, secondo numerose altre classifiche l'Italia risulta essere tra le prime anche in termini di qualità del sistema con valori di *performance* medio-alti per infrastrutture, personale sanitario e aspettativa di vita alla nascita: a tal riguardo si rimanda a OECD, *Reviews of Health Care Quality: Italy 2014*, OECD Publishing, 2015. La ricerca riporta un dettagliato quadro dello stato di qualità dell'assistenza sanitaria italiana che risulta notevolmente migliorata negli ultimi decenni, anche se restano da affrontare le forti disparità che permangono tra le diverse Regioni.

Anche il rapporto del *World Economic Forum* (anno 2015-2016) colloca l'Italia nell'ambito del quarto pilastro '*Health and primary education*' nelle prime posizioni, a livello mondiale, così come nella classifica del *Global competitiveness index* alla voce *Health e Life expectancy*. La graduatoria di *Bloomberg* (anno 2013) colloca l'Italia al terzo posto, dopo Singapore e Hong Kong relativamente all'efficienza nell'uso delle risorse in campo sanitario e al primo posto tra i Paesi europei in base ad indicatori quali l'aspettativa di vita media, la percentuale di spesa sanitaria sul totale del PIL e la spesa totale pro capite per la sanità.

Classifiche tuttavia che presentano non pochi punti di criticità a livello di attendibilità e interpretazione dei risultati se messi a confronto con altre classifiche: F. TOTTH in *La sanità in Italia*, Il Mulino, 2014 evidenzia come la graduatoria riportata

dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS, *Health systems: improving performance*), in cui risulta che il sistema sanitario italiano sia il secondo migliore al mondo dopo quello francese, sia discutibile e tenta di mettere in evidenza i punti critici della classifica stessa calcolata sulla base di due variabili, la spesa sanitaria pro capite e l'aspettativa di vita della popolazione, che secondo molti esperti non sono rappresentativi della qualità e efficacia dei servizi sanitari erogati. Molto più rappresentativo ed efficace per stilare la graduatoria e valutare in quale misura i servizi sanitari contribuiscano allo stato di salute di una popolazione è utilizzare l'indicatore di *mortalità evitabile*, ovvero l'indice che quantifica il numero di decessi che si sarebbero potuti evitare se l'assistenza sanitaria fosse stata tempestiva e appropriata. Per calcolare tale indicatore viene utilizzata una lista di cause di morte (tumori curabili, infezioni nei bambini, disturbi alla tiroide, diabete, epilessia, ipertensione, alcune malattie cerebrovascolari) che si ritengono trattabili ovvero patologie per le quali esiste una cura in grado – se applicata correttamente e tempestivamente – di evitare il decesso. Pur tuttavia, l'autore evidenzia che anche considerando questo indicatore l'Italia si piazza al secondo posto, confermando la graduatoria dell'OMS: una spesa sanitaria relativamente bassa rispetto agli altri paesi industrializzati e un sistema sanitario di qualità relativamente alta.

Anche P. VINEIS e N. DIRINDIN, *In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*, Einaudi, 2004 evidenziano come gli indicatori di salute della popolazione italiana sono tra i migliori nell'area OCSE: nonostante i ripetuti tagli alla spesa, la sanità italiana fornisce un'assistenza di qualità ad un costo relativamente basso rispetto ad altri paesi limitrofi come l'Austria, la Francia o la Germania sebbene, in prospettiva, deve essere in grado di assicurare che i continui sforzi per contenere la spesa sanitaria non intacchino la qualità dell'assistenza sanitaria.

In letteratura si rintraccia un acceso, talvolta ostile, dibattito sull'opportunità di investire nella sanità integrativa (al riguardo si rinvia al commento di A. AMORETTI, *Il mutualismo integrativo in sanità*, In Rivista delle politiche sociali, n. 4, 2004, pp. 223-229) e di sviluppare sinergie tra quelli che sono stati definiti il primo e il secondo pilastro del *welfare*.

Tra queste ultime, la proposta avanzata da CONFINDUSTRIA, *La sanità nel welfare che cambia. Proposte di Confcommercio e Confindustria per l'integrazione tra primo e*

secondo pilastro, dicembre 2015 è di ridisegnare complessivamente il sistema salute in modo che l'integrazione tra sanità pubblica (I pilastro) e complementare (II pilastro) consenta il perseguimento effettivo dell'obiettivo di copertura universalistica della domanda di salute anche attraverso modalità più efficienti di compartecipazione alla spesa e politiche di incentivazione fiscale che favoriscono l'adesione dei cittadini ai fondi sanitari complementari (anche aperti e non solo contrattuali), favorendo in parte l'emersione di quella parte di spesa *out of pocket* oggi difficilmente tracciata. Questa impostazione, si legge nel documento programmatico di Confindustria, metterebbe fine ad un universalismo sanitario ormai solo «*nominale*» ed «*esigibile solo sulla carta*», a causa di liste d'attesa, disparità regionali nella richiesta di ticket e compartecipazioni alla spesa, intramoenia a pagamento dei medici, e garantirebbe di incanalare la spesa privata in modo trasparente, facendo emergere il sommerso.

Ovviamente la soluzione prospettata non è immune da perplessità e dubbi: infatti, l'attuale sistema garantisce l'accesso all'assistenza sanitaria a tutte le persone, sulla base dei bisogni di ciascuna superando il precedente sistema mutualistico basato sulla contribuzione dei singoli lavoratori che assicurava l'assistenza sanitaria solo ad una parte della popolazione. Il rischio è che non possa essere governata efficacemente e vi sia un chiaro tentativo, avverte N. DIRINDIN, *Una sanità ammalata che si sta incamminando verso chine scivolose*, novembre 2015, reperibile sul sito www.eticaeconomia.it, di «*rivitalizzazione delle vecchie mutue ... un sistema che a parità di coperture costa almeno un terzo in più del sistema attuale (per gli oneri connessi a caricamento, gestione amministrativa, riserve, riassicurazioni, ecc.), è causa di maggiori diseguaglianze (ad esempio perché esclude chi non ha un lavoro) e grava comunque sui contribuenti (per via delle agevolazioni fiscali)...Una strada che anziché produrre più efficienza produce effetti redistributivi a danno dei più deboli. E che farebbe fare al nostro Paese un grave passo indietro riportandolo ai tempi in cui l'attenzione prevalente era alla salute dei lavoratori (e della loro capacità lavorativa) e non delle persone che compongono la nostra comunità*».

In assenza di un'inversione di tendenza, «*porterà il nostro paese a non poter più contare – di fatto – su un sistema di protezione universale e globale simile a quello che abbiamo conosciuto in questi decenni*» (cfr. N. DIRINDIN, *Assalto all'universalismo (nel DEF 2015)*, in Saluteinternazionale.info, maggio 2015).

In termini simili si esprime anche G. MACIOCCO, *Il cammino dei sistemi sanitari tra universalismo e neo-liberismo. Il caso Inghilterra*, in *Tendenze Nuove*, n. 6, 2013 e *Assalto finale al Servizio sanitario nazionale*, ottobre 2015, reperibile su www.saluteinternazionale.info: è in atto un «*devastante assalto all'universalismo che, a differenza di quanto avvenuto in Inghilterra e Spagna, in Italia non ha trovato un percorso politico e legislativo trasparente*». L'evidente processo di riduzione dello Stato sociale (in atto in tutti i paesi, anche se in misura variabile) e del suo finanziamento (definito dall'autore come «*coatto*») ha determinato una consistente riduzione dell'offerta pubblica rendendo più difficile e selettivo l'accesso, a causa dell'allungamento delle liste di attese, dell'introduzione di strumenti di partecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie, dell'aumento dei ticket e del crescente ricorso all'offerta privata.

La sanità privata si è però sviluppata come complementare a quella pubblica, fornendo i servizi sanitari che non vengono erogati dal settore pubblico o quando le inefficienze di quest'ultimo sono tali da compromettere il diritto alla salute, e non nell'ottica di una reale concorrenza. Come individuato dalla Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo medico e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali (gennaio 2013), la sanità pubblica e privata si muovono ciascuna «*all'interno del proprio dominio riservato, causato l'uno dall'incapacità dell'altro di rispondere adeguatamente all'offerta di salute della popolazione....con l'evidente sospetto che i servizi pubblici non vengano garantiti con maggiore efficienza proprio al fine di non ridurre la quota di servizi a pagamento*» (qui p. 38).

La necessità di individuare un nuovo confine tra il ruolo pubblico e quello privato nel settore sanitario costituisce uno dei punti centrali individuati da il *Libro Verde su lavoro e welfare della persona*, ADAPT Univesity Press, 2015: come già nel 2008, nel primo *Libro Verde sul welfare*, veniva evidenziata la necessità di favorire lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi derivanti da accordi bilaterali allo scopo di contenere e ridurre l'incidenza della spesa sanitaria sul bilancio pubblico, così nel 2015 si profila la «*necessità di una razionalizzazione, stabilendo quale ambito di intervento e per quali soggetti vadano assicurate le prestazioni garantite dal Sistema Sanitario Nazionale, lasciando il resto all'iniziativa privata collettiva e personale. In sostanza, si tratterebbe di organizzare, nell'interesse della tutela della salute, dell'efficienza dei servizi e del*

risparmio dei costi sostenuti, il welfare di mano pubblica e quello assicurato tramite strumenti privatistici» (qui p. 7).

In quest'ottica vanno lette le crescenti iniziative di welfare aziendale o contrattuale che si realizzano attraverso l'uso di risorse non pubbliche, provenienti ad esempio da imprese, fondazioni e associazioni. Si rinvia a T. TREU, *Introduzione al welfare aziendale*, in WP C.S.D.L.E. Massimo D'Antona, n. 297, 2016 e a E. MASSAGLI (a cura di), *Il welfare aziendale territoriale per la micro, piccola e media impresa italiana*, ADAPT Labour Studies E-Book series, n. 31, 2014 per una ricostruzione storica ed un'analisi critica del diffondersi delle politiche di welfare aziendale quali strumenti integrativi, sebbene certamente non sostitutivi, delle tutele del *welfare state* ed «*esempi di strategie win-win-win: vince l'impresa, che incrementa la produttività del dipendente, la sua fidelizzazione societaria [e coinvolgimento]; vince il lavoratore, che ottiene servizi che altrimenti gli costerebbe molto se acquistati direttamente sul mercato; vince lo Stato, che "scarica" sulle imprese la responsabilità (non certo l'obbligo) di fornire alla società (per il tramite dei propri dipendenti) tutele previdenziali, assistenziali, sanitarie e culturali una volta prerogativa dello stato sociale» (qui p. XI).*

Sulla crisi del modello di *welfare state* e sulla necessità di ripensare il sistema alla luce dei vincoli di bilancio e degli effetti perversi che, in alcuni casi, l'intervento pubblico nel settore del *welfare* ha generato, ovvero «*l'erogazione incondizionata di benefici e servizi, almeno in alcuni ambiti, ha generato una deresponsabilizzazione dei soggetti interessati» (p. 21), si rinvia a B. MAGNI, F. PASQUALI, Giustificare il welfare state. Ragioni a confronto, Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi, n. 7, 2015; a F. MAINO, M. FERRERA (a cura di), Secondo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2015, Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi, 2015; a CENSIS, I pilastri del nuovo welfare. Dal monopolio statale all'articolazione delle forme di tutela: le lunghe derive della protezione sociale italiana, 2014.*

Considerazioni diverse sono quelle riportate da un'altra parte degli studiosi (si veda in particolare E. GRANAGLIA, *Il welfare fiscale. Alcuni limiti etici*, in *Eticaeconomia.it*, ottobre 2016) che evidenziano i limiti etici del welfare aziendale contemplando «*iniquità distributive. Se introdotte in ambito aziendale e occupazionale, le agevolazioni beneficiano unicamente un gruppo di lavoratori: chi ha la fortuna di*

essere occupato in imprese e/o in settori che offrono tutele aggiuntive. Gli altri restano scoperti. [...] le agevolazioni sono una spesa che è finanziata da tutta la collettività, ma di cui beneficia esclusivamente chi, fra i contribuenti, ha risorse sufficienti a acquistare tutele aggiuntive rispetto a quelle universalmente disponibili».

C'è, poi, chi si spinge oltre, indagando i possibili sviluppi dei sistemi di welfare idonei a «ribaltare la vecchia logica assistenziale e paternalistica, volta a correggere o limitare le conseguenze di patologie ed eventi negativi quando si sono già verificati, traducendola in un investimento continuo sulla persona, a partire dal concepimento e per tutto l'arco della vita. Un Welfare delle opportunità, dunque, centrato su robuste reti comunitarie e capace di intervenire in anticipo, con una offerta personalizzata e differenziata, sui bisogni sempre più articolati e complessi di una società che cambia, stimolando al tempo stesso comportamenti e stili di vita responsabili e cioè condotte utili a sé e agli altri»⁽⁴⁾.

Ma non solo. Ancora M. TIRABOSCHI, *Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, in *Diritto delle Relazioni Industriali*, n. 3, 2015, pp. 681-726, evidenzia come un crescente numero di persone che non rientrano nella fascia di popolazione economicamente attiva risulta, più o meno temporaneamente, inabile o, comunque, solo parzialmente abile al lavoro per il diffondersi delle malattie croniche degenerative (in parte legato anche al drastico invecchiamento della forza lavoro) con pesanti ricadute sui livelli di reddito, sulle opportunità di occupazione, carriera e inclusione sociale delle persone interessate, sui loro familiari, a cui spesso competono onerosi compiti di cura e assistenza, sulla produttività delle aziende e sui costi economici e sociali che ricadono sulla collettività.

Il Libro Bianco del Ministero delle politiche sociali (*La vita buona nella società attiva – Libro bianco sul futuro del modello sociale*, 2009) contiene la medesima impostazione e concepisce le spese sanitarie come investimenti atti a favorire la crescita economica che consentono «di ridurre la povertà, l'emarginazione e il disagio sociale e anche di incrementare la produttività del lavoro, i tassi di occupazione, la crescita complessiva della economia. Allo stesso modo, un aumento della qualità del lavoro e delle occasioni di impiego per un arco di vita più lungo, così come un contesto favorevole alla

⁽⁴⁾ Cfr. M. TIRABOSCHI, *Intraprendere nel lavoro e nella impresa*, Atti della 46^a settimana sociale dei cattolici italiani, 2010, qui p. 7.

occupabilità e alla mobilità sociale, qualunque sia il punto di partenza di ciascuno, si traducono in maggiore salute e benessere psico-fisico» (qui p. 4).

Maggiore responsabilizzazione dei cittadini e riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, prevenzione e intervento precoce, sono anche le tre aree a cui fanno riferimento le linee guida contenute nel Libro Bianco europeo pubblicato dell'European Steering Group (ESG) on Sustainable Healthcare, *Acting together – Roadmap for sustainable healthcare*, marzo 2015 per offrire un'assistenza sanitaria sostenibile, erogata con modalità diverse e a costi più bassi.

Per un'analisi non esaustiva degli attuali problemi del settore sanitario ma sicuramente esemplificativa di quali siano alcuni fra i più importanti di essi si rimanda a A. PIOGGIA, *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario. A proposito di un recente saggio di Guerino Fares*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 4, 2014, pp. 5-10. Tra le fonti di inefficienza dei sistemi sanitari mondiali le perdite dovute a corruzione e sprechi rappresentano una voce importante che, secondo stime più o meno attendibili, assorbe dal 20% al 30% della spesa sanitaria totale dei singoli Paesi, risorse che potrebbero essere impiegate per migliorare i servizi esistenti ed estendere il numero di cittadini effettivamente tutelati dalla sanità pubblica. In merito si rinvia all'articolo a cura del CREMS, *Le inefficienze dei sistemi sanitari*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 5, 2012, pp. 106-110, e alla recente ricerca condotta da Transparency International Italia, *Curiamo la corruzione. Percezione rischi e sprechi in sanità*, 2016.

A conferma, secondo una recente ricerca finanziata dalla Commissione Europea (J. MEDEIROS e C. SCHWIERZ, *Efficiency estimate of the health care system*, in *Economic Papers* n. 549, giugno 2015) esistono ancora i margini per un recupero di efficienza su più fronti che potrebbero tradursi in una riduzione della spesa sanitaria pubblica dello 0,5% del tasso di crescita annuo sul PIL e, nel lungo termine, portare all'arresto del suo aumento. Si permetta di rimandare al riguardo a G.VIALE, *Stime di efficienza per sistemi sanitari sostenibili: esistono ancora i margini per un miglioramento*, in *Bollettino ADAPT*, n. 28, 2015. In questo modo piuttosto che tagliare intere aree di intervento o rinviare a complesse riorganizzazioni dei servizi, si interverrebbe *«puntualmente sulle tante, piccole e grandi, inefficienze e inadeguatezze che si celano all'interno di un sistema le cui fondamenta e la cui funzionalità vanno comunque riconosciute e preservate. La crisi non può diventare la giustificazione di un*

rovesciamento dei principi. Al contrario, la crisi può diventare una potente occasione per impegnarsi a liberare energie e risorse (da destinare a migliorare l'offerta di servizi e reggere l'impatto delle ristrettezze) e per trovare il coraggio di intraprendere quelle azioni, da tempo attese, indispensabili per superare in alcune realtà territoriali le storiche debolezze che gravano su una parte dei cittadini del nostro paese» (N. DIRINDIN, C. RIVORIO, *I dilemmi del settore sanitario*, in *Sociologia della salute*, dicembre 2013).

A fronte delle difficoltà economiche, dell'arretratezza tecnologica delle strutture, delle inefficienze e sprechi, il SSN italiano è stato ripetutamente oggetto nel corso degli ultimi decenni di profonde modificazioni e ristrutturazioni che ne hanno più volte ridefinito l'assetto, riformandolo e trasformandolo: da un lato attraverso un processo di decentramento politico-amministrativo e, dall'altro, attraverso una diffusa razionalizzazione e modernizzazione. Negli anni '90 il processo di decentramento politico-amministrativo ha condotto alla regionalizzazione e aziendalizzazione del SSN, poi le modifiche costituzionali del 2001 hanno sancito uno spostamento degli equilibri di potere tra Stato e Regioni, a favore di quest'ultime, cercando di garantire ai cittadini i servizi essenziali su tutto il territorio nazionale ed un equilibrio tra principio di autonomia (diversità fra le varie realtà territoriali), condizioni di omogeneità nel godimento del diritto (equità in ambito nazionale) e sostenibilità finanziaria del sistema ⁽⁵⁾. Il governo centrale è rimasto competente nel definire gli indirizzi generali, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e l'ammontare complessivo delle risorse per il loro finanziamento attraverso il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) mentre ad ogni regione è stata demandata la responsabilità della programmazione e la modalità di organizzazione delle prestazioni a livello territoriale nel rispetto dei LEA definiti a livello centrale ma con la possibilità di prevedere ulteriori e diversi livelli di assistenza. Tuttavia, nonostante il decentramento politico-amministrativo, alla maggiore autonomia e responsabilità delle regioni nel ripianare i deficit, nel raccogliere risorse e nel spenderle, non è seguito un analogo decentramento fiscale e responsabilità di finanziamento che risulta ancora provenire - in buona parte - dallo Stato centrale. L'intento alla base della scelta di decentrare ai governi regionali è stato quello, da un lato, di garantire una

⁽⁵⁾ Sul punto cfr. F. MAINO, S. NERI, *La politica sanitaria ai tempi della "devolution"*, Il Mulino, n. 1, 2006, pp. 133-42.

maggior conoscenza e vicinanza ai bisogni sanitari dei territori rispetto allo stato centrale e, dall'altro, assicurare un'organizzazione dell'offerta di servizi meno frammentata e più orientata ad economie di scala, rispetto al livello locale e comunale. Per quanto riguarda la ripartizione delle competenze statali e regionali si veda R. BALDUZZI, *Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario*, in Quaderni Regionali, n. 3, 2008; L. CUOCOLO e A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in Forum di quaderni costituzionali, 2013. Sulle trasformazioni che hanno coinvolto i sistemi sanitari di molti paesi, comparandoli, a decorrere dagli anni '90, si fa invece rinvio, a R. BALDUZZI, *Trent'anni di servizio sanitario nazionale*, Il Mulino, 2010. Per una lettura critica del processo di privatizzazione del sistema sanitario si possono leggere le considerazioni di G. CITONI, A. SOLIPACA, *La privatizzazione strisciante della sanità italiana: un'analisi descrittiva e alcuni temi equitativi*, Politiche Sanitarie, vol. 8, n. 4, 2007, pp. 188-205, secondo i quali le politiche nel settore sanitario hanno tralasciato «*aspetti, quali l'equità e la protezione del reddito di segmenti vulnerabili della popolazione*».

Un primo tentativo di fornire una risposta alle istanze di rinnovamento del SSN e alla necessità di ripensare il modello di welfare sanitario, senza tuttavia compromettere la qualità dei servizi e, più in generale, la stessa tutela del diritto alla salute è rappresentato dalla riforma Balduzzi. Al riguardo si rinvia a L. DIMASI, *La nuova sanità dopo la riforma Balduzzi. Spunti per una riflessione sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale*, in Sanità pubblica e privata n. 2, 2013, pp. 11-15.

Negli anni più recenti, il maggior peso e responsabilità assunte dalle regioni nell'organizzare e finanziare il SSN hanno condotto molte di esse a ridisegnare l'assetto organizzativo, spostando il fulcro dall'ospedale al territorio e puntando ad aggregazioni funzionali e ad unità complesse di cure primarie. Si veda, a titolo di esempio, il *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema socio sanitario in Lombardia*, pubblicato ad agosto 2015: la mutata domanda di salute, dovuta all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie croniche-degenerative, ha messo in evidenza la necessità di un'offerta di salute diversa, centrata prevalentemente sull'assistenza territoriale (ad esempio RSA, cure domiciliari, diagnostica domiciliare) e alternativa rispetto al ricovero in ospedale. Si tratta di un cambio generale di prospettiva che punta a superare la logica dell'intervento d'urgenza a posteriori a favore di un'ottica del 'prendersi cura'

e dell'accompagnamento, attraverso la prevenzione e la promozione della salute. Così i nuovi modelli di presa in cura della persona sono sempre più orientati a garantire continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri e a superare le frammentazioni dei percorsi, valorizzando la componente ambulatoriale ed assistenziale. C'è chi tuttavia evidenzia come questo spostamento di attività sanitarie dall'ospedale al livello ambulatoriale, pur rappresentando un vantaggio per il sistema stesso, potrebbe di fatto rappresentare uno svantaggio per le persone coinvolte e le famiglie, sulle quali potrebbe ricadere un maggior carico assistenziale del paziente cronico.

È anche vero che in un contesto sociale ed economico come quello attuale, in fase di profonda evoluzione, sia a livello nazionale che globale, ai sistemi sanitari viene chiesto di adattarsi ai cambiamenti in corso: oggi si vive più a lungo e molte delle persone in età avanzata soffrono di malattie croniche degenerative e disabilità multiple. I dati ISTAT rinvenibili nell'analisi *Noi Italia 2015* indicano un arretramento della speranza di vita, lieve ma in contro tendenza rispetto al passato, segno che la prospettiva di vita attuale non è la stessa delle nuove generazioni e questa, probabilmente, sarà ancora diversa da quella che si può proiettare più avanti nel tempo. Allo stesso modo, malattie, disabilità e cronicità di oggi, probabilmente, non saranno quelle del futuro, anche più prossimo.

In quest'ottica, l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel discutere delle prospettive future dei sistemi di cura e assistenza alla persona ha sottolineato l'importanza di un equilibrato coordinamento e di un'alleanza tra i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali (*«la salute intesa come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia»*), identificando l'integrazione socio-sanitaria quale approccio necessario per una ridefinizione strategica e strutturale dei sistemi di assistenza. Il sistema sanitario, come viene ribadito all'interno del Patto per la Salute 2014-2016, deve essere capace di integrarsi sul territorio con il sistema dei servizi sociali contribuendo a migliorare il benessere delle persone, in un'ottica secondo cui *«la salute non è più vista come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale»*. La valorizzazione e l'integrazione degli interventi sanitari con quelli sociali del terzo settore e delle comunità locali (ribadita all'art. 6 del Patto per la salute 2014/2016) hanno, infatti, ricadute positive sugli assistiti, sulla collettività sulla

spesa pubblica e sulla sanità allentando le pressioni sulle strutture ospedaliere e spostando parte degli interventi sul sociosanitario.

Per analizzare le sfide che i sistemi sanitari europei sono chiamati ad affrontare oggi e che, con molta probabilità, saranno determinanti fino al 2030, per ragionare sul possibile futuro del SSN e per metterlo in sicurezza dall'urgente questione della sostenibilità, si rimanda a Economist Intelligence Unit, *Il futuro del servizio sanitario in Europa e in Italia. I report di Economist e CEIS Tor Vergata*, novembre 2012. La pubblicazione evidenzia come «*il nostro SSN, sebbene imperfetto, provato e afflitto*» dall'urgenza di far quadrare i bilanci e di ridurre la spesa pubblica, «*rimane estremamente valido per la promessa che offre e la visione nell'ambito della quale è stato ideato... L'ampiezza e la profondità della crisi che sta attraversando l'Italia in questi anni amplificano ulteriormente l'urgenza e la necessità di accelerare la riflessione su come costruire il futuro dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese, prendere decisioni e operare delle scelte*» (qui p. 6).

Si rimanda infine alla più recente *Relazione sullo stato sanitario del paese 2012-2013* (a cura del Ministero della Salute) che evidenzia gli obiettivi da raggiungere al fine di rendere il sistema sanitario italiano sostenibile alla luce delle nuove sfide del paese, quali l'invecchiamento della popolazione, l'ingresso di nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata, la lotta agli sprechi e alle inefficienze e i risparmi da reinvestire in salute, obiettivi fissati dalla Conferenza Stato Regioni sul nuovo Patto per la salute 2014 – 2016.

1.2 La spesa per la sanità e la sua sostenibilità

Per un primo commento sulla necessità di ripensare la sanità italiana e ridisegnare lo stato sociale si veda G. CAZZOLA, *La sanità liberata*, Il Mulino, 1997 che sebbene non recente, rappresenta un buon punto di partenza per approfondire il tema della sostenibilità della spesa sanitaria pubblica, tema di attualità da quasi vent'anni.

Dall'altra parte, secondo le recenti conclusioni (gennaio 2015) dell'indagine condotta dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale (atti reperibili dal sito <https://www.senato.it/3687?indagine=30>), il sistema sanitario italiano è già oggi sostenibile, nel senso che «*la spesa sanitaria non è*

eccessiva rispetto ai risultati raggiunti (a livello macro) ed è sensibilmente inferiore rispetto a quanto fanno i maggiori paesi europei» (qui p. 12), ottenendo dei buoni risultati. L'indagine, prendendo in particolare riferimento la garanzia dei principi di universalità, equità e solidarietà che animano il SSN, dimostra che la spesa sanitaria italiana «è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia... Il problema della sostenibilità non è, quindi, economico ma piuttosto culturale e politico: il vero problema è fino a che punto il governo e i cittadini sono disposti a salvaguardare i principi fondanti del sistema sanitario nell'interesse della collettività, garantendo a tutti coloro che ne hanno bisogno un'elevata qualità di accesso alle cure, nonostante la crisi economica» (qui p. 45).

Nella stessa direzione si muove l'analisi di M. ARGENZIANO, *'Dica trentadue' ... spending review e diritto alla salute*, in Guida al Pubblico Impiego, n. 1/2, 2013, p. 58, che evidenzia come «*affidare alla congiuntura le politiche sanitarie, con tagli essenzialmente lineari, comporta rinunciare a progettare un apparato efficace ed efficiente e determina un significativo arretramento del modello di protezione sociale*» nonché «*un forte disinvestimento nel capitale umano e nelle professionalità, cioè nella maggiore risorsa di cui dispone la sanità italiana*».

Mentre sull'urgenza di adottare la *spending review* per fronteggiare una spesa non più sostenibile e di portarla a sistema non limitandola all'eliminazione degli sprechi più evidenti attraverso il ricorso a due riforme, una culturale e una di sistema, si rimanda a E. JORIO, *Una sanità che non va e una spending review necessaria*, in Sanità pubblica e privata, n. 1, 2015, pp. 34-40. Dello stesso autore, *Una sanità da riformare radicalmente*, in Sanità pubblica e privata n. 1, 2014, pp. 33-35, in cui viene tuttavia sottolineato che dalle obiettive difficoltà economico-finanziarie non si esce tagliando spese indispensabili, bensì investendo massicciamente in risorse tecnologiche e umane.

Per onorare gli obblighi e gli impegni assunti in sede comunitaria in tema di pareggio di bilancio e di ripianamento progressivo del debito pubblico, secondo l'autore, all'attuale logica ragioneristica, dovrà subentrare una nuova ove la programmazione degli interventi dovrà essere basata sul reale bisogno epidemiologico (correttamente rilevato e non già presunto ovvero desunto dai dati Istat) e bisognerà investire in ammodernamento, separando la gestione del debito pregresso dalla gestione del

presente. Si legga a tal riguardo, C. BOTTARI, E. JORIO, *Per una sanità migliore occorre separare il debito dalla gestione ordinaria*, in www.strid.eu n. 3, 2012.

Per un'analisi dettagliata e recente dell'andamento della spesa sanitaria in Italia, distinta per ciascuna regione, si può far riferimento a AGENAS, *Andamento della spesa sanitaria nelle Regioni - anni 2008-2014*, 2015; mentre per un'analisi dei tagli apportati al SSN dalle manovre finanziarie emanate dai governi nazionali dal 2010 al 2013 si veda a cura del CREMS, *Spending review in sanità*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 2, 2013, pp. 78-80.

Ma «*il problema che si pone non è tanto quello della sostenibilità economica del nostro sistema sanitario quanto quello della sua sopravvivenza*» (p. 7): da questo presupposto, che ribalta la questione della sostenibilità del SSN, si sviluppa l'approfondimento di AA.VV., *Diritto alla salute e sanità pubblica. SSN universale: valori, criticità, innovazioni*, in *La rivista delle politiche sociali*, n. 2-3, 2014 secondo cui la crisi economica che sta attraversando il paese e l'emergere di una insoddisfazione crescente dei cittadini verso il SSN possono essere utilizzati come leva per modificare profondamente il servizio sanitario nazionale facendo crescere, conseguentemente, assicurazioni private e forme mutualistiche e mettendo in discussione la copertura universalistica e globale del sistema.

Di particolare interesse è l'analisi condotta da N. DIRINDIN, *Luoghi comuni e distorsioni insidiose nel dibattito sulla sanità pubblica*, in *La rivista delle politiche sociali*, n. 2-3, 2014, pp. 13-26, che evidenzia bene come la «*sanità pubblica è oscurata da pregiudizi e ideologie che contribuiscono a darne una immagine distorta, peggiore di quella reale*» e che, pertanto, è necessario «*riportare il dibattito all'interno di un confronto oggettivo e documentato*» (qui p. 1), spostando l'attenzione non sul spendere meno ma sul spendere meglio per evitare il rischio che i tagli lineari alla spesa sanitaria pubblica aumentino le ineguaglianze nell'accesso alle cure pubbliche, amplificando le differenze tra le regioni. Nei momenti di crisi economica, «*la sanità non può sottrarsi al dovere di recuperare ogni possibile risorsa per migliorare l'assistenza alle persone... L'importante è agire per spendere meglio, garantendo tutto e solo ciò che effettivamente serve alle persone, perché questo porta anche a spendere meno*» (a colloquio con N. DIRINDIN, *Rigore nell'impiego delle risorse e salvaguardia del sistema di tutela della salute*, reperibile all'indirizzo <http://careonline.it/>).

In termini non dissimili si esprime anche R. DE MARIA, *Sostenibilità e riforma del SSN tra esigenze etiche e scarsità di risorse*, in *Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione*, n. 4, 2013, pp. 5-47, che cerca di dimostrare che la crisi del sistema non è determinata esclusivamente dal mutamento della domanda di salute e dalla scarsità delle risorse bensì in gran parte è legata a fattori e insufficienze culturali: «*l'incapacità di curare chi non può guarire, di prendersi cura dei pazienti non acuti, di apprestare servizi sociali per prevenire l'acuirsi o il nuovo insorgere di patologie, la mancanza di sensibilità e di attenzione nei confronti della prevenzione e della promozione attiva della salute...solo il recupero di una dimensione di reale umanità nelle cure può essere capace di modificare il sistema in senso virtuoso...perseguendo fini generali di innalzamento della qualità della vita, e non del mero suo teorico allungamento*» (qui p. 46).

Così nel discorso inaugurale dell'anno giudiziario 2016, il Presidente della Corte dei Conti evidenzia come la priorità assegnata all'obiettivo di riequilibrio dei conti «*non offre più scorciatoie percorribili in direzione di un'efficace spending review e il contributo al contenimento della spesa non è più solo riconducibile ad effettivi interventi di razionalizzazione e di efficientamento di strutture e servizi, quanto, piuttosto, ad operazioni assai meno mirate di contrazione, se non di soppressione, di prestazioni rese alla collettività. Dai tagli operati è, dunque, derivato un progressivo offuscamento delle caratteristiche dei servizi che il cittadino può e deve aspettarsi dall'intervento pubblico cui è chiamato a contribuire*» (qui p. 8).

Per un'analisi descrittiva del sistema sanitario italiano anche a livello internazionale comparato, si rimanda ai dati pubblicati dall'OECD, *Health at glance 2015*, dall'Eurostat, *Health Data* (disponibile al sito <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>) e a quelle del World Health Organization, *Health Statistics 2015* (disponibile al sito <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>) che evidenziano come la spesa sanitaria italiana pro-capite è al di sotto dei livelli di paesi quali Germania, Francia e Regno Unito. Si rimanda invece a OECD, *Fiscal sustainability of health system. Bridging health and finance perspectives*, OECD Publishing, 2015 e a S. THOMSON, *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, Policy Summary European Observatory on health systems and policies, n. 12, 2014 per un monitoraggio comparato degli effetti

della crisi sui sistemi sanitari europei e per l'analisi delle risposte in ambito di politiche sanitarie adottate per far fronte la crisi dalla fine del 2008 alla metà del 2013.

Per un'analisi dei dati di bilancio a livello nazionale, si rinvia invece al rapporto della Ragioneria dello stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria 2014, 2015* (reperibile sul sito http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2014/il_monitoraggio_del_sistema_sanitario.pdf) e *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della ragioneria generale dello stato aggiornati al 2015* (reperibile sul sito <http://www.rgs.mef.gov.it>), ai dati reperibili sul sito dell'ISTAT e ai rapporti del Ministero della Salute.

I dati evidenziano come le risorse impegnate nel 2014 si aggirano sui 142 miliardi di euro, di cui 111 Mld € di spesa pubblica e circa 31 Mld € di spesa privata, dato che potrebbe elevarsi se si tiene anche conto della consistente componente sommersa, stimata in 15 miliardi di euro.

Sebbene la spesa sanitaria pubblica sia cresciuta negli ultimi due decenni, così come dimostra anche l'aumento rilevante della spesa regionale rispetto a quella dello Stato e degli enti locali, a partire dal 2011 ha subito un forte contenimento a seguito dei numerosi tagli. Tuttavia in prospettiva i modelli econometrici della spesa sanitaria, tra cui quello ad esempio dell'European House Ambrosetti (2012) - la cui peculiarità rispetto ad altre tipologie di modelli è di essere affidabile nelle previsioni di medio-lungo periodo in quanto ancorate a previsioni demografiche altamente attendibili - prevedono tra oggi ed il 2050 un ulteriore incremento del rapporto tra spesa sanitaria e PIL fino a raggiungere il 9,7 per cento.

Lo scenario che si prospetta è quello di una crescita tendenziale della spesa sanitaria a fronte di sempre meno risorse pubbliche disponibili: le decisioni di finanza pubblica vanno infatti in contro tendenza rispetto alle esigenze, con una contrazione costante del livello di finanziamento del sistema in percentuale del PIL prodotto. Così l'ultimo DEF 2016 ha ipotizzato una riduzione del rapporto fra la spesa sanitaria e PIL per il triennio 2017-2019 dal 6,8 per cento attuale al 6,5 per cento nel 2019. Queste scelte politiche, hanno conseguentemente determinato un incremento della spesa sanitaria e socio-assistenziale privata. I dati dell'OECD (relativi all'anno 2012) evidenziano infatti come una parte rilevante di tale spesa non è intermediata da operatori terzi (l'88% dei 31

miliardi di spesa privata) e un'altra parte è in nero (15 miliardi stimati) la cui spesa è sostenuta "di tasca propria" dai cittadini. In particolare sono a carico totale o parziale dei cittadini circa il 70% delle visite specialistiche, oltre il 52% degli accertamenti diagnostici e il 62% degli interventi di riabilitazione. Inoltre, in Italia rispetto alle medie europee, la quota di popolazione over 65 che usufruisce di servizi e cure a lungo termine è minima mentre con riferimento alla "spesa per l'assistenza di lunga durata" la spesa privata complessiva ha ampiamente superato la quota di 10 miliardi di euro nel 2014 (contro i 30 miliardi di spesa pubblica). Circa due anziani su tre non autosufficienti organizzano in famiglia la propria assistenza, dando lavoro a circa 800.000 badanti. Si rimanda al paragrafo 1.7 del presente capitolo e ai dati recenti pubblicati dall'INPS, *Statistiche in breve - Anno 2014 lavoratori domestici*, 2015 e a G. RUSMINI, S. PASQUINELLI, *Quante sono le badanti in Italia*, Istituto per la Ricerca Sociale, 2013 (reperibile su www.qualificare.it) per una stima del numero complessivo delle badanti, tra quelle con un contratto di lavoro regolare e quelle "in nero".

Pur non mettendo in discussione la necessità di un recupero di efficienza nella spesa sanitaria, quest'ultima rappresenta tuttavia una risorsa importante che innesca, se ben programmata e destinata, effetti virtuosi dal punto di vista economico quale volano di crescita, sostegno alla distribuzione del reddito ed all'occupazione, attivatore-moltiplicatore dello sviluppo economico. Le analisi condotte da CONFINDUSTRIA, *Il valore della filiera della salute per l'Italia e la sostenibilità del SSN*, maggio 2015 evidenziano il forte collegamento tra la spesa sanitaria e le principali grandezze macroeconomiche quali il PIL, l'occupazione, il costo del lavoro e le importazioni estere. Se continuano ad adottarsi politiche di tagli lineari al settore sanitario, inevitabilmente si avranno ricadute anche sulla domanda di lavoro da parte delle imprese dei settori del commercio, farmaceutica, informatica, chimica, servizi alle imprese e alla persona con una riduzione del volume di affari, che oggi vale l'11,5% del PIL e oltre 2,5 milioni tra addetti diretti ed indiretti.

Anche la più recente analisi del CENSIS, *Welfare Italia 2015. Impatto e potenziale di crescita della White Economy*, 2015 evidenzia bene quelli che vengono definiti i paradossi dell'attuale *welfare state*: da una parte la traslazione verso le famiglie dei costi della spesa sanitaria che amplifica i divari e le diseguaglianze, dall'altra la presa d'atto generalizzata di una progressiva erosione delle garanzie di protezione rispetto ai

grandi rischi. In quest'ottica va quindi letta la propensione al risparmio delle famiglie, quale tentativo di costruirsi delle 'accantonamenti di garanzia' per le incertezze future legate al timore di perdere il lavoro, tra cui la salute e la vecchiaia/invalidità.

Così il quadro che si ricava dal rapporto annuale 2015 dell'Istat (<http://www.istat.it/it/files/2015/05/Rapporto-Annuale-2015.pdf>) si discosta poco da quello tracciato dal Censis. Viene evidenziato come un crescente numero di persone, pur in presenza di un problema di salute, hanno dovuto rinunciare a una o più prestazioni sanitarie con divari importanti tra le diverse fasce reddituali della popolazione e i diversi territori, a conferma delle pesanti ricadute che la riduzione della spesa sanitaria pubblica ha sulle famiglie e la loro crescente difficoltà a far fronte con proprie risorse alle cure sanitarie.

L'entità della crisi - la sua dimensione, durata e diffusione geografica - ha aumentato il bisogno delle persone di assistenza sanitaria: si ricorre di più ai servizi sanitari finanziati con fondi pubblici (elevando la pressione fiscale) ma allo stesso tempo è diventato più difficile accedere alle cure di cui si ha bisogno se queste non sono coperte dai fondi pubblici. Gli effetti negativi sulla salute tendono a concentrarsi tra gruppi specifici di persone, in particolare tra coloro che si trovano in stato di disoccupazione e le fasce di popolazione più svantaggiate, e possono essere solo in parte mitigati dall'azione della politica pubblica

Dal punto di vista della composizione della spesa sanitaria, le voci di costo che hanno un maggiore peso sulla spesa totale sono il personale (per circa un terzo), l'acquisto di beni e servizi (per circa un altro terzo) e la spesa farmaceutica convenzionata. Rispetto ad altri settori altrettanto importanti in termini finanziari e nei quali prevale la spesa da stipendi o pensioni (come l'istruzione e la previdenza), la sanità è caratterizzata da una spesa meno rigida, in quanto particolarmente segnata dagli acquisti di beni e servizi che hanno spostato parte della spesa per il personale nella voce dei servizi attraverso gli appalti. A tal riguardo si rinvia a P. ARMENI, F. FERRÈ, *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, in *Rapporto OASI 2012*, Cergas - Bocconi, 2013 e G. ZUCCATELLI, *Spesa sanitaria e sistema di welfare in tempi di crisi economica*, in *Monitor Agenas*, n. 37, 2015 disponibile sul sito internet www.agenas.it.

Si rinvia invece a CERGAS, *Rapporto OASI 2015*, per un'analisi che evidenzia come il nostro sistema sanitario sia tra i più economici non solo a livello comunitario: la spesa sanitaria pro capite è una delle più basse d'Europa ma il rischio è che questo

contenimento della spesa si ripercuota sulla qualità del servizio, riducendo l'offerta di servizi alle persone. Per fronteggiare la mancanza di risorse, la strategia adottata in questi ultimi anni è stata quella dei risparmi diretti e immediati (taglio dei posti letto, blocco delle assunzioni, riduzione dei rimborsi) che oltre ad avere conseguenze negative per la salute dei cittadini – in particolare per le fasce socio-economiche più deboli – potrebbero determinare un imprevedibile e non quantificabile incremento dei costi nel lungo periodo.

Invero, rilevano M. PIACENZA, G. TURATI, *Does fiscal discipline towards sub-national governments affect citizens' well-being? Evidence on health*", in *Health Economics*, vol. 23, n. 2, 2013, pp. 199-224, il rigore fiscale, in Italia, incide solo sull'inefficienza (extra costo) – pari a circa 3,5 miliardi di Euro l'anno - e non ha alcun impatto reale sul benessere dei cittadini: in molti casi attraverso la *spending review* si è riusciti a tagliare le spese senza incidere sui servizi.

Inoltre evidenze empiriche suggeriscono che non esiste un rapporto lineare tra spesa sanitaria e miglioramento degli esiti di salute delle popolazioni che possono essere influenzati da altri fattori al di fuori del controllo dei sistemi sanitari, quali modelli storici di spesa rispetto alle altre politiche di welfare, variabili socio-economiche, comportamenti e stili di vita e fattori ambientali. Si rimanda a tal riguardo a P. S. HUSSEY, S. WERTHEIMER, A. MEHROTRA, *The association between health care quality and cost: a systematic review*, *Annals of Internal Medicine*, n. 158, 2013 che evidenziano come, pur spendendo meno di altri sistemi pubblici confrontabili con quello italiano, il servizio sanitario nazionale ha ottenuto buoni risultati in termini di qualità (media) dei servizi erogati e rientra nelle posizioni apicali dei ranking internazionali sulla valutazione complessiva delle prestazioni sanitarie.

Occorre a tale riguardo evidenziare che in passato l'aumento della spesa sanitaria è sempre stato accompagnato da un miglioramento delle condizioni sanitarie, oggi invece i paesi che hanno una spesa sanitaria maggiore non necessariamente ottengono migliori risultati in termini di risultati di salute. Ne sono un esempio, la Spagna e l'Italia che registrano l'aspettativa di vita più alta a livello europeo (rispettivamente 82,6 e 82,4 anni), ma sono entrambi paesi che si collocano in posizione mediana rispetto agli altri paesi dell'unione europea per spesa sanitaria. Al contrario, Belgio e Danimarca sebbene abbiano una spesa sanitaria molto al di sopra della media europea, raggiungono livelli

intermedi in termini di risultati di salute. C'è chi evidenzia che l'aver utilizzato da sempre il tasso di mortalità come indicatore prevalente di salute ha avuto l'effetto di distogliere l'attenzione dalle malattie croniche invalidanti e degenerative, legate all'invecchiamento della popolazione, che hanno bassa mortalità ma alta disabilità, che consentono di vivere più a lungo ma con costi sanitari e di assistenza molto sostenuti.

Viceversa esistono studi (E. BRADLEY, M. CANAVAN, E. ROGAN, *Variation in health outcomes: the role of spending on social services, public health and health care*, in *Health Affairs*, n. 5, 2016) che dimostrano un'alta correlazione tra esiti di salute e gli investimenti nelle politiche sociali (istruzione, supporto al reddito, servizi abitativi, servizi di trasporto) e di salute: quanto più una comunità vive bene, più adotterà uno stile di vita salutare e quanto più verranno attuati interventi sui servizi sociali, maggiori saranno i guadagni in termini di salute.

1.3 I lavoratori del settore sanitario e socio assistenziale

Come evidenziato nella *Relazione della Commissione XII del Senato sullo stato e sulle prospettive del servizio sanitario nazionale, nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità*, giugno 2015 (reperibile all'indirizzo <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/926349.pdf>), i molteplici vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del personale stanno indebolendo il servizio sanitario in tutte le regioni, demotivando e destrutturando la principale risorsa su cui può contare un sistema di servizi alla persona, i lavoratori. L'aumento dell'età media dei lavoratori in sanità, gli intensi carichi e orari di lavoro, il largo impiego di precariato, il crescente ricorso alle esternalizzazioni sono alcuni dei rischi che possono incidere sul SSN e creare un diffuso malessere tra gli operatori.

In particolare nella relazione viene evidenziato che «*la prassi dell'outsourcing e del ricorso al lavoro flessibile, spesso necessaria (per garantire i servizi) e per lo più illusoria (quanto a contenimento della spesa), ha di fatto aumentato il precariato all'interno del sistema, anche in settori molto delicati dal punto di vista assistenziale (dal pronto soccorso alla rianimazione) e indebolito progressivamente la sanità pubblica, in ragione del crescente impiego di personale non strutturato, non*

destinatario di specifiche attività formative e non titolare di alcune importanti tutele (si pensi ad esempio alla tutela della maternità)» (qui p. 46).

Garantire un veloce ed efficiente accesso all'assistenza sanitaria è un obiettivo politico fondamentale in tutti i Paesi OCSE. Quantificare il numero di persone da impiegare come medici, infermieri e altri professionisti sanitari nelle diverse categorie, è un lavoro gestionale abbastanza complesso, caratterizzato da un elevato livello di incertezze, dovuto ai cambiamenti demografici, sociali ed epidemiologici nel corso del tempo. Nonostante ciò, la pianificazione della forza lavoro sanitaria è rimasta un elemento importante che contribuisce al miglioramento del welfare di ogni Paese. Un progetto dell'OCSE del 2013 su *Health Workforce Planning and Management* ha coinvolto diciotto Paesi (Australia, Belgio, Canada, Cile, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Israele, Italia, Giappone, Corea, Paesi Bassi, Norvegia, Svizzera, Regno Unito e Stati Uniti) e ha analizzato ventisei modelli previsionali della forza lavoro sanitaria, concentrandosi, in particolar modo, sul personale medico e infermieristico. Il progetto ha evidenziato la necessità di un approccio multi-professionale alle problematiche di salute della popolazione, necessità rafforzata dall'acquisita consapevolezza, da parte della comunità scientifica, della complessità dei sistemi sanitari. I modelli occupazionali devono essere in grado di valutare in modo più integrato l'impatto dei diversi servizi di erogazione dell'assistenza sanitaria così, in vari paesi, si sta cercando il modo di riorganizzare la fornitura di servizi per meglio rispondere alle ripercussioni generate da fenomeni di ampia portata, quali il graduale invecchiamento della popolazione, la transizione epidemiologica dalla preponderanza di stati morbosi acuti alla prevalenza di patologie croniche multiple, l'incremento delle aspettative dell'utenza in termini di qualità e sicurezza delle prestazioni richieste e la persistente carenza di risorse economiche e finanziarie a disposizione.

Il passaggio da un approccio uni-professionale a uno multi-professionale è particolarmente importante in un settore in cui i ruoli e le responsabilità delle cure primarie di diversi operatori sono in rapida evoluzione. Un certo grado di sostituibilità in "orizzontale" e/o in "verticale" potrebbe contribuire a ridurre le eventuali lacune per le diverse categorie di operatori. Tale approccio eviterebbe di considerare ogni professionista come appartenente ad un gruppo isolato rispetto ad altri professionisti, sulla base di un rigido mansionario, e permetterebbe di tener conto delle possibili

sovrapposizioni e della riallocazione di attività all'interno dello stesso gruppo professionale (per esempio tra i medici di medicina generale e i medici specialisti) o tra i diversi gruppi professionali (ad esempio, tra medici e gli assistenti medici e gli infermieri). A tal riguardo sia consentito rinviare a A. SANTOPAOLLO, F. SILVAGGI, G. VIALE, *La programmazione dei fabbisogni di medici e infermieri nei Paesi OCSE: verso un modello multi-professionale per rispondere alle sfide dell'invecchiamento e delle malattie croniche*, Bollettino ADAPT, n. 31, 2014.

Così anche l'analisi condotta dall'OECD, *Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places*, OECD Publishing, marzo 2016 evidenzia il consistente incremento di medici e infermieri dal 2000 al 2013 a livello comunitario (si tratta del +24% nel caso dei medici e del +30% nel caso degli infermieri). Una crescita resa possibile da un significativo aumento nel numero di giovani che si sono orientati verso programmi di formazione nelle due aree professionali e dall'immigrazione di medici e infermieri formati al di fuori dei paesi, di cui circa un terzo provenienti da altri paesi dell'OCSE e la restante parte da paesi dell'Africa a basso reddito, dove ci sono forti carenze di personale sanitario. Una crescita squilibrata non solo a livello di numeri ma anche a livello di competenze che può diventare fonte di inefficienze per i sistemi.

Nel caso dell'*under skilling* (ovvero non possedere le competenze adeguate per svolgere alcuni compiti), il rischio è che si ripercuota sulla qualità e sicurezza dei servizi offerti e sulla sicurezza dei lavoratori stessi, evidenziando la necessità di garantire ai lavoratori la possibilità di adattare le proprie abilità e competenze durante tutto il corso della vita lavorativa, in modo da anticipare le trasformazioni epidemiologiche, economiche, sociali, tecnologiche che possono rendere i lavori di oggi, inesistenti o completamente diversi nel futuro. Mentre nel caso di *over skilling* (ovvero il possedere una preparazione e una formazione superiore rispetto ad una parte del lavoro da svolgere), può significare uno spreco di capitale umano e condurre a insoddisfazione per il mancato riconoscimento delle proprie capacità anche a livello salariale, disaffezione al proprio lavoro e un più alto tasso di *turnover*, aumentando i costi per l'azienda, con il rischio di ridurre la qualità dei servizi sanitari offerti o innescando fenomeni di cattiva gestione.

Per questi motivi la pianificazione e la gestione del personale sanitario devono sempre più puntare alla definizione di gruppi di lavoro multi-professionali, inter-disciplinari ed integrati per poter offrire risposte adeguate alle esigenze di salute e cura future. Metà dei paesi dell'OCSE (tra cui USA, Canada, UK e Australia) hanno, ad esempio, risolto il problema dell'*over skilling* estendendo il campo di applicazione pratica di alcune professioni sanitarie non mediche, abilitandoli a nuovi ruoli al fine di migliorare l'accesso alle cure primarie per tutti, anche per coloro che si trovano in aree remote, e per ridurre i tempi di attesa nonché i costi. Infatti la cattiva distribuzione di professionisti sanitari, medici e no, è un problema che accomuna molti paesi: a fronte di una generalizzata crescita del numero di lavoratori operanti nel settore, esiste una consistente disparità nella distribuzione degli operatori tra le diverse regioni in tutti i paesi OCSE. In generale, le regioni rurali (o pensando all'Italia, a quelle montane) e quelle più svantaggiate dal punto di vista socio-economico hanno un minore numero di personale sanitario rispetto alle regioni urbane e questo può rappresentare un ostacolo all'accesso alle cure e ai servizi. All'opposto, la «*la crescita di una zona grigia tra pubblico e privato che il pubblico non è stato in grado di controllare, forse fuorviato da un'ipertrofia delle attività intramoenia*»⁽⁶⁾ ha determinato un allungamento dei tempi di attesa, non imputabile alla carenza di lavoratori. D'altra parte, l'uso della tecnologia e la diffusione della telemedicina potrebbero contribuire a ridurre gli squilibri tra aree geografiche e le liste d'attesa.

Per una panoramica in ambito internazionale delle politiche adottate nella pianificazione e gestione delle risorse umane nel settore sanitario si rimanda invece a E. KUHLMANN, P. GROENEWEGEN, R. BATENBURG, C. LARSEN, *Health human resources policy in Europe*, European Observatory on Health System and Policies, 2006. In Italia, secondo un recente studio (G. VICARELLI, E. PAVOLINI, *Health workforce governance in Italy*, in *Health Policy*, n. 12, 2015) non esiste una strategia della pianificazione della forza lavoro sanitaria chiara e articolata in termini multi-professionali ma un'organizzazione che ha determinato un sistema sanitario medico-centrico e ha portato ad avere una forza lavoro mediamente più anziana rispetto agli altri paesi dell'Europa. Sul tema, un contributo importante è arrivato da parte della

⁽⁶⁾ Cfr. L. ZOPPOLI, *Flessibilità, modelli organizzativi e rapporti di lavoro in sanità*, in F. LIGUORI, A. ZOPPOLI (a cura di), *La sanità flessibile*, Editoriale Scientifica, 2012, qui p. 28.

Commissione Europea che nel 2008 ha promosso un'azione comune sulla pianificazione e la previsione del personale sanitario europeo al fine di scambiare buone pratiche a partire dal *Green paper on the european workforce for health European Union*.

Come viene evidenziato da alcuni studi in ambito sanitario (tra questi, C. ORLANDI, *Organici degli infermieri e mortalità ospedaliera*, in *Infermiere*, n. 3, 2011) lo specifico interesse della letteratura internazionale verso le caratteristiche degli organici dei professionisti sanitari deriva in larga parte da una valutazione di natura economica: infatti, esistono evidenze empiriche che dimostrano che il tasso di mortalità e la probabilità di andare incontro ad eventi avversi legati alla degenza in ospedale (soccorsi mancati, infezioni contratte durante la degenza, cadute, lesioni da pressione, ecc.) aumentano quando gli organici ospedalieri hanno una presenza di lavoratori al di sotto di determinati standard e quando essi si trovano a fronteggiare elevati turnover di pazienti. In quest'ottica, la flessibilità nella determinazione dei numeri dei lavoratori impiegati nei diversi reparti acquisisce un'importanza strategica. Modelli di costruzione degli organici e dei loro carichi di lavoro che rendono possibile l'adattamento costante, turno per turno, delle presenze degli operatori in relazione alle caratteristiche cliniche dei pazienti ospiti e al numero di ammissioni, trasferimenti e dimissioni costituiscono una delle componenti più importanti delle organizzazioni che offrono servizi sanitari.

In realtà la crisi economica, la carenza di personale, la riduzione degli investimenti nel settore hanno prodotto in molti Paesi un progressivo deterioramento delle condizioni lavorative in ambito assistenziale. Alcune ricerche condotte dall' *International Council of Nurses* hanno dimostrato che scadenti condizioni lavorative e professionali hanno un impatto negativo sul reclutamento e nel trattenere lavoratori qualificati, sulla produttività, sulla qualità delle *performance* erogate dalle strutture sanitarie e sui risultati di salute dei pazienti con un conseguente aumento della spesa sanitaria complessiva. Il malessere, l'insoddisfazione, l'alienazione e la perdita del senso di quello che si fa, del lavoro proprio e comune rappresentano uno dei terreni più fertili per i fenomeni corruttivi.

Su questo fronte, le politiche di gestione del personale e i modelli per l'organizzazione dell'assistenza che favoriscono l'assunzione di responsabilità da parte dei lavoratori potrebbero produrre un miglioramento di alcuni risultati organizzativi quali il turn-over,

il tasso di assenteismo, il livello di soddisfazione e motivazione e, complessivamente, una riduzione delle spese di gestione del personale. Con riferimento alle tematiche di gestione del personale sanitario si rinvia a F. SANTINI, *Figure professionali e rapporti di lavoro*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, Giuffrè Editore, 2010. Mentre si veda C. MIRIELLO, *Le aziende sanitarie pubbliche*, Cedam, 2009 per un'analisi delle caratteristiche del sistema sanitario, che pur conservando profili propri delle amministrazioni pubbliche, soprattutto in relazione all'acquisto di beni e servizi, all'organizzazione, ai controlli e alle responsabilità, ha conosciuto una molteplicità di riforme e cambiamenti che hanno determinato una crescente specificità del settore rispetto agli altri. L'aziendalizzazione delle strutture sanitarie ha trasformato gli ospedali in aziende autonome, remunerate in funzione del numero e della complessità delle prestazioni rese, e ha portato a ripensare i presupposti organizzativi e le logiche lavorative al suo interno. Il settore è stato pioniere nella sperimentazione di processi di privatizzazione del personale rispetto alla maggior parte degli altri comparti della pubblica amministrazione e ha proceduto a riformare il proprio sistema, adottando misure che cercassero di rendere compatibile la tutela del diritto alla salute con le logiche efficientistiche e di competitività, proprie del mercato. L'introduzione del paradigma aziendale ha messo gli operatori sanitari, medici e non, di fronte a nuove sfide: i lavoratori sono stati chiamati a fare proprie logiche di lavoro differenti dal passato per coniugare la qualità delle prestazioni con la sostenibilità economica e con i maggiori vincoli posti dal sistema, per assicurare appropriatezza dei percorsi di cura e di assistenza, per operare in un ambiente di lavoro più dinamico e multi professionale capace di adattarsi ai nuovi contesti velocemente mutevoli. A tal riguardo si permetta di rimandare a G. VIALE, *Il mercato del lavoro nei servizi sanitari e sociali nell'attuale contesto economico*, in *Bollettino Adapt*, n. 21, 2015 e si faccia riferimento a C. DE PIETRO, *Mercato del lavoro e professionalizzazione del sistema socio sanitario in Italia*, in *Rivista delle Politiche sociali*, n. 1, 2007.

Per quanto riguarda il rapporto di lavoro nel settore sanitario pubblico (settore *labour intensive*), la sua gestione rientra nel diritto del lavoro pubblico il quale è stato oggetto in questi ultimi venti anni di riforme e modifiche legislative, più o meno rivoluzionarie, che hanno portato con il d.lgs. n. 29 del 1993 alla privatizzazione del rapporto di pubblico impiego e al tentativo di ridurre il più possibile le diversità che caratterizzano

il lavoro pubblico da quello nel settore privato. Sul punto si rimanda a M. TIRABOSCHI, F. VERBARO (a cura di), *La riforma del lavoro pubblico*, Giuffrè Editore, 2010 e U. BURATTI, *Lavoro pubblico: prime riflessioni su una riforma che non c'è*, in M. TIRABOSCHI (a cura di), *Il lavoro riformato*, Giuffrè, 2013. Obiettivo mai pienamente raggiunto, il tema dell'applicabilità delle norme del diritto del lavoro privato alla PA è stato affrontato, da ultimo, in occasione dell'entrata in vigore dei decreti attuativi del *Job Acts*, in particolare con riferimento alle modifiche apportate all'articolo 18 della legge n. 300/1970. Il comportamento datoriale del settore pubblico è completamente diverso da quello del settore privato ⁽⁷⁾ e in particolare oggi, in una situazione di crisi economica e occupazionale, l'indirizzo che si manifesta attraverso le leggi è diretto ad evitare ad ogni costo qualsiasi riduzione di personale, anche se minima e giustificata da un riassetto delle attività amministrative. In termini simili si esprime anche R. SANTUCCI, *Il contratto di lavoro part time all'epoca del Jobs Act: un agguato gattopardesco?*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, n. 2, 2015, pp. 217-236, che sottolinea come le novità nell'ambito del lavoro pubblico non sono del tutto lineari e coerenti con l'impostazione sistematica della c.d. privatizzazione del lavoro pubblico, non smentita dalla l. delega n. 124 del 2015, la quale non interviene a colmare le differenze e ad unificare le regole. «Forse – commenta l'autore - si esprime in tal modo l'intimo e inconsapevole (?) pregiudizio di consentire la gestione inefficiente e inefficace dell'amministrazione pubblica ritenuta idonea a sopportare regole più onerose — ma per i cittadini, per le imprese e per i lavoratori — di quelle previste per il lavoro privato» (qui p. 236).

In tema di gestione del personale, si rinvia a C. DE PIETRO, *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw-Hill, 2005 il quale evidenzia come il rapporto tra azienda e singoli lavoratori è innanzitutto un contratto giuridico che definisce e implica diritti e doveri di entrambi i soggetti. Tale rapporto è tanto più importante quanto più i lavoratori sono dipendenti mentre perde di rilevanza e pregnanza man mano che la forma contrattuale lascia il lavoratore più svincolato rispetto l'azienda. Oltre al contratto giuridico e ai doveri e diritti collegati, esiste il rapporto di fatto con il coinvolgimento e le aspettative che esso implica. Tale rapporto,

⁽⁷⁾ Così F. VERBARO, *Ancora una volta...tra pubblico e privato*, Guida al Pubblico Impiego, gennaio 2015.

parzialmente indipendente dalla forma del contratto giuridico, si esplica nell'impegno concreto del singolo che presta la propria attività in azienda e per l'azienda, collaborando con altri lavoratori ma è costituito da elementi psicologici, legato all'identità, alla stima, ai rapporti sociali. Gli elementi dello scambio contrattuale e delle attese extra contrattuali tra individuo e azienda sono, dalla parte del lavoratore, i valori, i bisogni e le competenze; dalla parte dell'azienda, le finalità, la cultura e l'assetto organizzativo (cfr. pp. 149-154).

Per un'analisi dell'evoluzione delle dotazioni organiche mediche e infermieristiche del SSN si veda S. OLGATI, G. MAGON, G. CESANA, A. DANOVI, *L'organico medico e infermieristico tra le cause di squilibrio della spesa sanitaria: un'ipotesi priva di fondamenta statistiche*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 5, 2012, pp. 70-79 la cui ricerca evidenzia che «*l'evoluzione del personale sanitario non presenta quelle caratteristiche di crescita squilibrata e inflattiva che richiedono un intervento di razionalizzazione tout court mediante tagli lineari e il costo del personale non è da annoverare tra le cause agenti della crescita della spesa*» (qui p. 72).

Un breve cenno merita anche il modello previsionale per gli anni 2013/2017 del Sistema Informativo Excelsior di Unioncamere (reperibile sul sito <http://excelsior.unioncamere.net>) che evidenzia la macro tendenza di medio-lungo periodo della domanda di lavoro in Italia fino al 2017 a concentrare le opportunità prevalentemente nel commercio e nei servizi aumentando la domanda delle professioni *high skill*. Tra i settori in cui si prevede la crescita maggiore in termini di ingressi di nuovi lavoratori vi è la sanità, oltre a settore più tradizionali quali il turismo, la ristorazione e l'istruzione. In particolare l'indagine stima che l'incremento della domanda di lavoro in ambito sanitario e di assistenza sociale registrerà un incremento del 3,1%.

Punto di partenza per analizzare i dati relativi al personale impiegato nel sistema sanitario sono quindi i dati forniti dalla Ragioneria dello stato per l'anno 2013; a tal riguardo si faccia riferimento al sito del Conto Annuale della Ragioneria dello Stato <http://www.contoannuale.tesoro.it/portal/cgi-bin/cognos.cgi> e quelli contenuti nello studio *Analisi di alcuni dati del conto annuale del periodo 2007-2014*, febbraio 2016, nonché i dati statistici reperibili dal sito dell'ARAN

(<http://www.aranagenzia.it/index.php/statistiche-e-pubblicazioni/dati-statistici>) e del Ministero della Salute (<http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp>).

Sull'obbligo delle amministrazioni pubbliche di monitorare il lavoro flessibile ai sensi dell'art. 36, co. 3 del d.lgs. n. 165/2001 si rimanda alla *Direttiva n. 2 del 16/02/2010* (reperibile dal sito della funzione pubblica all'indirizzo <http://www.funzionepubblica.gov.it/media/557963/volume%201.10%20consultabile.pdf>) che prevede che vengano inclusi nel monitoraggio – tra gli altri - i contratti di lavoro a tempo determinato, i contratti di formazione e lavoro, i rapporti formativi (tirocini, apprendistato), i contratti di somministrazione e le prestazioni di lavoro accessorio, i contratti di lavoro autonomo nella forma della collaborazione coordinata e continuativa mentre non sono ricompresi e, quindi, non vengono monitorate le collaborazioni occasionali, gli appalti, i contratti e gli incarichi conferiti nell'ambito delle materie regolate dal codice degli appalti pubblici per lavori, servizi e forniture.

Per una comparazione dei dati a livello europeo e internazionale si rimanda alle banche dati statistiche dell'OECD (reperibili sul sito <http://stats.oecd.org>). Si rinvia invece alla ricerca *Health workforce shortages and international mobility in the EU*, OECD Publishing, 2014, pubblicazione nell'ambito del progetto dell'Unione Europea *Health Workers for all and all for Health Workers* la quale evidenzia come la Commissione europea stima che, senza l'adozione di misure che aumentino la disponibilità di personale sanitario, entro il 2020 in Europa non sarà coperto il 15% della domanda totale di assistenza sanitaria ⁽⁸⁾, non sarà garantita un'assistenza professionale per i pazienti non ricoverati e non verranno intercettati i bisogni di salute – soprattutto quelli legati alla cronicità e alla fragilità – prima di giungere alla struttura ospedaliera.

Esistono poi alcune recenti ricerche, CERGAS, *Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale del SSN*, 2015 e ANMIL, *La sicurezza e la tutela sul lavoro delle donne che operano nel campo dell'assistenza sanitaria*, 2015, che evidenziano come il settore sia particolarmente esposto ad infortuni, malattie professionali (patologie dell'apparato muscolo-scheletrico causate per lo più da sovraccarico bio-meccanico, posture incongrue, movimenti scoordinati o ripetuti) e ai rischi legati ad agenti fisici, chimici e biologici oltre che a fattori psicosociali, come lo stress lavoro-correlato ed il *burnout* legato all'intensificazione dei carichi di lavoro e generato da una maggiore pressione

⁽⁸⁾ Cfr. COMMISSIONE EUROPEA, *Strategia Europa 2020*.

lavorativa orientata a massimizzare i risultati e ridurre i tempi. La loro incidenza risulta particolarmente elevata rispetto ad altri settori tra le lavoratrici donne e la diffusione del fenomeno nel settore impatta sulla sua produttività, riducendo in misura significativa il monte ore lavorate.

1.4 Lavoratori standard, flessibili, atipici e ... agili

Il settore sanitario è un settore *labour intensive* il cui costo del lavoro incide pesantemente sul costo finale del servizio offerto (rappresentando più di un terzo della spesa complessiva) ed è un settore che va in controtendenza in quanto è un settore destinato a crescere. I dati sulle possibilità occupazionali del settore sono «*assolutamente in controtendenza rispetto a quelli che siamo abituati a registrare in questi lunghi anni di crisi*» (cfr. Italia Lavoro, *Le prospettive di sviluppo dei white jobs in Italia. Servizi sanitari, sociali e alla persona: i settori economici con il potenziale di occupazione più elevato*, Working Paper del 29 luglio 2014).

Il mercato del lavoro in ambito ospedaliero e sanitario ha connotazioni sue proprie e il processo di riforma del rapporto di lavoro è maggiormente accentuato rispetto alle altre pubbliche amministrazioni. Si producono servizi alla persona piuttosto che atti; ci si colloca in una situazione di quasi-mercato rispetto alle strutture sanitarie private; è riscontrabile una notevole presenza di organizzazioni a base professionale, quali ordini ed associazioni categoriali; il tasso di sindacalizzazione è elevato; la dirigenza è numericamente forte rispetto ad altri settori del pubblico impiego (il personale medico ha la qualifica dirigenziale, a prescindere dalle responsabilità gestionali); la carenza infermieristica è cronica ed apporta squilibri nella struttura organizzativa traducendosi in turnazioni continuative con ritmi lavorativi spesso insostenibili e particolarmente usuranti. La riorganizzazione dei processi aziendali sanitari ha inciso perciò anche sul profilo della gestione delle risorse umane e dell'organizzazione del lavoro ⁽⁹⁾.

In questi anni di crisi e di *austerity*, la flessibilizzazione e l'esternalizzazione delle modalità di prestazione dell'attività lavorativa hanno rappresentato la soluzione per fronteggiare le esigenze e le emergenze del settore sanitario. Tuttavia esistono analisi e studi su dati OCSE (R. REALFONZO, *La favola dei superprotetti. Flessibilità del*

⁽⁹⁾ Così C. DE PIETRO, op. cit., qui pp. 50-55.

lavoro, dualismo e occupazione in Italia, in *Economia e politica*, settembre 2014) che evidenziano come le politiche di flessibilità del lavoro non hanno avuto alcun successo nel ridurre la disoccupazione in Italia e nell'Eurozona, fino a negare l'esistenza di una correlazione tra flessibilità e occupazione, tra rilancio dell'occupazione e alleggerimento dei diritti e delle tutele dei lavoratori. Altre ricerche (E. FABRIZI, V. PERAGINE, M. RAITANO, *Flessibilità e lavoro in Europa: la teoria economica e l'evidenza empirica*, in P. CHIECO (a cura di), *Flessibilità e tutele nel lavoro. Commentario della legge 28 giugno 2012 n. 92*, Cacucci, 2013) inoltre rivelano una correlazione tra bassa produttività del lavoro e diffusione dei rapporti a termine, anche per effetto della mancanza di investimenti formativi sui contratti non stabili.

In particolare, l'esternalizzazione di taluni servizi, che inizialmente ha interessato attività di tipo manuale e/o materiale quali le pulizie, le lavanderie o le mense e, ultimamente, anche servizi più strettamente sanitari, sembra essere la strada più facilmente percorribile per le aziende del settore per ridurre il costo del personale ma è indubbio che ciò è avvenuto in uno scenario talora frammentato ed estremamente articolato con conseguente insorgenza di forti conflittualità fra le parti sociali. Si rimanda per una sintesi dei limiti e delle potenzialità che la letteratura attribuisce alle politiche di *outsourcing* allo studio del Dipartimento della Funzione Pubblica (a cura di N. ZAMARO, M.L. D'AUTILIA), *Le esternalizzazioni nelle pubbliche amministrazioni. Indagine sulla diffusione delle pratiche di outsourcing in Italia*, 2005 in cui viene evidenziata la funzione quasi di redistribuzione delle responsabilità tra settore pubblico e privato nell'erogazione dei servizi pubblici, accrescendo da una parte efficienza, competizione, flessibilità, dall'altra diminuendo i costi. Tuttavia è evidente che il privato che acquisisce il contratto si pone comunque l'obiettivo del profitto laddove per sua natura il servizio pubblico è *not for profit*: «*la soddisfazione dei bisogni pubblici viene così a dipendere dallo stato di salute economica del fornitore*» (qui p. 26) per cui il rischio economico che ogni impresa privata si assume si trasferisce sugli utenti finali del servizio e sui lavoratori del fornitore.

La realtà di questi lavoratori (definibili) esternalizzati è poco o per nulla conosciuta, sia da parte dei cittadini, sia da parte delle istituzioni, tanto che anche le statistiche ufficiali non consentono di avere una rappresentazione precisa del fenomeno.

Nell'ottica della riforma in senso privatistico del rapporto di lavoro pubblico, il settore sanitario ha da sempre fatto ricorso a forme di lavoro flessibile e atipico il cui utilizzo è andato progressivamente aumentando negli anni da quando venne introdotto con l'art. 36 del d.lgs. n. 165/2001. Le difficoltà legate alla carenza di risorse di questi anni di contrazione e alle politiche di contenimento dei costi, hanno portato a ridurre le assunzioni a tempo indeterminato, rivolgendosi in alternativa e in modo, talvolta, irregolare ai contratti a termine, alle collaborazioni e alle esternalizzazioni.

Per un esame delle proposte, tramite regole e strumenti, per una maggiore flessibilità del lavoro si veda, primo tra tutti, il *Libro bianco sul mercato del lavoro in Italia* del 2001 e per uno studio aggiornato delle diverse tipologie contrattuali M. TIRABOSCHI, *Teoria e pratica dei contratti di lavoro*, ADAPT University Press, 2015. Si rimanda poi a M. TIRABOSCHI, *Prima lettura del d.lgs. n. 81/2015 recante la disciplina organica dei contratti di lavoro*, ADAPT Labour Studies, E-Book series, n. 45, 2015 per una dettagliata analisi delle novità introdotte dal decreto di attuazione all'articolo 1, comma 7, della legge n. 183/2014 (*Jobs Act*), che si propone il riordino e la revisione delle tipologie contrattuali flessibili con l'obiettivo di sostenere forme di lavoro a tempo indeterminato (a tutele crescenti) e rafforzare le opportunità di ingresso nel mondo del lavoro da parte di coloro che sono in cerca di occupazione.

Il concetto di flessibilità è ricco di significati. Sul significato da attribuirgli si veda E. REYNERI, *Flessibilità: molti significati, alcune contraddizioni*, in C.I.Do.S.Pe.L. (a cura di), *Flessibilità e lavoro*, Franco Angeli, 2003 mentre per una definizione di flessibilità riferita al mercato del lavoro si può far riferimento a quanto indicato da A. FUMAGALLI, *Flessibilità e gerarchie nel mercato del lavoro: il potere dell'economia sul diritto*, in *Rivista giuridica del lavoro*, n. 1, 2001, pp. 219-240. Da una parte, la flessibilità viene intesa come la possibilità di adattare il grado di utilizzo della forza lavoro, attraverso la regolamentazione del rapporto nella fase d'ingresso, gestionale e di uscita alle esigenze dell'impresa in modo che queste possano adeguarsi rapidamente ai mutamenti macroeconomici. In questo senso, il termine viene utilizzato per indicare le diverse forme di impiego dei lavoratori alternative alla prestazione di lavoro a tempo pieno e indeterminato, sia con riguardo ai contenuti, modi e luoghi della prestazione lavorativa. Dall'altra, è intesa come l'idoneità della struttura gestionale a riconvertirsi,

combinando ed ottimizzando l'uso di capitale e lavoro, attraverso la tecnologia e l'organizzazione del lavoro.

Analogamente esiste, secondo F. BANDINI, C. DE PIETRO *La flessibilità nella Pubblica Amministrazione*, in M. BOMBELLI, D. CUOMO (a cura di), *Il tempo al femminile*, Etas Libri, 2003 un'accezione di flessibilità del lavoro dal punto di vista dei lavoratori e degli utenti. Nel primo caso la flessibilità riguarda la variabilità delle attività e del ruolo a cui sono assegnati i lavoratori, l'autonomia professionale di cui possono valersi e l'orario di lavoro o altre forme di flessibilità nei tempi e nei luoghi della prestazione. In questo caso, sono gli stessi lavoratori che ricercano una maggiore flessibilità per meglio conciliare vita lavorativa e vita privata. Dal punto di vista degli utenti, la flessibilità attiene gli orari di apertura degli uffici, l'accessibilità fisica ai servizi, i canali per accedere alle informazioni, la gamma di offerta e la possibilità di personalizzare i servizi. Questa eccezione è meno usuale ma rappresenta una leva importante per introdurre cambiamenti profondi nelle amministrazioni pubbliche e nel SSN.

Per una disanima del significato che la flessibilità assume in sanità da una duplice prospettiva, quella del diritto amministrativo e quella del diritto del lavoro, si rinvia a F. LIGUORI, *Flessibilità e modelli organizzativi del SSN*, in F. LIGUORI, L. ZOPPOLI (a cura di), *La sanità flessibile*, Editoriale Scientifica, 2012; a P.O. ACHARD, V. CASTELLO, *Agilità organizzativa e aziende sanitarie*, in G. COSTA (a cura di), *Flessibilità e performance. L'organizzazione aziendale tra Old e New Economy*, Isedi, 2002 e a F. MARRA, *La flessibilità del lavoro nelle aziende sanitarie*, in *Rivista ASI, Agenzia Sanitaria Italiana*, n. 4, ottobre 2008.

L'incidenza di forme di lavoro atipico e flessibile, aumentata negli ultimi anni per tutti i comparti lavorativi del privato, appare oggi giorno elevata anche per le professioni sanitarie e mediche, professioni che fino a non molti anni fa sembravano immuni da tali problematiche. La Commissione Europea con un recente studio, *Health and social services from an employment and economic perspective*, pubblicato a dicembre 2014, traccia un quadro preciso del ruolo che rivestono i servizi sanitari e sociali per il sistema economico e sociale europeo. Infatti, la congiuntura economica che sta investendo non solo l'Italia e il quadro epidemiologico in profonda trasformazione, che vede una crescente prevalenza di anziani fragili o non autosufficienti e malati cronici, impongono

riduzioni importanti della spesa corrente, rilevanti ed efficaci contenimenti dei disavanzi. In un settore, come quello sanitario, dove il costo del personale rappresenta una voce significativa del bilancio, comincia a farsi strada l'idea che risulta fondamentale ripensare il sistema attraverso modifiche strutturali e con investimenti di riqualificazione e riadattamento dell'organizzazione attualmente esistente, al riparo dai rischi insiti in uso distorto della flessibilità. Per una disamina delle sfide future attinenti ai lavoratori del comparto sanitario che l'Unione europea (UE) dovrà affrontare si veda il *Libro verde della Commissione*, del 10 dicembre 2008.

Il ricorso ai contratti di lavoro non standard ha notevolmente ridotto i rischi d'impresa di aumentare i propri costi fissi per far fronte a situazioni occasionali di mercato (a tal riguardo si legga R. FRANCAVIGLIA, *L'incidenza della flessibilizzazione del rapporto di lavoro sul costo del personale*, in *Diritto&Diritti*, 2004) ed ha aumentato indirettamente anche l'occupazione, seppure modificando la qualità del lavoro, con ricadute anche sul benessere psicologico dei lavoratori, e prestandosi ad abusi e ad usi distorti. La letteratura sociologica ha ampiamente trattato il tema mettendo in risalto, da una parte, i costi umani e sociali della flessibilità e dall'altra, l'inevitabilità del problema. La visione che se ne ricava è profondamente critica in quanto il fatto di favorire il diffondersi della flessibilità, pur determinando un aumento dell'occupazione e dell'agilità organizzativa delle aziende, comporta insicurezza e preoccupazione sotto il profilo sociale e lacune formative e frammentazione delle esperienze professionali sotto il profilo personale. Si veda a tal riguardo L. GALLINO, *Il costo umano della flessibilità*, Laterza, 2001 e dello stesso autore, *Il lavoro non è una merce. Contro la flessibilità*, Laterza, 2007; G. A. MICHELI, *Svantaggi e benefici del lavoro atipico nel confronto tra domanda e offerta*, in *Stato e mercato*, n. 78, 2006; A. ACCORSERO, G. ALTIERI, C. OTERI, *Lavoro flessibile. Cosa pensano imprenditori e manager*, Ediesse, 2001.

In ambito sanitario, le tipologie di lavoro flessibile maggiormente utilizzate sono i contratti a tempo determinato, i contratti a tempo parziale, i contratti a progetto e di somministrazione e, stanno sempre più prendendo piede, le collaborazioni con partita IVA. Per poter gestire in modo efficiente i cambiamenti e la discontinuità dei cicli economici, l'imprevedibilità dell'ambiente esterno e una competizione sempre più intensa, le strutture organizzative sanitarie si sono dovute confrontare con una crescente

necessità di adeguamento al bisogno di flessibilità nel gestire le risorse umane. In questi ultimi anni si è quindi assistito, e tuttora si assiste, ad un imponente ricorso a nuove forme di lavoro, diverse dal rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato.

Per un inquadramento generale in merito alle tipologie contrattuali flessibili, quali strumenti funzionali ad assicurare il principio del buon andamento dell'amministrazione pubblica e ad ottimizzare la gestione dei lavoratori, e alla loro complessa evoluzione normativa nella PA si veda G. DELLA ROCCA, R. SARCINA, *I rapporti di lavoro flessibile nelle amministrazioni pubbliche*, Rubettino Editore, 2004, P. FUSO, M. TIRABOSCHI, E. MASSAGLI, *Fallimenti e criticità: il nodo del lavoro atipico o precario nella PA*, Revista Latino americana de Derecho Social, n. 11, 2010.

Inoltre si rimanda a U. POTI (a cura di), *Lavoro pubblico e flessibilità*, Rubettino, 2002; C. D'ORTA, *Introduzione ad un ragionamento sulla flessibilità del lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, n. 3, 2000, pp. 515-528; C. RUSSO, *Quale flessibilità per i lavori del settore pubblico*, in *Diritti Lavoro e Mercati*, n. 1, 2004; S. FOFFANO, *Tipologie contrattuali, flessibilità e razionalizzazione dell'impiego del personale*, in M. TIRABOSCHI (a cura di), *La riforma del lavoro pubblico e privato e il nuovo welfare*, Giuffrè, 2008; S. MAINARDI, *Piccolo requiem per la flessibilità del lavoro nelle pubbliche amministrazioni. A proposito della legge 9 marzo 2006, n. 80*, in Working Paper C.S.D.L.E. "Massimo D'Antona", n. 45, 2006; F. DELFINO, V. LUCIANI (a cura di), *Rapporti "flessibili" di lavoro pubblico e contrattazione collettiva. Sull'immediata applicabilità delle tipologie dell'art.36 d.lgs. 29/1993*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, n. 1, 1999, pp. 171-180; Dipartimento della Funzione Pubblica, *Proposte per il cambiamento nelle amministrazioni pubbliche*, 2002.

Per comprendere le ragioni che hanno portato il legislatore ad inserire nel pubblico impiego forme contrattuali tipiche del lavoro privato si veda G. ZILIO GRANDI, *Brevi appunti in tema di assunzioni successive a tempo determinato, conversione in rapporti a tempo indeterminato e tipicità dei provvedimenti di assunzione*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, n. 2, 1998, pp. 587-601, secondo cui, nell'ambito del processo di privatizzazione del pubblico impiego, l'inserimento della disciplina del contratto a tempo determinato ha rappresentato un banco di prova del grado effettivo di convergenza tra la normativa del mondo lavoro privato e quella del lavoro pubblico.

B. CARUSO, *La flessibilità (ma non solo) del lavoro pubblico nella l. 133/08 (quando le oscillazioni del pendolo si fanno frenetiche)*, in WP C.S.D.L.E. Massimo D'Antona, n. 79, 2008 ha usato efficacemente la metafora del pendolo per descrivere l'andamento ondivago delle riforme del lavoro flessibile all'interno del settore pubblico nell'ultimo decennio. Il processo di armonizzazione tra lavoro pubblico e privato ha da sempre registrato un andamento altalenante che di fatto ha limitato l'utilizzo dei contratti flessibili nel pubblico impiego: per espressa previsione di legge (all'art. 1 co. 2 d.lgs. n. 276/2003), le novità introdotte dalla riforma Biagi non erano applicabili al personale delle pubbliche amministrazioni; alcune leggi finanziarie hanno introdotto limiti quantitativi di spesa e tetti temporali per il ricorso ai contratti flessibili e limitazioni alle proroghe dei contratti a termine (art. 4 del d.l. n. 101/2013 convertito con modifiche nella l. 125/2013); l'indirizzo della legge Fornero (l. n. 92/2012), invece, era di scoraggiare il ricorso al lavoro flessibile anche nel settore privato a vantaggio del lavoro a tempo indeterminato; invero il d.l. n. 34/2014, consapevole della crisi strutturale e della debolezza del nostro tessuto produttivo, apre la strada verso una direzione diversa favorendo nel settore privato l'occupazione anche a tempo determinato con l'eliminazione della causale fino a 36 mesi e i relativi rischi di sanzione (trasformazione in contratti a tempo indeterminato) legati al contenzioso insito nella stipula e nelle proroghe dei contratti a termine.

Se dunque la tendenza nel privato è di favorire comunque e in ogni caso l'occupazione (visti soprattutto i bassi di tassi di occupati e gli alti tassi di inattivi e disoccupati), anche con il ricorso al lavoro flessibile e atipico resi oramai meno 'distanti' dal lavoro a tempo indeterminato a tutele crescenti, nel settore pubblico l'obiettivo è di ridurre il ricorso al lavoro precario a tempo determinato, per il quale continua peraltro a sussistere la necessità di motivare l'apposizione del termine secondo le esigenze di temporaneità o eccezionalità, in quanto *«favorisce il proliferare di contenzioso che sempre più diffusamente vede le amministrazioni pubbliche soccombenti»* (così si legge nella Circolare n. 5/2013 del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione) e gli effetti delle procedure di infrazione avviate, in sede comunitaria, nei confronti dell'Italia per il ricorso improprio ai contratti di lavoro flessibile per esigenze permanenti legate al fabbisogno ordinario (precariato storico) sono sempre più pressanti.

Anche con l'ultima riforma del mercato del lavoro (*Jobs Act*), viene quindi confermato un percorso differenziato del settore pubblico rispetto al privato, mettendo in evidenza che per il legislatore si tratta di due ambiti del mondo del lavoro che vanno in direzioni opposte e che rendono in un certo senso difficile il processo di armonizzazione della disciplina lavoristica del settore pubblico verso quello del settore privato. In un contesto come l'attuale, di grave crisi economica ed occupazionale, nel settore privato occorre stimolare in qualsiasi modo il tasso di occupazione e la produttività, anche con contratti flessibili e atipici, con incentivi accessori sul salario e con politiche di *welfare aziendale*, mentre nel settore pubblico occorre, in conformità alle politiche di austerità, contenere le assunzioni e l'aumento dei salari (con il blocco dei rinnovi contrattuali e la riduzione della componente accessoria), il ricorso ai contratti di lavoro flessibile e la conseguente formazione di fenomeni di precariato, i quali successivamente generano una pressione politico-sociale verso la stabilizzazione.

Da sempre «*la privatizzazione del pubblico impiego continua essere oggetto di un'alluvionale e rapsodica produzione legislativa...per lo più indirizzata verso il contenimento e il controllo della spesa mascherati da intenti di razionalizzazione organizzativa. Mosso da questa pur legittima esigenza, il legislatore degli ultimi anni ha però operato allontanandosi dal principio dell'uniformazione tra lavoro pubblico e lavoro privato con una disciplina speciale*»⁽¹⁰⁾. Una differenza che la dottrina associa al diverso vincolo di scopo che caratterizza l'organizzazione amministrativa da quella privata: la prima indirizzata alla cura di interessi pubblici, essenziali per la collettività e quindi generali, non necessariamente orientati al raggiungimento del miglior risultato; la seconda indirizzata al perseguimento del maggior profitto. Da qui, «*il punto cruciale consiste allora nello stabilire il giusto dosaggio di regole giuridiche che garantiscano il funzionamento dell'amministrazione e il raggiungimento degli obiettivi rivolti alla tutela degli interessi pubblici*»⁽¹¹⁾.

Come ancora evidenziato da F. VERBARO, *Misure per rilanciare l'occupazione e impatto sulla PA*, in Guida al lavoro pubblico, n. 4, 2014, «*il settore pubblico ha seguito con affanno i processi di armonizzazione previsti o necessari a valle del d.lgs. n.*

⁽¹⁰⁾ Cfr. A. GARILLI, *La privatizzazione del lavoro nelle pubbliche amministrazioni e l'art. 97 Cost.: di alcuni problemi e dei possibili rimedi*, in Rivista giuridica del lavoro, n. 1, 2007, qui p. 301.

⁽¹¹⁾ Ancora A. GARILLI, op. ult. cit., qui p. 303.

276/2003 o della legge n. 92/2012, arrivando tardi e in maniera ambigua a questi appuntamenti, cercando di cogliere gli strumenti di flessibilità e al contempo prevedendo nuove differenziazioni e limitazioni. La storia degli ultimi venti anni della pubblica amministrazione e soprattutto quella più recente ha visto, come è noto, prevalere la normativa speciale rispetto alle norme generali sul mercato del lavoro anche per effetto dei fallimenti operati dal settore pubblico nell'utilizzo degli strumenti di flessibilità... Il settore pubblico certamente sconta la mancanza di una riflessione sulle esigenze di flessibilità, sapendo al contempo di poter soddisfare dette esigenze con strumenti specifici ma poco utilizzati come la mobilità, l'assegnazione temporanea o l'associazione e gestione dei servizi. Al contempo il settore pubblico italiano ha utilizzato la flessibilità del lavoro in maniera distorta cercando di eludere diversi vincoli, forte comunque della mancata applicazione della sanzione della trasformazione a tempo indeterminato» (qui p. 16). Il settore pubblico, ancor più che quello privato, non riesce a liberarsi dall'idea che il discostarsi dal modello giuridico tipo, rappresentato dal rapporto di lavoro subordinato a tempo pieno indeterminato, sembra rappresentare una situazione di svantaggio per i lavoratori da cui doversi affrancare, eventualmente anche con il ricorso del giudice, ripristinando la 'normalità', ovvero l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato.

Per una lettura dei risultati ottenuti da un'indagine campionaria sui molteplici profili di precarietà intervenuti nel settore medico e sulle modalità di svolgimento del lavoro parasubordinato che spesso ricalcano quelle del lavoro subordinato, dovendo garantire la presenza sul luogo di lavoro ed il rispetto di un orario concordato, si vedano i risultati della ricerca *Giovani medici: indagine su occupazione, disoccupazione e precariato*, realizzato dall'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, settembre 2011.

Sull'utilizzo del lavoro flessibile nel settore sanitario e nell'ambito del terzo settore si vedano F. CORBISIERO, A. SCIALDONE, A. TURSILLI, *Lavoro flessibile e forme contrattuali non standard nel terzo settore*, Franco Angeli Editore, 2009; M. VINCIERI, *Rapporti di lavoro forme flessibili* in C. MIRIELLO, *Le aziende sanitarie pubbliche*, CEDAM, 2009; R. GRANDE, *Nuove opportunità di flessibilità nei rapporti di lavoro delle amministrazioni e aziende pubbliche*, in *Rapporto OASI Mecosan*, n. 38, 2006.

Si rimanda invece alla più recente analisi dell'OECD, *Achieving Public Sector Agility at Times of Fiscal Consolidation*, OECD Publishing, 2015 e all'analisi del documento svolta da G.VIALE, *Quando le risorse sono scarse, la PA deve diventare agile*, in Bollettino ADAPT, n. 42, 2015 sulla necessità, in questi anni di perdurante crisi, per la macchina pubblica di acquisire una sorta di *agilità* strategica, concetto preso in prestito dal settore privato, sempre pronto per una questione di sopravvivenza sui mercati, a cogliere le sfide imposte dai cambiamenti tecnologici e dai mutamenti economici e sociali di un mercato sempre più globalizzato. Tuttavia, per le finalità che persegue (la tutela dell'interesse pubblico), per le risorse economiche impiegate (quelle della collettività) e per i meccanismi meno stringenti di concorrenza e di selezione del mercato, il settore pubblico non è il settore privato sebbene da questo sia stato preso in prestito il concetto di agilità strategica, quale capacità di pensare e agire in modo diverso adattandosi ai contesti ed intercettando rapidamente le tendenze e le esigenze emergenti del mercato. Dal privato è però possibile mutuare alcune metodologie per introdurre e sviluppare una maggiore agilità:

- sensibilità strategica, ovvero la capacità di intercettare rapidamente le tendenze e le esigenze emergenti di un mercato sempre più complesso e globalmente interdependente e di valutare i costi attuali e i benefici futuri definendo le priorità. I governi devono essere capaci di integrare ai tradizionali modelli di proiezione e previsione di bilancio a lungo termine, altri strumenti politici quali ad esempio la mappatura nazionale di tutte le aree di rischio (National Risk Assessment);
- unità di *governance* e di leadership ovvero l'impegno ad avere una visione comune e una serie di obiettivi generali, pur nell'autonomia di ogni amministrazione, coordinando gli obiettivi e le attività al fine di contribuire al bene comune. In quest'ottica l'amministrazione pubblica non deve più essere considerata come una struttura monolitica a se stante ma piuttosto come una rete di grandi organizzazioni;
- flessibilità nella gestione delle risorse, economiche e umane, ovvero la capacità di spostare e riallocare in modo rapido e flessibile le risorse sulla base delle mutanti priorità, di identificare e promuovere soluzioni innovative per massimizzare i risultati delle risorse utilizzate e per aumentare l'efficienza e la produttività sia per il consolidamento fiscale che per re-investimenti in politiche e servizi pubblici più efficaci.

Tra gli strumenti a disposizione dei governi per ripensare la PA, riveste un ruolo particolarmente importante la gestione delle risorse umane che, però, in questi anni di contenimento dei costi, si è spesso tradotta nel taglio degli stipendi e nel blocco del turn-over. Tale gestione di tagli salariali rischia, da una parte, di diminuire l'attrattiva del settore pubblico come datore di lavoro, abbassando il morale e danneggiando la capacità di attrarre e mantenere lavoratori altamente qualificati; dall'altra, il blocco delle assunzioni rischia di compromettere l'erogazione e la qualità dei servizi stessi. Le ragioni che stanno alla base della ristrutturazione del settore pubblico sono diverse da quelle che animano le scelte del settore privato, innanzitutto perché la riduzione dei lavoratori impiegati nel pubblico spesso non è motivata da una diminuzione della domanda dei servizi che, anzi, nei momenti di crisi aumenta. Inoltre, i grandi numeri di lavoratori coinvolti, gli elevati livelli di rappresentanza collettiva e la maggiore tutela dell'occupazione fanno sì che la natura degli adeguamenti e delle forme di ristrutturazione siano più lenti e tali da non comportare necessariamente esuberi su larga scala come invece capita nel settore privato.

A fronte di questo contesto, appare ancora più evidente la necessità di una gestione *agile* dei lavoratori pubblici, che porti al superamento dello schema verticistico strutturato in direttive e mere esecuzioni ancora tipico del lavoro pubblico a vantaggio di un'impostazione del lavoro basata su progetti definiti e condivisi che potrebbe contribuire a dare maggiore efficienza alla PA. Allo stesso tempo permettendo a quei lavoratori, che svolgono attività compatibili con una gestione agile della propria attività (F. TROILO, M. MENEGOTTO, *Il lavoro agile nella PA: mission impossible?* in Bollettino ADAPT, n. 4, 2016)), di mettere a disposizione della struttura pubblica le loro competenze anche senza stringenti vincoli spazio-temporali, ma assicurando un preciso risultato (F. VERBARO, *Da Marchionne a Brunetta, confronto tra pubblico e privato*, in Guida al lavoro pubblico, n. 1, 2011, p. 41) evitando tuttavia il rischio di diffondere comportamenti e azioni orientate esclusivamente ai numeri e ai formalismi, si garantisce il pieno raggiungimento degli obiettivi e la valorizzazione del patrimonio di competenze dei lavoratori. Il disegno di legge di iniziativa governativa recante *'Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato'* si muove in questo solco e l'art. 13, co. 4 estende l'applicazione del lavoro agile, quale modalità

flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa allo scopo di «incrementarne la produttività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro» (art. 13 co.1), anche alle pubbliche amministrazioni.

Per una definizione terminologica si veda E. DAGNINO, *Lavoro agile: una questione definitoria*, in Bollettino ADAPT, n. 42, 2015 mentre si rimanda a E. DAGNINO, M. TIRABOSCHI (a cura di), *Verso il futuro del lavoro. Analisi e spunti su lavoro agile e lavoro autonomo*, in ADAPT Labour Studies E-book series, n. 50, 2016 per capire che i nuovi scenari che si stanno delineando (tutt'altro che avveniristici) si verificheranno nei prossimi cinque anni e richiedono una precisa strategia per evitare il rischio di una disoccupazione tecnologica di massa, obsolescenza di professionalità e competenze, aggravamento del già marcato disallineamento tra domanda e offerta di lavoro.

1.4.1 Lavoratori a tempo determinato

In questi anni di blocco delle assunzioni la PA e il SSN, in particolare, hanno fatto largo ricorso al contratto di lavoro a tempo determinato.

Introdotta nel nostro ordinamento con il d.lgs. n. 368 del 2001, le disposizioni si applicano anche alle pubbliche amministrazioni, così come previsto dall'art. 36 del T.U. sul pubblico impiego fermo restando l'obbligo per tutti i comparti di rispettare il comma 1 che prevede che «*per le esigenze connesse con il proprio fabbisogno ordinario le pubbliche amministrazioni assumono esclusivamente con contratti di lavoro subordinato a tempo indeterminato seguendo le procedure di reclutamento previste dall'articolo 35*». Importante apertura (già in parte anticipata con il d.lgs. n. 80/1998) nei confronti delle forme contrattuali flessibili di assunzione e impiego del personale pubblico quella contenuta nell'art. 36 del TUPI e di notevole portata se si considera che nel testo originario del d.lgs. n. 29/1993 era fatto divieto per la PA di ricorrere ad assunzioni a tempo determinato di durata superiore a 3 mesi.

A discapito delle disposizioni, nella realtà dei fatti la PA ha fatto largo (ab)uso di questa tipologia contrattuale flessibile; per superare e contenere il fenomeno, il legislatore ha dettato con il d.l. n. 101 del 2013, come convertito dalla legge n. 125 del 2013 una serie di disposizioni tese a razionalizzare e ottimizzare i meccanismi assunzionali.

È stato quindi modificato il comma 2 dell'art. 36 del d.lgs. n. 165/2001 laddove, nel disciplinare l'utilizzo dei contratti di lavoro flessibile, chiarisce che le pubbliche amministrazioni possono avvalersi di forme contrattuali flessibili di assunzione e impiego di personale previste dal codice civile e dalle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell'impresa «*solo per rispondere ad esigenze di carattere esclusivamente temporaneo o eccezionale*» e il divieto di trasformare il contratto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato. A differenza del settore privato, i contratti di lavoro a tempo determinato posti in essere in violazione dell'art. 36 sono pertanto nulli e determinano responsabilità erariale (comma 5quater art. 36) ma non la trasformazione del rapporto a tempo indeterminato, attesa la previsione dell'art. 97 della Costituzione.

La disparità di trattamento tra datori privati e datore pubblico, che esclude per quest'ultimo la trasformazione a tempo indeterminato dei contratti a termine per violazione delle disposizioni che li regolano, è stata anche oggetto di pronuncia (causa C-180/2004) nel settembre 2006 da parte dei giudici della Corte europea di giustizia per verificarne la conformità alla direttiva del Consiglio Europeo n. 1999/70/CE i quali si sono espressi statuendo che tale differenza di trattamento non può ritenersi in contrasto con la direttiva se la normativa nazionale contiene un'altra misura diretta ad evitare e a sanzionare indebite e reiterate proroghe di contratti a tempo determinato.

Invero, a distanza di quasi dieci anni, la Corte europea di giustizia con la sentenza del 26 novembre 2014 (causa C-22/2013) relativa al personale a tempo determinato della scuola ha stabilito alcuni punti importanti che debbono valere anche per altri comparti pubblici: la reiterazione dei contratti a termine oltre il limite massimo di 36 mesi finalizzata a coprire le carenze di organico, senza alcuna previsione di procedura concorsuale, è contraria alla Direttiva comunitaria 1999/70/CE. Le amministrazioni pubbliche che abusano dei contratti a termine possono essere sanzionate, con il risarcimento dei danni e/o con la condanna alla trasformazione dei contratti da tempo determinato a tempo indeterminato. Per questo aspetto si veda E. MASSI, *Il contratto a termine nel pubblico impiego*, sul sito www.generazionevincente.it, settembre 2015.

Già prima della sentenza della Corte di giustizia europea, i giudici del lavoro italiani avevano emesso delle pronunce che provvedevano in tal senso, condannando le amministrazioni all'assunzione a tempo indeterminato dei lavoratori interessati, nonché al risarcimento in favore degli stessi. L'intento era di evitare che rapporti nati precari

diventassero un escamotage per indiscriminati rigonfiamenti artificiali dell'organico a seguito del mancato rispetto delle regole per la loro stipulazione o a seguito di successive leggi di sanatoria. A tal proposito il tribunale di Trani, quale giudice unico del lavoro, con la sentenza n. 1125 del 2013 emetteva un importante pronunciamento, disponendo la trasformazione da tempo determinato a tempo indeterminato di un medico e due infermieri, divenendo un precedente importante in materia, proprio per l'estensione anche ai lavoratori della sanità dei principi già richiamati dalla giurisprudenza per i lavoratori della scuola. A tal riguardo si rimanda a S. SIMONETTI, *Precari SSN, illudersi è un errore*, Il Sole 24 Ore, 4 dicembre 2014 e A. BALSAMO, *Corte UE "boccia" l'Italia: la vera lezione che non abbiamo imparato*, Bollettino ADAPT, n. 42, 2014.

Nel settore sanitario, per arginare i gravi problemi legati alla carenza di personale, era stato introdotto il comma 4 ter nell'art. 10 del d.lgs. 368/2001 per opera dell'art. 4 co. 5 del d.l. n. 158, convertito in l. n. 189/2012 (c.d. legge Balduzzi): in questo modo veniva ribadita l'esclusione dal campo di applicazione della disciplina sul lavoro a termine per i contratti a tempo determinato del personale del SSN in considerazione della necessità di garantire la costante erogazione dei servizi sanitari e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Per una panoramica sull'evoluzione normativa della disciplina del contratto a termine si veda G. ZILIO GRANDI, M. SFERRAZZA, *In attesa della nuova riforma: una rilettura del lavoro a termine*, ADAPT University Press, n. 9, 2013.

Sulle novità introdotte dal *Jobs Act* al contratto a termine si veda M. TIRABOSCHI (a cura di), *Prima lettura del d.lgs. n. 81/2015 recante la disciplina organica dei contratti di lavoro*, ADAPT Labour Studies E-book series, n. 45, 2015; F. CARINCI (a cura di), *Commento al d.lgs. 15 giugno 2015, n. 81: le tipologie contrattuali e lo jus variandi*, ADAPT Labour Studies E-book series, n. 48, 2015; M. GIOVANNONE, M. TIRABOSCHI, P. TOMASSETTI, *La disciplina del contratto a termine tra istanze di semplificazione e logiche di sistema*, ADAPT University Press, n. 22, 2014; M. TIRABOSCHI, P. TOMASSETTI, *Il nuovo lavoro a termine*, ADAPT University Press, n. 25, 2014; L. OLIVERI, *Lavoro a termine acausale: non si applica alla PA*, in M. TIRABOSCHI (a cura di), *Decreto-legge 20 marzo 2014, n. 34. Disposizioni urgenti per favorire il rilancio dell'occupazione e per la semplificazione degli adempimenti a*

carico delle imprese. Prime interpretazioni e valutazioni di sistema, ADAPT Labour Studies, ADAPT University Press, Ebook n. 22, 2014.

1.4.2 Lavoratori a tempo parziale

Come per il contratto a tempo determinato, anche il contratto a tempo parziale, caratterizzato da una prestazione lavorativa a orario ridotto rispetto all'orario di lavoro a tempo pieno, ha trovato la sua definitiva applicazione nel settore pubblico con l'art. 1 del d.lgs. n. 165/2001 che estende le regole anche all'ambito delle pubbliche amministrazioni. Disciplinato originariamente dal d.lgs. n. 61/2000 che ne ha introdotto un'organica regolamentazione, è stato recentemente abrogato e sostituito dagli articoli dal 4 al 12 del d.lgs. n. 81/2015.

Sulle ultime novità introdotte con l'approvazione dei decreti attuativi del *Job Acts* al contratto di lavoro a tempo ridotto si rinvia nuovamente a M. TIRABOSCHI, *Prima lettura del d.lgs. n. 81/2015 recante la disciplina organica dei contratti di lavoro*, ADAPT Labour Studies E-book series, n. 45, 2015 e M. TIRABOSCHI, *Il part-time dopo la pubblicazione del d.lgs. n. 81/2015*, Guida al lavoro - Il Sole 24 Ore, n. 27, 2015 che bene evidenzia il significativo passo in avanti fatto verso il welfare della persona. L'estensione del diritto a chiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, non solo ai malati oncologici (già previsto dalla legge Biagi), ma a tutti i malati affetti da gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti (in forte aumento in questi anni) rappresenta un fondamentale strumento per conciliare le esigenze di lavoro e di cure di cui hanno bisogno i malati.

Sulle novità introdotte dalla riforma Fornero si vedano L. APOLLONIO, D. GIARDINO, *Le novità della riforma del mercato del lavoro in materia di lavoro a tempo parziale*; P. RAUSEI, M. TIRABOSCHI (a cura di), *Lavoro: una riforma a metà del guado*, ADAPT University Press, n. 1, 2012; M. BROLLO, *Lavoro a tempo parziale: meno flex, più security*, in F. CARNICI, M. MISCIONE (a cura di), *Commentario alla Riforma Fornero*, supplemento a Diritto & Pratica del lavoro, n. 3, 2012.

Per un inquadramento dell'istituto nel settore pubblico si rimanda a M. MISCIONE, *Il tempo parziale generalizzato nelle pubbliche amministrazioni*, in M. BROLLO (a cura

di), *Il lavoro a tempo parziale*, Ipsoa, 2001; R. SANTUCCI, *Contrattazione collettiva e lavoro flessibile nelle Pubbliche Amministrazioni*, in *Diritto delle Relazioni Industriali*, n. 109, 2003; A. ALAIMO, *Diritto di variazione dell'orario e "clausole elastiche" nel part-time: al banco di prova nel settore pubblico le soluzioni applicate nel privato*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, n.1, 2000; L. FIORILLO, *Il reclutamento del personale pubblico: forme contrattuali stabili e flessibili*, in F. CARINCI (diretto da) *Il lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. Commentario*, Giuffrè, 2000.

Per un approfondimento sull'utilizzo del part-time nel settore sanitario si rinvia a S. SIMONETTI, *Le riforme Brunetta nelle aziende sanitarie*, Maggioli, 2010.

Mentre per un confronto della disciplina previgente e quella nuova nell'ambito della PA, cogliendone continuità e discontinuità formali e sostanziali, si rimanda a R. SANTUCCI, *Il contratto di lavoro part time all'epoca del Jobs Act: un agguato gattopardesco?*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, n. 2, 2015, pp. 217-226, che evidenzia come il pendolo della disciplina del lavoro a tempo parziale rimane lontano da un giusto bilanciamento degli interessi, trascurando la sua originaria funzione di conciliazione tempi di lavoro e di vita, in coerenza con il diritto dell'unione europea, per un suo utilizzo «*in via prevalente, come strumento di adattabilità del lavoro alle esigenze cicliche delle imprese e di inclusione minima nel mercato del lavoro, svilendo l'interesse del lavoratore alla volontarietà della scelta del tipo contrattuale...l'aumento è dovuto prevalentemente alla scelta forzata (involontaria) di lavoratori che, per la scarsità di domanda di lavoro, hanno la difficoltà, se non l'impossibilità, di scegliere la forma contrattuale rispondente alle proprie esigenze di vita*» (qui p. 218).

A conferma di questo, si rimanda ad una recente ricerca dell'ISTAT (a cura di C. DE GREGORIO, A. GIORDANO), *Nero a metà: contratti part-time e posizioni full-time fra i dipendenti delle imprese italiane*, Working Paper n. 3, 2014, che evidenzia come nel settore privato l'aumento dei contratti a tempo ridotto dipende prevalentemente dall'aumento del part-time involontario. Questo incremento appare coerente con un contesto di incertezza e fortemente competitivo (caratterizzato da una ridotta dimensione aziendale e bassa specializzazione delle aziende italiane) e da una notevole debolezza del potere contrattuale dal lato dell'offerta di lavoro. In tale contesto, infatti il ricorso al part-time è spesso ascrivibile all'uso improprio che ne viene fatto per

mascherare rapporti di lavoro a tempo pieno, eludendo così almeno una parte della contribuzione e della retribuzione. Tale situazione è più frequente nella componente maschile a conferma che l'aumento del part-time tra gli uomini è un segno dei tempi della crisi più che una volontà e/o una necessità di conciliazione tra vita e lavoro; dietro a rapporti di lavoro formalmente regolari, si celano ore retribuite “fuori busta” cui corrisponde evidentemente un imponente contributivo non dichiarato.

1.5 Lavoratori esternalizzati

Negli ultimi decenni, la moltiplicazione delle forme di lavoro ha intaccato la centralità del lavoro subordinato a tempo indeterminato così come la diffusione degli appalti alle cooperative e l'ascesa della somministrazione hanno rappresentato l'apertura dell'ordinamento a fattispecie di codatorialità di fatto e a programmi di frammentazione organizzativa e societaria che hanno coinvolto sempre più ambiti. Così R. DE LUCA TAMAJO, *Diritto del lavoro e decentramento produttivo in una prospettiva comparata: scenari e strumenti*, in *Rivista italiana diritto lavoro*, n. 1, 2007, pp. 3-28, evidenzia come «*il superamento del modello fordista si consuma soprattutto a causa dei limiti manifestati dalla struttura organizzativa complessa e articolata gerarchicamente: la rigidità burocratica, la lentezza decisionale, la disponibilità di risorse talora eccedenti rispetto alle effettive e mutevoli esigenze produttive, la necessità di competere sui mercati globali, l'esigenza di disporre di strutture più flessibili, meno burocratizzate e orientate all'innovazione hanno indotto i vertici aziendali a ridisegnare gli assetti produttivi e gestionali*» (qui p. 5).

Tuttavia, M. TIRABOSCHI, *Esternalizzazione del lavoro e valorizzazione del capitale umano: due modelli inconciliabili?*, in *WP C.S.D.L.E. Massimo D'Antona*, n. 29, 2005 evidenzia come sia «*fuorviante la considerazione – pure largamente diffusa anche nel nostro Paese ... che i fenomeni di esternalizzazione del lavoro siano guidati esclusivamente dalla ricerca di un minor costo del lavoro ovvero dalla finalità di aggiramento fraudolento delle tutele del lavoro dipendente*» (qui p. 16). In particolare, la somministrazione di lavoro assume un ruolo importante nella modernizzazione

dell'apparato produttivo e organizzativo del nostro Paese, quale strumento per creare occasioni aggiuntive di lavoro regolare e di qualità (utili sia per il mercato sia per gli stessi lavoratori che, al termine della missione, vedono infatti aumentare sensibilmente le opportunità di inserimento stabile nel mondo del lavoro) e per «*contribuire ad allontanare, una volta per tutte, lo spettro della speculazione parassitaria sui risultati del lavoro altrui che da sempre aleggia sui fenomeni interpositori*» (qui p. 3) e non quale strumento per incentivare logiche gestionali motivate solo da una corsa al ribasso dei trattamenti economici e normativi del lavoro dipendente.

Le aziende sanitarie, proprio in quest'ottica di riduzione dei costi e di ricerca di maggiore produttività, hanno quindi costantemente cercato e continuano a cercare di recuperare margini di flessibilità e maggiore autonomia nella gestione del personale attraverso l'esternalizzazione di attività non ritenute *core*, ossia non specifiche dell'erogazione di servizi sanitari. Nella maggior parte dei casi, questo avviene proprio ricorrendo alle nuove forme di organizzazione del lavoro, come ad esempio, con la somministrazione di lavoro a tempo determinato o l'esternalizzazione delle attività.

Le aziende sanitarie scelgono di rivolgersi al mercato per reclutare, selezionare e inserire personale di cui hanno bisogno, esternalizzando di fatto una o più funzioni della propria attività, tradizionalmente svolte all'interno della direzione risorse umane, affidandole alle Agenzie per il Lavoro, intermediari specializzati che reperiscono personale in situazioni di emergenza e carenza, o ancor più spesso a Cooperative.

Per un inquadramento generale del fenomeno nell'ambito della PA si rimanda a Dipartimento della Funzione Pubblica, *Esternalizzazione di attività e servizi nella pubblica amministrazione*, Rubbettino, 1998; *L'esternalizzazione strategica nelle Amministrazioni pubbliche*, Rubbettino, 2006; *Le esternalizzazioni nelle amministrazioni pubbliche. Indagine sulla diffusione delle pratiche di outsourcing*, 2005 che individuano vantaggi e limiti del ricorso all'outsourcing all'interno della PA. L'analisi dell'ISFOL, *Il fenomeno delle esternalizzazioni in Italia. Indagine sull'impatto dell'outsourcing sull'organizzazione aziendale, sulle relazioni industriali e sulle condizioni di tutela dei lavoratori*, 2011, invece spiega come il fenomeno delle esternalizzazioni sia sostanzialmente differente dalla c.d. 'privatizzazione' del pubblico impiego. Nell'esternalizzazione muta la natura giuridica del datore di lavoro nell'attribuzione e nello svolgimento di un servizio, devolvendo l'attività a soggetti

distinti dall'ente pubblico, caratterizzati e disciplinati da regolamentazioni e modelli giuridici diversi da quelli di derivazione pubblicistica; nel caso della privatizzazione il datore di lavoro resta pubblico nella forma giuridica e nelle modalità organizzative *macro*, agendo la riforma unicamente sulle fonti di disciplina dei rapporti di lavoro e delle relazioni sindacali oltre che sulla natura giuridica dei poteri gestionali della PA con riguardo alle relazioni di lavoro.

Per una trattazione del fenomeno delle esternalizzazioni con specifico riferimento al settore sanitario e al suo sviluppo si veda innanzitutto M. S. MACINATI, *Scelte di outsourcing in sanità*, in *Tendenze Nuove*, n. 4-5, 2006 e della stessa autrice, *Il ricorso all'outsourcing nel SSN: i risultati di un indagine empirica*, *Mecosan*, n. 57, 2006 e *Personale infermieristico interno e in outsourcing: contesto aziendale e soddisfazione professionale*, in *Mecosan* n. 64, 2007; MARIANI, M. BERGAMASCHI, *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2000; C. DE PIETRO, *Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale*, in *Mecosan*, n. 48, 2003; A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. M. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario: un primo bilancio*, Milano, Franco Angeli, 2008.

Parallelamente, a partire dalla fine degli anni novanta, si sono diffusi modelli organizzativi e societari noti come “collaborazioni pubblico-privato” o *public-private partnership*, che hanno visto la trasformazione di strutture sanitarie e assistenziali pubbliche, come ospedali o residenze sanitarie assistenziali (RSA) in forme societarie quali fondazioni, associazioni in partecipazione, società a capitale misto a maggioranza pubblica le quali acquisiscono uno statuto giuridico di tipo privatistico pur rimanendo, direttamente o indirettamente, sotto il controllo pubblico. In questi casi, si sono create situazioni di applicazione di un doppio regime contrattuale che nel settore sanitario ha portato a un processo di omogeneizzazione e uniformità delle condizioni di lavoro e dei trattamenti “verso l'alto”, mentre nel settore socio-assistenziale “verso il basso”. Il tema è stato analizzato da S. NERI, *Processi di privatizzazione dei servizi di cura e disuguaglianze nel lavoro. Il caso delle collaborazioni pubblico-privato*, in *Sociologia del lavoro*, n. 110, 2008, pp. 119-131, che tra le motivazioni a sostegno della costituzione delle collaborazioni pubblico-privato nei servizi di cura, sanitari e socioassistenziali, indica fattori quali la possibilità di semplificare le procedure e le

regole di funzionamento interno, la possibilità di acquisire una maggiore flessibilità rispetto alle strutture pubbliche (con particolare riguardo alla gestione della forza lavoro), la possibilità di ridurre il costo del lavoro attraverso un graduale avvicinamento del trattamento economico normativo del personale appartenente alle nuove entità a quello applicato nelle strutture private.

Utile la lettura di N. DIRINDIN, *Integrazione pubblico – privato e outsourcing nel settore della sanità: principi generali, esperienze significative, potenzialità e limiti*, Scuole di sussidiarietà, 2002 che raccoglie ed analizza alcuni aspetti delle principali esperienze in tema di ricorso a fornitori privati da parte delle aziende sanitarie (in particolare, in regime di *outsourcing*), con particolare riguardo alle potenzialità ed ai limiti evidenziati nella letteratura specialistica. Il contributo evidenzia come si è passati da una logica di *outsourcing* tradizionale, in cui l'obiettivo è il contenimento dei costi e la riduzione della complessità aziendale, ad una visione innovativa di medio-lungo periodo orientata alla ricerca di *partners* in grado di favorire l'innovazione strategica e forme di cooperazione interaziendale flessibili, snelle ed integrate.

Il SSN è uno dei settori pubblici centrali per lo sviluppo economico dei paesi, dal momento che, escludendo la spesa corrente destinata al pagamento del personale, la parte rimanente riguarda l'acquisto di fattori produttivi e servizi da soggetti economici privati. In particolare l'acquisto di servizi rientra nel processo di trasformazione delle logiche di erogazione dei servizi pubblici, fenomeno che ha avuto una larga diffusione a partire dagli anni '80-'90 del secolo scorso in un quadro di politiche di contenimento dei costi e ricerca di efficienza. Si faccia riferimento per un quadro evolutivo e sugli elementi di complessità nel ricorrere all'*outsourcing* in ambito sanitario a F. BRUNETTA, L. MARCHEGIANI, *L'outsourcing in sanità*, in *Consumatori, diritti e mercato*, n. 1, 2009.

Per un'analisi della relazione tra pubblico e privato nel settore sanitario italiano si rinvia a M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Giuffrè Editore, 2012 in cui viene evidenziato come il fenomeno dell'*outsourcing* ha riguardato sia le ASL e gli ospedali affidando all'esterno la gestione dei servizi ausiliari, ovvero quelli che non rappresentano il *business core* dell'organizzazione (Residenze Socio Assistenziali, ambulatori territoriali, ambulatori per le cure della tossicodipendenza e servizi di igiene

mentale), sia i Comuni ed i Consorzi Socio Assistenziali con i servizi di assistenza territoriale/domiciliare degli anziani, dei disabili o le comunità alloggio per disabili.

Secondo la classificazione operata, da una prospettiva giuslavoristica, da S. MAINARDI, *Esternalizzazioni e trasformazione delle Università in Fondazioni. Profili di diritto del lavoro*, in WP C.S.D.L.E. Massimo D'Antona, n. 77, 2008 nell'ambito delle esternalizzazioni è possibile distinguere tre tipologie: la fornitura di manodopera somministrata basata sulla parità di trattamento che opera presso l'ente pubblico sollevando quest'ultimo dalla gestione dei rapporti di lavoro, formalmente e sostanzialmente intrattenuti e regolati dal soggetto privato; la fornitura mista dell'appalto in cui l'ente appaltante, scelto il contraente, mantiene una forma di controllo limitata alla corretta esecuzione dell'opera o servizio e trasferisce sull'appaltatore l'organizzazione, la gestione, i poteri e la responsabilità con riguardo al personale utilizzato nell'appalto, e, infine, l'esternalizzazione costituita dalla cessione a soggetti terzi, di natura pubblica o privata, di funzioni ed attività prima svolte dall'ente con proprie risorse umane, materiali e finanziarie.

Nel settore della sanità, la tendenza ad affidare a soggetti esterni gli appalti per i servizi di pulizia e sanificazione, di manutenzione, di lavanderia, di gestione e smaltimento rifiuti, di ristorazione, di portierato e custodia, per arrivare più recentemente all'affidamento a soggetti terzi di servizi infermieristici è confermata anche a livello europeo. Si vedano a tal riguardo gli studi della Commissione Europea, *Health and social services from an employment and economic perspective*, 2014 e dell'European Restructuring Monitor (ERM) di Eurofound, *ERM annual report 2014: Restructuring in the public sector*, 2015.

L'adozione di pratiche e logiche gestionali privatistiche come l'*outsourcing* si inquadrano nell'approccio del *New Public Management* e del *Public Governance* che introducono un nuovo paradigma di gestione del settore pubblico per garantire un'erogazione efficiente e trasparente dei servizi e dei processi pubblici, in un contesto di minori disponibilità finanziarie e nell'ottica di riduzione dei costi, ottenendo - secondo i fautori - anche miglioramenti in termini di legalità, etica e contrasto alla corruzione. Un'altra parte della letteratura invece sostiene che l'introduzione di un approccio manageriale all'amministrazione del settore pubblico, orientato all'efficienza dei risultati anziché migliorare la trasparenza dei processi manageriali possa agevolare

lo sviluppo della corruzione, avere conseguenze negative sull'etica e la legalità (E. KOLTHOFF, L. HUBERTS, H. VAN DEN HEUVEL, *The ethics of New Public Management: is integrity at stake?*, in *Public Administration Quarterly*, vol. 30, n. 3/4, 2006).

Sull'opportunità di privatizzare o meno il sistema socio-sanitario si rimanda anche all'analisi condotta da O. HART, A. SHLEIFER, R. VISHNY, *The proper scope of government. Theory and an application to prisons*, in *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 112, n. 4, 1997, pp. 1127-1161, i quali identificano la privatizzazione del sistema sanitario quale classico esempio di difficile *trade off*. Gli autori, infatti, rilevano attraverso un modello, come la crescente istanza alla privatizzazione di alcuni servizi pubblici (scuola, prigionieri, sanità), è invocata da più parti perché comporta un miglioramento dell'efficienza ed un risparmio di costi imputabili ad un minor costo dei lavoratori del settore privato rispetto a quello pubblico, dovuto alle condizioni contrattuali meno favorevoli. Tuttavia il *contracting out* evidenzia come l'incompletezza contrattuale, ovvero l'impossibilità di contemplare contrattualmente tutti gli aspetti qualitativi soprattutto con riguardo alla qualità dei lavoratori impiegati e la loro formazione, consenta riduzioni di costi ma potrebbero accompagnarsi rischi di ghettizzazione e selezione (scrematura) degli utenti presi in carico (ad esempio i malati cronici) e uno scadimento della qualità dei servizi offerti che non può essere superata nemmeno attraverso una competizione ex post in quanto gli utenti finali non sono in grado di valutare la qualità del servizio che ricevono a causa degli ampi margini di asimmetria informativa. Dall'altra parte, la gestione pubblica evidenzia il basso incentivo a migliorare la qualità, ad innovarsi e l'alto rischio di clientelismo (più assunzioni del necessario, salari più alti senza criteri di meritocrazia).

Si rimanda allo studio del CENSIS-TESS, *L'outsourcing nei percorsi di innovazione delle imprese e delle pubbliche amministrazioni in Italia*, 2003 che mette in evidenza come nella scelta delle amministrazioni pubbliche di adottare strategie di *outsourcing* prevale il fattore di razionalizzazione delle attività, mentre per i privati prevale soprattutto l'interesse verso i risparmi di costi: fattori, quali la necessità legata ad adempimenti da rispettare o da carenze di organico, la necessità di elevare i livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa e la necessità di far fronte rapidamente a un ambiente mutevole, accelerando rapidamente i processi di

cambiamento senza l'impiego e la riconversione di risorse interne sono alla base delle scelte di esternalizzazione delle Amministrazioni Pubbliche.

All'amministrazione pubblica viene chiesto di acquisire le logiche imprenditoriali con la definizione di progetti i cui risultati sono misurabili e permettono di spostare «*le risorse economiche dalle aree di bassa produttività alle aree di più elevata produttività e di maggiore rendimento*» (U. BURATTI, *Superare la burocrazia*, op. cit., qui p. 18), lasciando ad altri attori sociali il compito di gestire, nel concreto, i servizi e mettendoli in concorrenza tra di loro. Da tempo infatti in tutta Europa si sta assistendo ad un progressivo spostamento verso la gestione privata dei sistemi di welfare: la sanità, quale servizio pubblico fondamentale, è pubblico in quanto regolato e pagato dallo Stato, mentre può essere prodotto ed erogato da una pluralità di soggetti di diritto pubblico e di diritto privato, senza perdere il suo carattere distintivo di servizio pubblico socialmente garantito. Così non solo i paesi con sistemi di tipo Bismarck hanno scelto di assicurare ai propri cittadini l'universalità e l'accessibilità delle cure utilizzando esclusivamente assicuratori privati e avviando un imponente piano di privatizzazione della gestione della rete ospedaliera, ma anche i sistemi di tipo Beveridge utilizzano sempre più spesso gestori di attività ambulatoriali e ospedaliere di diritto privato. Questo è il quadro delineato dalle analisi condotte nel lavoro di H. MAARSE, *The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis*, in *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, n. 5, 2006 e di J. G. ROBERTS, J. G. HENDERSON, L. A. OLIVE, D. OBAKA, *A review of outsourcing of services in health care organizations*, in *Journal of Outsourcing & Organizational Information Management*, 2013. In particolare quest'ultimo lavoro evidenzia come buoni servizi di mensa, di pulizia e comfort dei pazienti abbiano un significativo impatto in termini di vantaggi sinergici sui risultati di salute e guarigione dei pazienti e come il ricorso all'*outsourcing* consenta di ottenere *performance* più competitive rispetto alla gestione *in-house*. Il ricorso all'*outsourcing*, avvertono gli autori, ha però pesanti ricadute sul morale dei lavoratori per il rischio che coloro che non vengono esternalizzati perdano la fiducia nell'organizzazione nel timore che sia riservato anche a loro la stessa sorte e non collaborino al passaggio, con gravi perdite in termini di produttività.

Altre numerose ricerche dimostrano che il ricorso all'*outsourcing* per la fornitura di servizi pubblici, determinando una dispersione dell'attività oltre i confini organizzativi

del settore pubblico, ha portato ad un peggioramento delle condizioni lavorative: si legga a tal riguardo J. FLECKER, C. HERMANN, *Privatisation of public services and the impact on quality, employment and productivity*, Pique, 2009 e in ambito italiano il già citato lavoro di S. NERI, *Processi di privatizzazione dei servizi di cura e disuguaglianze nel lavoro. Il caso delle collaborazioni pubblico-privato*, in *Sociologia del lavoro*, n. 110, 2008. Il fenomeno dell'outsourcing innesca un processo di concorrenza con un'offerta di lavoro più economica, spostando il lavoro da contesti altamente sindacalizzati e meglio tutelati, quali quello del settore pubblico, ad aziende private più vulnerabili e soggette alle fluttuazioni di mercato, in cui il potere sindacale è basso o inesistente. Le conseguenze si ripercuotono sia in termini di salari ed indennità che nell'organizzazione del lavoro con un aumento dei carichi di lavoro e degli orari, un generale deterioramento del clima di lavoro e un peggioramento sulle relazioni di lavoro e le relative istituzioni (A. MORI, *Outsourcing public services: local government in Italy, England and Denmark*, in AA.VV., *The outsourcing challenge. Organizing workers across fragmented production networks*, ETUI, 2015).

In questi termini si esprime anche V. SPEZIALE, *Le "esternalizzazioni" dei processi produttivi dopo il d.lgs 276 del 2003: proposte di riforma*, in *Rivista giuridica del lavoro*, n. 1, 2006, pp. 3-64, che evidenzia la convenienza a procurarsi lavoro (o altri beni e servizi) tramite contratti con imprese esterne che garantiscano, ad un costo inferiore, gli stessi prodotti o servizi prima svolti internamente. L'utilizzo delle esternalizzazioni, regolari o meno, è connesso alla crescita dei costi interni - legati all'incremento di tutele legali e contrattuali che riducono i poteri di gestione flessibile dell'imprenditore - e alla maggiore economicità dei fattori negoziati esternamente rispetto all'azienda, grazie anche a costi di transazione inferiori. *L'outsourcing* consente, a fronte di un mercato caratterizzato da notevoli fluttuazioni e mutamenti della domanda e dei servizi, di scaricare sull'impresa esterna le negatività del ciclo, riducendo le commesse, senza necessità di dover incidere sul proprio organico aziendale per adeguarsi alle modificate o ridotte esigenze richieste dal mercato del lavoro (qui p. 5).

A tal riguardo si richiama anche la teoria della segmentazione e del mercato duale del lavoro: per una rassegna che approfondisce la teoria e la sua evoluzione si rinvia a G. GUIDETTI, *Teoria della segmentazione e dei mercati interni del lavoro. Attualità,*

limiti ed evoluzioni dell'analisi istituzionalista, in *Economia politica*, n. 2, 2001 e A. MORI, *Implicazioni per il lavoro e le relazioni sindacali nell'esternalizzazione di servizi pubblici in Italia: Autonomie locali e Sanità a confronto*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, n. 1, 2015. Tale teoria ritiene che le imprese ricorrono all'esternalizzazione principalmente per mantenere all'interno delle imprese un piccolo nucleo centrale di lavoratori – generalmente altamente qualificati - con contratti stabili e ben retribuiti per svolgere le attività *core* dell'organizzazione, mentre la restante parte dei lavoratori, definibili periferici, viene fornita da aziende esterne, le quali ricorrono a contratti non standard e più flessibili, offrono scarse o nulle possibilità di avanzamento di carriera e salari decisamente inferiori per rispondere alle esigenze di flessibilità finanziaria, numerica e organizzativa espressa di volta in volta dall'organizzazione appaltante. In questo settore a scarso o nullo contenuto professionale si concentrano gli stranieri immigrati e i gruppi di lavoratori più svantaggiati dal punto di vista delle opportunità di lavoro come le casalinghe o i giovani.

Inoltre S. NEGRELLI, L. QUARATINO, *La sfida della flessibilità nei rapporti di lavoro*, in D. BOLDIZZONI, L. MANZOLINI (a cura di), *Creare valore con le risorse umane*, Guerini e Associati, 2001 evidenziano come i processi di esternalizzazione/terzizzazione, oltre a modificare gli assetti proprietari, organizzativi e gestionali dei servizi, determinano significative ricadute sulla gestione dei rapporti di lavoro e sul mantenimento dei diritti e delle garanzie dei lavoratori passati alle dipendenze di nuovi gestori dei servizi. La tendenza generale è a trasferire i rischi occupazionali dal datore di lavoro ai lavoratori, passando da rapporti di lavoro dipendente, a rapporti di collaborazione/consulenza, a rapporti temporanei occasionali, a prestazioni informali (lavoro nero): i lavoratori in cambio della maggiore autonomia sperimentano una maggiore instabilità, crescenti dualismi e insoddisfazione.

Soprattutto negli anni settanta e ottanta, si diffuse una lettura negativa e diffidente nei confronti del decentramento produttivo e della frammentazione organizzativa e societaria (G. BURRAGATO, *Appalti, esternalizzazioni, trasferimenti di azienda: tendenze di inizio millennio*, in *Il lavoro nella giurisprudenza*, n. 11, 2011) secondo la quale le strategie di segmentazione, pur perseguendo obiettivi di ottimizzazione dell'allocazione delle risorse, erano comunque segnate da una sostanziale riduzione dei

marginari di libertà di azione sindacale e, quindi, da una spiccata potenzialità di pregiudizio degli interessi dei lavoratori.

Da qui l'elaborazione di una serie di strumenti idonei a garantire parità di trattamento e tutele (M. BARBERA, *L'uguaglianza come scudo e l'uguaglianza come spada*, in *Rivista giuridica del lavoro*, n. 2, 2002, pp. 805-820). Tra questi, l'introduzione della responsabilità solidale negli appalti da parte sia dell'appaltatore che del committente nei confronti dei crediti retributivi e previdenziali sorti nell'esecuzione del lavoro. Sul punto si rimanda al contributo di S. CASSAR, *La responsabilità solidale negli appalti alla luce delle recenti modifiche legislative*, in *Massimario di giurisprudenza del lavoro*, Il Sole 24 ore, n. 11, 2012 per un inquadramento generale del vincolo solidale esistente fra le imprese che costituiscono la filiera degli appalti; a G. GAMBERINI, D. VENTURI, *Responsabilità solidale nell'appalto: tu chiamale, se vuoi, semplificazioni*, in *Bollettino ADAPT*, n. 13, 2012 e a G. GAMBERINI, D. VENTURI, *La responsabilità solidale negli appalti*, in M. MAGNANI, M. TIRABOSCHI (a cura di), *La nuova riforma del lavoro*, Giuffrè, 2012 per le più recenti novità in tema di responsabilità solidale.

Tra gli altri strumenti introdotti, la previsione delle clausole di assorbimento dei lavoratori appaltati in caso di cambio di appalto e l'introduzione dell'istituto della certificazione dei contratti di appalto per distinguere tra le forme da quelle improprie di *outsourcing* essenzialmente per finalità di *dumping* sociale. Si veda al riguardo F. PASQUINI, D. VENTURI, *La certificazione dei contratti come modello di autoregolazione e strumento di controllo dell'attività d'impresa ai sensi dell'art. 41, comma 3 della costituzione*, *Ianus*, n. 5, 2011.

D'altra parte, le trasformazioni economiche, l'informatizzazione, prima, e la digitalizzazione, poi, hanno evidenziato l'obsolescenza dei modelli di produzione 'fordista' – «*da una porta entravano le materie prime e dall'altra usciva il prodotto finito*» - mettendo in discussione lo stesso concetto di subordinazione, che ha portato all'elaborazione del paradigma dell'impresa 'post-fordista' e ad abbandonare l'atteggiamento di diffidenza e ostilità con cui erano stati guardati i fenomeni di esternalizzazione ⁽¹²⁾.

⁽¹²⁾ Così R. DE LUCA TAMAJO, op. cit., qui pp. 4-5.

A tal riguardo si rinvia anche a M.T. CARINCI, *Utilizzazione e acquisizione indiretta del lavoro: somministrazione e distacco, appalto e subappalto, trasferimento d'azienda e di ramo. Diritto del lavoro e nuove forme di organizzazione dell'impresa*, Giappichelli, 2010 ma anche a M. POMÈ, *Ruolo strategico della logistica industriale*, in S. MALANDRINI, A. RUSSO, *Lo sviluppo del capitale umano tra innovazione organizzativa e tecniche di fidelizzazione*, Giuffè Editore, 2006 che sottolinea la valenza positiva dell'*outsourcing* se non viene interpretato come mero tentativo di creare, nel breve termine, forme di flessibilità o per ricercare risparmi nell'immediato: l'«*outsourcing* delinea un nuovo modo di fare, i cui benefici sono sia per l'azienda, sia per i lavoratori [...] Per l'azienda vi è la possibilità di raggiungere significativi obiettivi di efficacia e di efficienza [...] Per i lavoratori, la terziarizzazione consente la valorizzazione di ruoli considerati marginali se gestiti internamente con tutti i vantaggi in termini di formazione, possibilità di carriera, nuove forme di retribuzione» (qui pp. 93-94).

La 'vecchia' idea del lavoro subordinato e tutelato dall'articolo 18 dello statuto dei lavoratori oggi è più che mai superata (al momento sicuramente nel settore privato) con il *Jobs Act* e dal nuovo contratto a tempo indeterminato, diventato a tutele crescenti, quindi, in ultima analisi, meno stabile rispetto al vecchio tempo indeterminato. D'altra parte i nuovi scenari che si stanno delineando richiedono un approccio innovativo per affrontare la crescente 'flessibilità e fluidità' dei mercati, del sistema produttivo (così come ben descritta da Z. BAUMAN in *Lavoro, consumismo e nuove povertà*, La Feltrinelli, 1998 e in *Modernità liquida*, Editori Laterza, 2011) e conseguentemente del mercato del lavoro. In questo contesto, diventa più che mai attuale la necessità di spostare il centro delle attenzioni dalle protezioni e tutele sostanziali contenute nel rapporto di lavoro alle tutele nel mercato del lavoro, garantendo occupabilità e politiche attive del lavoro. Infatti solo assicurando a chi perde un lavoro un'efficiente rete di servizi al lavoro che lo accompagnerà verso la ricerca di un nuovo impiego, adeguati programmi di riqualificazione professionale nonché «*un percorso di crescita e sviluppo integrale della persona che ci porta a essere padroni del nostro destino in quanto attrezzati per le sfide lavorative e non solo che incontreremo nella vita anche perché non formati ottusamente su un singolo mestiere, che magari sarà già scomparso non appena ci affacceremo nel mercato del lavoro, ma piuttosto in quanto capaci di*

apprendere e risolvere i problemi che via via incontreremo forti di una consapevolezza di chi siamo e cosa vogliamo, delle nostre potenzialità e talenti così come dei nostri limiti e lacune» ⁽¹³⁾.

1.5.1 In particolare i lavoratori delle cooperative

Una delle modalità con cui le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere hanno proceduto ad esternalizzare un crescente numero dei propri servizi, anche in ambito socio-sanitario, socio-assistenziale e sanitario, è rappresentato dall'affidamento dei servizi a cooperative attraverso gare d'appalto o procedure negoziate. Nel settore sanitario giocano un ruolo sempre più importante le cooperative che in diversi casi si pongono quale alternativa alle agenzie per il lavoro. Grazie alla loro natura fiscale, riescono a proporre prezzi più bassi e a queste, sempre più spesso, le aziende sanitarie si rivolgono delegando la gestione di interi reparti, ma soprattutto chiedendo personale, spesso straniero.

Da questo ultimo punto di vista, di particolare interesse è lo studio condotto dal Gruppo di ricerca sui temi dell'immigrazione dell'IRES, *Il lavoro di cura degli stranieri nella sanità - Il mutamento dell'organizzazione del lavoro negli ospedali per gli infermieri e per gli infermi*, Ires L. Morosini, dicembre 2008, che testimonia come la sanità italiana, pubblica e privata, non possa prescindere dalla presenza di personale straniero che viene 'importato' attraverso cooperative o agenzie di somministrazione o ancora associazioni e studi professionali, specializzati a reclutarli in Italia o direttamente presso i loro paesi di origine. Ma il fenomeno non riguarda oramai solo più il personale straniero: in questi anni più recenti, la stessa sorte è toccata anche a tanti operatori sanitari italiani. Dalle interviste emerge una situazione variegata e ad alto rischio in quanto rappresentano soluzioni sommerse che rischiano di sfuggire ai controlli, non solo del sindacato.

Sul ruolo che le cooperative hanno nel settore sanitario e sulle modalità da parte delle aziende sanitarie di appaltare lavoratori e pezzi di attività a queste società non esiste una letteratura consolidata. F. LUZZATTO, *Esiste ancora lo stato sociale?*, Franco Angeli, 2013 mette comunque in evidenza che appare infondato interpretare la tendenza

⁽¹³⁾ Così M. TIRABOSCHI, *Politiche attive, rilancio urgente*, Il sole 24 Ore, 6 ottobre 2014 e *Cosa intendiamo quando parliamo di occupabilità*, Bollettino ADAPT, n. 2, 2016.

all'*outsourcing* verso le cooperative come una prova che il sociale e la sanità privata siano più professionali, affidabili ed efficaci rispetto al pubblico. Considerazioni analoghe sono riportate da G. TRIANNI, *La via cooperativa alla privatizzazione della sanità. Il caso di Modena*, su www.Saluteinternazionale.info, marzo 2015, il quale evidenzia come la nuova tendenza in atto di ricorrere alle convenzioni tra Asl e cooperative rischia di inserirsi «*in una politica che strumentalizza le inefficienze del Servizio sanitario nazionale e regionale per allargare uno spazio di mercato delle prestazioni sanitarie e delle polizze assicurative, nel quadro di privatizzazione dell'assistenza sanitaria di stampo statunitense, pagata dai soci e dai cittadini in sovrapprezzo ai contributi che già versano con la tassazione ordinaria al Fondo sanitario nazionale e regionale*».

Una prospettiva diversa è quella contenuta in J. P. GERARD, *Better health and social care. How are co-ops & mutuals boosting innovation & access worldwide?*, LPS Productions, 2014 che riporta le numerose esperienze a livello internazionale che hanno contribuito allo sviluppo delle cooperative e del no-profit, promosse come la soluzione, alternativa alla privatizzazione, per conservare e, in alcuni paesi, migliorare i livelli di assistenza socio-sanitaria in un contesto generale caratterizzato da tagli alla spesa sociale a fronte di un aumento della richiesta di assistenza. Soprattutto nei paesi in via di sviluppo, i piani sanitari forniti dalle cooperative o dalle mutue sono spesso l'unica opzione alla salute a prezzi accessibili per molte persone.

Su tutto il territorio italiano le amministrazioni pubbliche ricorrono frequentemente agli organismi no-profit per l'acquisto o l'affidamento di servizi alla persona e, in misura residuale, alle agenzie di somministrazione di lavoro temporaneo. Una scelta organizzativa dettata dal duplice vantaggio di promuovere un modello economico socialmente responsabile in grado di conciliare la crescita economica con il raggiungimento di specifici obiettivi sociali, quali, ad esempio, l'incremento occupazionale, l'inclusione e l'integrazione sociale. La crescente rilevanza del terzo settore ha portato il legislatore ad approvare il disegno di legge recante le *Linee guida per una revisione organica della disciplina riguardante il terzo settore* (ddl n. 1870) e l'ANAC a definire la delibera n. 32 recante *Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali*, 2015.

Per avere un'idea dei dati relativi alle cooperative operanti nel settore si rinvia a AGCI Alleanza delle cooperative italiane, *Le cooperative attive nella filiera della salute*, in Rivista Alleanza, n. 12, aprile 2014: l'analisi stima che nel 2013 hanno operato nella filiera della salute italiana 11.830 cooperative, di cui poco meno di mille (l'8% del totale) operano prevalentemente nel settore sanitario in senso stretto e 10.836 (ovvero il 91,6% del totale) operano nel settore sociale, in particolare nell'assistenza sociale e dei servizi alla persona, a prevalenza non sanitaria in senso stretto. Nel primo gruppo, il 75,7% è rappresentato da cooperative sociali a specializzazione sanitaria anche tra medici, che forniscono assistenza domiciliare integrata, assistenza in strutture sociosanitarie dotate di reparti di degenza, assistenza in presidi ospedalieri, assistenza ambulatoriale e poli-ambulatoriale, assistenza e servizi di prima emergenza e urgenza, assistenza e servizi di trattamento, cura, terapeutici e riabilitativi e servizi connessi alla prevenzione, alla promozione del benessere e della salute nonché alla formazione in ambito sanitario. Il restante 24,3% è rappresentato da cooperative di servizi (non cooperative sociali) che operano nel settore sanitario in senso stretto. Con riferimento ai lavoratori impiegati dalle cooperative attive nella filiera della salute, essi ammontano a oltre 356 mila unità (dato del 2012). Si tratta, in prevalenza, di lavoratori stabili e in maggioranza donne. Inoltre, la maggioranza assoluta dei lavoratori è anche socio della cooperativa in cui presta lavoro. Il 91,3% degli addetti opera in cooperative del settore sociale, il 7,9% nel sanitario in senso stretto (tra le professionalità figurano gli operatori socio sanitari, gli infermieri, i medici, i terapisti e fisioterapisti) e la parte residuale nel farmaceutico.

Con riguardo al ricorso dello strumento dell'appalto avente ad oggetto servizi o assistenza infermieristica e per prestazioni di assistenza socio-sanitaria nei reparti di cura, il Ministero del Lavoro con la *nota del 27 novembre 2007, prot. 25/I/0015749* aveva già preso in esame la questione affermando che in tali ambiti appare difficile riscontrare una autonoma organizzazione e reali margini di autonomia gestionale dell'appaltatore, in quanto il potere direttivo di quest'ultimo risulta notevolmente ridotto, considerato lo strettissimo legame che intercorre tra medico ed infermiere; in particolare, l'intervento ministeriale ha affermato che è irregolare l'appalto di servizi nel quale l'intermediario gestisce in autonomia solo l'organizzazione del lavoro, senza

tuttavia disporre di mezzi propri per il raggiungimento di un risultato produttivo autonomo, pronunciandosi in senso sfavorevole.

Da un punto di vista normativo, la legge n. 381 del 1991 aveva individuato l'ambito di attività delle cooperative sociali nella gestione di servizi socio-sanitari ed educativi: questo ha portato a ritenere, per molti anni, che gli aspetti prettamente sanitari dovessero rimanere estranei agli interessi della cooperazione sociale. Così, la frequentazione dell'ambito sanitario da parte delle cooperative sociali è rimasta per lungo tempo residuale sebbene molte hanno operato intensamente nel contiguo ambito socio-sanitario.

È il decreto legislativo n. 229 del 1999, che, integrando il d.lgs. n. 502/1992, fornisce all'art. 3 septies una prima definizione compiuta del termine e dell'attività socio-sanitarie circoscrivendole a *«tutte le attività atte a soddisfare mediante percorsi assistenziali integrati bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione»*. Tale definizione viene quindi meglio articolata al comma 2 in cui si precisa che l'ambito socio sanitario è il risultato dell'intersezione tra un bisogno relativo alla salute che si verifica in relazione (indotto o inducente) a bisogni di natura sociale, comprendendo:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Per un approfondimento sulla definizione normativa di servizi socio-sanitari e della conseguente ammissibilità dell'operatività delle cooperative in campo sanitario si veda G. MAROCCHI (a cura di), *La cooperazione sociale in ambito sanitario*, Idee in Rete, 2011.

Gli appalti di servizi con il ricorso al criterio del massimo ribasso o, in caso di aggiudicazione, con ribassi anomali hanno alimentato il fenomeno delle cooperative cosiddette *spurie* o *finte* cooperative, nate con l'esclusivo scopo di utilizzare le agevolazioni normative, contrattuali, previdenziali e fiscali riconosciute alla cooperazione sociale ovvero quelle non affiliate alle organizzazioni storiche del

movimento cooperativo (di cui le principali sono Legacoop e Confcooperative). Il problema è conosciuto anche se poco dibattuto: indagare sui trattamenti retributivi riconosciuti ai soci lavoratori permette di mettere in luce fenomeni che favoriscono la nascita di forme improprie di *outsourcing* per finalità di *dumping* contrattuale (P. TOMASSETTI, *Arginare la piaga dei contratti pirata*, Bollettino ADAPT, n. 24, 2014; S. VERGARI, *Cooperazione e mercato tra agevolazioni negate, abusi di mutualità e dumping contrattuale*, in M. TIRABOSCHI (a cura di), *La riforma del lavoro pubblico e privato e il nuovo welfare*, Giuffrè Editore, 2008).

A tal riguardo, si permetta anche di rimandare a G. VIALE, *Appalti di servizi: legittima l'applicazione del contratto collettivo meno rappresentativo*, Bollettino ADAPT, n. 6, 2015 in cui viene analizzata la sentenza del Tar Lombardia, sezione di Brescia n. 1470 del 31 dicembre 2014 che conferma tuttavia l'impossibilità per un bando di gara d'appalto di imporre per legge l'applicazione di un determinato CCNL, consentendo di fatto l'applicazione di contratti meno rappresentativi che prevedono salari percentualmente inferiori rispetto a quelli sottoscritti dalle organizzazioni sindacali e datoriali più rappresentative. Così l'orientamento della giurisprudenza di merito ha affermato quasi in modo univoco che *«il contratto collettivo rappresenta la principale manifestazione dell'attività sindacale ed è espressione dell'autonomia negoziale collettiva che viene riconosciuta a tutti i soggetti sindacali quale complemento necessario della libertà di organizzazione sindacale garantita dall'art. 39 della Costituzione e costituisce lo strumento negoziale mediante il quale le organizzazioni sindacali operano per la realizzazione degli interessi collettivi...La presenza di un contratto collettivo regolarmente applicato dalle parti esclude la possibilità di applicare, in virtù dell'art. 36 della Costituzione, i minimi contrattuali previsti da altro contratto collettivo relativo alla stessa categoria merceologica; la mera circostanza che esista un altro contratto che preveda trattamenti economici più favorevoli per il lavoratore non può automaticamente portare a ritenere violato il principio di cui all'art. 36 della Costituzione dal CCNL meno favorevole, in quanto ciascun contratto costituisce parametro per valutare l'adeguatezza della retribuzione»* (Tribunale Bologna, sentenza n. 263/07, Tribunale Firenze, sentenza n. 265/08, Tribunale Roma, sentenza n. 15753/08 e sentenza n. 11728/10).

Viceversa, la sentenza del Tribunale di Torino del 14/10/2010 ha rappresentato una prima apertura in senso contrario, ritenendo che la *«consistente differenza (in peius) del trattamento retributivo previsto dal CCNL [omissis] applicato non permette di considerare lo stesso rispettoso dell'art. 36, anche avendo riguardo alle specifiche norme»*. Il Tribunale di Torino, a sostegno di tale tesi, ha fatto riferimento all'art. 7, comma 4 del d.l. n. 248/2007, convertito dalla l. n. 31/2008 e precisamente ha affermato che: *«fino alla completa attuazione della normativa in materia di socio lavoratore di società cooperative, in presenza di una pluralità di contratti collettivi della medesima categoria, le società cooperative che svolgono attività ricomprese nell'ambito della applicazione di quei contratti di categoria applicano ai propri soci lavoratori, ai sensi dell'articolo 3 comma 1 della legge 3 aprile 2001 n. 142, i trattamenti economici complessivi non inferiori a quelli dettati dai contratti collettivi stipulati dalle organizzazioni datoriali e sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale del settore o della categoria affine»*.

Sul concetto di maggiore rappresentatività comparata è utile far riferimento a P. TOMASSETTI, *La nozione di sindacato comparativamente più rappresentativo nel decreto legislativo n. 81/2015*, in *Diritto delle Relazioni Industriali*, n. 2, 2016 e alla nota del 24 marzo 2015 del Ministero del lavoro che opera una sintetica ricognizione normativa in merito alle criticità dei contratti pirata al fine di esortare i datori di lavoro a non avvalersi di questi contratti per poter godere dei benefici e sussidi pubblici (ad esempio, l'esonero contributivo previsto dalla l. n. 190/2014) e *«di assegnare, in presenza di più contratti stipulati per un medesimo settore, gli effetti legali ad una contrattazione posta in essere da organizzazioni sindacali “affidabili”, dotate di un significativo seguito di iscritti o di consenso»* (C. SANTORO, *L'intervento del Ministero del lavoro contro i “contratti pirata”*, in *Bollettino Adapt*, n. 13, 2015).

La politica di abbattimento dei costi dovuta alla sempre maggiore scarsità di risorse a disposizione degli enti committenti e, in alcuni casi, l'insufficiente rigidità nella stesura dei bandi di gara, offrono opportunità di penetrazione di realtà imprenditoriali, in particolare nell'ambito del sistema cooperativo, che operano a discapito della qualità offerta e della tutela dei trattamenti normativi, retributivi e previdenziali dei lavoratori coinvolti creando forti squilibri nella competizione con cooperative che, in larga

maggioranza, adottano comportamenti virtuosi e rispettosi della disciplina legislativa in materia di sicurezza sul lavoro e delle condizioni di lavoro.

Si legga sull'argomento S. SPATTINI, *Somministrazione illecita e cooperative spurie*, Bollettino ADAPT, n. 25, 2014 che evidenzia come il dumping di pseudo agenzie per il lavoro in forma di cooperativa sia un fenomeno ormai diffuso nel tessuto produttivo italiano, sebbene la fattispecie sia penalmente rilevante e riconducibile alla somministrazione illecita che integra due reati, quello della somministrazione abusiva e dell'utilizzazione illecita di manodopera. Bisogna peraltro segnalare che il *Jobs Act* interviene sul reato di "somministrazione fraudolenta", oggi previsto dall'abrogando art. 28 del d.lgs. n. 276/2003 che definiva somministrazione fraudolenta quella che «è posta in essere con la specifica finalità di eludere norme inderogabili di legge o di contratto collettivo applicato al lavoratore. Si veda a tal riguardo A. ASNAGHI, P. RAUSEI, *Il Jobs Act e quel piccolo, pericoloso, "cadeau" ai mercanti di braccia*, Bollettino ADAPT n. 8, 2015.

Sull'argomento delle cooperative spurie nel settore socio sanitario non esistono dati e studi dedicati: sfuggono al monitoraggio e al controllo esercitato dalle centrali cooperative anche relativamente ai bilanci, sottraendosi così al rispetto dell'attività indicata nello statuto e della vigente normativa lavoristico-previdenziale.

Invero, sono rintracciabili su internet numerosi articoli e inchieste che denunciano il diffondersi del fenomeno anche nel settore sanitario. Vengono segnalati diversi casi in cui gli infermieri e gli operatori socio-sanitari, soci e dipendenti di pseudo-cooperative socio-sanitarie, affidatarie dell'assistenza infermieristica domiciliare o presso residenze sanitarie assistenziali o presso reparti, ricevono un salario al di sotto di quello contrattuale e non corrispondente alle ore di attività effettivamente svolte. In busta paga vengono segnalate trasferte inesistenti e ore in meno rispetto a quelle effettivamente svolte per eludere la normativa lavoristica e previdenziale.

Il fenomeno elusivo è in forte crescita soprattutto in questi ultimi anni, così come evidenzia il *Documento di programmazione della vigilanza ispettiva del Ministero del Lavoro per il 2015*: «l'aggravarsi della crisi economica ha determinato l'incremento di significative forme illecite di inosservanza delle norme vigenti in materia lavoristica e previdenziale nonché di concorrenza sleale fra le imprese», che vanno aldilà del lavoro nero.

Nello specifico, come si è visto in precedenza, l'adozione da parte di alcune cooperative di CCNL sottoscritti da parte di organizzazioni sindacali prive di rappresentatività e diverse da quelle comparativamente più rappresentative, che prevedono trattamenti economici notevolmente inferiori, svantaggiosi per i prestatori di lavoro, è finalizzata a ridurre il costo del lavoro attraverso una sensibile contrazione del livello retributivo, delle tutele e dei diritti dei lavoratori. L'azione ispettiva deve quindi orientarsi a *«garantire l'osservanza della disposizione di cui all'art. 7, comma 4, del d.l. n. 248/2007 (convertito dalla legge n. 31/2008), in base alla quale, in presenza di una pluralità di contratti collettivi, le società cooperative applicano ai soci lavoratori trattamenti economici complessivi non inferiori a quelli previsti dai contratti collettivi stipulati dalle organizzazioni datoriali e sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale nella categoria»*.

A questo scopo, da alcuni anni, il Ministero del Lavoro pubblica sul suo sito le tabelle retributive del personale che opera in settori merceologici che hanno a che fare con la PA al fine di creare un punto di riferimento per i gestori di appalti e perché siano evitate offerte economiche con ribassi eccessivi, che penalizzerebbero i lavoratori.

Analogamente, le cooperative spesso sono parte della cosiddetta filiera degli appalti che danno vita ad esternalizzazioni fittizie, anche nel settore pubblico, e alla somministrazione irregolare di manodopera (C. TARANTO, *Relazione introduttiva convegno 'Lavoro e qualità dei servizi sanitari e sociali in appalto e in convenzione*, Segretaria nazionale FP CGIL, 2015) e che hanno portato la CGIL a presentare una proposta di legge di iniziativa popolare, avviata a febbraio 2015 con la raccolta delle firme necessarie per la presentazione al Parlamento, al fine di garantire la corretta applicazione della disciplina normativa e contrattuale nei confronti dei lavoratori impiegati negli appalti pubblici e privati, per avere appalti genuini ed esternalizzazioni autentiche escludendo ogni forma di abuso, per contrastare le pratiche di concorrenza sleale attraverso il vincolo di solidarietà fra committente ed appaltatore e la garanzia del pari trattamento, per mantenere i livelli occupazionali, i diritti e le condizioni retributive di provenienza dei lavoratori nei casi di cambio di appalto, con la clausola di assorbimento obbligatorio.

Con riferimento a questo ultimo aspetto, è stato evidenziato (D. CASTRONOVO, G. CASCIO, *Gare d'appalto e legittimità della c.d. clausola sociale*, in *Diritto.it*, febbraio

2015) come il legislatore ha introdotto la clausola sociale o di riassorbimento dei lavoratori da parte dell'impresa subentrante alle stesse condizioni dell'affidatario tra gli istituti di fonte normativa o pattizia *«che impongono specifici obblighi a carico dei soggetti appaltatori o concessionari di pubblici servizi, nella fase di esecuzione dell'appalto che condizionano o limitano la libertà di iniziativa economica e i principi dell'economia di mercato, subordinandoli ad interessi collettivi socialmente rilevanti»* come l'esigenza di assicurare la continuità del servizio e dell'occupazione nel caso di discontinuità dell'affidatario. Uno strumento che garantisce i livelli occupazionali obbligando nei frequenti cambi di appalto che si verificano nell'ambito dell'affidamento di servizi pubblici con la successione di diversi soggetti affidatari nell'esecuzione di un servizio per conto del medesimo committente e che comporta l'obbligo, per l'impresa aggiudicataria subentrante nell'esecuzione del servizio, di procedere all'assunzione dei lavoratori, già in forza nell'impresa cessante, salvaguardandone la qualifica e il livello. Tuttavia *«la legittimità delle clausole di riassorbimento ha originariamente avuto una interpretazione negativa, tanto che l'Autorità di Vigilanza sui contratti pubblici (AVCP), oggi ANAC, con il parere n. 44/2010, aveva sostenuto che, salvo le ipotesi di espressa previsione di legge o di CCNL di riferimento, l'obbligo di assunzione del personale, già adibito allo svolgimento del servizio oggetto dell'appalto, era irragionevole ed ingiustificato, in quanto lesivo della concorrenza e della libertà di impresa riconosciuta garantita dall'art. 41 Cost.»*.

Infatti come evidenziato dal *Libro Verde sulla modernizzazione della politica dell'UE in materia di appalti pubblici e per una maggiore efficienza del mercato europeo degli appalti*, 2011 e ripreso dalla *Direttiva n. 2014/24/UE* la realizzazione di opere e l'erogazione di servizi non possono rappresentare solo una risposta ad una necessità amministrativa, ma costituiscono una leva potenziale per realizzare gli obiettivi della strategia Europa 2020, per uno sviluppo sostenibile, compatibile con l'ambiente e finalizzato a creare lavoro oltre che opportunità di innovazione tecnologica ed organizzativa.

Ma difficile è trovare un giusto temperamento tra le contrapposte esigenze di ottenere risparmi di spesa pubblica e il rispetto della libertà di organizzazione del lavoro dell'impresa. Da un lato c'è chi (R. SCOLASTICI, *Le clausole sociali sul cambio di appalto: quali tutele per i lavoratori?*, in R. SCOLASTICI, *Scritti scelti di lavoro e*

relazioni industriali, ADAPT University Press, E-book series, n. 28, 2014, pp. 5-8) evidenzia come la clausola di assorbimento obbligatoria «*impone l'adozione di modelli organizzativi e produttivi predeterminati senza margine per una libertà di organizzazione più efficiente o diversamente articolata*» in termini di lavoratori, mezzi e attrezzature. Il vincolo ad avvalersi nell'espletamento del servizio acquisito in virtù dell'aggiudicazione di un appalto dei lavoratori già in servizio, riassorbendoli, inibisce la concorrenza tra le imprese, soprattutto in quei settori *labour intensive* come quello sanitario, la cui manodopera rappresenta il fattore produttivo centrale.

Dall'altro, la Giurisprudenza amministrativa ha elaborato alcune interpretazioni di apertura rispetto alle clausole di riassorbimento, nel tentativo di trovare un margine di conciliazione tra le esigenze di libera iniziativa economica e di utilità sociale. Esse pertanto risultano legittime allorché l'appaltatore subentrante assume prioritariamente gli stessi addetti che operavano alle dipendenze dell'appaltatore uscente, «*ma solo a condizione che il loro numero e la loro qualifica siano armonizzabili con l'organizzazione d'impresa prescelta dall'imprenditore subentrante*»⁽¹⁴⁾.

Infine un accenno all'introduzione da parte del *Jobs Act*, all'art. 48, comma 6 del d.lgs. n. 81/2015, del divieto di ricorso a prestazioni di lavoro accessorio nell'ambito dell'esecuzione di appalti di opere o servizi così come già indicato nella circolare del Ministero del Lavoro n. 4/2013 e nella circolare Inps n. 49/2013 al fine di scongiurare il suo ricorso e realizzare fenomeni elusivi della normativa lavoristica inderogabile e/o pratiche di concorrenza sleale. Diversamente con risposta all'*interpello n. 38 del 21 settembre 2011*, avente oggetto "Lavoro intermittente ex artt. 33 e ss. d.lgs. n. 276/2003 per operatori socio sanitari nell'ambito di un appalto presso strutture o aziende ospedaliere", il Ministero del Lavoro si pronuncia, in senso favorevole, sulla legittimità al ricorso al lavoro intermittente per impiegare operatori socio sanitari nell'ambito di un contratto d'appalto stipulato – sussistendo i requisiti di liceità dell'appalto - tra il datore di lavoro/appaltatore e strutture o aziende ospedaliere, in virtù del quale i lavoratori in questione sono destinati a svolgere la prestazione presso le strutture ospedaliere stesse.

⁽¹⁴⁾ Sul punto cfr. D. CASTRONOVO, G. CASCIO, op. cit.,

1.5.2 Lavoratori somministrati

Il d.lgs. n. 81/2015 recante la *Disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni* reca, tra le altre, anche la nuova disciplina della somministrazione di lavoro introducendo novità sui limiti e il regime sanzionatorio. Il contratto di somministrazione di lavoro ha avuto un iter tormentato, talvolta osteggiato per timore della precarizzazione del lavoro e del conseguente abbassamento delle tutele, e nel giro di quasi 15 anni dalla sua introduzione nel nostro ordinamento, con la legge Biagi, è stato più volte modificato. Così L. ZAPPALA', *Verso un nuovo assetto dei rapporti interpositori. Prime riflessioni sulla «tipizzazione» del contratto di somministrazione di lavoro*, in *Diritto delle Relazioni Industriali*, n. 2, 2004 osserva come la disciplina sulla somministrazione di manodopera contenuta nel d.lgs. n. 276/2003 consente di intuire «come il legislatore abbia inteso far traghettare dal passato al presente» il divieto di interposizione nei rapporti di lavoro posto dall'articolo 1 della legge n. 1369/1960 - nella «convinzione che tale normativa fosse ormai inadeguata a cogliere e a regolamentare in maniera razionale la mutevolezza delle forme di segmentazione del processo produttivo» (qui pp. 1-2) - con la deroga costituita dalla fattispecie del lavoro interinale tramite agenzia.

Si è trattato di una riscrittura delle regole al fine di dare piena legittimazione e maggiori garanzie di trasparenza (DE SIMONE, *Titolarità dei rapporti di lavoro e regole di trasparenza*, Franco Angeli, 1995), a fenomeni – di fatto – già esistenti, come lo *staff leasing* o il contratto di appalto di servizi a bassa densità organizzativa. In S. SPATTINI e M. TIRABOSCHI, *La somministrazione di lavoro dopo il decreto Poletti: una prospettiva di flexicurity?*, in M. TIRABOSCHI (a cura di), *Jobs Act: il cantiere aperto delle riforme del lavoro*, ADAPT Labour Studies E-book series, n. 25, 2014 vengono evidenziati gli stretti nessi del contratto di somministrazione alla cd. *flexicurity* di stampo europeo che impone di contemperare le esigenze di flessibilità delle imprese con le tutele e le necessità di conciliazione vita privata e vita professionale dei lavoratori. Fino ad oggi il contratto di somministrazione è stato visto più come uno strumento a disposizione delle aziende per aumentarne la flessibilità che come strumento capace di combinare le esigenze organizzative delle aziende con la domanda di continuità

professionale e di redditività invocata dai lavoratori, contribuendo alla creazione di posti di lavoro, alla partecipazione al mercato del lavoro e all'inserimento in tale mercato.

Per una lettura dei recenti cambiamenti intervenuti nella regolamentazione della somministrazione dopo il *Jobs Act* si rinvia a M. TIRABOSCHI, *Prima lettura del d.lgs. n. 81/2015 recante la disciplina organica dei contratti di lavoro*, ADAPT Labour Studies E-book series, n. 45, 2015 e G. ROSOLEN (a cura di), *Come cambia la somministrazione di lavoro dopo i decreti attuativi del Jobs Act?*, Bollettino speciale ADAPT, n. 6, 2015 da cui emerge come la somministrazione di lavoro esce rafforzata dalla riforma del *Jobs Act*, come già dalla riforma Fornero. Viene confermata la somministrazione a tempo determinato acausale con limite di contingentamento soltanto nella misura prevista dalla contrattazione collettiva e l'esclusione di limiti per disoccupati che fruiscono di ammortizzatori sociali e lavoratori svantaggiati; la somministrazione a tempo indeterminato (*staff leasing*) viene sostanzialmente liberalizzata eliminando le causali specifiche (tranne nella PA) e fissando un limite di contingentamento del 20% (fatte salve differenti previsioni dei CCNL sottoscritti dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative). Al contrario viene abrogata la somministrazione fraudolenta oggi prevista dall'art. 28 del d.lgs. n. 276/2003.

Sebbene l'istituto della somministrazione ha subito negli ultimi anni frequenti interventi legislativi che ne hanno cambiato funzioni e fisionomia, le fonti normative che disciplinano l'utilizzo della somministrazione nella PA è rimasta sostanzialmente invariata, determinando elementi di diversità.

Nello specifico è la legge n. 133/2008 che estende il campo di applicazione dell'istituto anche nella PA che può ricorrere ai lavoratori somministrati, purché il contratto non impegni lo stesso lavoratore per più di 3 anni nell'ultimo quinquennio, in caso contrario è comunque vietata la conversione del rapporto di lavoro somministrato in un contratto a tempo indeterminato. In questi anni il ricorso al lavoro somministrato è aumentato anche nel settore pubblico (tuttavia in termini assoluti, il fenomeno appare minoritario: infatti si parla di 9.240 lavoratori nel 2014 pari allo 0,3% del totale dei lavoratori stabili), incentivata dal blocco delle assunzioni. L'impiego dei contratti di lavoro in somministrazione in ambito pubblico va inquadrato, al pari di quello di altre formule flessibili, nelle politiche di gestione del personale orientate ad un contenimento dei costi

del personale stesso, con l'obiettivo di recuperare risorse ai fini del risanamento dei bilanci.

È indubbio che il loro utilizzo è finalizzato anche a migliorare e rendere più efficace l'azione pubblica. Il tradizionale paradigma di gestione del personale spesso non è coerente con alcune esigenze del nuovo mercato del lavoro di riferimento della PA. I tempi lunghi di selezione, la prevalenza degli aspetti formali tra i criteri di selezione e la concreta impossibilità di poter disporre delle figure richieste in modo rapido e tempestivo sono caratteristiche che rendono particolarmente attraente la scelta di ricorrere a forme di rapporto di impiego attraverso canali diversi da quelli tipici del lavoro pubblico (così G. ALTIERI, C. OTERI, M. PEDACI, *Dal lavoro interinale alla somministrazione di manodopera: primo monitoraggio su cosa cambia per le Agenzie per il lavoro e per le imprese utilizzatrici*, IRES, 2005, qui p. 30).

Proprio per arginare questo fenomeno, nel settore pubblico l'utilizzo del contratto di somministrazione è stato rigidamente limitato a determinate ipotesi, per lo più residuali, privilegiando il rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato così come disposto dal comma 1 dell'articolo 36 del d.lgs. n. 165/2001.

Viene confermato al comma 4 dell'art. 31 del d.lgs. n. 81/2015 che nel pubblico impiego, diversamente dal settore privato, la somministrazione è prevista solo temporaneamente mentre non è ammesso lo *staff leasing*. Solo per quanto riguarda l'esecuzione di servizi di cura e di assistenza alla persona per il sostegno alla famiglia, la legge finanziaria 2010 supera il divieto generale di ricorso allo *staff leasing* nella PA. Tuttavia l'utilizzo dello *staff leasing* nella PA è di fatto quasi nullo, anche in ragione dell'incertezza creata dal mancato coordinamento con la previsione del d.lgs. n. 163/2006 che impedisce alle PA di stipulare contratti commerciali a tempo indeterminato (M. SOLDERA, *Dieci anni di staff leasing*, ADAPT Labour Studies, ADAPT University Press, n. 38, 2015).

Per un quadro approfondito sulla disciplina della somministrazione all'interno della PA si rimanda a DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, *La somministrazione del lavoro temporaneo nelle pubbliche amministrazioni*, 2005 e R. SALIMBENE, *La somministrazione di lavoro nella Pubblica Amministrazione*, ASSOLAVORO, n. 3, 2012.

Se in generale cresce nella P.A. l'incidenza delle nuove tipologie contrattuali (a tempo determinato, part-time, somministrazione, formazione e lavoro, lavori socialmente utili, co.co.co.) rispetto al tradizionale lavoro a tempo indeterminato, è soprattutto nel settore sanitario che si è fatto maggiormente ricorso a forme di collaborazione diverse dal contratto di lavoro a tempo pieno e indeterminato e in particolare al contratto di somministrazione di lavoro. L'utilizzo di questa tipologia contrattuale appare comunque limitata nei numeri assoluti rispetto ad altre realtà economico produttive private, caratterizzata da una dinamica crescente.

A tal riguardo si rimanda alla ricerca di C. DE PIETRO, *Il lavoro interinale degli infermieri: il punto di vista delle Agenzie per il Lavoro*, in E. ANESSI PESSINA, E. CANTÙ (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI CERGAS Egea, 2005 che analizza le prospettive di mercato della somministrazione di personale infermieristico nel sistema sanitario italiano e mette in evidenza come le aziende pubbliche sembrano avere un atteggiamento strumentale nei confronti della somministrazione, considerata alla stregua di semplice rimedio per aggirare i vincoli posti dalla normativa nazionale o regionale alle assunzioni o alla spesa per il personale, oppure come strumento per risolvere gravi carenze – temporanee o strutturali che siano – con un orizzonte di breve periodo.

In questi termini, anche l'articolo di C. DE PIETRO, *Quando il nursing è interinale. Reclutamento soprattutto all'estero. Agenzie e cooperative in pista*, *Il Sole 24 Ore Sanità*, 14-20 Febbraio, 2006 mette bene in evidenza come l'emergenza della carenza strutturale di infermieri professionali non solo in Europa e nel mondo, ma anche in Italia, sia stato superato, in parte, con il ricorso sempre più massiccio a lavoratori stranieri, assunti come interinali o soci di cooperative, di cui si è già parlato nel paragrafo precedente. La chiave di lettura che viene data al crescente fenomeno del ricorso alla somministrazione nel settore sanitario da parte di P. CANONICO, M. CICELLIN, R. MERCURIO, *La somministrazione di lavoro nelle aziende sanitarie*, in M. LAMBERTI, R. MERCURIO (a cura di), *La somministrazione di lavoro: normativa, organizzazioni e profili*, Giappichelli Editore, 2014, non è esclusivamente in termini di risposta ad una domanda di servizi economici mutevoli ma quale strumento a disposizione delle aziende sanitarie per rafforzare la propria autonomia gestionale e

organizzativa e per affrontare le complesse sollecitazioni istituzionali, economiche e di mercato che stanno emergendo.

Per una lettura invece della somministrazione in un'ottica di modello virtuoso di terziarizzazione, si veda innanzitutto M. TIRABOSCHI, *Esternalizzazioni del lavoro e valorizzazione del capitale umano: due modelli inconciliabili?* in M. TIRABOSCHI (a cura di), *Le esternalizzazioni dopo la riforma Biagi*, Giuffrè, 2006 e G. ZILIO GRANDI, *I fenomeni di esternalizzazione e decentramento produttivo dopo la riforma del mercato del lavoro*, in *Lavoro e diritto*, n. 2-3, 2006 i quali sottolineano il ruolo strategico che le forme genuine dei fenomeni interpositori rivestono all'interno del mercato del lavoro, sulla scia del *favor* chiaramente espresso dal legislatore europeo nei confronti della somministrazione: facilitatori per il reinserimento dei disoccupati di lungo periodo e di categorie lavorative difficilmente collocabili e/o che preferiscono il ricorso a forme di lavoro flessibile per conciliare vita privata e lavorativa. Secondo questa impostazione, le agenzie di somministrazione non svolgono più una funzione solo surrogatoria rispetto ad emergenze contingenti delle aziende quali, ad esempio, picchi nella produzione, ma ricoprono un ruolo più moderno e allineato al nuovo contesto, ponendosi come potenziali *partner* specializzati in una relazione di più lungo periodo, rappresentando una vera e propria modalità di incontro tra domanda e offerta di lavoro.

In questi termini, il lavoro fornito dalle agenzie di somministrazione più che un accordo contrattuale tra le parti dovrebbe rappresentare «*un catalizzatore dell'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro e, quindi, di incentivo all'incremento dei livelli occupazionali ... moltiplica[ndo] le possibilità di conseguimento di un lavoro stabile*» (qui p. 37): questa è la logica che traspare anche dalla direttiva europea n. 2008/104/CE secondo F. PANTANO, *Il lavoro tramite agenzia interinale nell'ordinamento comunitario. Prime osservazioni in merito alla direttiva 2008/104/CE ed al suo impatto sull'ordinamento interno*, WP C.S.D.L.E. "Massimo D'Antona" n. 72, 2009. Tale ulteriore ruolo è possibile anche grazie alla funzione esercitata dalla parità di trattamento retributivo, contributivo e di tutele che consente di prevenire i fenomeni di *dumping* sociale rispetto ad altre forme contrattuali.

Si rimanda allo studio AA.VV., *Private employer agencies, promotion of decent and improving the functioning of labour markets in private services sectors*, ILO, 2011 per

avere un'idea a livello di dati (non recenti) della diffusione del lavoro interinale nella PA dei diversi paesi. A livello nazionale, si faccia riferimento allo studio del Dipartimento della Funzione Pubblica, *La somministrazione del lavoro temporaneo nelle pubbliche amministrazioni*, 2005 che evidenzia come la somministrazione, anche nel settore pubblico, possa rappresentare una leva per una gestione del personale efficace e di qualità.

Occorre infine rilevare che stanno prendendo piede accanto alle agenzie di somministrazione italiane, le agenzie di somministrazione comunitarie con sedi in stati membri dove il costo del lavoro è decisamente più basso: ai lavoratori residenti nei nuovi Paesi membri, distaccati in Stati europei dai livelli salariali e dalle tutele sindacali superiori, è possibile applicare le condizioni normative e retributive vigenti nel Paese d'origine incoraggiando così la concorrenza verso il basso tra lavoratori e tra sistemi di protezione del lavoro degli Stati membri. Il fenomeno è ancora poco conosciuto e indagato nel settore sanitario; in altri settori, come nell'edilizia e negli autotrasporti, invece si comincia ad averne maggiore conoscenza e consapevolezza (F. BANO, *La territorialità del diritto. Distacco transnazionale di manodopera a basso costo*, in *Lavoro e diritto*, n. 4, 2015). A tal riguardo, il Ministero del lavoro con la circolare numero 14 del 2015 ha fornito alcune indicazioni al personale ispettivo per arginare il fenomeno e rendere effettiva la tutela dei lavoratori distaccati nei Paesi dell'Unione europea, richiamando il *Vademecum ad uso degli ispettori del lavoro e delle imprese sul distacco transnazionale*, Ministero del lavoro, 2010. Per un commento alla circolare si legga G. CAROSIELLI, *La somministrazione transnazionale di lavoro tra l'adempimento degli obblighi comunitari e l'attività di vigilanza*, *Bollettino ADAPT*, n. 9, 2015.

1.6 Lavoratori parasubordinati, autonomi (anche in forma associata), tirocinanti e ricercatori

Sulla base di quanto disciplinato dall'articolo 7, comma 6 del d.lgs. n. 165/2001 e come modificato dalle recenti riforme, le aziende sanitarie pubbliche e private possono conferire incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo di natura occasionale o

coordinata e continuativa ad esperti di particolare e comprovata specializzazione, anche universitaria per coprire esigenze cui non possono far fronte con personale in servizio.

Mentre nella PA hanno continuato ad operare i co.co.co., nei restanti settori la legge Biagi introdusse le collaborazioni coordinate a progetto (co.co.pro.), ovvero collaborazioni che prevedono lo svolgimento di attività connotate dal raggiungimento di uno progetto (da indicare nel contratto) al fine di valorizzare le diverse caratteristiche della collaborazione autonoma rispetto al lavoro subordinato e con l'intento di arginare - in parte - il fenomeno delle collaborazioni non genuine.

Nel tempo, la disciplina delle collaborazioni è stata più volte oggetto di modifica, da ultimo con il *Jobs Act* e, qualche anno prima, con la riforma del lavoro Fornero che, traducendo in legge «*il consolidato orientamento giurisprudenziale volto a delimitare l'ambito di utilizzo del contratto a progetto, precisava i limiti d'uso di tali contratti esclusivamente per lo svolgimento di attività connotate dal raggiungimento di uno specifico e puntuale risultato obiettivamente riscontrabile nelle concrete modalità di esecuzione della prestazione e non coincidente con l'oggetto sociale dell'impresa committente*» (cfr. Circ. Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 7/2013), al fine di evitare abusi ed arginare il fenomeno mettendo dei paletti (la durata della collaborazione, il fatturato, la postazione di lavoro, il raggiungimento di un risultato in un predeterminato arco temporale con autonoma gestione delle varie fasi di realizzazione dell'obiettivo finale e dei tempi di lavoro), oltre i quali la collaborazione si trasforma in rapporto di lavoro subordinato. Per un'analisi di dettaglio del contratto a progetto e delle sue trasformazioni si rinvia G. BUBOLA, *I contratti di collaborazione coordinata e continuativa a progetto (e non) e le cosiddette partite IVA*, in M. TIRABOSCHI (a cura di) *Il lavoro riformato*, Giuffrè Editore, 2013; V. FILIPPO, *Il contratto di collaborazione coordinata e continuativa a progetto*, in M. TIRABOSCHI (a cura di), *Interventi urgenti per la promozione dell'occupazione, in particolare giovanile, e della coesione sociale*, ADAPT University E-book series, n. 10, 2013; G. BUBOLA e F. PASQUINI, *Primi pentimenti sulla riforma del lavoro a progetto*, in Bollettino ADAPT, n. 45, 2012; A. CORVINO e F. PASQUINI (a cura di), *Il lavoro a progetto dopo la circolare Damiano*, Dossier ADAPT, n. 1, 2008.

L'articolo 52 del d.lgs. n. 81/2015 mette quindi fine alle collaborazioni a progetto, facendo però salve le co.co.co di cui all'articolo 409 del c.p.c. e prevedendo all'art. 2

che alle collaborazioni che «*si concretano in prestazioni di lavoro esclusivamente personali e continuative e le cui modalità di esecuzione sono organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro*» venga applicata la disciplina del rapporto di lavoro subordinato e riconosciute le medesime tutele previste per i lavoratori subordinati. Per una prima analisi degli effetti del *Jobs Act* sulle collaborazioni si rinvia a G. SANTORO-PASSARELLI, *I rapporti di collaborazione organizzati dal committente e le collaborazioni continuative e coordinate ex art. 409, n. 3, c.p.c. (art. 2)* in F. CARINCI (a cura di), *Commento al d.lgs. 15 giugno 2015, n. 81: le tipologie contrattuali e lo jus variandi*, ADAPT Labour Studies e-Book series, n. 48, 2015.

Il *Jobs Act*, nel riordinare le tipologie contrattuali esistenti, tuttavia differenzia i collaboratori del settore pubblico da quelli del privato (L. OLIVERI, *Tempo determinato e co.co.co: per la PA valgono le vecchie regole*, Bollettino ADAPT, n. 26, 2015). Per i primi rimane valida la normativa attualmente esistente e solo a partire da gennaio 2017 le PA non potranno più stipulare rapporti di collaborazione etero-organizzata; ad oggi, invece, in forza della deroga espressa al quarto comma del d.lgs. n. 81/2015, ovvero fino al completo riordino della disciplina dei rapporti di lavoro flessibile nella PA, previsto all'art. 17 della l. n. 124/2015 cosiddetta Legge Madia, la nuova disciplina non si applica alla PA. Per tutti gli altri lavoratori (fatta eccezione per i rapporti di lavoro disciplinati da contratti collettivi, per le professioni intellettuali che richiedono l'iscrizione agli albi, per gli amministratori di società e chi collabora per fini istituzionali con le società sportive dilettantistiche) non sarà più consentito attivare nuove collaborazioni a progetto pur rimanendo in essere i contratti già in essere fino alla loro naturale scadenza.

Come il ricorso al lavoro a tempo determinato, anche le collaborazioni coordinate e continuative nel settore pubblico - con incidenze più elevate nelle università, enti di ricerca, negli enti locali e nella sanità da mettere in relazione con l'elevata presenza, all'interno di tali comparti, di rapporti con soggetti in possesso di un'elevata qualificazione professionale e di lavori correlati allo svolgimento di progetti di ricerca - hanno rappresentato la via alternativa ai vincoli, reiterati nelle leggi finanziarie degli ultimi anni, che hanno "bloccato" o fortemente limitato le assunzioni nella PA: si vedano al riguardo le analisi quantitative - non recenti - e considerazioni di D. DI

COCCO, P. MASTROGIUSEPPE, S. TOMASINI, *Gli istituti di lavoro flessibile nella pubblica amministrazione e nelle autonomie locali*, Agenzia ARAN, 2003 e FORMEZ, *Monitoraggio dei contratti di lavoro flessibile nella pubblica amministrazione*, Centro di formazione studi, 2009. Con specifico riferimento al settore socio-sanitario e in merito alla possibilità di utilizzo delle co.co.pro. da parte delle organizzazioni aventi finalità socio-sanitarie si legga V. FILIPPO, *Le co.co.pro. nelle organizzazioni aventi finalità socio/assistenziali e sanitarie dopo la Circolare del Ministero del lavoro n. 7/2013*, Bollettino ADAPT, n. 27, 2013.

Analogamente, anche il lavoro autonomo ha visto un significativo incremento negli ultimi anni. In tale categoria rientrano i lavoratori autonomi di vari settori economici e chi esercita una professione ordinistica, ovvero i liberi professionisti senza ordine né albo (tra cui, ad esempio, gli assistenti sociali). Vi rientrano, inoltre, le cosiddette 'false' partite IVA o lavoratori in mono-committenza: coloro che, tutt'altro che indipendenti, collaborano con un solo committente per più di sei mesi nell'arco di un anno, a fronte di un corrispettivo che supera il 75% del totale percepito annualmente (A. R. CARUSO, G. GIOLI, *Il popolo delle partite Iva: i rischi della riforma*, Bollettino ADAPT, 2012).

Per una considerazione quantitativa dell'uso del lavoro autonomo all'interno del settore sanitario e dell'assistenza si faccia riferimento all'*Osservatorio sulle partite IVA Dipartimento delle Finanze*, raggiungibile dal sito internet http://www1.finanze.gov.it/stat_dbOsIva/index.php.

Si rimanda a C. RANCI, *C'era una volta il popolo delle partite Iva*, in *Il Mulino*, n. 6, 2012, pp. 799-807, che indaga il diffondersi delle partite IVA false in tempo di crisi quale risposta all'abbattimento del costo del lavoro e tenta di quantificare il fenomeno nei diversi settori, evidenziando come nel settore della sanità il fenomeno è recente ma in forte espansione. Diversa la visione che A. SORU, *Le partite Iva di seconda generazione*, in *Il Mulino*, n. 6, 2015, pp. 1100-1107, traccia dei lavoratori autonomi, evidenziando la «miopia generalizzata del nostro mondo politico e dell'opinione pubblica, che continua a non vedere le trasformazioni del lavoro autonomo, a percepire l'esistenza solo delle tipologie più tradizionali» (qui p. 1101). Sono in rapida espansione nuove figure professionali autonome ma non ordinistiche la cui denominazione è difficilmente inquadrabile: nuove partite Iva, lavoratori autonomi di seconda generazione, *iPros* o *independent professionals*, *freelance*, lavoratori della

conoscenza. Si tratta ad esempio dei consulenti organizzativi, dei web designer o dei social media manager, professioni nate prevalentemente dai processi di *outsourcing* delle imprese o dalla digitalizzazione, che «*mancano di un'identità professionale chiara e riconoscibile, perché caratterizzati da percorsi formativi molto vari, non vincolati da titoli scolastici ed esami pubblici, e sono in genere caratterizzate da maggiore instabilità delle conoscenze e soggette a processi di rapida obsolescenza*» (qui p. 1101) ma accomunati, agli altri lavoratori autonomi tradizionali, dalla mancanza di diritti e di tutele lavoristiche.

Consapevole dei rischi insiti nei rapporti di lavoro autonomi fittizi, il legislatore da una parte con il *Jobs Act* ha eliminato i rapporti riconducibili alla parasubordinazione (co.co.pro.) e ricondotto le false partite IVA nell'alveo del lavoro subordinato; dall'altra il governo ha presentato un disegno di legge per il cosiddetto Statuto del lavoro autonomo il cui obiettivo è di definire delle tutele 'minime' validi per tutti i lavoratori anche autonomi e professionisti in tema di pagamenti, clausole abusive, deducibilità delle spese di formazione, accesso alla formazione permanente ed estendendo ad essi una serie di garanzie caratteristiche del lavoro dipendente, gravidanza, malattia e infortunio. Per un primo commento al progetto di legge O. MAZZOTTA, *Lo statuto del lavoratore autonomo ed il lavoro agile*, in Il quotidiano giuridico, febbraio 2016.

Infine si rinvia al *Documento di programmazione delle attività ispettive per l'anno 2015* per un'analisi dell'azione ispettiva indirizzata proprio a contrastare l'utilizzo di forme fittizie o irregolari di esternalizzazione e l'uso distorto, in funzione elusiva, dei contratti di lavoro atipici o flessibili (lavoro intermittente, *vouchers*, associazioni in partecipazione, collaborazioni coordinate e continuative a progetto, partite IVA, collaborazioni occasionali, contratti part-time), che spesso dissimulano rapporti di lavoro di natura subordinata, a tempo pieno ed indeterminato. Seppure tale fenomeno, in prospettiva, appare destinato a diminuire in ragione della recente riforma volta ad abbattere il costo del lavoro a tempo indeterminato e ad incentivarne il ricorso con l'eliminazione dell'art. 18 dello statuto dei lavoratori, non è da escludere che in specifici ambiti possano protrarsi comportamenti finalizzati in particolare ad eludere le ulteriori tutele legate a forme di occupazione con contratto di lavoro subordinato (tra cui orari di lavoro, malattia, maternità, minimi retributivi, oneri previdenziali).

Nello specifico delle strutture sanitarie pubbliche e private, oltre a violazioni in materia di orario di lavoro, irregolarità emergono in termini di somministrazione e di forme contrattuali non genuine. Le strutture sanitarie affidano in appalto i servizi infermieristici e assistenziali alle cooperative e alle associazioni professionali che, per ridurre i costi e coprire le ore festive e notturne (che sono avvertite più faticose da parte del personale dipendente delle strutture) o le assenze dei lavoratori pubblici, affidano il lavoro ad infermieri e operatori addetti alle attività assistenziali titolari di contratti di lavoro atipici (co.co.co., intermittenti) o di partita IVA, svolgendo di fatto una vera e propria attività di intermediazione. Nel caso in cui gli pseudo lavoratori autonomi o parasubordinati non risultano genuini, il rapporto viene riqualificato come di natura subordinata, applicando altresì sanzioni amministrative e disponendo il recupero dei contributi previdenziali e dei premi assicurativi.

Analogo discorso può essere fatto sull'abuso dei finti tirocini formativi e di orientamento, soprattutto extra-curricolari, che in realtà mascherano veri e propri rapporti di lavoro dipendente. Per una sintesi dell'evoluzione normativa si rinvia a M. SQUEGLIA *Il tirocinio pratico nel settore della sanità*, in Bollettino ADAPT, n. 20, 2011, mentre M. TIRABOSCHI, *Se questo è uno stage*, in Bollettino ADAPT, n. 4, 2012 e dello stesso autore, *La certificazione dei tirocini come soluzione alle incertezze e agli abusi*, in G. BERTAGNA (a cura di), *La regolazione dei tirocini formativi in Italia dopo la legge Fornero*, ADAPT University press, n. 16, 2013, pp. 48-54, rileva che non si tratta di una patologia esclusiva del mercato del lavoro italiano ma che interessa tutti i paesi europei e che rischia di diffondersi anche in virtù dell'espressa previsione (fornita dalle linee guida della riforma Fornero) di un indennizzo per la prestazione resa dal tirocinante. Proprio la previsione di un congruo compenso potrebbe «*legittimare un abuso strutturale dei tirocini, degradati a mera esperienza di lavoro, depotenziando così la loro originaria funzione di metodologia dell'alternanza e percorso formativo per l'integrazione scuola e lavoro*» (qui p. 49).

Un discorso a parte va invece fatto per i ricercatori che nel settore sanitario e farmaceutico rappresentano una risorsa fondamentale per lo sviluppo e l'innovazione, quali propulsori e promotori di nuove soluzioni che con difficoltà possono essere incasellati nel lavoro subordinato: *freelance*, lavoratori a progetto, start up, creativi e progettisti del cambiamento. Un ristretto gruppo di lavoratori ma con caratteristiche

peculiari che ancora non trovano riconoscimento e adeguata disciplina né nella legislazione italiana né nella contrattazione collettiva nazionale del settore privato e pubblico ⁽¹⁵⁾. Con l'avvento del *Jobs Act* e il suo ricondurre tutte le forme di lavoro parasubordinato nell'area della subordinazione rischia, quando invece erano genuinamente instaurate, di non essere adeguato per le «*esigenze peculiari di chi ha scelto il rischio dell'innovazione come elemento di crescita sia esso il ricercatore o l'impresa. In termini di popolazione coinvolta parliamo di numeri piccoli ma sufficienti per trasformarsi in laboratorio in cui sperimentare nuovi modi di intendere il lavoro in cui la produttività è il risultato di una catena di soluzioni eterogenee. In ricerca si potrà dimostrare che l'eccezione non esiste in quanto sono la routine e l'omologazione a rappresentare il vero freno all'innovazione. Per definizione è la ricerca che opera all'inizio della filiera e quindi sarà attraverso la capacità di chi opera in ricerca che si inventeranno nuove soluzioni "agili" anche nella gestione delle risorse umane*» ⁽¹⁶⁾. Per un approfondimento sul tema si rimanda a M. TIRABOSCHI, *Una proposta per il lavoro di ricerca in impresa*, in Bollettino speciale ADAPT, n. 4, 2016 e alla proposta di legge *Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di ricerca nel settore privato* presentato a settembre 2016 reperibile all'indirizzo http://moodle.adaptland.it/pluginfile.php/27223/mod_resource/content/8/VIGNALI.pdf. Con la messa al bando da parte del *Jobs Act* (art. 2 co. 4 d.lgs. n. 81/2015), a partire da gennaio 2017, anche per le pubbliche amministrazioni dei contratti di collaborazione che si concretano in prestazioni di lavoro personali e continuative, le cui modalità di esecuzione sono organizzate dal committente, diviene urgente identificare un percorso professionale per il personale della ricerca del SSN che possa garantire continuità (da non intendere come stabilizzazione, tenuto conto delle esigenze di flessibilità tipiche dell'attività di ricerca), competitività, progressione e riconoscibilità. L'idea prospettata dal ministero della salute è quindi quella di un contratto di lavoro a tempo determinato di lungo termine (dieci anni più cinque anni di rinnovo) a *step* definiti e valutati sulla

⁽¹⁵⁾ Così M. TIRABOSCHI, *Le ragioni di una legge per il riconoscimento e la valorizzazione del lavoro di ricerca nel settore privato*, in Bollettino Adapt, n. 41, 2015.

⁽¹⁶⁾ Cfr. F. UGGERI, *Il ricercatore e il lavoro che cambia*, in Bollettino speciale ADAPT, n. 4, 2016.

base di parametri predefiniti ⁽¹⁷⁾. Una soluzione quella prospettata che punta, di fatto, al reitero in forma anomala di contratti a tempo determinato per quindici anni.

La proposta bene evidenzia come gli istituti contrattuali del pubblico impiego (ma non solo, visto che il contratto a progetto non è più utilizzabile nemmeno nel privato) si rivelano, nel loro complesso, sempre più inadatti a sviluppare quelle professionalità che l'evoluzione della ricerca e dei servizi sanitari e sociali richiedono.

Con il d.lgs. n. 81/2015 (art. 47 co. 6) viene quindi ribadita la possibilità di utilizzare l'apprendistato con riferimento alla tipologia professionalizzante e a quella di alta formazione e di ricerca (II e III livello) nel pubblico impiego, previo apposito DPCM che, a differenza del passato, potrà essere emanato senza alcun vincolo temporale. La tipicità del lavoro pubblico e i principi costituzionali che lo vincolano spingono ancora una volta il legislatore a prevedere che l'estensione di questo contratto non sia né immediata né automatica. L'introduzione però del contratto di apprendistato nella PA potrebbe rappresentare un'opportunità per superare l'eccessivo e patologico ricorso al contratto a termine quale strumento di flessibilità in entrata. Attraverso adeguati percorsi di apprendistato, il settore sanitario pubblico e, più in generale, la PA potrebbero dotarsi di personale formato e specializzato grazie alle sue finalità formative e occupazionali che permetterebbero di superare alcune delle criticità della PA, come il fenomeno della precarietà e l'età media elevata dei lavoratori pubblici. Sulle novità introdotte dal *Jobs Act* al contratto di apprendistato e alla sua estensione al settore pubblico si rimanda a U. BURATTI, *Apprendistato professionalizzante e nel pubblico impiego*, in M. TIRABOSCHI (a cura di), *Le nuove regole del lavoro dopo il Jobs Act*, Giuffrè Editore, 2016, pp. 199-203. Mentre per una disamina del percorso dell'istituto, così come sviluppatosi nel tempo, all'interno della PA si rimanda a C. GALBIATI, *L'apprendistato nella pubblica amministrazione* in M. TIRABOSCHI (a cura di), *Il Testo Unico dell'apprendistato e le nuove regole sui tirocini*, Giuffrè Editore, 2011; L. OLIVERI, *L'apprendistato ora apre anche alla p.a.*, in *ItaliaOggi*, 15 luglio 2011; F. VERBARO, *Dall'apprendistato scossa ai criteri di reclutamento*, in *Il Sole 24 Ore*, 23 maggio 2011. Si rimanda invece a U. BURATTI, *Apprendistato e PA, un'occasione mancata*, in *Pubblico Impiego - Il Sole 24 Ore*, n. 4, 2013, che evidenzia come, in

⁽¹⁷⁾ La proposta è consultabile all'indirizzo internet http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_2548_listaFile_itemName_0_file.pdf

passato, l'aver fatto scadere i termini per rendere operativo l'apprendistato nella PA abbia rappresentato un'occasione mancata per mettersi al passo del lavoro privato e per avere a disposizione uno strumento contrattuale adatto a sviluppare un'organizzazione pubblica più dinamica attraverso il ricambio generazionale e la formazione.

Infine ai fini della presente analisi risulta di un certo interesse l'emergere di casi che vengono definiti di sanità *low cost* (M. DEL VECCHIO, V. RAPPINI, *Low Cost in sanità*, in Rapporto OASI, 2011) e l'irruzione del metodo *Uber* anche in settori più tradizionali come quello sanitario, in paesi quali gli USA e l'Inghilterra spesso precursori di quanto avverrà nel mercato del lavoro europeo a distanza di qualche anno.

In particolare il cosiddetto fenomeno dell'*uberization* si inserisce nel crescente affermarsi della cosiddetta *on-demand economy*, che solleva importanti questioni di interesse rispetto al mondo del lavoro. A tal riguardo si rinvia all'analisi delle dinamiche di base del fenomeno condotta da E. DAGNINO, *Uber law: prospettive giuslavoristiche sulla sharing/on-demand economy*, in *Diritto delle Relazioni Industriali*, n. 1, 2016 che evidenzia come il gestore della piattaforma rappresenta meramente un'azienda tecnologica che si occupa dell'intermediazione tra le due categorie di partecipanti alla stessa, clienti e fornitori del servizio mediato, e non datore di lavoro, visto che i lavoratori coinvolti sono autonomi. Di sicuro interesse risultano quindi le considerazioni di G. MACIOCCO, *Se Uber sbarca in sanità*, in *Salute Internazionale*, marzo 2016 il quale evidenzia i rischi connessi al nuovo fenomeno emergente: «*il basso prezzo delle prestazioni ha come corrispettivo il basso salario, talora lo sfruttamento, dei professionisti, dove overdiagnosis e overtreatment sono quasi sempre la regola, dove la qualità non è quasi mai controllata, dove si possono facilmente annidare frodi e abusi*». Il fenomeno, di per sé ancora poco diffuso in ambito sanitario e socio-sanitario, rappresenta però una valida esemplificazione dell'ulteriore dualismo emergente nel mercato del lavoro e della crescente necessità di tutele minime contro orari di lavoro eccessivi e contro il mancato rispetto di periodi minimi di riposo per tutti i lavoratori, indipendentemente dallo *status* giuridico e contrattuale, per evitare che venga messa a rischio la salute dei lavoratori (a tal riguardo si rinvia all'analisi pubblicata su *Il Sole 24 Ore Sanità*, *Il lavoro ai tempi del burnout*, novembre 2014) e quella dei pazienti.

Quello sanitario è un mercato del lavoro formato, da una parte, da lavoratori subordinati, per i quali l'orario di lavoro rappresenta ancora il fondamentale parametro retributivo della prestazione lavorativa e, soprattutto, la garanzia per la tutela della salute psico-fisica e, dall'altra, da un numero crescente di lavoratori in regime libero professionale ai quali difficilmente è estensibile la disciplina dell'orario di lavoro per la stessa natura della loro prestazione (si consenta di rinviare a G. VIALE, *Orario di lavoro e turni in sanità: non solo vecchi arnesi in (dis)uso*, in Bollettino ADAPT, n. 44, 2015).

1.7 Lavoratori domestici

L'urgenza di rendere sostenibile il SSN come previsto dal Patto della Salute 2014/2016 spinge alla rimodulazione delle reti assistenziali: mentre l'ospedale dovrà occuparsi maggiormente dell'assistenza ai malati affetti da acuzie, il territorio sarà chiamato ad occuparsi delle malattie croniche e dei percorsi di deospedalizzazione in ambito domiciliare. Tale riorganizzazione richiede inevitabili modifiche dei modelli organizzativi con coinvolgimento delle figure professionali socio-sanitarie, un lavoro maggiormente integrato per *equipes* multi professionali e piattaforme di sanità digitale. A tal riguardo si veda L. TERRANOVA, *L'Asl del futuro? Più grande e più «liquida»*, reperibile sul sito www.quotidianosanita.it, 2015 ma soprattutto AA.VV., *La sanità e l'assistenza sanitaria nel 2015*, IBM Global Business Services, 2015 che indaga su come gli operatori sanitari, intesi sia come organizzazioni - aziende sanitarie, cliniche, ospedali – sia come singoli lavoratori - medici, infermieri, assistenti sanitari – possono fornire un servizio migliore a cittadini e pazienti con le opportunità e i vincoli dei sistemi sanitari in evoluzione, prendendo in esame come si evolveranno i principali fattori esterni e come questi influiranno sugli operatori.

In particolare, in questi ultimi anni, il progressivo invecchiamento demografico della popolazione e la prevalenza di patologie croniche e degenerative, con un aumento del rischio di deficit funzionali, hanno portato ad un potenziamento dell'assistenza domiciliare quale alternativa ai servizi di assistenza sanitaria e sociale ospedalieri, con nuovi modelli organizzativi diretti a soddisfare i bisogni emergenti. Tale modello, che sta prendendo piede, porta a considerare i lavoratori che assolvono le funzioni di

assistenza domiciliare, come una risorsa professionale specifica, meritevole di una attenzione particolare e destinataria di determinate politiche di valorizzazione, al fine di accrescerne il senso di appartenenza all'azienda, la professionalità e le capacità relazionali nei confronti dei cittadini utenti. In questa prospettiva si comincia anche a sperimentare l'assistenza domiciliare ai malati attraverso strumenti di controllo a distanza, cosiddetta telemedicina.

Parallelamente, il mutato contesto sociale e familiare, che rende più difficoltosa la conciliazione tra responsabilità familiari e lavorative, nonché l'impossibilità del servizio pubblico, per mancanza di risorse, di garantire le cure a queste persone hanno determinato un drastico incremento del ricorso alle 'badanti'. In un contesto di profonda crisi economica e crescente disoccupazione, il settore del lavoro domestico e di cura ha continuato a crescere anche negli anni più recenti (20% in più tra il 2008 e il 2012) e lo sviluppo del settore dipende fortemente dalla forza lavoro straniera (OCSE, *International Migration Outlook*, 2014).

Sempre più, infatti, il *welfare* familiare rappresenta la soluzione per fronteggiare le sfide derivanti dalla crescita e differenziazione della domanda di cura che rendono inadeguate ed economicamente insostenibili le risposte fornite dallo stato sociale. Questo sistema è stato fino a oggi sostenuto dal largo impiego, da parte delle famiglie, di lavoratori di cura immigrati, contenendo l'intervento e la spesa pubblica (I. PONZO, *Il Community Welfare nei servizi di cura. Principi teorici e applicati per chiarirsi le idee*, in *Secondo Welfare*, giugno 2015).

A tal riguardo, sulla scorta dell'esperienza maturata dalla Francia con i CESU e da altri paesi, nel 2014 è stato presentato un disegno di legge (S.1535) per l'istituzione del *voucher* universale per i servizi alla persona e alla famiglia quale strumento non solo di welfare aziendale e di unificazione delle diverse iniziative sviluppate con i *voucher* dalle regioni, dallo stato e dai comuni ma anche quale leva per una maggiore trasparenza del mercato del lavoro domestico. Si rinvia per una dettagliata analisi a S. CERLINI, A. VENTURI, *Il sostegno alla domanda di servizi alla persona e alla famiglia*, in F. MAINO, M. FERRERA (a cura di), *Secondo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2015*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, 2015 e a CENSIS, *Voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia*, 2014 per un'analisi dei benefici diretti (emersione del lavoro irregolare, nuova occupazione,

minor impiego dell'Aspi) e indiretti (occupazione in altri settori, Iva su consumi familiari, imposte su utili d'impresa) che il ricorso al voucher universale potrebbe avere sull'intera filiera economia e del mercato del lavoro del paese.

I lavoratori immigrati, comunitari e non, svolgono un ruolo fondamentale nell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria non solo domiciliare, contribuendo con la loro forza lavoro, culturalmente diversa - in termini di produttività e di competitività - a coprire diversi segmenti di tale settore. Si veda a tal riguardo una recente pubblicazione condotta da E. CASTAGNONE, E. SALIS, *Migrant workers in the italian healthcare sector*, FIERI – Forum Internazionale ed Europeo di Ricerche sull'Immigrazione, 2015.

Si rimanda altresì agli studi condotti da M. SAMEK LODOVICI, D. OLIVA, *Lavoro domestico e di cura: pratiche e benchmarking per l'integrazione e la conciliazione della vita familiare e lavorativa*, Istituto per la Ricerca Sociale, 2015 che esplora il tema dell'integrazione della dimensione familiare e della conciliazione nell'ambito del lavoro domestico e di cura offerto da lavoratrici straniere; M. LUCCHETTI, M. SOCCI, R. GATTACECA, G. LAMURA, *Il ruolo delle donne straniere nel lavoro di cura e di assistenza agli anziani*, INRCA – Dipartimento Ricerche Gerontologiche, 2003; M. SOCCI, *Le donne straniere impiegate nel lavoro di cura per gli anziani. un nesso tra welfare e mercato del lavoro*, Università di Brescia Dss Papers Soc, n. 04, 2004.

Questo crescente bisogno di assistenza domiciliare si fonda quasi esclusivamente sulle risorse private dei malati e delle loro famiglie sebbene anche le evidenze scientifiche sottolineano la necessità di potenziare la *home care* quale alternative al ricovero ospedaliero e residenziale. Si leggano a tal riguardo F.SILVAGGI, G. VIALE, *Il ruolo dell'assistenza privata: costi e sostenibilità delle cure per i malati cronici*, Bollettino ADAPT, n. 10, 2015.

G. GENTILI, *La sfida delle cure a domicilio*, Guida Sanità del Sole 24 ore n. 6, 2015, mette in luce come l'assistenza domiciliare è la vera scommessa che i sistemi sanitari futuri dovranno affrontare. La sfida è curare a casa il paziente, sfruttando i sistemi di telemedicina e con il contributo di nuovi profili infermieristici e specialisti che potrebbero, se liberati da una contrattualistica anacronistica, fornire un valido supporto a questi processi. Sebbene il ricorso alla telemedicina offra indubbi vantaggi, soprattutto in termini di contenimento della spesa sanitaria, non è immune da ricadute negative sulle relazioni interpersonali «*quale veicoli densi di umanità, empatia, solidarietà,*

fiducia, speranza, carità» chiedendo alle persone di autogestirsi e di badare alla propria salute e perdendo di fatto quelle componenti di interazione affidate alla comunicazione verbale, paraverbale e non verbale (S. SEVERINO, G. CASCINO, *Riflessioni sui servizi socio-sanitari a distanza: comportamento degli utenti e considerazioni etiche*, in Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione, n. 2, 2015).

Si rimanda all'indagine CENSIS, *Infermieri e nuova sanità: opportunità occupazionali e di upgrading. Le prestazioni infermieristiche nella domanda di assistenza sul territorio*, 2014, per una misura quantitativa del fenomeno: l'indagine rileva, infatti, che nel 2014 si sono rivolti a un infermiere, pagandolo di tasca propria, circa 8.700.000 cittadini italiani (pari al 17,2% della popolazione maggiorenne) spendendo complessivamente 2,7 miliardi di euro di cui, secondo le stime del Censis, la metà dell'importo (1,2 miliardi) è ascrivibile all'area dell'economia sommersa.

Per una quantificazione del fenomeno del lavoro domestico in Italia si faccia riferimento all'osservatorio INPS sui lavoratori domestici consultabile all'indirizzo http://banchestatistiche.inps.it/sas_stat/domestici/domesticitab3.html. Tuttavia il fenomeno non è pienamente quantificabile ed identificabile attraverso le statistiche ufficiali per il diffuso ricorso al mercato del lavoro domestico irregolare o in nero, fenomeno tradizionalmente molto diffuso in molti paesi mediterranei. Si veda a tal riguardo F. SCHNEIDER, D. ENSTE, *Shadow economies: size, causes, and consequences*, in Journal of Economic Literature, vol. 38, 2000 e F. PIPERNO, *Welfare e immigrazione. Impatto e sostenibilità dei flussi migratori diretti al settore socio-sanitario e della cura*, Centro Studi di Politica Internazionale, Working Paper, n. 55, 2009.

M. TIRABOSCHI, *La ricetta voucher contro il sommerso*, in Bollettino ADAPT, n. 4, 2010 ben evidenzia come i voucher utilizzati nei servizi alla persona si pongono quale alternativa al lavoro nero e all'economia informale oltre a rappresentare, in una certa misura, uno strumento di politica attiva e di sostegno alle politiche di conciliazione. Per contrastare il fenomeno del lavoro sommerso nell'ambito dell'assistenza il legislatore ha quindi previsto negli articoli dal 48 al 50 del d.lgs. n. 81/2015 un innalzamento del limite massimo di utilizzo dei voucher per lavoro occasionale portandolo da 5 mila a 7 mila euro l'anno per ogni lavoratore. Ma soprattutto viene eliminato il tetto massimo di 2 mila euro che può essere pagato dalla singola famiglia a beneficio di uno stesso

lavoratore e che invece resta valido sia per gli imprenditori sia per i professionisti. L'attuale configurazione dell'istituto ha determinato, secondo i dati elaborati dal Ministero del Lavoro (*Report sull'utilizzo dei voucher per le prestazioni di lavoro accessorio*, marzo 2016 reperibile sul sito del Ministero del Lavoro) un'evidente accelerazione al suo ricorso con un significativo aumento del tasso annuo di crescita delle vendite (del 69,5% nel 2014 e del 66,1% nel 2015). Incremento che è stato, in parte, agevolato dalla mancanza della loro tracciabilità e dall'abitudine dei datori di lavoro di utilizzare il lavoro accessorio come forma di lavoro grigio, usando solo pochi voucher per retribuire giornate di lavoro piene e pagando la differenza in nero. Il sospetto però è anche che, venute meno le collaborazioni a progetto per mano del *Jobs Act*, tutti quei lavori che prima ricadevano nella para-subordinazione ora vanno a confluire nell'ambito del lavoro senza contratto dei voucher.

INTEGRITA' E CORRUZIONE

Sommario: **2.1** Oltre l'economicità, l'efficienza e l'efficacia: l'etica, l'integrità e il benessere organizzativo – **2.2** Integrità e corruzione: il problema definitorio – **2.2.1** Gli indicatori di misurazione della corruzione – **2.2.2** I costi economici e morali della corruzione – **2.3** Il quadro normativo di riferimento - **2.4** La specificità del settore sanitario – **2.5** Gli ambiti soggetti alla corruzione nella sanità - **2.5.1** In particolare, la gestione degli appalti - **2.5.2** La gestione dei lavoratori - **2.6** I controlli: focus sul ruolo dell'Agenzia unica per le ispezioni del lavoro – **2.7** La promozione dell'integrità e la prevenzione della corruzione - **2.7.1** Il piano anticorruzione - **2.7.2** Il codice di comportamento e etico - **2.7.3** La formazione e l'informazione - **2.7.4** La trasparenza - **2.7.5** La tutela dei *whistleblowers*

2.1 Oltre l'economicità, l'efficienza e l'efficacia: l'etica, l'integrità e il benessere organizzativo

Il settore sanitario è un settore socialmente ed economicamente prioritario in quanto soddisfa (o dovrebbe soddisfare) i bisogni di salute e di cure medico-sanitarie della popolazione di riferimento ed è il settore di più largo consumo di beni e servizi con caratteristiche uniche che lo rendono particolarmente vulnerabile ai conflitti di interesse, alle frodi e alla corruzione: incertezza e complessità, asimmetria dell'informazione e qualità difficilmente misurabile, opacità e mancanza di trasparenza delle decisioni a tutti i livelli (cliniche, organizzative, di investimento).

Ma le illegalità specifiche del settore sanitario non sono riferibili solo ai casi di favori ottenuti in cambio di denaro: «...c'è corruzione tutte le volte che l'interesse a ottenere un qualche vantaggio privato interferisce nell'esercizio di un'attività orientata a realizzare un interesse pubblico o collettivo...» (ILLUMINIAMO LA SALUTE, *Come prevenire illegalità e corruzione nel sistema sanitario e sociale*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2015).

Ecco, allora che il tentativo di trovare un nesso tra le esigenze di competitività del settore sanitario in un momento storico in cui appare evidente che le risorse scarse non possono venire sprecate, la tutela del maggiore bene che abbiamo, la salute, e il rispetto

dei diritti fondamentali dei lavoratori, passa attraverso i concetti di responsabilità sociale e personale - che deve essere proprio della classe politica - ma anche dei lavoratori che operano all'interno del settore pubblico in generale e delle strutture sanitarie, in particolare, indipendentemente dal profilo e dalla tipologia contrattuale applicata.

Questo è agevolato se i lavoratori si sentono motivati e si sentono parte integrante della struttura in cui operano. Il fattore umano, il comportamento e la responsabilità personale dei lavoratori diventano *condicio sine qua non* di una dimensione organizzativa ottimale, laddove il benessere organizzativo è garantito da un atteggiamento propositivo, osservante dei doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta dei lavoratori (del settore pubblico e privato), nonché dall'osservanza delle prerogative costituzionali, quali integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, con l'assoluto divieto di utilizzo in forma privata di informazioni detenute per ragioni d'ufficio. Il processo di modernizzazione delle organizzazioni pubbliche deve dunque abbandonare la perdurante logica dell'adempimento a scapito della logica del risultato e porre al centro dell'ambiente di lavoro il benessere e la competenza dei lavoratori. Come bene rappresenta U. BURATTI, *Superare la burocrazia*, quaderni CISL FP, 2013, «l'efficientismo deve lasciare spazio alla competenza, intesa come *cum + petere*, "un dirigersi insieme con" tutta la propria personalità e professionalità nell'impegno lavorativo quotidiano...». Sul tema si rinvia anche a F. AVALLONE, M. BONARETTI (a cura di), *Benessere organizzativo. Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche*, Rubbetino, 2003; M. BONARETTI, P. TESTA (a cura di), *Persone al lavoro. Politiche e pratiche per il benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni*, Rubbetino, 2003.

Studi molto recenti hanno quindi iniziato a vedere, non solo, nel mobbing ma anche nel malessere organizzativo derivante dalle incongruenze del processo organizzativo uno dei nuovi fattori di rischio da lavoro. Così C. SMURAGLIA, *Le malattie da lavoro, prevenzione e tutela*, Ediesse, 2008 evidenzia che se finora «l'attenzione è stata riservata a fattori connessi a ripetitività, monotonia, carichi di lavoro, appare oggi indispensabile considerare alcuni ulteriori aspetti (relativamente) nuovi, nel senso che sono frutto di più recente acquisizione. Faccio riferimento a tutti i fenomeni che

attengono agli aspetti relazionali (relazioni fra i lavoratori e fra loro e i superiori), al rapporto persona-ambiente di lavoro-tecniche di lavorazione, a tutte le questioni attinenti al disagio, alla disaffezione, alla insoddisfazione, al malessere e a quel grande complesso di fenomeni riconducibili, in modo semplificativo, allo stress. Ovviamente, non è che tutti questi fenomeni conducano necessariamente a vere e proprie patologie, [...] ma è pacifico che si tratta di altrettanti fattori di rischio, finora considerati poco o comunque in modo insufficiente». Un altro studio (BUFFA, CASSANO, *Il danno esistenziale nel rapporto di lavoro*, Utet, 2005) ha quindi approfondito gli aspetti immateriali ed esistenziali del rapporto di lavoro, evidenziando i fattori lavorativi che possono incidere sulla salute del lavoratore e sulla sua dignità e sicurezza distinguendo tra lavoro usurante (mancati riposi, settimanali o feriali o per gravidanza, diniego di permessi dovuti, superlavoro o lavoro notturno, condizioni lavorative anguste, lesioni gravissime o morte del lavoratore per infortunio o malattia professionale), lavoro frustrante (dequalificazione e demansionamento, assegnazione di mansioni incongrue o di compiti senza mezzi idonei, precarietà del rapporto, discriminazione e disparità di trattamento), lavoro molestato (molestie sessuali sul lavoro, controlli illeciti del lavoratore, abuso di visite di controllo della malattia, atti ingiuriosi o violenti, uso illecito del potere disciplinare, trasferimento), lavoro compromesso (licenziamento ingiurioso, licenziamento ritorsivo, licenziamento illegittimo).

Più un'organizzazione è capace di essere, non solo, efficiente e produttiva, ma anche di promuovere e mantenere un adeguato grado di benessere fisico e psicologico all'interno del contesto lavorativo, tanto più sarà produttiva, registrerà un basso assenteismo e alti livelli di motivazione, vi sarà una maggiore disponibilità al lavoro, di fiducia, di impegno e una migliore percezione del servizio offerto da parte degli utenti/cittadini. A tal riguardo si rimanda a F. AVALLONE, A. PAPLOMATAS, *Salute organizzativa, Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*, Raffaello Cortina Editore, 2005; allo studio AA.VV., *Il benessere, il clima e la cultura delle organizzazioni: significati ed evoluzione in letteratura*, Consiglio Nazionale della Ricerca, 2012.

Questo principio è ancor più vero, secondo A. LANDI, B. MARTUCCI, G. MAZZOTTA, *La motivazione del personale un fattore di successo aziendale: la cultura del magnet hospital*, in *Health Professionals Magazine*, n. 1(0), 2013 nell'ambito sanitario dove vengono offerti servizi alla persona ed è più facile per i lavoratori cadere

in stress o *burnout*, causato dalla complessità operativa, dall'impegno che richiedono le così dette aree critiche, dalla responsabilità che grava sugli operatori sanitari. La maggior parte delle volte tutto questo non è ricompensato né da un adeguato tornaconto economico, né da quell'appagamento che può dare il sentirsi apprezzati professionalmente. Le autrici riportano quindi l'esperienza dei *'magnet' hospitals*, ovvero organizzazioni capaci di essere attrattive e di attuare politiche volte prima che alla produzione, alla soddisfazione e motivazione dei dipendenti, nella convinzione che un dipendente motivato rende almeno il doppio e costa la metà. Sul punto si può anche leggere M. CARNALI, *Il modello dell'ospedale magnete: studio sui fattori considerati "attrattivi" per la permanenza degli infermieri nella pratica clinica*, in *Infermiere*, n. 4, 2011.

L'azione della PA deve pertanto perseguire non solo economicità ed efficienza ma anche la correttezza comportamentale e valorizzare le persone, la loro dignità e professionalità, tanto dentro le amministrazioni (i lavoratori) quanto fuori dalle amministrazioni (i cittadini). Si veda in merito B. G. MATARELLA, *Le regole dell'onestà. Etica, politica, amministrazione*, Il Mulino, 2007 e dello stesso autore, *Il diritto dell'onestà, etica pubblica e pubblici funzionari*, in Il Mulino, 2007.

Un clima interno alle amministrazioni positivo e costruttivo che rafforza il senso istituzionale e di appartenenza alla propria amministrazione, può rappresentare anche una leva da utilizzare in chiave di prevenzione della corruzione. In questi termini si esprime la relazione dell'ANAC, *Livello di benessere organizzativo, grado di condivisione del sistema di valutazione e valutazione del superiore gerarchico*, 2014.

Anche la *Business Ethics*, sebbene abbia le sue origini in un passato non recente, ha assunto particolare rilevanza nell'attuale contesto socio economico per l'instabilità e l'insostenibilità che caratterizzano i contemporanei sistemi economici. L'etica, secondo i più recenti studi, rappresenta una delle tante risorse a disposizione delle organizzazioni per poter incidere positivamente sulla loro *performance*, migliorando il clima aziendale, aumentando la soddisfazione e la produttività, dando un'immagine positiva sul mercato e diminuendo le situazioni di conflitto interne ed esterne. La necessità di garantire un ambiente e un mercato del lavoro etico è strettamente legata allo sviluppo della competitività delle aziende e alla loro redditività di lungo periodo. In questo senso, i processi di flessibilizzazione non rispondono «*necessariamente ad una diminuzione*

delle tutele sostanziali del rapporto di lavoro, ma ad un tentativo di incentivare le dinamiche positive sottese all'apertura del mercato del lavoro ai principi della concorrenza», il cui riflesso in termini di minori garanzie non è inevitabile se «l'azione imprenditoriale si muove verso obiettivi che possono essere definiti di efficienza interna o responsabilità sociale... Il maggior livello di flessibilità della prestazione non può assolutamente costituire il medio logico per una diminuzione non solo del livello di tutele nel rapporto ma anche del livello di attuabilità del diritto alla crescita professionale»⁽¹⁸⁾.

Il susseguirsi di cambiamenti nel mercato del lavoro e nell'organizzazione hanno sollecitato anche le aziende che operano in sanità a stare al passo con i tempi, attuando accorpamenti, processi di *outsourcing*, maggiore flessibilità e nuovi modelli organizzativi. Il diffondersi, quindi, di tipologie contrattuali atipiche e di lavoratori esternalizzati all'interno delle strutture sanitarie possono incidere sulla motivazione dei lavoratori, sul loro senso di appartenenza e di responsabilità individuale. Questo è ancora più vero nel settore sanitario che, come si è visto nel primo capitolo, è un settore *labour intensive* per cui la qualità, l'efficienza e l'equità del servizio sono tutti direttamente influenzati dalla volontà e dalla motivazione dei lavoratori al cui interno vi operano. Sul punto si veda L. MILLER FRANCO, S. BENNETT, R. KANFER, *Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework*, in *Social Science & Medicine*, n. 54, 2002.

Altri studi hanno invece analizzato il nesso esistente tra corruzione amministrativa e produttività delle risorse umane (M. ESMAILI, *The impact of administrative corruption on HR Productivity*, in *Advanced Research in Economic and Management Sciences*, vol. 11, 2013) evidenziando come questa relazione è particolarmente forte nei paesi poco sviluppati dove ci sono legami sociali e familiari particolarmente intensi e ad ogni persona viene chiesto il più possibile di aiutare parenti e conoscenti, a discapito di logiche più meritocratiche. La corruzione infatti ostacola in generale la crescita di una sana competizione e gli sforzi per ridurre la povertà e l'ingiustizia sociale, mina la fiducia delle persone nelle loro capacità causando frustrazione e disillusione, porta ad un aumento dei prezzi delle transazioni e limita uno sviluppo sostenibile. Attraverso

⁽¹⁸⁾ Cfr. A. RUSSO, *Problemi e prospettive nelle politiche di fidelizzazione del personale. Profili giuridici*, Giuffrè Editore, 2004, qui p. 4 e p. 264.

l'analisi di interviste a studenti universitari, lo studio dimostra che la corruzione amministrativa riduce l'efficienza, l'efficacia e, in definitiva, la produttività dell'organizzazione perché incide sulla soddisfazione e motivazione dei lavoratori, sulla qualità e sicurezza del lavoro.

Negli ultimi anni i temi della qualità, efficacia ed efficienza hanno assunto un ruolo sempre maggiore e costituiscono le parole chiave su cui è stato costruito l'impianto del d.lgs. n. 150/2009 verso un'amministrazione *customers oriented* (si veda in particolare la delibera del CIVIT n. 88/2010 contenente *Linee guida per la definizione degli standard di qualità*), benché poi a causa del dissesto economico e finanziario sembri essere prevalsa la logica del contenimento dei costi e della razionalizzazione della spesa. Questa crescente attenzione ad una gestione economica, efficiente ed efficace è in parte anche dettata dall'evidenza che esistono forti legami tra *performance* e corruzione. A tal riguardo si faccia riferimento a M. MORCIANO, *Performance dell'amministrazione pubblica e crescita economica e sociale*, in Menabò di Etica ed Economia, settembre 2014 e dello stesso autore, *Valutazione della performance e ciclo del miglioramento continuo nella Pubblica Amministrazione*, in Astrid Rassegna, n. 168, 2012 nonché *Controlli interni e performance tra indeterminatezza e misurazione*, in Astrid Rassegna, n. 181, 2013. Parallelamente, si è fatta avanti la consapevolezza che un'eccessiva attenzione rivolta esclusivamente ad indicatori di tipo quantitativo legati alla massimizzazione dell'efficienza da un punto di vista produttivo, non può tuttavia perdere di vista aspetti qualitativi ed etici (così F. VERBARO, C. CROCE, *Quando trasparenza e integrità fanno rima con performance*, in Guida al Pubblico Impiego, n. 2, 2011).

Nella gestione della PA deve essere garantito non solo un uso delle risorse pubbliche legittimo e conforme alle norme, ma anche che sia rispondente ai criteri di sana amministrazione in termini di economicità e di efficacia, come previsto dall'articolo 97 della Costituzione. Tale necessità è tanto più avvertita quanto più scarse appaiono le risorse disponibili. Così nella valutazione delle *performance* ospedaliere, l'attenzione in questi ultimi anni si è spostata a favore di una commistione tra efficienza e qualità. A tal riguardo si veda a cura del CREMS, *Qualità ed efficienza: esigenze inconciliabili?*, in Sanità pubblica e privata, n. 5, 2013 in cui si sottolinea la necessità per il settore sanitario pubblico di raggiungere la massima qualità con un consumo di risorse

ottimale, senza sprechi ed inefficienze: nel pubblico, l'obiettivo di sostenibilità economica non può essere anteposto all'obiettivo della qualità, intesa come capacità di risposta ai bisogni delle persone, altrimenti, si rischierebbe di mettere in discussione la stessa missione pubblica.

Se quindi è vero che esistono ancora i margini per un recupero sull'efficienza e sulla produttività dei fattori, questi non sono sufficienti per contrastare gli effetti dell'insostenibile differenziale fra spesa sociale-sanitaria e PIL. È necessaria una migliore *governance* della nuova domanda emergente, collegata all'invecchiamento della popolazione e ad un quadro epidemiologico, demografico e sociale in rapida trasformazione. Questo è il risultato che viene confermato da una recente ricerca finanziata dalla Commissione Europea e condotta da J. MEDEIROS, C. SCHWIERZ, *Efficiency estimate of the health care system*, in Economic Papers European Commission, n. 549, 2015 che evidenzia che nel settore sanitario esistono ancora i margini per ridurre le inefficienze e gli sprechi ottenendo risparmi sostanziali da destinare alle cure e ad una migliore qualità delle stesse. Grazie all'identificazione e alla riduzione degli sprechi, abusi e frodi che si annidano a vari livelli a causa degli obiettivi spesso divergenti, conflittuali e opportunistici degli *stakeholders* che gravitano intorno al mondo della sanità, si possono ottenere migliori risultati dalle risorse investite, spendendo meno.

Sprechi che A. CARTABELLOTTA, *Ridurre gli sprechi per aumentare la sostenibilità del SSN: quale ruolo per le evidenze scientifiche?*, in Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione, n. 2/5, 2013, riprendendo lo studio di D. M. BERWICK, A. D. HACKBARTH, *Eliminating waste in US health care*, JAMA, n. 307, 2012, sintetizza nel sovra-utilizzo o sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie da parte di tutte le professioni sanitarie e discipline specialistiche a causa del continuo turnover delle tecnologie sanitarie, della medicina difensiva, delle eccessive aspettative di cittadini e pazienti, del sistema di finanziamento a prestazione; nelle tecnologie sanitarie (oltre che beni e servizi non sanitari) acquistati a costi eccessivi a causa della mancata definizione dei costi standard; nella complessità amministrative che sovraccaricano di obblighi burocratici i professionisti sanitari sottraendo tempo prezioso all'attività operativa in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano una consistente voce di spesa del SSN. Una categoria di

sprechi generata dunque da un mix tra eccessiva burocratizzazione e scarsa informatizzazione; dall'inadeguato coordinamento dell'assistenza tra diversi contesti di cura che comportano il "rimbalzo" del paziente, prevalentemente con malattie croniche, tra ospedale e territorio in quanto l'assistenza a livello di cure primarie deve essere integrata con interventi specialistici e ricoveri ospedalieri.

Ma la sola riduzione degli sprechi, la razionalizzazione di spese e di consumi e il benessere organizzativo non sono ancora sufficienti: è necessario restituire etica e integrità al settore pubblico e dotare la PA di strumenti operativi, quali l'adozione di criteri di contabilità economica, la mappatura dei processi di produzione, la rilevazione dei costi di produzione e la comunicazione dei risultati conseguiti alla collettività, con cui possono essere valutati e corretti anche quei comportamenti e fenomeni che pur non costituendo un illecito penale o amministrativo contribuiscono pesantemente all'inefficienza e alla scarsa efficacia e trasparenza del sistema pubblico. Sul tema si rimanda a G. NICOSIA, *Efficienza, etica e buona gestione: nuovi paradigmi nel settore del lavoro pubblico*, in Rivista Giuridica del Lavoro, n. 4, 2010 e a F. DEL GROSSO, *Le 5 "E" nella pubblica amministrazione: Economicità, Efficienza, Efficacia, Equità ed Etica*, in Diritto e Giustizia, settembre 2012.

Questo è anche il modello di sanità promosso da *Choosing Wisely*: un modello di sanità basato sulla sobrietà, sull'appropriatezza, sull'efficacia e sull'etica che invita i professionisti e gli operatori del settore sanitario a scegliere saggiamente piuttosto che tagliare indiscriminatamente, a sostituire alla politica del razionamento quella della riduzione e abolizione degli sprechi (H. BRODY, *From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance*, in The New England Journal of Medicine, 2012; H. BRODY, *Medicine's ethical responsibility for health care reform — The top five list*, in The New England Journal of Medicine, 2010).

Legalità, integrità ed etica pubblica rappresentano pertanto i principi e gli schemi di comportamento richiesti per veicolare le scelte dei lavoratori e gli atti da compiere nell'esercizio della loro funzione. Le aspettative e la fiducia verso il settore pubblico dipendono in larga misura dalla sua integrità e trasparenza nella misura in cui riescono a determinare standard di comportamento elevati tra i lavoratori. I lavoratori devono essere organizzati secondo disposizioni di legge ma non devono solo agire in modo adeguato in termini di efficienza, economicità e liceità (non violando le leggi), ma

devono assicurare il buon andamento e l'imparzialità nella gestione dei procedimenti. Esistono comportamenti che, pur non violando le leggi e pur rispettando requisiti qualitativi, denotano un cattivo uso dei poteri, dei processi e delle risorse pubbliche. Il concetto di integrità è più restrittivo di quello di legalità: richiede non solo il rispetto delle leggi, ma anche il rispetto di valori e principi morali comunemente condivisi, che guidano il giudizio su ciò che è giusto e appropriato ⁽¹⁹⁾.

Sul ruolo che all'interno del settore pubblico riveste l'integrità e su come rafforzarla per recuperare margini di fiducia nella PA attraverso meccanismi proattivi di sensibilizzazione e formazione, di condivisione delle informazioni e di canali di segnalazione si rinvia all'analisi dell'OCSE, *Rapporto sull'integrità in Italia: rafforzare l'integrità nel settore pubblico, ripristinare la fiducia per una crescita sostenibile*, 2013.

Sul rapporto che intercorre tra corruzione, integrità e concetti affini quali etica e legalità si legga *Integrità, etica e loro rapporto con la corruzione*, in F. MONTEDURO, S. BRUNELLI, A. BURATTI, *La corruzione. Definizione, misurazione e impatti economici*, FORMEZ, 2013 in cui viene sottolineato lo stretto legame tra i concetti di corruzione ed integrità: «*se la corruzione è un concetto fondamentale per individuare strategie di repressione, l'integrità è il concetto più utile per ragionare e costruire efficaci politiche di prevenzione. Le politiche "attive" di contrasto del fenomeno corruttivo non si possono limitare a scoraggiare le fattispecie più "gravi" attraverso l'inasprimento delle relative sanzioni, ma devono creare un humus sfavorevole alle stesse, agendo su quelle aree grigie che, se pur non illegali, si configurano come moralmente inaccettabili. In sintesi, occorre promuovere l'integrità per non ritrovarsi poi a dover reprimere la corruzione*» (qui p. 22).

La trasparenza dei processi e delle informazioni, il controllo di gestione sono i punti di partenza ma occorre lavorare sul recupero della motivazione dei lavoratori. In questo senso anche il benessere organizzativo può influenzare positivamente la riduzione degli sprechi e contribuire alla diffusione dell'integrità nel settore pubblico: a tal riguardo, secondo una ricerca della FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere), *Promozione della salute organizzativa nelle Aziende sanitarie in tempo di*

⁽¹⁹⁾ Cfr. A. FERRARINI, *Linee Guida Anticorruzione ANCI Lombardia*, 2016 reperibile su sito <http://www.retecomuni.it>.

crisi, maggio 2015, nel settore sanitario «è necessaria l'adozione di nuove strategie di analisi e d'intervento che tengano conto di tutte le componenti del sistema, non solo strutturali e strumentali, ma anche e soprattutto umane. Il miglioramento dell'organizzazione sanitaria può realizzarsi attraverso una nuova visione aziendale basata su una maggiore interconnessione delle partizioni organizzative realizzabile come interazione tra i comportamenti dei professionisti al lavoro» (qui p. 13 e ss.).

Promuovere l'etica e la cultura dell'integrità al fine di ridurre quei fenomeni di spreco, illegalità e corruzione - da intendere in senso ampio e ricomprendendo anche episodi che, sebbene inidonei ad integrare la fattispecie penale - sono legati ad una bassa produttività, assenteismo, mancanza di impegno, scarsa motivazione, conflitti di interessi, clientelismo, occupazione di cariche pubbliche, nepotismo e tutte quelle condotte che comportano un uso distorto del potere pubblico che può essere ricompresa nell'espressione *maladministration*. Per la definizione terminologica si veda S. CASSESE, «*Maladministration*» e rimedi, in *Il Foro italiano*, n. 243, 1992; V. D'AMBROSIO, *I profili penali della corruzione e della maladministration* e V. CERULLI IRELLI, *Etica pubblica e disciplina delle funzioni amministrative*, in F. MERLONI, L. VANDELLI (a cura di), *La corruzione amministrativa: cause, prevenzione e rimedi*, Astrid, 2010.

L'esigenza di un agire etico quale requisito per garantire un andamento efficiente ed efficace delle amministrazioni è l'oggetto di analisi della pubblicazione realizzata da FORMEZ, *La corruzione. Analisi e gestione del rischio di fallimento etico*, 2013. In questi termini, lo studio sostiene l'importanza di nuovi strumenti quali l'analisi del rischio etico che deve coinvolgere direttamente dirigenti e funzionari in un processo continuo di miglioramento, rendendoli partecipi di un profondo cambiamento sociale.

In questi termini è di grande interesse l'approccio metodologico d'indagine delineato da Transparency International, il *National Integrity Systems*, (J. POPE, *National Integrity Systems: The TI source book*, Transparency International, 1997). Si tratta di una sorta di edificio (immagine reperibile dal link http://archive.transparency.org/policy_research/nis/national_integrity_system_assessments) le cui fondamenta sono rappresentate dalla vita politica, dalla società, dall'economia e dalla cultura di un determinato Paese e i cui pilastri rappresentano ambiti eterogenei della vita pubblica e privata (i poteri dello Stato, la società civile, i mass media, il corpo elettorale e il mondo degli affari). Il

Sistema di integrità nazionale analizza i diversi settori e le relazioni che tra queste intercorrono: viene evidenziato come l'elevato tasso di corruzione nelle fondamenta, unita alla mancanza di trasparenza e integrità delle singole istituzioni (o pilastri) possono condurre ad un peggioramento del sistema generale.

In particolare, è proprio il pilastro dei servizi pubblici a rappresentare il centro dei potenziali conflitti e fenomeni corruttivi in quanto rappresenta il legame tra governanti e governati risultando l'ambito maggiormente esposto alle minacce sia dall'alto (la politica) sia dal basso (tangenti non richieste). Il mantenimento dell'integrità dei lavoratori che operano nel settore è la chiave per la fornitura di servizi efficienti e onesti a beneficio della società. Nel definire tale quadro, appare evidente la necessità di adottare un approccio olistico a qualsiasi programma di riforme anticorruzione, proprio a causa delle dinamiche interconnesse dei vari settori.

La scarsa integrità e responsabilità delle istituzioni politiche e del settore pubblico frenano le capacità di sviluppo economico e sociale del paese: opacità normativa, inadeguati sistemi di controllo, scarso accesso alle informazioni non agevolano la ripresa della crescita economica. Per uno sguardo comparato sugli approcci e gli strumenti raccomandati dalle diverse organizzazioni internazionali (UN, EU, OECD e Transparency International) in tema di integrità dei pubblici ufficiali e di standard da seguire si veda A. KUYUMDZHIEVA, G. DELL, Á. FÖLDES, *Integrity of public officials in EU countries: International norms and standards*, Transparency International, 2015. La ricerca evidenzia le incongruenze e le similitudini tra i principi e standard dettati dai diversi organismi sulle tematiche relative all'integrità dei pubblici ufficiali. In particolare risulta interessante la comparazione che viene fatta per il termine di pubblico ufficiale e *wistleblower*.

2.2 Corruzione: il problema definitorio

Sebbene a livello europeo si sia tentato di dare una definizione univoca del fenomeno (Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, *Corruzione in Europa: la mappatura delle definizioni*, 2011), a livello internazionale non esiste omogeneità legislativa che permette di darle una definizione unica ed universalmente accettata: pertanto, il criterio legale non è sufficiente a spiegare il fenomeno nel suo complesso e

non permette comparizioni tra ordinamenti differenti in quanto non è detto che una stessa condotta che devia da certi standard di comportamento sia considerata allo stesso modo atto corruttivo nei diversi ordinamenti.

In compenso esiste un ampio e articolato dibattito letterario e scientifico relativo alla definizione e classificazione della corruzione che può comprendere sia la c.d. “grande corruzione” che la “corruzione burocratica” (A. JAIN, *Corruption, a review*, in *Journal of Economics Surveys*, vol. 15, n. 1, 2001). Tuttavia è evidente che, attraverso una sorta di «*sistema di vasi comunicanti, i due livelli di corruzione – quella spicciola praticata dai pesci piccoli della burocrazia e della politica e la grand corruption che chiama in causa appalti, commesse, urbanistica, concessioni – si rivelano strettamente connessi tra loro*» (A. VANNUCCI, *Un nuovo paradigma contro la corruzione*, in *Il Mulino*, n. 3, 2012, qui p. 423).

Per una rassegna della letteratura internazionale sul tema si rimanda a A. JENS, O. FJELDSTAD, *Corruption, a review of contemporary research*, Chr. Michelsen Institute Development Studies and Human Rights and Norwegian Institute of International Affairs, 2001.

Secondo ampia e consolidata letteratura, la corruzione può essere intesa come l’abuso da parte di un soggetto (pubblico e non) del potere a lui affidato al fine di ottenerne un tornaconto personale e dei vantaggi privati ovvero uno scambio illecito fra un atto di potere di un soggetto che riveste un incarico pubblico e non a favore di un altro soggetto e una prestazione in denaro o di altro vantaggio personale.

La letteratura scientifica si è copiosamente occupata del tema, indagando cause ed effetti. Esistono inoltre diversi studi che attestano la stretta correlazione tra corruzione e burocrazia. Tra questi S. ACKERMAN, *Corruption and government: causes, consequences, and reform*, Cambridge University Press, 1999 a cui si deve la definizione di corruzione come abuso di una carica pubblica per ottenere vantaggi a livello personale e D. ACEMOGLU, T. VERDIER, *Property, corruption and the allocation of talent: a general equilibrium approach*, in *The Economic Journal*, n. 108, 1998 che ritengono la corruzione quale fenomeno spesso inevitabile perché il governo distorce l’allocazione delle risorse e la corruzione è il modo in cui il mercato aggira le regolamentazioni.

Si deve invece al sociologo e filosofo Max Weber (M. WEBER, *The theory of social and economy organization*, Oxford University Press, 1974) lo studio della burocrazia quale fenomeno che qualifica la modernità: i metodi di produzione, i rapporti sociali e le strutture culturali tradizionali caratterizzati da modi spontanei e pratiche personali, nelle società moderne e sviluppate sono state sostituite da procedure sistematiche e precise attraverso un processo di razionalizzazione. Secondo questa visione, un'organizzazione caratterizzata da una netta divisione del lavoro, da un ordine gerarchico, da un sistema di regole scritte, riduce le possibilità di corruzione e limita la discrezionalità nelle decisioni.

Si rimanda alla pubblicazione della FUNZIONE PUBBLICA, *La corruzione in Italia. Per una politica di prevenzione. Analisi del fenomeno, profili internazionali e proposte di riforma. Rapporto della Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione*, 2012, meglio conosciuto come Rapporto Garofoli, per un'approfondita analisi della definizione del fenomeno corruttivo che viene ricondotto, semplificando, a due ordini di ragioni, economiche-razionali e socio-culturali. Con riferimento alle ragioni di tipo *economico*, la scelta di pagare o accettare regali e soldi per svolgere o non svolgere un'attività è il risultato di un calcolo razionale che tiene conto dei costi (es: probabilità di essere scoperti, severità delle sanzioni) e dei vantaggi attesi, confrontati con il costo relativo delle alternative disponibili (G. S. BECKER, *Crime and punishment. An economic analysis*, in *Journal of Political Economy*, n. 76, 1968).

La definizione economica, a differenza di quella giuridica, non scende nel dettaglio delle diverse fattispecie giuridiche, come ad esempio la distinzione tra corruzione e concussione, ma tenta di spiegare il fenomeno corruttivo ricorrendo alla teoria dell'agenzia e alla teoria dell'utilità: la transazione corrotta si traduce in uno scambio economico (spesso occulto) il cui oggetto può essere una remunerazione, o anche un bene immateriale, come lo status e/o il potere, e vigono - come in ogni scambio - le regole della domanda e dell'offerta. Ciò che caratterizza la pratica corruttiva in ottica economica è una scelta di portafoglio, per cui si valuta la convenienza a commettere un'infrazione in base alle opportunità che ci sono di realizzare un utile superiore a quello che altrimenti si otterrebbe attraverso i mezzi legali e si fa un'analisi dei costi e dei benefici conseguenti a quell'azione illegale, tenendo conto della gravità della

sanzione prevista e della probabilità di essere sorpresi. Si rinvia a M. FRANZINI, *La corruzione come problema d'agenzia*, in R. ARTONI (a cura di), *Teoria economica e analisi delle istituzioni*, Il Mulino, 1991 per una disamina della teoria dell'agenzia.

Nella sfera della PA, l'agente è il funzionario pubblico (politico, medico, funzionario, magistrato) che traduce in decisioni e in atti pubblici gli obiettivi da realizzare (fornire ai "clienti" o "utenti" beni e servizi pubblici o privati) indicati dal principale (identificabile con lo Stato o i cittadini). Il principale delega l'agente a rappresentarlo ma non controlla in ogni momento il suo operato per cui lo stesso può essere tentato di massimizzare la sua utilità dall'esercizio della sua funzione. Nella metafora dell'agenzia, in un contesto di normalità, tra i due soggetti c'è uno scambio ufficiale mentre la corruzione (nelle sue molteplici varianti) costituisce una deviazione intenzionale del comportamento dell'agente dal compito di tutela degli interessi del principale e una violazione degli obblighi fiduciari che questo ripone in lui. Alla luce di questa teoria, non si tratta di un semplice scostamento dagli standard connessi alla carica, di inosservanza degli impegni da parte di un agente che non svolge il suo incarico o lo svolge in modo non conforme a quanto stabilito dal contratto: quello che rileva non è l'inadempienza degli impegni assunti o lo svolgimento del compito assegnato in modo non conforme a quanto era stabilito, che si configura piuttosto come inadempienza o frode, come nel caso di un burocrate lavativo, assenteista, poco scrupoloso o semplicemente inefficiente. L'idea di corruzione implica qualcosa di più: tra agente e principale entra in gioco un terzo soggetto (il cliente), generalmente privato, che svia l'azione dell'agente dai suoi doveri e dagli obiettivi definiti dal principale, orientando le decisioni a suo vantaggio in cambio di una rendita. L'agente cede illecitamente vantaggi e riconosce arbitrariamente diritti, all'insaputa e contro il volere del principale, in cambio di contropartite tutte riconducibili sotto la categoria generale della rendita e di cui l'agente si appropria in modo occulto. Sotto il profilo relazionale, dunque, la corruzione è un rapporto caratterizzato dall'asimmetria informativa ed è un rapporto a tre: tra agente e principale si interpone il terzo attore, che fa parte della platea a cui si rivolge l'attività dell'agenzia e che ha lo scopo di corrompere ed interviene per modificare lo spazio di scelta dell'agente in suo favore. Il soggetto incaricato che ricopre una certa posizione per prendere decisioni ad opera del titolare che rappresenta, viene corrotto per agire arbitrariamente contro il volere del principale. In questa

prospettiva i tre presupposti alla base della definizione del fenomeno corruttivo sono riconducibili al potere discrezionale nelle mani di qualcuno di definire le regole o il potere di applicarle, alla rendita economica associata col potere discrezionale e alla debolezza delle istituzioni, ovvero la bassa probabilità che venga scoperto un fatto corruttivo e che sia applicata la pena.

Le variabili che orientano il calcolo economico della corruzione possono quindi essere ben sintetizzate dalla formula proposta dallo studioso R. KLITGAARD, *Controlling Corruption*, University of California Press, 1988, il livello di corruzione (C) è strettamente connesso alla presenza di posizioni monopolistiche di rendita (M) e all'esercizio di poteri discrezionali (D), e inversamente collegato al grado di trasparenza (T) e di *accountability* o rendicontabilità (A) degli agenti che si riflette nel livello di responsabilità rispetto ai meccanismi di controllo disciplinare, contabile, penale, amministrativo, a sua volta dipendente dalla circolazione di informazioni e dall'efficacia dei controlli istituzionali e sociali sul loro operato ($C=M+D-T-A$).

Secondo la diversa - ma non alternativa - impostazione *socio-culturale*, il diffondersi di fenomeni corruttivi è meno probabile nei contesti in cui sono più elevati gli standard morali, il senso civico, l'etica del lavoro, lo "spirito di corpo" e il senso dello Stato dei funzionari. «*Questi elementi di matrice culturale si riflettono nel cosiddetto costo morale (CM) della corruzione, il disagio psichico associato alla violazione della legge e al tradimento del mandato fiduciario ricevuto. La corruzione, al pari di altri atti illeciti, sarà tanto meno diffusa quanto maggiore è la forza delle convinzioni personali favorevoli al rispetto della legge e che si ricollega ai valori prevalenti nelle cerchie sociali di riconoscimento...Gli individui sono più o meno vulnerabili alle occasioni di corruzione in base alle caratteristiche della struttura di valori sociali interiorizzati: la spinta alla corruzione si attenua in quei contesti dove gli standard etici – sostenuti tanto dal giudizio morale orientato tanto dalla pressione dei pari che da credenze interiorizzate – sono più elevati. Per quanto favorevoli siano le occasioni, la presenza di barriere morali e sociali rappresenta un vincolo alla diffusione degli scambi occulti*»⁽²⁰⁾.

⁽²⁰⁾ Cfr. A. VANNUCCI, *La corruzione in Italia: cause, dimensioni, effetti*, in B. G. MATTARELLA, M. PELISSERO (a cura di), *La legge anticorruzione*, Giappichelli, 2013, richiamando un lavoro di A. PIZZORNO, *La corruzione nel sistema politico*, in D. DELLA PORTA, *Lo scambio occulto*, Il Mulino, 1992, qui p. 41.

Esistono prove empiriche sul tema, in particolare si rimanda alla ricerca condotta da R. FISMAN, E. MIGUEL, *Cultures of corruption: evidence from diplomatic parking tickets*, in National Bureau of Economic Research, Working Paper n. 12312, 2006, che evidenziano come il tessuto dei valori ha un peso significativo nel determinare la propensione verso atteggiamenti più disinvolti riguardo al rispetto delle regole di interesse comune, siano quelle del codice della strada, o quelle che fissano i limiti degli abusi di potere pubblico a fini privati.

Se la letteratura economica si è concentrata sull'identificazione degli incentivi che rendono più probabile la corruzione e sulla valutazione dell'impatto della corruzione sull'efficienza economica, alle scienze sociali è riconosciuto il merito di aver offerto una definizione di corruzione capace di tracciare un comun denominatore tra le varie descrizioni. Infatti tutte le definizioni possono essere corrette in astratto, ma non considerano gli aspetti sociali dei modi in cui gli incentivi sono definiti e di come viene loro attribuito il valore e il significato che, alla fine, hanno per gli attori. Queste importanti questioni si collocano ampiamente al di fuori di un quadro di riferimento economico, giuridico ed etico richiedono l'analisi di elementi sociali, culturali e storici.

Così la corruzione è diventata oggetto di analisi e studio anche in ambito sociologico e antropologico: dal punto di vista sociologico tuttavia non esiste una definizione unitaria. Si legga a tal riguardo M. GRANOVETTER, *La costruzione sociale della corruzione*, in Stato e mercato, n. 3, 2006 e D. TORSELLO, *L'antropologia della corruzione: spunti metodologici sui temi di ricerca*, in Alleo Review, 2013 che riporta i due approcci teorici principali sviluppati nel tempo per meglio comprendere il fenomeno della corruzione evidenziandone quindi le debolezze analitiche.

La prima tesi è quella sviluppata da D. KAUFMANN, P. SIEGELBAUM, *Privatization and corruption in transition economies*, in Journal of International Affairs, 1997 secondo cui le pratiche di corruzione sarebbero fondate sull'assunto razionale che ogni individuo andrà alla ricerca del suo interesse personale se gli è consentito farlo.

La seconda tesi sostenuta da altri autori - tra cui C. BLISS, R. DI TELLA, *Does competition kill the corruption?*, in The Journal of Political Economy, vol. 105, 1997 - ritiene che la corruzione emerge nel momento in cui lo stato è presente ad introdurre controlli eccessivi ed a limitare il mercato, mentre la libera competizione di mercato diminuisce l'incidenza della corruzione negli stati.

Per una ricostruzione dei profili concettuali attribuiti al termine della corruzione si faccia riferimento a A. VANNUCCI, *Quella corruzione sommersa*, in Lavoce.info, aprile 2012 che riconduce la corruzione ai «“*crimini senza vittime*”, infatti, la corruzione si fonda di regola su un patto di ferro” tra corrotti e corruttori, dal quale entrambi ricavano benefici –a danno della collettività – e che nessuno dei partecipanti ha interesse a denunciare» e a M. CENTORRINO, M. LISCIANDRA, N. PARISI, D. RINOLDI, *La corruzione fra teoria economica, normativa internazionale, modelli d'organizzazione d'impresa*, Centro di documentazione europea, Università di Catania, online Working Paper, n. 18, 2010.

Nella discussione sul problema definitorio e sulle cause della corruzione, negli ultimi tempi sono entrati in campo anche studi che chiamano in causa la storia evolutiva del comportamento sociale umano. Secondo una simulazione sviluppata da due biologi evolucionisti in un sistema di esercizio del potere, come quello di pubblici ufficiali incaricati di far rispettare la legge, è accettabile un livello minimo di corruzione, nella forma di privilegi illegali concessi, perché tale condizione rafforza il funzionamento e le prestazioni delle società umane (F. ÚBEDA, E.A. DUÉÑEZ-GUZMÁN, *Power and Corruption*, in *Evolution*, n. 65/4, 2011). Così c'è addirittura chi ricorre ai meccanismi della selezione naturale di *darwiniana* memoria per spiegare come le caratteristiche individuali dei corrotti si siano nel tempo modificate, eliminando i meno abili e portando ad un «*miglioramento progressivo della capacità adattiva e predatoria di corrotti e corruttori superstiti*»⁽²¹⁾.

Ma se è difficile definire il concetto di corruzione, altrettanto difficile – come si vedrà nel paragrafo successivo - è la misurazione del fenomeno proprio per la sua natura occulta.

2.2.1 Gli indicatori per la misurazione della corruzione

Per capire quanto sia difficile misurare la corruzione si rimanda a F. MONTEDURO, S. BRUNELLI, A. BURATTI, *La corruzione. Definizione, misurazione e impatti economici*, FORMEZ, 2013: secondo la ricerca, infatti, non esiste una strategia priva di

⁽²¹⁾ Cfr. A. VANNUCCI, *La corruzione in Italia: cause, dimensioni, effetti*, in B. G. MATTARELLA, M. PELISSERO (a cura di), op. cit., qui p. 45.

lacune o margini di errore. In realtà la prima grande difficoltà è avere chiaro cosa si vuole effettivamente misurare: rilevare la corruzione nella sua accezione ampia quale deviazione da regole morali consolidate in un contesto sociale è certamente diverso da misurare la corruzione nella sua accezione legale. Inoltre, è necessario definire preventivamente se si è interessati alla corruzione che si è già “manifestata” o alla corruzione “sommersa” che non è stata ancora accertata. Infine, è necessario stabilire se si vuole rilevare l’esperienza diretta del fenomeno o la sua percezione indiretta. A tal riguardo si rinvia anche a B. A. OLKEN, *Corruption perceptions vs. corruption reality*, in *Journal of Public Economics*, n. 93, 2009.

Per un’analisi delle potenzialità e debolezze degli indicatori si rinvia a C. ARNDT, C. OMAN, *Uses and abuses of governance indicators*, Development Center OECD, 2006 e a D. KAUFMANN, A. KRAAY, P. ZOIDO-LOBATON, *Aggregating governance indicators*, World Bank Working Paper n. 2195, 1999.

Per un approfondimento degli indicatori economici della corruzione si faccia riferimento alla ricerca condotta da M. A. GOLDEN, L. PICCI, *Proposal for a new measure of corruption, illustrated with data*, in *Economics and Politics*, n. 17(1), 2005.

Oltre alle statistiche ufficiali, la corruzione è generalmente misurata in forma indiretta tramite raccolta di opinioni, indagini di percezione o di vittimizzazione oppure tramite la valutazione di elementi oggettivi, che misurano indirettamente il rischio di corruzione (o l’indice di integrità) quali ad esempio il rapporto tra i poteri dello stato, l’autonomia del governo, il sistema elettorale, il sistema di finanziamento dei partiti, la libertà dei media, la possibilità di fare business. Tra questi indici si ricorda il Global Integrity, il National Integrity System (Transparency International), il Quality of Governance (University of Gothenburg) e l’Eurobarometro (Commissione Europea). Tuttavia appare chiaro che tali indici e classifiche, basate esclusivamente sulla corruzione emersa e su indagini della percezione dell’esperienza del fenomeno, non sono sufficienti.

Per una rassegna dei diversi meccanismi di stima della corruzione si vedano A. VANNUCCI, *Atlante della Corruzione*, Gruppo Abele edizioni, 2012 e P. DAVIGO, G. MANNOZZI, *La corruzione in Italia. Percezione sociale e controllo penale*, Editori La Terza, 2008 che evidenziano come le indagini di percezione non sono in grado di misurare un fenomeno in termini quantitativi, ma sono sufficientemente accurate per

permettere di elaborare serie storiche, di effettuare confronti tra paesi e di individuare i settori maggiormente affetti dal fenomeno.

Studi comparati hanno dimostrato che i risultati della percezione dei cittadini corrispondono con i risultati delle valutazioni degli esperti e con i risultati emersi dalle indagini di vittimizzazione (A. MUNGIU-PIPPIDI, *Controlling Corruption in Europe*, in *The Anticorruption Report*, vol. 1, 2013).

Per un'analisi delle statistiche sui reati di corruzione e della delittuosità si faccia riferimento a N. FIORINO, E. GALLI, *La corruzione in Italia. Un'analisi economica*, Il Mulino, 2013.

Per ottenere dati aggiornati sulle statistiche alimentate dal Ministero della Giustizia e dalle denunce che tutte le Forze di Polizia sono tenute ad inserire nel cosiddetto "Sistema di Indagine" gestito dal Ministero dell'Interno, si veda SERVIZIO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA, *Corruzione. Gli andamenti. Stralcio dalla Relazione al Parlamento*, Novembre 2009 e *Relazione al Parlamento. Anno 2010* e alle statistiche dell'ISTAT consultabili direttamente dal sito (*Rilevazione dei delitti denunciati dalle Forze di polizia all'Autorità giudiziaria: i delitti, le vittime e gli autori* reperibili all'indirizzo <http://www.istat.it/it/giustizia-e-sicurezza>).

Per un'analisi del peso relativo di ciascuno dei fattori che possono influenzare il livello di corruzione, per misurare l'impatto della corruzione sul processo di crescita del nostro paese e delle sue diverse aree territoriali si rimanda a ANAC, *Corruzione emersa in Italia: modalità di misurazione e prime evidenze empiriche*, 2012.

2.2.2 I costi economici e morali della corruzione

La corruzione è un fenomeno ampio e in gran parte nascosto ma da più fronti è avvertita la necessità di misurarne i costi come base per la progettazione e l'attuazione di politiche e pratiche anti-corruzione efficaci, efficienti e proporzionali. Ha un costo elevato per i paesi, ancor più gravoso in questi tempi di crisi sebbene una sua quantificazione sia un'operazione molto complessa e difficilmente realizzabile in quanto i fenomeni ad essa legati, oltre a essere illegali, sono sommersi e difficili da indagare: non se ne conosce il valore economico, la localizzazione, la distribuzione territoriale, la sua diffusione ed evoluzione. È di questi ultimi decenni, grazie anche al

crescente numero di ricerche scientifiche effettuate sul tema, la consapevolezza che la corruzione non è semplicemente un atto contro la morale pubblica, ma un attentato alle risorse del paese in quanto fa lievitare i costi delle opere pubbliche, ostacolando e frenando la crescita, l'occupazione, la competitività e l'attrattività degli investimenti. Numerosi sono gli studi condotti sul tema, tra questi M. DEANDREIS (a cura di), *Ampiezza e dinamiche dell'economia sommersa e illegale*, in *Rassegna Economica*, n. 1, 2013 e M. ARNONE, E. ILIOPULOS, *La corruzione costa. Effetti economici, istituzionali e sociali*, Vita e Pensiero, 2005, che analizzano i risvolti istituzionali e sociali della corruzione, i costi a livello di imprese e di mercati, la sua influenza sullo sviluppo economico, gli investimenti e i tassi di interesse, gli effetti sulle istituzioni politiche ed economiche e l'incidenza sulla gestione della spesa pubblica, sull'istruzione, sulla sanità.

La corruzione diffusa - intesa anche quale cattiva amministrazione, clientelismo e spreco di risorse - è un ostacolo per il miglioramento dell'efficienza dei processi produttivi e della crescita economica; ha effetti perversi sulla competitività dei Paesi, mina la fiducia da parte dei cittadini, dei lavoratori e delle imprese, scoraggia gli investimenti e l'afflusso di capitali dall'estero, frenando l'innovazione, ed altera la libera concorrenza.

Come infatti sottolineato dalla Commissione per lo studio e l'elaborazione di misure per la prevenzione della corruzione in *La corruzione in Italia. Per una politica di prevenzione*, 2012 oltre ai costi economici diretti la corruzione, la negligenza e la mala gestione provocano costi supplementari meno facili da individuare ma che pesano forse ancor più sull'economia e l'efficienza del sistema paese: «*ritardi nella definizione delle pratiche amministrative, cattivo funzionamento degli apparati pubblici e dei meccanismi previsti a presidio degli interessi collettivi, inadeguatezza se non inutilità delle opere pubbliche, dei servizi pubblici e delle forniture realizzati, non oculata allocazione delle già scarse risorse pubbliche, perdita di competitività e freno alla crescita del Paese*» (qui p. 16).

Da un punto di vista quantitativo, quindi, la corruzione è «*una mega tassa occulta che impoverisce il paese sul piano economico, politico, culturale e ambientale...una vera e propria tassa immorale e occulta pagata con i soldi prelevati dalle tasche dei cittadini*» (p. 1). Il dossier redatto da A. VANNUCCI, E. FONTANA, P. RUGGIERO, F.

DODARO, L. PEPINO, (a cura di), *Corruzione - La tassa occulta che impoverisce e inquina il paese*, Libera-Legambiente-Avviso pubblico, 2012, (reperibile al link http://www.legambiente.it/sites/default/files/docs/dossier_corruzione_ott12.pdf) mette bene in evidenza come la corruzione conta non solo in termini economici (50/60 miliardi di euro l'anno, pari a circa il 4% del PIL), ma «*il prezzo più elevato e incalcolabile è pagato in termini di disaffezione e di sfiducia dei cittadini verso le istituzioni...delegittimando i circuiti della rappresentanza e i partiti e determinandone così un malfunzionamento generalizzato, anche a seguito della moltiplicazione di domande di favori particolaristici*» (qui p. 40).

La grande maggioranza degli studiosi del fenomeno considera la corruzione come il maggiore ostacolo allo sviluppo mentre alcuni altri studiosi hanno evidenziato come la corruzione, consentendo di eludere o evadere complesse regolamentazioni burocratiche, risulterebbe addirittura vantaggiosa per la crescita. Il pagamento di una tangente, secondo questi autori, facilita transazioni che diversamente non potrebbero avere luogo o essere ritardate, consente di correggere alcune forme di inefficienza burocratica e di stimolare la crescita, operando come 'olio negli ingranaggi' e svolgendo un ruolo 'positivo' specialmente nei sistemi economici in transizione o in via di sviluppo e in quei sistemi politico-istituzionali in cui in cui le istituzioni sono deficitarie. I paesi caratterizzati da un eccesso di regolamentazione, da ampia discrezionalità dell'amministratore pubblico e da corruzione presentano una percentuale piuttosto elevata di economia sommersa. Tra i numerosi interventi sul tema si vedano S. J. WEI, *Bribery in the economies: grease or sand?*, The Brookings Institution, NBER Harvard University, 2000; D. KAUFMANN, S. J. WEI, *Does 'grease payment' speed up the wheels of commerce?* NBER Harvard University, Working Paper, n. 7093, 1999.

Tuttavia i dati dell'indagine annuale *Doing business* della Banca Mondiale evidenziano che, in contrasto con la credenza che la corruzione serve a oliare gli ingranaggi della burocrazia, i Paesi con maggiori indici di corruzione sono anche quelli dove i tempi della burocrazia e delle pratiche amministrative si allungano sensibilmente (si legga F. ONIDA, *La corruzione è una zavorra per lo sviluppo*, Il Sole 24 Ore, 2015).

Altre ricerche scientifiche hanno invece dimostrato che la corruzione costa ma non tutti pagano allo stesso modo. Questo è il risultato della ricerca condotta da F. BOEHM, J. JOERGES, *Costs of corruption: everybody pays – and the poor more than others*, GTZ

- Division State and Democracy, 2008 i quali evidenziano che a farne le spese sono soprattutto le fasce più deboli e i poveri poiché gli enti sono costretti a tagliare sull'assistenza sociale e sanitaria, sulle mense scolastiche, sulla scuola e su numerosi altri servizi.

Secondo lo studio condotto da S. GUPTA, H. DAVOODI., E. TIONGSON, *Corruption and the provision of health care and education services*, International Monetary Fund, Working Paper, n. 116, 2000, il costo della corruzione si ripercuote sugli esiti di salute delle popolazioni: riduce l'accesso ai servizi, soprattutto fra i più vulnerabili; peggiora in modo significativo – a parità di ogni altra condizione - gli indicatori generali di salute ed è associata a una più elevata mortalità infantile. Più in generale, le diverse forme di illegalità presenti nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse ai programmi di assistenza, ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone. Allo stesso modo, M. SEKER, J.S. YANG, *How bribery distorts firm growth: differences by firm attributes*, Policy Research Working n. 6046, Banca Mondiale, 2012 sostengono che ad essere più fortemente colpite dal fenomeno corruttivo sono le piccole e medie imprese e le imprese più giovani.

La letteratura economica sull'argomento riconduce la relazione negativa tra corruzione e crescita economica a tre ordini di ragioni (Cfr. R. PELIZZO, *I costi della corruzione*, SelectedWorks, 2014, reperibile al link <http://works.bepress.com/>).

In primo luogo, la corruzione danneggia l'economia e lo sviluppo perché favorisce l'adozione di politiche pubbliche mal concepite, perché rende imprevedibili i processi decisionali, perché piegando la spesa pubblica ad interessi di parte contribuisce a destabilizzare il quadro macro-economico, perché indebolisce i diritti e, in special modo, i diritti di proprietà, perché permette che la distribuzione delle risorse sia fatta in maniera inefficiente, perché tollera il deterioramento delle infrastrutture (J. S. HELLMAN, G. JONES, D. KAUFMANN, *Seize the state, seize the day – An empirical analysis of state capture and corruption in transition*, World Bank Policy Research Working Paper, n. 2444, 2000; P. MAURO, D. D. DRISCOLL, *Why worry about corruption?*, International Monetary Fund Economic Issues n. 6, 1997).

In secondo luogo, la corruzione danneggia la crescita e lo sviluppo perché disincentiva gli investimenti. Per gli investitori la corruzione accresce i rischi, accresce l'incertezza, aumenta i costi e le perdite di tempo che deve essere utilizzato per negoziare con politici

e amministratori (P. MAURO, *Corruption and growth*, Quarterly Journal of Economics, vol. 110, n. 3, 1995). Inoltre esistono varie ricerche che dimostrano che la corruzione, fra i suoi vari effetti nocivi, induce molte aziende ad entrare nell'economia non ufficiale (E. FRIEDMAN, S. JOHNSON, D. KAUFMANN, P. ZOIDO-LOBATON, *Dodging the grabbing hand: the determinants of unofficial activity in 69 countries*, Journal of Public Economics, vol. 76, 2000).

In terzo luogo la corruzione danneggia la crescita economica e lo sviluppo perché dove fornisce una possibilità di impiego più remunerativa del lavoro produttivo, sottrae talento e conseguentemente possibilità di crescita alle attività produttive (K. M. MURPHY, A. SHLEIFER, W. VISHNY, *The allocation of the talent: implication for growth*, The Quarterly Journal of Economics, vol. 106, n. 2, 1991).

Ma la corruzione non è causa solo di ingenti costi economici: alti sono anche i costi sociali che provoca perché compromette «*il principio di uguaglianza, minando le pari opportunità dei cittadini, così da rivelarsi uno dei fattori di disgregazione sociale*» (prefazione alla Relazione XX del Ministro per la Pubblica Amministrazione F. Patroni Griffi). I costi non economici della corruzione sono forse meno visibili, ma per questo ancora più insidiosi. La percezione di una corruzione diffusa favorisce il successo delle aziende e di coloro che si adeguano al “sistema” a discapito di quelle che si rifiutano di accettarne le condizioni; inoltre disaffeziona i cittadini nei confronti delle istituzioni democratiche, promuove le disuguaglianze ed innesca dinamiche di bassa fiducia nella legalità e imparzialità dell'azione pubblica, che a sua volta diventa fonte di diffusione di pratiche corruttive, determinando una contrazione della capacità sociale di percepire il disvalore del fenomeno stesso.

Per una mappatura dettagliata e ragionata dei settori economici in cui la corruzione è maggiormente radicata si faccia riferimento all'Osservatorio sulla criminalità organizzata, *Secondo rapporto trimestrale sulle aree settentrionali per la Presidenza della commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno mafioso*, Università di Milano, Aprile 2015.

Per avere invece una stima quantitativa del fenomeno corruttivo si rimanda a Libera, Legambiente, Avviso Pubblico, *Corruzione. La tassa occulta che impoverisce e inquina il Paese*, Ottobre 2012 che propone alcune stime sui costi della corruzione ed evidenzia il legame tra i livelli di corruzione e i livelli di sviluppo socio-economico. In particolare,

si mette in evidenza la stretta correlazione tra gli indici di misurazione della corruzione e i livelli di investimenti diretti e di crescita del PIL: la corruzione riduce gli investimenti, peggiora la qualità dei servizi destinati alla collettività e delle infrastrutture pubbliche, riduce le entrate fiscali e distorce la composizione della spesa pubblica. Oltre al danno economico, la corruzione danneggia la credibilità del sistema, disincentivando gli investimenti e frenando quindi lo sviluppo economico del Paese (*Relazione illustrativa della Legge 190/2012*).

Si rimanda infine a IRPA (Istituto di Ricerche sulla Pubblica Amministrazione), *Il fenomeno della corruzione in Italia: la mappa dell'Alto Commissario Anticorruzione*, 2012 (consultabile dal sito <http://www.irpa.eu/wp-content/uploads/2012/03/Mappa-corruzione-Italia.pdf>) per l'analisi e la ricostruzione delle aree maggiormente esposte, dei comportamenti devianti più diffusi e della conseguente elaborazione di una mappa dei "rischi" che permetta di individuare gli interventi di tipo correttivo, nell'ottica del conoscere il fenomeno per poter anticipare le contromisure atte a diminuire, se non a scongiurare, i rischi apprezzati in fase di analisi.

2.3 Il quadro normativo di riferimento

A distanza di poco più di due anni dalla sua emanazione, a giugno del 2015, è entrata in vigore la legge n. 69/2015, definita anche come la nuova legge anti-corruzione, che modifica in parte la legge n. 190/2012 e contiene nuove disposizioni in materia di delitti contro la PA, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio. Per un primo commento sulla nuova legge anticorruzione si rimanda all'articolo di A. CISTERNA, *In G.U. la legge 69/2015, c.d. anticorruzione: una mezza rivoluzione*, in *Il Quotidiano Giuridico*, 2015 mentre si rinvia a A. SPENA, *Dalla punizione alla riparazione? Aspirazioni e limiti dell'ennesima riforma anticorruzione (legge n. 69/2015)*, in *Studium Iuris*, n. 10, 2015 per un'analisi delle novità che la nuova legge introduce in tema di reati contro la PA. Nello specifico, viene evidenziato come la novella tenta di porre rimedio alle carenze della legge n. 190/2012 che di fatto aveva indebolito il sistema repressivo, riducendo le pene edittali per alcuni reati (e quindi abbreviando i termini di prescrizione), aumentando le fattispecie di reato (e di conseguenza il rischio che la ridefinizione del reato faccia ripartire il percorso processuale senza interrompere

la prescrizione) e lasciando scoperte alcune fattispecie, quali il falso in bilancio e l'antiriciclaggio, che sono strettamente connessi alla corruzione.

Infatti la legge n. 190/2012 (c.d. legge anticorruzione o legge Severino) ha in un certo senso riequilibrato l'approccio strategico, tradizionalmente focalizzato sull'aspetto repressivo, introducendo un ampio quadro preventivo in ambito amministrativo, ulteriormente irrobustito dall'adozione di un nuovo codice di comportamento dei dipendenti pubblici (d.P.R. n. 62/2013) e di tre decreti legislativi attuativi riguardo l'ineleggibilità dei pubblici ufficiali a seguito di condanne definitive per determinati reati contro la PA (d.lgs. n. 235/2012), gli obblighi di trasparenza (d.lgs. n. 33/2013) e l'inconferibilità e incompatibilità degli incarichi presso le amministrazioni e gli enti di diritto privato in controllo pubblico (d.lgs. n. 39/2013).

Un modello quello previsto dalla legge anticorruzione che da tempo veniva proposto dagli organismi internazionali impegnati nella lotta ai fenomeni corruttivi: pur nella revisione dell'insieme delle norme penali, le raccomandazioni e le linee guide erano nella direzione di superare la logica secondo cui la risposta istituzionale contro la repressione del fenomeno era solamente di tipo repressivo. La legge n. 190/2012 rappresenta quindi il primo tentativo nell'ordinamento italiano di dare organicità alla disciplina in materia di lotta alla corruzione e all'illegalità nella PA, intervenendo sia sul versante della repressione, sia su quello della prevenzione, adottando un approccio organico e multidisciplinare in un'ottica di promozione della trasparenza amministrativa, della legalità, dell'integrità e dell'etica nella PA nella convinzione che corruzione e illegalità si contrastano attraverso strumenti in grado di agire sulle condizioni ambientali che incidono negativamente sull'azione della PA.

In questi termini ha scritto F. DI CRISTINA, *La prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione (Legge 190/2012)*, Studium Iuris, n. 6, 2013, che evidenzia come la legge n. 90/2012 contiene, in un unico articolo con oltre ottanta commi, norme penali con fini di modifica, integrazione o perfezionamento del codice penale e un corposo ed articolato gruppo di norme che introducono nuovi strumenti di prevenzione tipici del diritto amministrativo che risentono dei modelli utilizzati nelle esperienze internazionali. La legge si inserisce nell'ambito di una rilevante attività legislativa volta all'organizzazione ed ai meccanismi di funzionamento della PA. L'azione riformatrice si è concentrata sugli obiettivi di miglioramento

dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità dell'attività amministrativa, non solo con misure volte a incidere sullo status del dipendente pubblico, ma anche attraverso il ricorso a strumenti atti a diffondere la cultura della valutazione, della qualità e della trasparenza, e a promuovere la semplificazione, la digitalizzazione, la revisione della spesa pubblica ed il contrasto della corruzione. Viene sottolineata l'importanza della correlazione tra *performance* e trasparenza per la prevenzione della corruzione: quest'ultima trova infatti maggiori opportunità di sviluppo in amministrazioni opache e poco concentrate sulla valutazione del merito, oltre che nell'eccesso di norme ed adempimenti burocratici.

Tuttavia, come evidenziato da alcuni autori, M. CLARICH, B. G. MATTARELLA, *La prevenzione della corruzione*, in B. G. MATTARELLA, M. PELISSERO (a cura di), op.cit., occorre evitare il rischio che l'intervento legislativo si traduca nella produzione di ulteriore burocrazia e che «*il PNA si risolva in un elenco di vaghe promesse ed enunciazioni di principio, i piani delle amministrazioni riproducano regole già scritte in leggi e codici di comportamento, i responsabili della prevenzione della corruzione interpretino il loro ruolo producendo carta, nelle forme di lettere di sollecito per preconstituirsì l'esonero di responsabilità*» (qui p. 63).

Per un approfondimento sulla legge anticorruzione e sui provvedimenti attuativi che privilegiano il momento della prevenzione a quello repressivo si rinvia inoltre a F. FERRARO, S. GAMBACURTA, *Anticorruzione. Commento alla riforma*, Maggioli, 2013 che evidenzia l'ampiezza di respiro della legge e dei suoi decreti di attuazione orientati ad un irrobustimento degli strumenti di prevenzione della corruzione e non semplicemente a una rivisitazione – sebbene importante – dei delitti contro la PA.

L'esigenza di conformarsi alla disciplina internazionale rispettando gli impegni presi aderendo alla convenzione ONU contro la corruzione del 2003 (*Convenzione di Merida*) e quelli comunitari del Consiglio d'Europa del 1999 (*Convenzione di Strasburgo*) e di dare una risposta alle istanze provenienti dall'opinione pubblica - seguiti a gravi episodi di corruzione - sono state le principali leve che hanno condotto all'emanazione di una più specifica e stringente disciplina anticorruzione.

Nel 1999 il Consiglio d'Europa aveva istituito il Gruppo di Stati contro la corruzione (GRECO) per «*migliorare la capacità dei suoi membri di contrastare la corruzione monitorando, attraverso un processo dinamico di valutazione reciproca e di pressioni*

tra pari, la conformità agli impegni assunti in questo campo», delineando le norme minime europee per la strutturazione di un quadro giuridico istituzionale che disciplinasse la lotta alla corruzione e formulando alcune raccomandazioni in ottica di prevenzione della corruzione, tra cui:

- l'adozione di programmi o piani anticorruzione;
- l'elaborazione e la prescrizione di standard etici coerenti e applicabili a tutti i funzionari pubblici;
- l'elaborazione e la prescrizione di standard chiari e vincolanti in materia di conflitto di interessi applicabili a tutti i soggetti che esercitano funzioni in seno alla pubblica amministrazione;
- l'introduzione di un sistema di protezione per i soggetti che, in buone fede, segnalano casi sospetti di corruzione all'interno della pubblica amministrazione (*whistleblowers*).

Nel 2003, il tema della prevenzione è stato quindi ripreso e trattato a livello comunitario dalla Commissione Europea che emanava la comunicazione n. (COM(2003)317), in cui sono riportati i dieci principi per migliorare la lotta alla corruzione:

- la previsione di una posizione specifica di dirigenti e responsabili dei processi decisionali;
- l'istituzione di appositi organismi di lotta contro la corruzione competenti e visibili;
- la piena accessibilità e meritocrazia nella gestione degli incarichi pubblici;
- l'adozione di strumenti di gestione della qualità e di norme di controllo e vigilanza;
- la promozione di strumenti di trasparenza;
- l'adozione di codici di condotta;
- lo sviluppo di sistemi di protezione per chi denuncia l'illecito;
- l'introduzione di norme chiare e trasparenti in materia di finanziamento ai partiti e controllo finanziario esterno.

Per una panoramica sulle raccomandazioni e gli obblighi che l'Italia è chiamata ad ottemperare si rimanda a S. BONFIGLI, *L'Italia e le politiche internazionali di lotta alla corruzione*, in F. MERLONI, L. VANDELLI op. cit.

Per un primo bilancio dello stato di attuazione della normativa anticorruzione che ne evidenzia luci e ombre offrendo possibili proposte di miglioramento si rimanda a ANAC, *Rapporto sul primo anno di attuazione della legge 190/2012*, 2013 mentre per una valutazione recente dell'attività e dei risultati ottenuti grazie all'adeguamento alla nuova normativa si legga ANAC, *Relazione annuale*, 2015.

Per una panoramica comparata delle esperienze internazionali in tema di politiche di prevenzione della corruzione si veda F. MONTEDURO, S. BRUNELLI, A. BURATTI, *La corruzione. Analisi delle esperienze internazionali*, FORMEZ, 2013 che, nell'esaminare i diversi ordinamenti e le esperienze più significative nelle strategie di prevenzione del rischio corruttivo incentrate sulla diffusione di standard etici, di pratiche amministrative e di metodi di controllo, evidenzia la posizione arretrata dell'Italia tra i paesi che riportano risultati concreti di contrasto alla corruzione.

Solo nel 2009, in un clima generale di sfiducia nei confronti degli apparati pubblici avvertiti come improduttivi e distanti dai bisogni dei cittadini, nell'ambito della legge n. 15/2009 e del successivo d.lgs. n. 150/2009, attuativo della legge delega, meglio conosciuto come riforma Brunetta, vengono affrontati in modo organico temi nuovi e tra di loro strettamente connessi all'interno della PA, quali la valutazione delle *performance* organizzativa e individuale, la premialità e la trasparenza. Il d.lgs. n. 150/2009 ha pertanto delineato i primi passi atti a rafforzare la cultura dell'integrità pubblica quale parte di misure più ampie, riprese e valorizzate dalla legge anticorruzione nel 2012: vengono fissati i primi standard di trasparenza nell'accezione anglosassone di *total disclosure*, ovvero non solo trasparenza amministrativa ma anche gestionale, organizzativa e di risultato, volti a favorire il controllo dell'azione pubblica da parte dei cittadini e la responsabilizzazione dei lavoratori in quanto chiamati a rendere conto dei risultati ottenuti. Al riguardo si rinvia a P. MASTROGIUSEPPE, *Una visione d'insieme della riforma*, in P. MASTROGIUSEPPE, R. RUFFINI (a cura di), *La riforma del lavoro pubblico tra continuità e innovazione*, IPSOA, 2010.

Come era stato fatto dalla legge n. 150/2009, in tempi recenti la legge n. 124/2015 contenente *Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*, e meglio conosciuta come legge Madia, cerca di rimettere al centro dell'attenzione la riforma della PA individuando strumenti e principi da implementare in ottica di trasparenza delle risorse umane e finanziarie. Tra i primi provvedimenti

adottati, riveste un ruolo significativo il d.lgs. n. 97/2016 (noto come la versione italiana del *Freedom of Information Act* - FOIA) che riscrive il d.lgs. n. 33/2013 sulla trasparenza e ne amplia la portata: da una trasparenza funzionale a rendere nota l'organizzazione della PA a una trasparenza intesa come accesso civico ovvero quale diritto generale, incondizionato, illimitato ed indipendente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti (a differenza di quanto previsto dalla legge n. 241/1990 che richiedeva che la richiesta fosse motivata per tutelare l'interesse legittimo, personale e concreto), in capo a ciascun cittadino ad accedere agli atti ed ai dati posseduti dalla PA (una sorta di smaterializzazione del diritto di accesso) al fine precipuo di favorire forme diffuse di controllo e disincentivare l'adozione di provvedimenti dannosi o vantaggiosi solo per alcuni a svantaggio di altri. Per una dettagliata analisi del nuovo intervento si rinvia a L. OLIVIERI, *La riforma della trasparenza. Come cambia il d.lgs. n. 33/2013*, Maggioli Editore, 2016.

2.4 La specificità del settore sanitario

Come si è visto nel primo capitolo, nel settore sanitario vengono gestite e movimentate ingenti quantità di denaro, che si rinnovano frequentemente. Proprio per la consistenza della spesa e degli interessi economici che ruotano attorno al settore, questo risulta particolarmente esposto a differenti tentativi di condizionamento illecito: spese inutili, contratti conclusi senza gara, gare 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.

Tuttavia anche nel settore della sanità non è possibile misurare la corruzione in maniera precisa e determinare con esattezza l'impatto economico e sociale che essa provoca in quanto entrano in gioco numerosi fattori quali la discrezionalità medica, le dimensioni economiche e strutturali del servizio pubblico, la numerosità e la tipologia dei soggetti coinvolti, la quantità e la natura dei servizi erogati la cui domanda risulta anelastica, le difficoltà di controllo sistemico e i numerosi interessi contrapposti dei diversi attori coinvolti. Numerosi studi hanno però evidenziato che la corruzione in sanità trova un terreno più favorevole laddove le norme sociali sono più deboli e le pratiche corruttive sono maggiormente tollerate e giustificate. In particolare W. SAVEDOFF, K.

HUSSMANN, *Why are health systems prone to corruption?*, Global Corruption Report, Transparency International, 2006, sostengono che l'estensione del fenomeno della corruzione nel settore sanitario è un riflesso della società in cui esso opera: è meno frequente laddove è presente un maggiore rispetto delle regole, delle leggi e della trasparenza e laddove il settore pubblico è regolato da efficaci codici civili e forti meccanismi di *accountability*. Così anche T. VIAN, *Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions*, in *Health policy and planning*, n. 23, 2008 riporta tra i principali fattori individuati dalla letteratura facilitanti la corruzione il regime di monopolio, la discrezionalità, la mancanza di responsabilità, di trasparenza e di validi deterrenti. Le opportunità di corruzione sono maggiori in quei contesti in cui lo stato detiene un potere monopolistico e discrezionale ovvero dove non esiste un adeguato controllo o una scarsa responsabilità per le decisioni prese e i risultati ottenuti, indicando quali validi strumenti per ridurre il fenomeno la separazione tra chi paga e chi eroga il servizio, le esternalizzazioni e le privatizzazioni. Contrariamente lo studio condotto da R. LAGRAVINESE, M. PARADISO, *Corruption and health expenditure in Italy*, Munich Personal RePEc Archive, 2012 evidenzia come nel caso italiano la decentralizzazione della spesa sanitaria abbia di fatto favorito la corruzione così come la privatizzazione dei servizi sanitari non abbia ridotto il fenomeno, confermando che dove la corruzione è sistemica per combatterla occorrono sistemi appropriati di *governance*, adeguati controlli istituzionali e processi trasparenti.

Negli ultimi decenni il problema della corruzione in sanità e delle risorse distolte dalle loro finalità ha acquisito una rilevanza crescente anche per il venir meno, come si è già detto, delle risorse a disposizione. Così il fenomeno è divenuto ambito di osservazione e di analisi da parte degli studiosi sotto diversi punti di vista, sia al fine di giungere all'elaborazione di una definizione in grado di descriverla e misurarla in modo quanto più compiuto, sia per meglio comprenderne le dinamiche in modo da riconoscerla e combatterla ovvero prevenirne il rischio. A tal riguardo si veda F. DUNCAN, *Corruption in the health sector*, USAID Bureau for Europe & Eurasia, Office of Democracy and Governance, 2003; J. C. KOHLER, *Fighting corruption in the health sector: methods, tools and good practices*, United Nations Development Programme, 2011; M. LEWIS, *Governance and corruption in public health care systems*, Center for global development, Working paper n. 78, 2006.

Per un'analisi dettagliata del fenomeno corruttivo, degli sprechi e delle inefficienze che minano, in un'ottica di medio termine, la sostenibilità del nostro sistema sanitario si faccia riferimento a AA.VV., *Libro bianco sulla corruption in sanità*, ISPE, 2012. I numerosi scandali oggetto di cronaca di questi ultimi anni hanno evidenziato che la corruzione in sanità, nelle sue diverse eccezioni, è un fenomeno presente in tutte le regioni italiane e in crescita o, per lo meno rispetto al passato, meglio riconosciuta e riportata alla ribalta delle cronache. C'è chi al riguardo mette in guardia dal diffidare chi fornisce dati incerti e poco rigorosi che si prestano ad essere «*strumentalmente utilizzati per evocare scenari di parziale fallimento del nostro servizio sanitario nazionale, tanto da richiederne una profonda rivisitazione dei suoi principi fondanti, di universalismo, equità e solidarietà [...] dobbiamo e possiamo preservare e migliorare un sistema che si è dimostrato più efficiente e più equo di qualunque altro modello. Anche quando si affrontano temi spinosi e delicati come quello della corruzione, dobbiamo farlo sempre senza remore e tentennamenti, ma con il rigore dei ragionamenti, la determinazione delle volontà e la sobrietà delle parole*»⁽²²⁾.

Per capire come la sanità faccia gola non soltanto ai mafiosi, ma anche ad altre cordate criminali (non mafiose), fatte da imprenditori, liberi professionisti, medici, dirigenti pubblici e politici con cui i mafiosi tessono relazioni muovendosi con più discrezione e senza creare allarme sociale né sollecitare azioni di risposta da parte delle autorità preposte al controllo si veda l'analisi condotta da V. METE, *Mafie ed aree grigie nel campo della sanità*, in *Rivista delle Politiche Sociali*, n. 4 supplemento, 2012, pp. 227-241, ma anche l'analisi di U. ASCOLI, R. SCIARRONE, *Welfare, corruzione e mafie*, in *Politiche Sociali*, Il Mulino, n. 2, 2015, pp. 219-226. La sanità è appetibile per le mafie, non solo per le occasioni di arricchimento che ne possono derivare o come attività di riciclaggio (casa di cura, laboratori di analisi, società di fornitura di beni e servizi sono attività economiche dalle quali è possibile far transitare il denaro frutto dei traffici illeciti) ma anche perché è una delle fonti principali di reddito e di lavoro in alcune zone del paese oltre che «*crocevia di relazioni sociali che attengono ai bisogni essenziali dei cittadini e, dunque, poter controllare, nel pubblico o nel privato, le strutture e gli operatori (non solo i medici) preposti all'erogazione di prestazioni*

⁽²²⁾ N. DIRINDIN, A. BIANCO, *La corruzione in sanità e quelle cifre "sparate" alla vigilia del Def*, in *Quotidiano sanità*, aprile 2016.

sanitarie costituisce una risorsa molto importante che i mafiosi possono usare per alimentare il loro prestigio e la loro reputazione nella società locale. La discrezionalità e l'incertezza, specie in momenti delicati quali sono quelli della malattia, sono 'gestite' in maniera clientelare dai mafiosi...» ⁽²³⁾.

La *Relazione dell'Unione sulla lotta alla corruzione* n. (COM(2014)38) sottolinea come la sanità sia un settore particolarmente vulnerabile alla corruzione, in particolare per quanto concerne appalti e industria farmaceutica. Ma il problema della corruzione in sanità va oltre a questi ambiti così come evidenziato nella *Relazione annuale* della Corte dei Conti del 2011: «*in sanità si intrecciano veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattive gestioni, talvolta favorite dalla carenza dei sistemi di controllo*», in questo modo l'inappropriatezza organizzativa e gestionale alimentano le già negative conseguenze causate dagli episodi di corruzione.

Il *Global Corruption Report 2006: corruption and health*, redatto da Transparency International individua tre fattori specifici (o *drivers*) facilitanti la corruzione nel settore sanitario: l'asimmetria informativa, tra personale sanitario e pazienti e tra aziende produttrici di dispositivi medici e pubblici ufficiali responsabili della spesa sanitaria; la complessità del sistema sanitario che rende difficile raccogliere ed analizzare informazioni, promuovere la trasparenza, individuare e prevenire la corruzione; l'incertezza del mercato della sanità, inteso come difficoltà per i *policy-makers* di prevedere, al fine di allocare le risorse, la diffusione di malattie così come i costi e l'efficacia delle cure. A questo si aggiunge un pervasivo conflitto di interessi, che si verifica quando gli interessi sanitari primari – ovvero la salute dei pazienti e la veridicità dei risultati di ricerca – tendono ad essere influenzati da interessi secondari quali il guadagno economico e i vantaggi personali.

AA.VV., *Corruzione e sprechi in sanità*, Transparency International Italia, 2013, identifica tra gli altri fattori che alimentano la corruzione in sanità il basso livello di *accountability* del personale pubblico, i bassi standard etici degli operatori pubblici, gli ampi poteri e la discrezionalità nelle scelte aziendali e ospedaliere. Così AA.VV., *Curiamo la corruzione. Percezione rischi e sprechi in sanità*, Transparency International Italia, 2016 evidenzia come dal punto di vista formale, le strutture sanitarie e ospedaliere del SSN rispettino le norme sull'anticorruzione ma dal punto di vista

⁽²³⁾ Cfr. V. METE, *Mafie ed aree grigie nel campo della sanità*, op. cit., qui p. 228.

sostanziale, solo una su quattro ha individuato i rischi di corruzione e le misure di prevenzione, mentre tre su quattro hanno adottato documenti vuoti o privi di strategie anticorruzione, non svolgendo l'analisi dei rischi o non prevedendo possibili misure di contrasto e prevenzione.

Nella stessa ottica di miglioramento e di promozione dell'integrità nel settore sanitario il *Manuale anti-corruzione per personale della sanità. Buone pratiche e strumenti anticorruzione per il settore sanitario*, redatto da Trasparency International Italia nel 2014, propone alcuni tra gli strumenti da adottare per fronteggiare le opportunità di corruzione, frode o, più genericamente, spreco di risorse nella sanità.

In ambito europeo si rinvia invece alla dettagliata ricerca di AA.VV., *Study on corruption in the healthcare sector*, European Commission, 2013 che analizza la situazione del fenomeno corruttivo e delle frodi in ambito sanitario nei diversi stati membri, identificandone le cause e gli effetti e tentando di delineare alcune strategie per contrastarle.

La ricerca dell'OECD, *Consequences of corruption at the sector level and implications for economic growth and development*, OECD Publishing, 2016 dedica un'analisi specifica sulle conseguenze della corruzione nel settore della sanità. Viene evidenziato come esistono numerosi studi che identificano una stretta correlazione tra i livelli percepiti di corruzione e l'ammontare di spesa disponibile per i programmi e i servizi di salute: alti livelli di corruzione percepita sono associati a minori livelli di spesa nei servizi sanitari e sociali e a risultati più scarsi. Infatti l'effetto più immediato della corruzione è l'aumento dei costi dovuto ai prezzi gonfiati e/o la riduzione dell'efficacia della spesa sanitaria dovuta ad una cattiva allocazione delle risorse. Viene messo in evidenza come la corruzione politica riduce complessivamente l'allocazione del budget per la sanità, mentre la corruzione amministrativa tende ad aumentare i fondi disponibili per gli appalti. In questo modo, la corruzione distorce la quantità e il tipo di *inputs* selezionati e acquistati (incluso il personale, le medicine e i dispositivi medici)

Per un approfondimento dei contenuti della legge 190 del 2012 e della sua applicazione in sanità, si rinvia a P. PREVITALI, *Lotta alla corruzione: dalla 231 alla legge 190 per una Sanità etica e appropriata*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 2, 2014.

Per una definizione dei macro-gruppi di illegalità riferibili al settore sanitario si faccia riferimento a G. DOMENIGHETTI, *Frode e corruzione nel settore sanitario*, Janus

online, 2013 (<http://janusonline.it/news/frode-e-corruzione-nel-settore-sanitario>). L'autore identifica due gruppi in particolare. Al primo gruppo appartengono le frodi ad impatto prevalentemente clinico e scientifico che si ripercuotono sulla salute dei cittadini-pazienti e, indirettamente, sui costi complessivi della sanità. A questa categoria appartengono le prestazioni palesemente non adeguate o inutili per la diagnosi o la terapia del problema di salute del paziente (per esempio sottoporre ad interventi chirurgici, TAC, risonanze magnetiche, esami specialistici pazienti le cui condizioni sanitarie non richiedono questi esami), tangenti o benefits in cambio di prescrizioni di farmaci o di acquisti di particolari tecnologie, fingersi quale autore di ricerche, editoriali scientifici o libri condotti o scritti da altri (*ghostwriting*), falsificazione, manipolazione o costruzione di dati e risultati delle ricerche cliniche.

Al secondo gruppo appartengono le frodi ad impatto prevalentemente economico che tuttavia potrebbero avere anche un impatto sulla salute dei pazienti: fatture per prestazioni non effettuate, sovrapprezzo di prestazioni (per esempio una visita di 20 minuti fatturata come se fosse di 40 minuti; «pacchetti» di analisi di laboratorio fatturate separatamente; terapie di gruppo fatturate come individuali), false certificazioni, richiesta di pagamenti supplementari informali ai pazienti per ricevere prestazioni sanitarie a cui hanno diritto, ricevere o dare tangenti per aver inviato analisi ad un laboratorio piuttosto che ad un altro oppure aver inviato un paziente ad uno specialista o a un istituto di cura.

La quantificazione del danno economico è possibile solo per le prestazioni inadeguate o inutili quando non vi sia stato un danno sanitario per il paziente, mentre una quantificazione non è praticamente possibile per le conseguenze della manipolazione e della falsificazione scientifica della ricerca, viste le innumerevoli variabili che intervengono nella stima monetaria del danno. A tal riguardo si rinvia alle analisi di J. GEE, M. BUTTON, *The financial cost of healthcare fraud*, 2013, reperibile dal sito <http://www.port.ac.uk/departments/academic/icjs/centreforcounterfraudstudies/documents/filetodownload,182354,en.pdf>, e M. A. GOLDEN, L. PICCI, *Proposal for a new measure of corruption illustrated with italian data*, in *Economics and Politics*, n. 17/1, 2005.

Secondo le stime dell' *European Healthcare Fraud and Corruption Network* (Ehfcn), l'ammontare della frode a impatto prevalentemente economico rappresenta il 5,6% delle

risorse europee investite nel settore sanitario. Se si volge lo sguardo all'ambito italiano, per una quantificazione dei reati di corruzione si rinvia ai dati forniti dalle relazioni della Guardia di Finanza e a quelli della Corte dei Conti. Nella sezione dedicata ai danni erariali nella gestione della spesa sanitaria della *Relazione del procuratore generale Salvatore Nottola*, in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2015, risulta che complessivamente, tra citazioni, sentenze di primo grado e definitive i danni patrimoniali al comparto sanità ammontano nel 2014 a 184 milioni di euro anche se la Corte evidenzia che i possibili danni potrebbero ammontare ad oltre 555,8 milioni di euro.

Ma la stima dell'impatto della corruzione sulla spesa sanitaria non è di facile quantificazione per la sua natura prevalentemente sommersa e per la presenza di fenomeni indiretti difficilmente correlabili ad essa, così come evidenziato da M. BRUNETTI, G. ALLENA, *I costi dell'illegalità*, in *Politiche sanitarie*, Il Pensiero Scientifico Editore, n. 14(3), 2013. In Italia, secondo G. CARPANI, *I settori «caldi»: la sanità*, in F. MERLONI, L. VANDELLI op.cit., va ricercata nella peculiare organizzazione delle aziende sanitarie - che non trova analogie nell'ordinamento - una delle possibile cause del dilagare del fenomeno: concentrare la *governance* delle aziende sanitarie nella figura di un solo organo monocratico - il direttore generale - rischia di realizzare «una eccessiva contiguità tra il direttore e gli interlocutori privati dell'azienda, terreno fertile per il maturare di scelte non sempre scevre da condizionamenti e propizio al prevalere di interessi di parte, se non frutto di disegni corruttivi opposti all'interesse dell'amministrazione. La qualità e quantità dei poteri affidati al direttore gli consentono, infatti, di acquisire un peso, una visibilità ed una influenza nel contesto ove opera l'azienda in grado di configurarlo come un operatore rilevante nelle dinamiche che guidano l'acquisizione del consenso e la contemperazione degli interessi, insomma un attore rilevante nelle dinamiche politico-istituzionali ed economiche locali» (qui p. 456).

Si rimanda infine a G. D'ALESSIO, *L'applicazione della normativa su anticorruzione e trasparenza nelle amministrazioni sanitarie*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, n. 6, 2014 che evidenzia come la normativa anti-corruzione, pur contenendo affermazioni e definizioni di carattere generale, prevede un significativo numero di disposizioni dedicate specificatamente alle aziende sanitarie, quasi a

sottolineare il bisogno del legislatore di dettare regole in misura più consistente nel settore della sanità rispetto ad ogni altro tipo di amministrazione.

2.5 Gli ambiti soggetti alla corruzione nella sanità

È la stessa legge anticorruzione che identifica gli ambiti maggiormente a rischio:

- le attività legate al rilascio di autorizzazione o concessione;
- la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi,
- la concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- i concorsi e le prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera

I dati contenuti nella *Relazione di inaugurazione dell'anno giudiziario (2015)*, confermano anche per il settore sanitario che le fattispecie illecite maggiormente ricorrenti si annidano proprio nei settori già individuati dalla legge: assunzioni ed inquadramenti irregolari, irregolarità nell'assegnazioni degli appalti pubblici e non corretta esecuzione di lavori, forniture, servizi, falsificazione di atti.

Così la ricerca dell'ISPE (*Libro bianco sulla corruption in sanità, 2012*) individua tra gli ambiti maggiormente permeati di fenomeni corruttivi quelli del *procurement*, delle nomine, della farmaceutica, la negligenza e la sanità privata. Mentre in AA.VV., *La prevenzione e il contrasto dell'illegalità nella tutela della salute - Rapporto introduttivo*, Coripe, Avviso Pubblico e Gruppo Abele, 2013 vengono riportati cinque ambiti in cui la corruzione rischia di inficiare l'operato sanitario virtuoso: il mercato delle prestazioni sanitarie, nel quale i professionisti possono influenzare sia la domanda che l'offerta di prestazioni; l'informazione scientifica, che impiega ingenti capitali per la ricerca, provenienti in gran parte da aziende produttrici di tecnologia o farmaci; l'intramoenia, che prevede l'erogazione di prestazioni professionali al di fuori dell'orario ma all'interno del luogo di lavoro pubblico; le società scientifiche, che definiscono gli standard di cura e le norme etiche di comportamento dei propri membri; le associazioni di pazienti chiamate a partecipare alle decisioni pubbliche, che presentano strutture, composizioni e finanziamenti non sempre chiari.

A questo si aggiunge la constatazione contenuta nell'editoriale di AA.VV., *Mafia e sanità. I nuovi appetiti della criminalità*, Rivista monografica Narcomafie, giugno 2015 che «nel mondo sanitario si ritiene più opportuno non parlare e tanto più non esporsi. Perché la sanità costituisce tradizionalmente un sistema ad alto grado di omertà» e un'attività – peraltro non nuova - di grande interesse per le organizzazioni criminali. Attraverso quelli che vengono definiti i varchi normativi, organizzativi ed etici le organizzazioni mafiose si insinuano perché hanno «ben presenti tutti i vantaggi che [possono] ottenere dalla penetrazione in questo settore»: reinvestire il denaro illegale, ottenere importanti profitti attraverso appalti, concessioni e convenzioni vantaggiose, avere a disposizione un ampio bacino di posti di lavoro (anche di un certo livello professionale e di prestigio sociale) in un momento in cui la disoccupazione ha raggiunto quote significative, poter scegliere in modo clientelare i lavoratori per avere consenso e dipendenza.

2.5.1 In particolare, la gestione degli appalti

Anche nel settore sanitario e socio-sanitario, i contratti delle stazioni appaltanti, degli enti e dei soggetti aggiudicatori, aventi per oggetto l'acquisizione di servizi, prodotti, lavori e opere, ora disciplinati dal d.lgs. n. 50/2016 (c.d. nuovo codice degli appalti) che sostituisce il d.lgs. n. 163/2006 e ss.mm., rappresentano uno degli ambiti che più si presta a distorsioni e opacità di diverso genere, difficilmente controllabili per scarsità di informazioni e per la complessità dei contratti.

Ampia letteratura attribuisce alla gestione degli appalti una generale e maggiore permeabilità alla corruzione per via dell'utilizzo di ingenti somme di denaro pubblico, che attirano interessi illeciti; per la forte polverizzazione della domanda in capo ad una molteplicità di pubbliche amministrazioni e organismi di diritto pubblico, più facilmente sottratti ai controlli e alle regole previste dalla disciplina nazionale; per la complessità della disciplina e il quadro di instabilità normativa che caratterizza il settore che favoriscono il verificarsi di fenomeni patologici; per gli ampi margini di criticità e discrezionalità contenuti nelle diverse fasi del processo. Sul tema si rinvia all'analisi di G. FIDONE, *La corruzione e la discrezionalità amministrativa: il caso dei contratti pubblici*, in *Giornale di diritto amministrativo* n. 3, 2015 e alla sua *Relazione per il*

seminario 'Prevenzione della corruzione nella riforma della P.A. e nella nuova disciplina dei contratti pubblici', novembre 2015; mentre per un inquadramento generale del fenomeno corruttivo nel settore degli appalti si rimanda innanzitutto a G.M. RACCA, *La prevenzione e il contrasto alla corruzione nei contratti pubblici*, in B.G. MATTARELLA, M. PELLISSERO (a cura di), *La legge anticorruzione. Prevenzione e repressione della corruzione*, Giappichelli Editore, 2013, a F. DI CRISTINA, *La corruzione negli appalti pubblici*, in *Rivista Trimestrale di Diritto Pubblico* n. 1, 2012 e a G. PIPERATA, *Contrattazione pubblica e lotta alla corruzione. Uno sguardo alle recenti riforme amministrative italiane*, in *Federalismi.it*, n. 16, 2015.

Il rischio di corruzione incombe su differenti aspetti della procedura degli appalti: dalla definizione del fabbisogno, alla scelta del contraente, dall'esecuzione del contratto stipulato all'esito della gara, dai momenti preliminari dell'individuazione dell'oggetto stesso della procedura concorsuale alla progettazione del bando, nella fase di esecuzione del servizio.

Il principio di trasparenza va dunque assicurato in tutte le fasi del ciclo della contrattazione pubblica. Al riguardo sono state introdotte apposite misure con l'intenzione di contrastare quei fenomeni corruttivi che in tale contesto trovano un ambito ideale di manifestazione. Alcune di queste misure sono già presenti nella l. n. 190/2012 che nel disciplinare uno strumento, un istituto o un'azione, prendono in considerazione specifiche peculiarità o esigenze del settore negoziale delle pubbliche amministrazioni. In altri casi, invece, il legislatore si occupa specificatamente del settore dei contratti pubblici, introducendo innovativi meccanismi pensati proprio per ridurre i rischi di corruzione in tale settore, tra questi la c.d. *white list*, i protocolli di legalità e il *rating* etico. Sui protocolli di legalità si rinvia a G. FERRARI, *Il c.d. protocollo di legalità nell'affidamento degli appalti pubblici*, in *Giornale di Diritto Amministrativo*, 2011, mentre all'istituzione delle *white list* e del *rating* etico si rinvia a T. TOMASI, *Il rating di legalità come premio per le imprese virtuose*, in *Le Nuove Leggi Civili Commentate*, n. 1, 2015; a Assomine, *Circolare n. 16/2014 - La disciplina in materia di rating di legalità*, in *Riviste delle società*, n. 4, 2014.

Con il decreto legge n. 90/2014, convertito nella l. n. 144/2014, sono state quindi contemplate nel settore dei pubblici affidamenti ulteriori misure anticorruptive e rafforzate quelle esistenti all'art. 32 rubricato "*Misure di gestione, sostegno e*

monitoraggio di imprese nell'ambito della prevenzione della corruzione". In particolare sul nuovo ruolo assunto dall'ANAC si rimanda a F. DI CRISTINA, *La nuova vita dell'Anac e gli interventi in materia di appalti pubblici in funzione anticorruzione*, in *Giornale di Diritto Amministrativo*, 2014 e a N. PARISI, M. L. CHIMENTI, *Il ruolo dell'A.N.A.C. nella prevenzione della corruzione in materia di appalti pubblici*, in *Diritto del commercio Internazionale*, n. 2, 2015.

C'è chi, invece, ha avanzato riserve e critiche sulle misure previste in termini di efficacia ai fini della prevenzione della corruzione e il regime di trasparenza tra questi L. GIAMPAOLINO, *Le misure anticorruzione negli appalti: rimedio adeguato al male?*, in *giustamm.it.*, n. 7, 2014.

A livello europeo, gli appalti vengono ora visti, oltre che come strumento di promozione del mercato comune e della concorrenza, anche come strumento di sostegno della crescita economica e di integrazione territoriale in ambito europeo soprattutto in questo momento di perdurante recessione e di restrizioni di bilancio. Per questo motivo è particolarmente sentita la necessità di adottare politiche comuni per il contrasto della corruzione. In particolare le recenti direttive 23/2014/UE, 24/2014/UE e 25/2014/UE evidenziano la necessità di cambiare rapporto tra le stazioni appaltanti della PA e le imprese affinché si crei un rapporto ben prima della gara d'appalto, come a dire che «*la bontà di ciascuna impresa nasce nella misura in cui si rapporta alla PA in modo virtuoso*» (cfr. N. PARISI, *Il ruolo dell'ANAC nella gestione di appalti e forniture*, Intervento al Seminario di "Illuminiamo la Salute" – Certosa di Avigliana 5, 6 novembre 2014).

Uno studio presentato all'Europarlamento e realizzato per conto dell'OLAF (ufficio antifrodi dell'Ue) tra il marzo 2012 e giugno 2013 dalla società PRICE WATERHOUSE COOPERS, *Identifying and Reducing Corruption*, in *Public Procurement in the EU*, in collaborazione con l'Università di Utrecht dimostra come i mercati corrotti siano tra i principali ostacoli alla ripresa economica e il settore degli appalti pubblici quello più a rischio di infiltrazioni corruttive. La stretta connessione tra appalti e corruzione viene messa in evidenza anche nel *Libro Verde della Commissione Europea sulla modernizzazione della politica dell'UE in materia di appalti pubblici* in cui si legge che gli appalti pubblici in tutti i paesi europei rappresentano «*un'area in cui è particolarmente forte il rischio di prassi commerciali scorrette, come conflitti di*

interessi, favoritismi e corruzione...Si richiedono meccanismi efficaci per prevenire prassi commerciali scorrette negli appalti pubblici non soltanto per garantire pari condizioni di concorrenza e per assicurare l'uso efficiente del denaro dei contribuenti, ma anche per contribuire in modo significativo al successo della lotta globale contro la criminalità economica».

Proprio per questo motivo, le stazioni appaltanti sono chiamate, attraverso un ruolo più attivo, competente e professionale a svolgere una funzione essenziale per una crescita economica e sociale integrata che facilita la partecipazione delle piccole e medie imprese alle gare di appalti pubblici, per la realizzazione di un mercato improntato alla massima concorrenza, efficienza e qualità dei servizi offerti che non lasciano spazio alla corruzione. In quest'ottica le recenti direttive, promosse dal legislatore europeo e recepite con il nuovo codice degli appalti (d.lgs. n. 50/2016), individuano nella semplificazione normativa e nell'uso corretto della discrezionalità gli strumenti più idonei ad accrescere i livelli di efficienza, a determinare una maggiore consapevolezza delle scelte affrontate e una riduzione della asimmetrie informative assicurando la piena legalità dell'azione amministrativa.

Questo però non significa, secondo L. DONATO (a cura di), *La riforma delle stazioni appaltanti. Ricerca della qualità e disciplina europea*, in Quaderni di Ricerca Giuridica, Banca d'Italia, n. 80, 2016, che incrementare la discrezionalità a disposizione delle pubbliche amministrazioni sia immune da rischi di abuso e patti corruttivi. Sarebbe dunque opportuno che la garanzia del margine di discrezionalità delle pubbliche amministrazioni fosse controbilanciata sia dall'aumento della trasparenza che da una profonda rivisitazione del sistema dei controlli ed accompagnata da una crescente responsabilizzazione e professionalità dei lavoratori coinvolti. La prevenzione dai fenomeni di corruzione (*active waste*) e dall'incompetenza professionale (*passive waste*) deve passare, da un sistema articolato su due livelli normativi: uno, di *soft law*, affidato all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e uno, di autoregolamentazione sulla qualità dei processi, interno alle stesse stazioni appaltanti. Viene infatti evidenziato come «*nell'eterna diatriba "regole versus discrezionalità" l'ago della bilancia tende a spostarsi verso la seconda: l'esperienza mostra come anche la complicazione delle norme, l'incertezza dell'individuazione a monte delle esigenze pubbliche e la carenza delle progettazioni tecniche possano costituire un terreno fertile per la corruzione e per*

gli sprechi. Il circuito virtuoso può avviarsi solo ove gli organi dell'amministrazione siano effettivamente all'altezza del compito loro attribuito: i punti chiave della riforma sono quindi lo sviluppo della professionalità delle stazioni appaltanti e l'introduzione di criteri di qualità, efficienza e trasparenza, superando l'attuale regime di regole e controlli di stampo burocratico ed autoritativo» (qui pp. 12-13).

2.5.2 La gestione dei lavoratori

Come si è visto, la selezione e la gestione delle risorse umane, insieme agli appalti risulta l'ambito maggiormente esposto ad opacità e illegalità in quanto fortemente esposta alle pressioni clientelari, favorendo l'assunzione di personale scelto non per il merito e la competenza ma perché politicamente 'raccomandato' o per parentela, compiacente o con scarsa capacità professionale e con «*conseguente disorganizzazione amministrativo-burocratica che favorisce le zone grigie, impedisce l'intervento della magistratura rendendo difficoltoso qualsivoglia opera di bonifica gestionale*»⁽²⁴⁾. Si rinvia a FUNZIONE PUBBLICA, *Elenco esemplificazione rischi* per un'elencazione dei possibili ambiti di rischio nel settore della gestione del personale e a R. DI TELLA, W. D. SAVEDOFF, *Shining light in dark corners*, in R. DI TELLA, W. D. SAVEDOFF, *Diagnosis corruption*, Inter-American Development Bank, 2001 per una dettagliata analisi degli abusi più frequenti da parte dei lavoratori: assenteismo, dedicare minor tempo alle visite e all'attività professionale in orario di lavoro per le proprie attività private, furti di materiale medico e farmaci, pagamenti in nero per prestazioni di servizi o per ottenere migliori attenzioni, favoritismi negli appuntamenti e nelle promozioni, uso non autorizzato di dispositivi medici e/o materiale del servizio pubblico per visite private, rinvii non necessari a consultazioni e visite private, induzione a visite e interventi medici non necessari, numero chiuso di accesso alle facoltà di medicina.

⁽²⁴⁾ Cfr. F. FRAIOLI, *La prevenzione della corruzione e la trasparenza: strumenti per il contenimento della spesa sanitaria e per la salvaguardia della fiducia dell'utenza*, Relazione al Convegno organizzato dalla ASL n. 1 dell'Umbria per la Giornata della trasparenza dal titolo "Un anno di lavoro. Prevenzione della corruzione e trasparenza, acceleratori della riorganizzazione", 26 marzo 2014.

In una sorta di circolo vizioso, la gestione poco trasparente del personale contribuisce a sua volta ad alimentare i fenomeni di c.d. «mala amministrazione», ovvero quei comportamenti che – senza (ancora) violare la legge penale – creano però il terreno favorevole per deviazioni ben più gravi, e di malessere organizzativo che coinvolgono non esclusivamente i lavoratori dipendenti del settore pubblico ma anche i lavoratori che, pur dipendendo da società affidatarie di appalti di servizi o personale somministrato o in forza di incarichi di consulenza, gravita intorno al mondo della sanità, incidendo in ultima analisi sulla qualità dei servizi offerti.

La responsabilità disciplinare rappresenta quindi una leva importante sebbene parziale di contrasto alla «mala amministrazione» che tuttavia ha il pregio di chiamare in causa la responsabilità individuale di ogni lavoratore; il mancato rispetto degli standard etici all'interno di un'organizzazione non è solo una questione individuale ma è anche e soprattutto una questione sociale ed organizzativa. Sul tema si rimanda a P. BARRERA, *La responsabilità disciplinare dei dipendenti pubblici*, in F. MERLONI, L. VANDELLI op.cit.; B.G. MATTARELLA, *La responsabilità disciplinare*, in *Giornale di Diritto Amministrativo*, n. 1, 2010; A. FIONDA, *Riflessioni attuali su corruzione e gestione delle risorse umane nel pubblico impiego*, in *ADAPT Bollettino*, n. 15, 2015.

Inoltre tra i diversi strumenti preventivi della corruzione interni all'amministrazione pubblica nell'ambito della gestione del personale una misura importante è rappresentata dalla rotazione del personale addetto alle aree a rischio, di cui la legge 190/2012 si occupa in più parti. Come evidenziato dall'Osservatorio istituito presso l'Università degli Studi di Milano (www.cross.unimi.it), relativo al fenomeno della Criminalità organizzata, il fenomeno della corruzione è mutato verso un'area grigia dove operano funzionari e dirigenti che, al di là della corresponsione di una somma economica illecita, elargiscono favori a fronte di promesse di carriere o di profitti in imprese a loro collegate.

Pertanto, come cita il PNA, uno degli strumenti più utili per prevenire la corruzione è rappresentato dalla rotazione del personale: *«l'alternanza riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione»*, allontanando la consuetudine e la prassi, che possono finire per favorire coloro che sono capaci di intessere relazioni con i dipendenti e dirigenti

inamovibilmente inseriti in un certo ruolo, a discapito di altri ledendo, così, il principio di imparzialità e parità di condizioni.

Il d.lgs. 150/2009 e il d.l. 6 luglio 2012 n. 95, convertito in legge n. 135/2012, innovando il testo dell'art.16 del d.lgs. n.165/2001, già consideravano la rotazione strumento fondamentale di trasparenza e contrasto alla corruzione inserendola come una delle misure gestionali proprie dei dirigenti che, con provvedimento motivato, possono far ruotare il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Tuttavia, la rotazione dei dirigenti e del personale presenta profili di problematicità e criticità in relazione alla delicatezza del ruolo – non attribuibile a personale in situazione di precarietà - e alla imprescindibile specializzazione professionale e, dunque, infungibilità di alcune specifiche figure dirigenziali operanti nelle amministrazioni soprattutto in quei settori e amministrazioni di piccole e medie dimensioni in cui il numero dei dirigenti, dei responsabili di servizio o del personale è ridotto. Così, ad esempio, si legge nella *circolare n. 1 del 25/1/2013 della Presidenza del Consiglio – Dipartimento della Funzione Pubblica* che sottolinea l'importanza che «la scelta ricada su un dirigente che si trovi in posizione di relativa stabilità, per evitare che la necessità di intraprendere iniziative penetranti nei confronti dell'organizzazione amministrativa possa essere compromessa anche solo potenzialmente dalla situazione di precarietà dell'incarico» e nella *Nota ANCI del 13 marzo 2013* (reperibile al link http://www.anci.it/Contenuti/Allegati/nota%20anticorruzione21%20marzo%202013_DEF.pdf) per quanto riguarda i comuni di piccole medie dimensioni.

In questi termini si muove anche la *delibera ANAC n. 13 del 4 febbraio 2015*, concernente la valutazione dei provvedimenti in materia di rotazione del personale all'interno del Corpo di Polizia di Roma Capitale, caso che ha costituito l'occasione per l'ANAC per formulare alcuni importanti orientamenti in tema di rotazione del personale nelle amministrazioni pubbliche che si aggiungono alle prescrizioni del PNA.

C'è inoltre chi evidenzia la validità della *job rotation* quale strumento di sviluppo e di crescita professionale nella gestione del personale e che offre l'opportunità per esprimere le proprie aspirazioni di crescita sia in termini di area professionale che di mobilità geografica (così S. GREA, *Dentro l'impresa del Duemila. Le nuove sfide della gestione dell'impresa*, Franco Angeli, 1998).

Ma la disciplina anticorruzione interviene anche sul fronte della cumulabilità degli impieghi e incarichi e sul conflitto di interesse non introducendo delle disposizioni particolarmente innovative quanto rafforzando l'effettiva applicazione di principi ed istituti già esistenti nella normativa. In merito si rimanda a B. PONTI, *Le modifiche all'art. 53 del testo unico sul lavoro alle dipendenze della p.a.*, in G. MATTARELLA, M. PELISSERO (a cura di), op.cit., 2013.

A presidio della dedizione esclusiva dei funzionari al lavoro pubblico, vengono inoltre previsti ulteriori strumenti di contrasto a quei meccanismi che possono costituire fonte di interferenza e condizionamento nelle scelte discrezionali da parte dei funzionari pubblici. Tali meccanismi possono agire prima dello svolgimento effettivo del servizio o anche dopo la conclusione dell'incarico: il *pantouflage* o il *revolving doors*. Sull'argomento si faccia riferimento a G. SGUEO, *Trasparenza e incompatibilità nella disciplina dei gruppi di pressione*, in Rivista Trimestrale di Diritto Pubblico, n. 2, 2014.

La disciplina delle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi amministrativi contenuta nel d.lgs. n. 39/2013 costituisce un'altra importante misura finalizzata ad implementare nei diversi organismi pubblici modelli organizzativi che riescano ad aumentare il tasso di imparzialità e correttezza e, per tale via, a prevenire la commissione di illeciti. Per una disamina del tema si rimanda alla relazione di F. MERLONI, Incontro di studio – 12 aprile 2013, Firenze, in Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale, n. 2, 2013; dello stesso autore F. MERLONI, *Nuovi strumenti di garanzia dell'imparzialità delle amministrazioni pubbliche*, in G. MATTARELLA, M. PELISSERO (a cura di), op.cit. e F. MERLONI, *Il regime delle inconferibilità e incompatibilità nella prospettiva dell'imparzialità dei funzionari pubblici*, in Giornale di diritto amministrativo, n. 8/9, 2013 che ricostruisce i punti salienti della nuova normativa evidenziando come le norme sui limiti all'accesso ed alla permanenza negli incarichi amministrativi sono finalizzate a garantire, in via generale, la posizione di imparzialità della funzione, non l'imposizione dal centro di modelli organizzativi. In questi termini si esprime anche G. SIRIANNI, *La necessaria distanza tra cariche politiche e cariche amministrative*, in Giornale di diritto amministrativo, n. 8/9, 2013

La legge anticorruzione e i relativi decreti legislativi non sono riusciti tuttavia a risolvere il problema delle incompatibilità, per certi versi addirittura complicandola attraverso una stratificazione normativa di divieti poco coerenti tra loro e in taluni punti

lacunosi. Criticità che, a distanza di quasi due anni dalla sua entrata in vigore l'Anac sottolinea nel recente *Atto di segnalazione* n. 4 del 10/06/2015. Nello specifico, nell'ambito del settore sanitario propone di integrare la normativa esistente in tema di inconferibilità e incompatibilità nelle aziende sanitarie a incarichi diversi da quelli già disciplinati delle tre figure apicali delle aziende ospedaliere (Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo) evidenziando che nella realtà dei fatti i modelli organizzativi prevedono che numerosi incarichi comportano, se non la diretta assunzione di decisioni amministrative, un determinante contributo alla decisione finale. Pertanto i profili di imparzialità e di prevenzione dei conflitti di interesse devono essere garantiti almeno per le seguenti posizioni (salve ulteriori precisazioni): Direttore di dipartimento, Direttore di distretto, Dirigente medico di presidio, Dirigente di struttura complessa e, da valutare, anche la posizione del medico convenzionato.

Un ultimo aspetto interessante che è stato oggetto di indagine da parte di diversi studiosi è la relazione esistente tra corruzione politica e salari. La letteratura dominante (si veda ad esempio T. BESLEY, J. MCLAREN, *Taxes and bribery: the role of wage incentives*, in *The Economic Journal* n. 103, 1993) mostra che nella maggior parte dei paesi a basso reddito i lavoratori del settore pubblico sono relativamente sottopagati rispetto ai lavoratori del settore privato rendendo così le istituzioni pubbliche deboli e i lavoratori del pubblico più motivati a compensare i loro bassi salari attraverso la corruzione accettando tangenti. Di contro, una recente ricerca condotta da B. PODOBNIK, V. VUKOVIC, H. E. STANLEY, *Does the wage gap between private and public sectors encourage political corruption?*, in *NCBI PLoS One*, n. 10, 2015 evidenzia come i paesi con un divario salariale più grande tra lavoratori del settore pubblico (settore tradizionalmente più a basso rischio e più stabile, soprattutto nei periodi di recessione) e lavoratori del settore privato (più ad alto rischio) hanno un più alto livello di corruzione politica rispetto a quelli con un divario salariale più basso. Si tratta secondo i ricercatori di un paradosso del mercato del lavoro: infatti la teoria economica indica che gli investimenti ad alto rischio dovrebbero portare a premi più alti, invece, nel mercato del lavoro di molti paesi sviluppati e in via di sviluppo, si verifica il contrario. I lavoratori occupati nel settore pubblico (meno a rischio in quanto meno soggetti a stress, godono di un più ampio sistema di protezione e tutele, di un migliore orario di lavoro, di più giorni di vacanze all'anno) sono pagati di più rispetto ai lavoratori del settore privato a

maggiore rischio. Suggestive le conclusioni a cui arrivano i ricercatori: tale situazione viene a crearsi perché la minoranza corrotta all'interno del settore pubblico usa la sua potente influenza per preservare il sistema da cui traggono benefici. Infatti, secondo gli autori, nei paesi corrotti in cui il premio per l'appartenenza al partito politico dominante è un lavoro nel settore pubblico, il settore pubblico tende a riempirsi di persone sotto-qualificate, che sono apprezzate per la loro obbedienza, piuttosto che per la loro capacità di effettuare il lavoro e i posti di lavoro vengono allocati non in base al merito, ma sulle connessioni politiche, il nepotismo e la corruzione.

Altri studi si inseriscono invece nel filone di ricerca della cosiddetta teoria dei salari efficienti e in particolare del *gift-exchange* (o scambio di doni): le imprese possono valutare profittevole aumentare i livelli salariali ai propri lavoratori oltre a quelli di mercato allo scopo di modificarne il comportamento e, conseguentemente, aumentarne la produttività e la qualità dell'operato. Infatti un'elevata remunerazione viene percepita dai lavoratori come un dono, suscitando in essi sentimenti di colpa e di riconoscenza (reciprocità positiva) che li portano ad impegnarsi maggiormente nel proprio lavoro. La nozione sottostante questi comportamenti è l'equità nello scambio tra contributi e ricompense. Tra le ricerche empiriche condotte in questo ambito si segnala quella di C. X. CHEN, T. SANDINO, *Can wages buy honesty? The relationship between relative wages and employee theft*, in *Journal of Accounting Research*, vol. 50, n. 4, 2012 che analizza i dati di alcune imprese della grande distribuzione organizzata: le evidenze dimostrano che salari relativamente più elevati inducono i lavoratori ad un atteggiamento di riconoscenza nei confronti dei datori di lavoro, diminuendo addirittura i furti da parte loro. Infatti, in un ambiente in cui i lavoratori ritengono equa la propria paga, si sviluppa un clima più produttivo e vi è maggiore lealtà nei confronti dell'azienda, cosicché ognuno vigila sull'operato degli altri al fine di prevenire furti da parte di singoli e del gruppo. Al contrario, dove il compenso è relativamente basso ed è avvertito come un torto, si crea un ambiente ostile all'impresa in cui i lavoratori colludono per evitare che i furti vengano smascherati. E' evidente che un ragionamento simile può essere esteso anche ai fenomeni più propriamente corruttivi.

2.6 I controlli: focus sul ruolo dell'Agenzia Unica per le ispezioni del lavoro

Un'efficace contrasto alla corruzione non può tuttavia prescindere, al di là del necessario cambiamento culturale, da un efficiente sistema di controlli, interni ed esterni.

A tal proposito in P. DAVIGO, G. MANNOZZI, *La corruzione in Italia. Percezione sociale e controllo penale*, Laterza, 2007, si legge che i soggetti attivi dei delitti di corruzione «saranno più propensi a delinquere, quanto più percepiranno la minimizzazione del rischio penale, se non addirittura la fondata speranza dell'impunità» per cui una reale risposta sanzionatoria rappresenta l'unico deterrente efficace nei confronti del fenomeno che, se non adeguatamente prevenuto con il cambiamento culturale, può arrivare ad intaccare la crescita del sistema e le stesse istituzioni democratiche. Parallelamente, l'implementazione di adeguati sistemi di controllo interno rappresenta una misura fondamentale in grado di favorire il corretto utilizzo delle risorse pubbliche e la buona amministrazione limitando l'utilizzo scorretto delle risorse pubbliche, l'iniquità e la disuguaglianza nel trattamento dei cittadini e dei lavoratori, la perdita di fiducia e la percezione di illegalità nell'amministrazione da parte degli operatori, della cittadinanza e delle imprese.

Nel tempo la dottrina ha fornito diverse classificazioni delle attività di controllo. Nello specifico sono stati distinti i controlli esterni da quelli interni in base al posizionamento del soggetto che attua il controllo rispetto all'istituzione oggetto del controllo. Mentre nel primo caso il soggetto risulta indipendente ed esterno all'organizzazione e l'attività di controllo è volta a tutelare gli interessi degli stakeholder. Nel secondo caso si tratta di attività introdotte per volontà aziendale e operanti internamente all'azienda allo scopo di eliminare o ridurre i rischi a cui è esposta la gestione aziendale ed assicurare così il raggiungimento degli obiettivi e lo svolgimento della funzione strumentale dell'azienda. Per una panoramica sul sistema di controlli interni da implementare nel settore sanitario si veda G. BIZZARRI, C. DARIO, R. JSEPPI, G. ROBERTI, *Lo sviluppo del sistema di controllo interno nelle aziende sanitarie*, Franco Angeli, 2013.

Ma accanto ai controlli interni preventivi e successivi, assumono una rilevante importanza anche i controlli esterni quali validi deterrenti ai comportamenti illeciti.

Tra i controlli azionabili, il presente lavoro si concentrerà sul ruolo dell'ispettorato del lavoro (ora Agenzia Unica per le ispezioni del lavoro) nella promozione della legalità e

regolarità nel mercato del lavoro in generale e, nello specifico, nell'ambito socio-sanitario.

In questo senso la recente *Risoluzione del Parlamento europeo sulle ispezioni sul lavoro efficaci come strategia per migliorare le condizioni di lavoro in Europa (2013/2112(INI))*, gennaio 2014, richiama gli Stati dell'Unione a rafforzare e valorizzare l'azione dei servizi ispettivi anche attraverso la previsione di maggiori risorse umane e materiali ed a incrementare le sanzioni per scoraggiare il lavoro sommerso, gli eventi infortunistici ed il falso lavoro autonomo rappresentando una grave minaccia per la capacità dell'UE a raggiungere i suoi obiettivi occupazionali e di rafforzamento della crescita economica.

Il ruolo dell'ispettorato in Italia, così come delineato nella legge istitutiva del 1912 n. 1361 e ribadito nei testi di legge di riferimento, in particolare, il d.P.R. n. 520 del 19 marzo 1955, la legge n. 628/1961 e il d.lgs. n. 124/2004, è volto al contrasto di ogni fattispecie di sommerso, irregolarità ed illegalità da cui scaturisce un'immediata tutela per i lavoratori e al ripristino delle condizioni di legalità del lavoro, per contrastare il *dumping* e la competizione sleale fra le imprese, garantendo una equilibrata e corretta concorrenza.

Tuttavia, negli anni l'azione di controllo e vigilanza dell'ispettorato ha acquisito un nuovo e più moderno ruolo nel processo di modernizzazione del mercato del lavoro, così come delineato da M. TIRABOSCHI, P. RAUSEI (a cura di), *L'ispezione del lavoro dieci anni dopo la riforma*, ADAPT University Press, n. 3, 2014 e da E. MASSI, *Agenzia unica per le ispezioni del lavoro*, in *Diritto & Pratica del Lavoro*, n. 32-33, 2015: almeno nelle intenzioni, si passa da una dimensione repressiva e sanzionatoria ad una dimensione più di supporto, orientata alla tutela sostanziale dei lavoratori e meno concentrata sui profili meramente formali, introducendo istituti di tutela preventiva e successiva rispetto all'ispezione, quali i poteri della diffida accertativa e della conciliazione monocratica e ridefinendo poteri già esistenti. Il ruolo dell'ispettore del lavoro tende ad assumere anche una funzione sociale con cui sanziona, concilia, promuove e previene, tentando di cercare un equilibrio - estremamente delicato, soprattutto in un momento come quello attuale di profonda crisi - tra le istanze dei lavoratori e gli obiettivi dei datori di lavoro. In questi ultimi decenni, infatti, si è assistito ad un sostanziale cambiamento di approccio da parte dei datori di lavoro

nell'utilizzo del lavoro irregolare: si è passati da una logica di lavoro irregolare totalmente in nero a fattispecie parzialmente irregolari, elusive dei rapporti di lavoro subordinato, mediante l'uso delle tipologie contrattuali atipiche o il ricorso a contratti collettivi meno favorevoli rispetto a quelli siglati dalle rappresentanze sindacali maggiormente rappresentative. A tal riguardo si veda si veda D.G.A.I., *Attività di vigilanza in materia di lavoro e legislazione sociale nel 2011*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2012 e A.VANNUCCI, (a cura di), *Nero, grigio, sommerso. Attori e politiche per l'emersione del lavoro irregolare dal contesto italiano alla dimensione locale: il caso della provincia di Pisa*, Felici Editore, 2009 che classifica i lavoratori facendo ricorso alle sfumature cromatiche: lavoratori irregolari che operano in nero, lavoratori regolari con quote di prestazioni non registrate o registrate sotto voci diverse, lavoratori regolari con retribuzioni inferiori a quelle dichiarate, lavoratori autonomi o professionisti irregolari.

Per garantire un'attività di vigilanza imparziale e trasparente, al personale ispettivo viene richiesto nell'esercizio delle proprie funzioni di rispettare alcuni fondamentali obblighi e valori propriamente comportamentali: imparzialità e parità di trattamento, obiettività, efficienza, riservatezza professionale, trasparenza, onestà e integrità. A tal riguardo con decreto ministeriale 15 gennaio 2014 è stato pubblicato il nuovo codice di comportamento degli ispettori del lavoro che sostituisce integralmente il previgente decreto direttoriale 20 aprile 2006. Il nuovo codice disciplina non soltanto i profili deontologici – in attuazione e con espreso richiamo al d.P.R. n. 62/2013 avente ad oggetto *Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo n. 165/2001*– ma dettaglia specificamente anche tutti gli aspetti procedurali dell'ispezione del lavoro al fine di garantire trasparenza e integrità dell'azione amministrativa e migliorare in tal modo la qualità dei servizi offerti. Si veda a tal riguardo anche A. RICE, *A tool kit for labour inspectors: a model enforcement policy, a training and operations manual, a code of ethical behavior*, International Labour Office, 2006.

Inoltre il personale ispettivo ha a disposizione alcuni specifici strumenti operativi che utilizza per sanzionare le violazioni accertate in materia di lavoro (diffida obbligatoria e illecito, disposizione, diffida accertativa). Sul punto si faccia riferimento a P. RAUSEI, *Ispezioni, procedure e strumenti di difesa*, Ipsoa, 2013. Ai fini della presente ricerca

verranno tuttavia presi in considerazione solo alcuni degli strumenti a disposizione del personale ispettivo.

Nel vigilare sulla corretta applicazione dei contratti di lavoro individuale il personale ispettivo può disporre la qualificazione o riqualificazione dei rapporti di lavoro totalmente in nero e in grigio (falsi part-time, false partite IVA, falsi collaboratori a progetto), qualora non vi siano i requisiti oggettivi e soggettivi per far ricadere un certo tipo di prestazione in una certa tipologia contrattuale. Si veda in merito D. MESSINEO, L. GRASSO, *Riqualificazione dei rapporti di lavoro negli accertamenti ispettivi*, in *Il Giurista del lavoro*, Centro studi Lavoro e Previdenza, 2011.

Nel vigilare sulla corretta applicazione della contrattazione collettiva, il personale ispettivo può invece fare ricorso al recupero contributivo e alla diffida accertativa per recuperare direttamente le differenze accertate quale spettanza dovuta a titolo di credito patrimoniale ovvero di natura pecuniaria, e quindi non meramente retributiva, in quanto somme dovute ai lavoratori in conseguenza dell'effettivo svolgimento di un rapporto di lavoro di qualsivoglia specie e tipologia. In particolare recentemente con nota n. 10599 del 2016 il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, intervenendo nel rispondere a un interpello di un'associazione datoriale che lamentava la vigenza di contratti stipulati da associazioni minoritarie con il solo scopo di fare concorrenza sleale alle proprie associate sul piano dei trattamenti economici e normativi assicurati ai lavoratori, invita gli ispettori a «*disapplicare il patto collettivo minoritario (c.d. "pirata") al datore di lavoro che pur risulta volontariamente applicarlo*» e in generale «*individua una potestà di controllo sulla contrattazione di prossimità relativamente sia al possesso del requisito della maggiore rappresentatività comparata, sia alla sussistenza del perseguimento dei fini indicati dalla legge, quando sia accertato il carattere peggiorativo, per i lavoratori e per le casse degli istituti previdenziali, delle condizioni previste in tali negoziazioni*», soprattutto laddove si usufruiscono di benefici normativi e contributivi (cfr. C. SANTORO, *Servizi ispettivi e attività di vigilanza*, in *Diritto delle Relazioni Industriali*, n. 3, 2016, pp. 873-877).

Sui profili interpretativi della diffida quale strumento a difesa del lavoratore, si rimanda a P. RAUSEI, *Diffida accertativa per crediti da lavoro*, in *Guida alle paghe*, Ipsoa, n. 10, 2012 mentre si rinvia al *Vademecum sulla diffida accertativa per crediti patrimoniali*, D.P.L. Cosenza, 2011, a E. BASILE, L. DI NUNZIO, *L'istituto della*

diffida accertativa e gli strumenti di tutela, in *Il Giurista del Lavoro*, in Centro studi Lavoro e Previdenza, 2011 e a G. CAROSIELLI, *Diffida accertativa: il catalogo è questo*, Circolare n. 1/2013 del M.L., in Bollettino ADAPT, n. 2, 2013 per il dettaglio delle istruzioni operative.

Nel vigilare sugli appalti e subappalti soprattutto di servizi, il personale ispettivo può procedere nella contestazione dell'appalto illecito e della somministrazione di manodopera irregolare, illecita o fraudolenta. Per una chiara distinzione dei tre livelli di gravità crescente delle ipotesi patologiche di somministrazione di lavoro, partendo dal grado più basso dove si colloca la somministrazione irregolare, fino al grado massimo della graduazione del disvalore sociale della condotta del somministratore e dell'utilizzatore dove si situa il reato doloso di somministrazione fraudolenta, si rimanda a P. RAUSEI, *Somministrazione di lavoro e sistema sanzionatorio*, in *Diritto & Pratica del Lavoro* n. 20, 2015.

Mentre si rinvia a F. RIVELLINI, *Appalto non genuino: riconoscimento e conseguenze*, in *Diritto e Pratica del Lavoro*, n. 9, 2009 per una definizione di appalto di mere prestazioni di manodopera. Ogni forma di appalto o subappalto nel quale l'appaltatore utilizzi capitali, macchine e attrezzature fornite dall'appaltante, anche nel caso in cui l'appaltatore corrisponda un compenso all'appaltante per l'uso di macchinari e attrezzature deve considerarsi appalto di mere prestazioni di manodopera. In particolare la legge vieta all'imprenditore di affidare in appalto o in subappalto o in qualsiasi altra forma, anche a società cooperative, l'esecuzione di mere prestazioni di lavoro mediante impiego di manodopera assunta e retribuita dall'appaltatore o dall'intermediario, qualunque sia la natura dell'opera o del servizio cui le prestazioni si riferiscono; di affidare a intermediari, siano questi dipendenti, terzi o società anche se cooperative, lavori da eseguirsi a cottimo da prestatori di opere assunti e retribuiti da tali intermediari. Per concludere gli ispettori tramite l'esame, il controllo e le indagini che ritengono necessarie, interrogano il datore di lavoro e il personale dell'impresa per acquisire notizie in ordine all'applicazione delle norme in materia di lavoro e di sicurezza sui luoghi di lavoro, di orario di lavoro e di previdenza sociale, richiedendo l'esibizione dei libri, registri e documenti.

Ma per raggiungere un mercato del lavoro di qualità oltre a garantire la regolarità dei rapporti di lavoro, occorre anche garantire l'equità e la correttezza dei contratti di lavoro

tra i lavoratori. Questo filone di ricerca si colloca perlopiù nell'ambito psico-sociologico e della *business ethics*. Al riguardo si rimanda a Institute of Business Ethics, *Fairness in the workplace: staffing and employment contracts*, in Business Ethics Briefing, n. 47, 2015 e *Fairness in the workplace: pay*, in Business Ethics Briefing, n. 42, 2014.

Nell'ambito del discorso relativo alla qualità del lavoro rientra anche quello della non corrispondenza tra il lavoro desiderato e quello ottenuto. Si rimanda per questo aspetto a G. FERRUCCI (a cura di), *Il lavoro in crisi: diminuisce la quantità, peggiorano le condizioni, cresce il lavoro " involontario "*", IRES, 2012 che mostra come negli anni un crescente numero di lavoratori ha accettato un lavoro a termine perché non ha trovato un lavoro a tempo indeterminato o un lavoro a tempo parziale pur desiderando un lavoro a tempo pieno. Come il senso d'insicurezza legato ai lavori atipici o alla discrepanza tra il livello di sicurezza sperimentato dai lavoratori e il livello che invece preferirebbero, crea una generale preoccupazione circa l'esistenza futura del proprio lavoro, così forme contrattuali con meno tutele rappresentano una potenziale minaccia alla continuità della propria attività professionale e alle aspettative personali provocando effetti deleteri sul benessere dei lavoratori, sui loro atteggiamenti, sulla loro soddisfazione e motivazione risultando più facilmente coercibili da interessi personali o da corruzione.

2.7 La promozione dell'integrità e la prevenzione della corruzione

Ormai da qualche anno, diversi studi in letteratura evidenziano come la prevenzione della corruzione passa, oltre che da un'efficace azione di controllo, attraverso la promozione dell'integrità: è ormai diffusa l'idea che una mera applicazione formale della legge n. 190/2012 e una pedissequa formulazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione non siano sufficienti per contrastare i fenomeni corruttivi. La Determinazione n. 8 del 17 giugno 2015, *Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici* ribadisce «l'esigenza di garantire che il sistema di prevenzione non si traduca in un mero adempimento formale e che sia, invece, calibrato, dettagliato come un modello organizzativo vero e proprio».

L'idea è che le politiche anti-corruzione possano nascere anche dal basso, dai lavoratori e dai cittadini, invertendo in questo modo il paradigma contro la corruzione: «*distaccarsi dalla cultura giuridica dominante che ci porta a prospettare quale soluzione naturale di qualsiasi problema collettivo l'approvazione (quasi mai l'abrogazione) di provvedimenti legislativi [...] l'avvio di un circuito virtuoso di imitazione e di apprendimento. Se il disinteresse o la rassegnazione sono il brodo di coltura della corruzione, 'mettere in rete' e costruire una massa critica di interessi sensibili ai temi dell'integrità pubblica può essere di per sé condizione sufficiente a riattivare gli stessi circuiti di controllo democratico*»⁽²⁵⁾.

Trovano, così, larga diffusione in letteratura nuovi costrutti, che ipotizzano strumenti e politiche gestionali per stimolare la comunicazione interna e la discussione aperta dei dilemmi etici per sviluppare capacità decisionale etica, la formazione, selezione e valutazione valoriale, la partecipazione alla scrittura delle regole, l'incentivazione della motivazione e della soddisfazione lavorativa, quali strumenti idonei a prevenire il rischio di corruzione. Tra questi assume una notevole importanza il *risk management* e, più nello specifico, l'*integrity risk management*. A tal riguardo il *Rapporto OCSE sull'integrità in Italia - Rafforzare l'integrità nel settore pubblico, ripristinare la fiducia per una crescita sostenibile*, dicembre 2013, ha rappresentato una guida per l'Italia nell'attuazione degli elementi principali della legge anticorruzione, ivi inclusa la gestione dei rischi per l'integrità al fine di rigenerare fiducia nelle istituzioni pubbliche.

Per una prima approfondita analisi delle politiche di prevenzione del fenomeno corruttivo in Italia si faccia riferimento al *Rapporto Garofoli, 2012* in cui vengono individuati quali elementi costitutivi di un efficace modello di prevenzione della corruzione le «*mappature e programmi strategici, mezzi di promozione della cultura del rischio all'interno dell'organizzazione, sistemi di identificazione degli eventi rilevanti (indicatori di rischio), strumenti di analisi e valutazione del rischio, previsione di strutture di auditing, ruolo e responsabilità del risk manager, assetto di risposte al rischio, modelli di verifica e controllo di tutte le attività, piani di comunicazione e circolazione interna ed esterna delle informazioni*» (qui p. 34).

⁽²⁵⁾ Cfr. A. VANNUCCI, *Un nuovo paradigma contro la corruzione*, in *Il Mulino*, n. 3, 2012, qui p. 430.

Il sistema di gestione del rischio è un approccio di tipo preventivo: consente di definire quali sono i pericoli che un'organizzazione corre e, dunque, quali sono i presidi organizzativi che occorre attivare per prevenire fenomeni o contenere i danni quando si verificano. L'identificazione delle debolezze strutturali che facilitano la corruzione, con la predisposizione di una struttura che consenta al personale di essere parte attiva nella identificazione dei fattori di rischio e dei rimedi per contrastare l'affermazione del fenomeno corruttivo. A tal riguardo si rinvia a K. E. WEICK, K. M. SUTCLIFFE, *Governare l'inatteso. Organizzazioni capaci di affrontare le crisi con successo*, Raffaello Cortina Editore, 2010.

Oltre agli strumenti come il *integrity risk management*, in letteratura vengono individuate tre tipologie di strumenti per la prevenzione della corruzione (cfr. F. PATRONI GRIFFI, *Gli strumenti di prevenzione nel contrasto alla corruzione*, in *Federalismi.it*, n. 14, 2014):

- 1- strumenti di contesto culturale che hanno la finalità di promuovere e diffondere la cultura dell'etica, dell'integrità e della legalità sia all'interno che all'esterno delle amministrazioni pubbliche attraverso una ridefinizione sul piano etico della responsabilità del lavoratore - dipendente pubblico o meno - nell'esercizio della propria funzione. Tra questi strumenti rientrano i codici di comportamento e i codici etici (facoltativi), la formazione sull'etica pubblica, la trasparenza e la sensibilizzazione della società civile;
- 2- strumenti di supporto volti a fornire informazioni utili per una corretta alimentazione degli altri strumenti di prevenzione. Tra questi rientrano il *whistleblowing* e della tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti;
- 3- strumenti per il presidio di rischi specifici volti a contrastare il rischio di corruzione potenzialmente presente in attività determinate e procedure specifiche. A tale ambito possono essere ascritti i patti d'integrità, le *white list* e i meccanismi relativi ad acquisizione e gestione delle risorse umane, nonché alla progressione in carriera del personale.

Per una valutazione delle politiche volte alla promozione dell'integrità pubblica nei Paesi dell'OCSE si rinvia a OCSE, *Government at Glance 2015*: tutti i paesi dedicano una crescente attenzione ai conflitti d'interesse, sebbene l'impiego pre-settore pubblico (per esempio, i dipendenti pubblici che sono stati dipendenti nel settore privato) è in

gran parte deregolamentato a differenza dell'impiego post-settore pubblico; inoltre sono stati ulteriormente sviluppati i requisiti per i pubblici ufficiali con responsabilità ad alto livello decisionale di documentare gli eventuali interessi privati; infine la relazione evidenzia che vi è stato un significativo aumento della promulgazione di leggi che proteggono i cosiddetti *whistleblower* e i Paesi stanno attuando buone pratiche in materia di open data delle amministrazioni pubbliche che consentono di aumentare la trasparenza dell'amministrazione pubblica.

Infine si faccia riferimento a E. MIDENA, *Prevenzione della corruzione e trasparenza in sanità*, in *Diritto alla salute e sanità pubblica*, Rivista delle Politiche Sociali, n. 2-3, 2014 per una valutazione empirica nell'ambito del settore sanitario sullo stato di attuazione della normativa e sulla qualità di ciò che viene pubblicato nei siti istituzionali per evitare che anche nella sanità si tenda esclusivamente ad una logica di adempimento formale delle disposizioni che rischia di rendere inefficaci gli strumenti della prevenzione della corruzione.

2.7.1 Il piano anticorruzione

Con delibera n. 72/2013, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato in via definitiva il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA). L'approvazione del PNA, con la disposizione di un quadro unitario e strategico di programmazione delle attività e l'individuazione di specifiche responsabilità, ha rappresentato un passo importante e necessario per l'attuazione della legge n. 190/2012, in quanto ha creato le premesse perché le singole amministrazioni potessero redigere i loro Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) e predisporre gli strumenti previsti dalla legge.

Predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica, il PNA contiene le indicazioni sull'ambito soggettivo di applicazione del Piano stesso e i contenuti minimi dei piani triennali delle singole amministrazioni che dovrebbero essere documenti programmatici a scorrimento, sottoposti ad aggiornamento annuale, con l'inserimento di indicatori e *target* al fine di rendere misurabili gli obiettivi strategici e garantire il monitoraggio dello scostamento da tali obiettivi.

Il PNA rappresenta lo strumento attraverso il quale sono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto nella PA a livello nazionale e rientra tra gli

strumenti attuativi delle politiche e delle buone pratiche di prevenzione della corruzione previste nel Capitolo II della Convenzione dell' ONU ma il tema della programmazione e della pianificazione degli interventi per il rispetto della legalità da parte dei dipendenti pubblici non è una novità: già il d.lgs. n. 150/2009, c.d. decreto Brunetta, all'art. 11 co. 2 prevede che ogni amministrazione adotti un Programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

Per un dettagliato esame delle differenze tra i contenuti del Programma così come previsto dal d.lgs. n. 150/2009 e il PNA si rinvia a F. DI CRISTINA, *I piani per la prevenzione della corruzione (art. 1, commi 5-14)*, in G. MATTARELLA, M. PELISSERO (a cura di) op.cit. che evidenzia come «*la pianificazione degli interventi consente che la potenziale corruttela o illegalità venga disincentivata o emerga con maggior evidenza*» (qui p. 98), risultando più efficace e meno costosa rispetto agli strumenti di contrasto alla corruzione.

Nella prima Relazione della Commissione Europea sulle politiche anti-corruzione pubblicata a febbraio 2014 (reperibile al link http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/corruption/anti-corruption-report/docs/2014_acr_italy_chapter_it.pdf) sono stati evidenziati i limiti del documento di programmazione strategica dovuti alla carenza di scadenze sfidanti, obiettivi ed indicatori precisi e relativi non solo all'adempimento formale degli strumenti di prevenzione ma anche alla loro concreta attuazione nonché alla loro efficacia.

Sulla base delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione ogni singola amministrazione è tenuta ad elaborare un Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) e un Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI). Nel primo vengono individuate le aree maggiormente esposte a rischio corruttivo, i rischi specifici di ciascuna area, la loro ponderazione e gli interventi ritenuti necessari per contrastarli e superarli; inoltre vengono indicate le iniziative programmate per la formazione del personale sui temi dell'etica e della legalità e sulle misure di prevenzione previste nella legge, le misure previste per la rotazione dei lavoratori che operano nelle aree a rischio e per la tutela dei *whistleblowers*. Il PTTI può essere una parte del Piano triennale di prevenzione della corruzione, in cui viene dato conto di come realmente si intenda realizzare gli obiettivi di trasparenza sull'attività, sull'organizzazione e sull'uso delle risorse. Entrambi i piani vengono strutturati come

documenti di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse.

Al riguardo, la Commissione Europea esprime forti perplessità circa la capacità tanto delle amministrazioni, specie quelle di ridotte dimensioni, quanto dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, chiamata a monitorare l'applicazione degli strumenti preventivi con una ridotta dotazione di risorse, di scongiurare il rischio che la programmazione in tema di integrità si risolva in un processo formalistico, raccomandando di estendere i poteri e rafforzare la capacità dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per svolgere funzioni non solo di coordinamento ma anche ispettive.

2.7.2 Il codice di comportamento e etico

La legge anticorruzione 190/2012 nel modificare l'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001 ha ridefinito la normativa italiana dei codici di comportamento. Su questa base, con d.P.R. n. 62/2013, il governo italiano ha adottato un nuovo Codice di comportamento che definisce gli obblighi minimi dei funzionari pubblici e che deve essere integrato, in tutte le amministrazioni, da specifici codici di condotta. Il nuovo sistema che sta emergendo è volto a rafforzare l'imparzialità dei funzionari, sulla base delle disposizioni costituzionali di esclusività, lealtà, diligenza, imparzialità e responsabilità.

Codici di comportamento, codici di condotta, codici etici, codici deontologici o professionali sono tutti strumenti volti al perseguimento di obiettivi di integrità, correttezza, obiettività, equità, ragionevolezza e trasparenza nelle amministrazioni, volti non a reprimere ma ad indirizzare e a scongiurare la c.d. *maladministration*, quale sintesi del cattivo funzionamento dell'amministrazione o inefficienza e dell'uso illecito della cosa pubblica o corruzione. Sebbene spesso trattati come sinonimi, in FORMEZ, *La corruzione. Definizione, misurazione e impatti economici*, 2013 viene tracciata una chiara distinzione concettuale. Mentre il codice di condotta rinvia ad un approccio normativo (*rule-based*) della gestione dell'integrità vincolando l'agire individuale, il codice etico è espressione di un approccio *value-based* che si focalizza su valori etici generali piuttosto che su specifiche prescrizioni comportamentali e, dunque, fa maggior affidamento sulle capacità degli individui di esercitare autonomamente un giudizio morale. Mentre il codice di comportamento descrive in modo dettagliato il

comportamento che l'organizzazione si attende che sia attuato da ogni individuo che ne fa parte e delinea le strategie di risposta, ovvero i comportamenti, da attuare in relazione all'insorgere di specifici problemi, il codice etico non indica regole comportamentali, ma fornisce ai membri dell'organizzazione un quadro generale dei valori etici di riferimento e dei principi condivisi. Tuttavia essi sono strettamente correlati tra loro poiché i comportamenti da assumere in determinate situazioni dipenderanno direttamente dai principi che l'organizzazione ha posto a fondamento della sua *mission* strategica.

Per una ricostruzione della nascita e dei contenuti del codice di comportamento si rimanda a R. NUNIN, *L'etica pubblica e il codice di comportamento dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche*, in *Rivista giuridica del lavoro e della previdenza sociale*, n. 61/4, 2010. Pensato quale strumento rivolto al recupero di immagine della PA e di supporto ad un auspicato miglioramento della qualità delle relazioni tra le amministrazioni e i cittadini, il codice di comportamento rappresenta uno strumento di carattere generale, particolarmente utile nei casi in cui il lavoratore possa trovarsi di fronte a situazioni potenzialmente a rischio di ambiguità e/o laddove il mero affidamento alla morale individuale non sia in grado di assicurare sufficienti garanzie non solo di correttezza, ma anche di uniformità dei comportamenti.

Si rimanda a E. CARLONI, *Il nuovo Codice di comportamento ed il rafforzamento dell'imparzialità dei funzionari pubblici*, in *Istituzioni del federalismo*, n. 2, 2013 e a E. D'ALTERIO, *I codici di comportamento e la responsabilità disciplinare*, in G. MATTARELLA, M. PELISSERO (a cura di), op.cit. per l'esame dettagliato del nuovo codice ed un inquadramento generale della materia evidenziandone gli aspetti di continuità e differenziazione rispetto ai precedenti codici di comportamento.

Rispetto al passato, come evidenziato da U. GARGIULO, *Il codice di comportamento dei dipendenti pubblici: atto terzo*, in *Lavoro nella Pubblica Amministrazione*, n. 5, 2012, si integrano le finalità e cambia la fonte del codice, passando dal decreto ministeriale del Dipartimento della Funzione pubblica adottato nel marzo del 1994 e dal d.m. 28 novembre 2000 fino all'approvazione con decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro per la PA e precedente intesa in sede di Conferenza unificata. Il modello governativo, come delineato dal d.P.R. n. 62/2013, non può tuttavia porsi come cornice quadro a causa

dell'estrema eterogeneità che caratterizza il comparto pubblico: ciascuna amministrazione, pertanto, è tenuta a definire «con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio organismo indipendente di valutazione» un proprio codice di comportamento.

Di particolare interesse, l'estensione del campo di applicazione delle norme contenute nel decreto del Presidente della Repubblica che costituiscono obblighi di condotta, per quanto compatibili, non solo per il personale dipendente del settore pubblico bensì anche per tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, per i titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche e per coloro che collaborano con imprese fornitrici di beni o servizi che realizzano opere in favore dell'amministrazione. A riguardo si rinvia a P. M. ZERMAN (a cura di), *Il codice di comportamento dei dipendenti pubblici*, in *Speciale Diritto e Pratica Amministrativa*, n. 7/8, 2013 per una dettagliata analisi delle singole disposizioni del nuovo codice di comportamento e delle novità contenute. Ai fini del presente studio, una novità di assoluto rilievo riguarda l'ambito di operatività del codice. Ciò che rileva non è la natura giuridica del rapporto di lavoro che lega il soggetto alla PA ma, piuttosto, la funzionalizzazione dell'attività allo svolgimento di interessi pubblici, secondo quanto previsto dall'art. 54 della Costituzione, ai sensi del quale i doveri ivi previsti riguardano i cittadini cui sono "affidate funzioni pubbliche". Pertanto, le norme del codice, oltre a trovare applicazione per tutti i dipendenti c.d. contrattualizzati, che quindi svolgono un'attività di lavoro subordinato con requisiti di professionalità e di stabilità (di cui all'art. 1, comma 2, d.lgs. n. 165/2001), vengono estese a coloro che, pur estranei alla PA, sono titolari di un rapporto di lavoro professionale con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, ovvero collaboratori o consulenti, ai titolari di organi e incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti dei collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione. A tale scopo, le amministrazioni sono tenute a inserire, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizione delle collaborazioni o dei servizi, disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice.

2.7.3 La formazione e l'informazione

Nell'ottica della promozione dell'integrità e della prevenzione della corruzione, la formazione assume un ruolo importante: si costruisce un contesto orientato all'integrità e alla legalità investendo sul cambiamento culturale.

Il successo della policy in materia di lotta alla corruzione non dipende tanto dalle norme di carattere imperativo quanto da misure di carattere gestionale e, soprattutto, dalla qualità del capitale umano. Dare rilevanza alla formazione ed agli strumenti non legislativi di contrasto alla corruzione, secondo F. VERBARO, *Il "peso" della formazione nella lotta alla corruzione*, in Guida al pubblico impiego, n. 3, 2013, significa riflettere su alcune competenze trasversali quali quelle in materia di analisi, reingegnerizzazione dei procedimenti e processi e le competenze in materia di gestione del personale. I modelli di *risk assessment* ed in generale di *integrity risk management* portano spesso a ridisegnare i processi in essere e, nel caso della PA, a meglio finalizzare altri processi come quelli di semplificazione, *total disclosure* e digitalizzazione dei procedimenti su cui spesso si registrano ancora gravi ritardi e che contribuiscono sostanzialmente a ridurre i rischi di corruzione.

Di particolare interesse, in questa stessa ottica di dimensione gestionale e culturale della lotta alla corruzione, è il contributo di F. VALENZANO, L. BALUGANI, *Quale formazione può supportare la promozione dell'integrità nelle aziende sanitarie? L'esperienza della ASL di Modena*, in *Recenti Progressi Medici*, n. 106, 2015 che si interrogano su quale tipologia di formazione possa essere congruente alle richieste del Legislatore nella promozione dell'integrità e per far emergere eventuali fenomeni corruttivi. Secondo gli autori, «*la traduzione di una legge come la 190 in impianto formativo può indurre la fallace idea che, sottoponendo i dipendenti a una "cura intensiva", i contenuti della legge si trasferiranno nella loro prassi [...] non è sufficiente informare i lavoratori, renderli coscienti delle sanzioni, bisogna affiancare al codice "normativo-giuridico", seppure importante, un codice "civico", allo scopo di tradurre operativamente il PNA con l'essere responsabili e l'aver rispetto verso sé stessi, verso l'organizzazione e verso i cittadini*» (qui pp. 168-169). Pertanto la formazione in questo ambito, secondo gli autori, non può essere intesa come presentazione e verifica dell'apprendimento in termini nozionistici di adesione o di imposizione, ma piuttosto come formazione attiva, di coinvolgimento e di ascolto.

Sull'importanza del ruolo della formazione nella diffusione dell'integrità all'interno dei contesti lavorativi pubblici si soffermano anche B. SUSIO, M. MANENTI, E. BARBAGALLO, *Integra-PA. Come attuare efficacemente la Legge 190/2012 e realizzare il piano triennale di prevenzione della corruzione*, Edizioni Strategiche, 2013 (reperibile sul sito <http://qualitapa.gov.it>).

Spettano alle singole amministrazioni in collaborazione con la Scuola superiore della PA l'individuazione delle procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti pubblici chiamati ad operare in settori ad alto rischio di corruzione e per la rotazione degli incarichi. Ogni amministrazione, sulla base delle indicazioni fornite in merito dal PNA, attiva adeguati percorsi di formazione strutturati su due livelli. Un primo livello, più trasversale, riguarda l'aggiornamento delle competenze e le tematiche dell'etica e della legalità, ed un secondo livello, più mirato, rivolto a soggetti come il responsabile della prevenzione, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e i funzionari addetti alle aree a più elevato rischio corruzione, riguarda le politiche, i programmi ed i vari strumenti per la prevenzione della corruzione nei diversi settori di attività.

Tuttavia, la formazione del personale nella lotta alla corruzione non assume solo valenza nella diffusione della cultura delle regole e dei codici etici in materia di responsabilità ma anche nell'ampliamento delle competenze specialistiche, al fine di evitare situazioni di monopolio nell'informazione e nella gestione, asimmetrie informative e lacune di competenza. La presenza di esperti unici nei settori specialistici (come ad esempio negli appalti, acquisti, ispezioni, fondi comunitari) genera automaticamente situazioni di non controllo e di unicità della gestione, non permettendo ad esempio controlli di secondo livello e meccanismi di rotazione. Si rimanda a tal riguardo a F. VERBARO, *Per prevenire la corruzione servono trasparenza e integrità*, in Guida al Pubblico Impiego, n. 4, 2011.

Allo stesso modo la mancanza di competenze del personale che organizza e gestisce le procedure di gara causa errori e crea situazioni sulle quali si innestano i fenomeni corruttivi: secondo il presidente ANAC Raffaele Cantone, «*un bando costruito in maniera scorretta può aprire un'autostrada a chi ha cattive intenzioni*» (G. LATOUR, *Appalti, Cantone: la lotta alla corruzione parte dalla formazione degli amministratori*, in Il Sole 24 Ore, 31/07/2015).

2.7.4 La trasparenza

È ormai opinione condivisa che la trasparenza amministrativa e gestionale, la pubblicità e la diffusione di informazioni sono il più efficace antidoto ad opacità e deviazioni, gli strumenti dissuasivi più idonei per contrastare la *maladministration* delle risorse pubbliche, più efficaci per favorire il controllo e promuovere l'*accountability* della PA. L'art. 1 della legge anticorruzione dedica ampio spazio al valore della trasparenza amministrativa (peraltro costituzionalmente già richiesta), quale mezzo per migliorare l'accessibilità dei dati, per portare a conoscenza di tutti i cittadini quanto fino ad allora era stato tenuto nascosto - in nome della privacy e della segretezza degli atti - e per scoprire eventuali schemi corruttivi in corso.

Ma l'amministrazione diventa effettivamente trasparente quando mette *immediatamente* a disposizione dei cittadini informazioni, dati, documenti che consentono la verifica delle sue azioni e del modo in cui impiega le risorse, il confronto tra le prestazioni e/o servizi omogenei forniti dalle diverse amministrazioni al fine di attuare eventuali interventi comparativi e correttivi. Senza il controllo democratico, il principio di trasparenza perderebbe di qualsiasi efficacia e si tradurrebbe *«in uno sterile scambio di informazioni con una cittadinanza lasciata senza strumento alcuno di intervento»*. Infatti il principio di trasparenza - secondo M. MORCIANO, *La "trasparenza" nella delega al Governo finalizzata all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e sulla contrattazione*, in *Amministrazione in cammino*, giugno 2009 - riguarda *«la possibilità di correggere l'esercizio del potere pubblico laddove esso non risulti coerente con la tutela dell'interesse pubblico, o con i principi fondamentali ai quali la sua azione dovrebbe ispirarsi, o qualora non producesse nella società gli effetti desiderati (efficacia)...La concreta attuazione del principio di trasparenza si traduce dunque nella possibilità di attuare eventuali interventi correttivi, in conseguenza dell'esercizio di una effettiva capacità di controllo che, a sua volta, si fonda sulla conoscenza e, dunque, su di una adeguata disponibilità di informazioni sull'esercizio del potere pubblico»* (qui p. 2).

Secondo l'OCSE (*Regulatory policies in OECD countries: from interventionism to regulatory governance, OECD, 2002*), la trasparenza è *«the capacity of regulated entities to identify, understand and express views in their obligations under the rule of*

law» e l'accesso alle informazioni contribuisce ad una buona *governance*, rappresentando una condizione necessaria per dare risposta alle esigenze dei soggetti coinvolti a vario titolo nell'attività della PA, per rendere conto del proprio operato e funzionamento, per garantire apertura, partecipazione, responsabilità, equità.

Per una definizione della nozione di trasparenza e delle sue connessioni con la corruzione nonché degli interventi in materia precedenti alla legge n. 190/2012 e al d.lgs. n. 33/2013, si veda F. MERLONI (a cura di), *La trasparenza amministrativa*, Giuffrè Editore, 2008 e F. MERLONI, B. PONTI, *La trasparenza*, in F. MERLONI, L. VANDELLI, op.cit.

Originariamente ancorato all'istituto dell'accesso ai documenti amministrativi e alle informazioni in presenza di un diritto soggettivo o di un interesse legittimo di cui alla legge n. 241/1990, il principio della trasparenza assume oggi una diversa e più ampia configurazione, tanto da essere definita in termini di accessibilità totale ad ogni aspetto dell'organizzazione ai sensi dell'art. 11 d.lgs. n. 150/2009. Da quella prima previsione, il governo ha approvato una serie di norme per aumentare la trasparenza nella PA (per esempio la Riforma Brunetta ed il nuovo codice dell'amministrazione digitale) che sono state per così dire sistematizzate nel d.lgs. n. 33/2013 - recante il "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni* - integrandole con adempimenti ulteriori e introducendo un sistema di controlli e sanzioni al fine dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione. Per una panoramica sulla scelta ultimamente adottata dal legislatore di abbandonare il vecchio strumento dell'accesso ai documenti e di puntare tutto sul principio di pubblicità (agevolato dallo sviluppo delle tecnologie informatiche), quale strumento più efficace per produrre trasparenza si veda M. SAVINO, *Le norme in materia di trasparenza amministrativa e la loro codificazione (art. 1, commi 15-16 e 26-36)*, in G. MATTARELLA, M. PELISSERO (a cura di), op.cit.

Per un'analisi del rapporto esistente tra trasparenza e riservatezza e delle differenze concettuali esistenti tra i concetti di trasparenza, accessibilità e pubblicità si faccia riferimento F. PATRONI GRIFFI, *La trasparenza della pubblica amministrazione tra accessibilità totale e riservatezza*, in *Federalismi.it*, n. 8, 2013 e A. PAJNO, *Il principio di trasparenza alla luce delle norme anticorruzione*, *Giustizia Civile*, n. 2, 2015 che evidenzia come nel sistema delineato dal d.lgs. n. 33/2013 coesistono due diversi tipi di

trasparenza: una trasparenza intesa come pubblicità riguardante quelle informazioni per le quali è previsto un obbligo di pubblicità ed una intesa come accessibilità a norma del d.lgs. n. 241/1990 per gli atti amministrativi non soggetti ad obblighi di pubblicità.

Le amministrazioni pubbliche sono tenute a pubblicare online, in formato aperto e riutilizzabile, tutti i dati inerenti l'organizzazione, i processi e i costi (curricula, stipendi e incarichi; bandi di concorso; budget preventivo e consuntivo).

Sui benefici dell'open data nel settore pubblico si rimanda alla ricerca di AA.VV., *Impact of open government on public sector modernization policies*, Transparency International, 2015. Infatti le leve per contrastare la corruzione, le frodi e l'inefficienza, vanno ricercate non solo nella trasparenza ma anche nella digitalizzazione e informatizzazione della PA. L'utilizzo degli strumenti informatici, delle banche dati comunicanti, della digitalizzazione documentale assumono un ruolo strategico al fine di rendere effettiva l'applicazione dei principi di trasparenza e per contrastare i fenomeni illegali. Per un approfondimento sull'utilizzo delle banche dati e dei risultati conseguibili dal loro incrocio, sia consentito rimandare a G. VIALE, *DURC on line, fatturazione elettronica ed integrazione delle banche dati: verso la semplificazione e digitalizzazione della P.A.*, in Bollettino ADAPT, n. 27, 2015. Anche se si mettono a confronto i dati relativi al nuovo indice dell'economia e della società digitali (DESI, Digital Economy and Society Index), messo a punto dalla Commissione Europea e presentato a febbraio 2015, e la classifica dei Paesi meno corrotti elaborata da Transparency International è evidente la stretta correlazione tra i due fenomeni: più i paesi sono avanzati dal punto di vista digitale meno sono corrotti.

La modernizzazione della PA passa attraverso l'implementazione di strumenti e politiche innovative che consentono di raggiungere più elevati livelli di efficienza, maggiore trasparenza ed accessibilità alle informazioni, migliore partecipazione e coinvolgimento dei cittadini. Per uscire da una logica puramente di adempimento, la trasparenza deve quindi essere interpretata come un metodo di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini alle decisioni e all'attività della PA in una logica di amministrazione collaborativa in cui la PA lavora *con* e non semplicemente *per* i cittadini al fine di erogare servizi più efficaci e di maggiore qualità. Si legga in proposito R. RUFFINI, *Trasparenza e sviluppo delle performance: oltre l'adempimento*,

la partecipazione, in P. MASTROGIUSEPPE, R. RUFFINI (a cura di), *La riforma del lavoro pubblico tra continuità e innovazione*, IPSOA, 2010.

La trasparenza e l'*accountability*, come dimostrato da una serie di ricerche (OECD, *Trust in government: ethics measures in Oecd countries*, 2013 e OECD, *Governement at a glance 2015*), creano ambienti in cui integrità ed etica si diffondono più facilmente e vengono più diffusamente accettati, riducendo la corruzione e incrementando la fiducia nelle istituzioni da parte dei cittadini. L'accessibilità alle informazioni del settore pubblico e la loro condivisione con l'esterno consentono di monitorare ciò le amministrazioni fanno e come lo fanno.

In questo senso, il bilancio e la rendicontazione sociale rappresentano nuovi strumenti di reporting, di tipo *non financial*, che descrivono e rendono conto agli stakeholder della congruenza dell'agire aziendale alle finalità sociali dichiarate, accrescendo la legittimazione del proprio operato. Tale esigenza è da più parti avvertita, tanto da ipotizzare l'introduzione di strumenti di rendicontazione che possano integrare in documenti unitari informazioni di diversa natura, al fine di fornire una rappresentazione olistica della realtà esaminata (si veda come esempio, AA.VV., *Rendicontazione sociale e apprendimento organizzativo: il bilancio sociale di mandato della ASL Roma E*, in *Mecosan*, n. 79, 2011).

Anche nell'ambito del settore sanitario, l'informatizzazione e le nuove tecnologie digitali contribuiscono ad aumentare l'efficienza e l'efficacia del sistema e favoriscono la personalizzazione delle cure. Soluzioni tecnologiche nell'ambito della telemedicina, dell'*e-prescription*, dell'*e-booking*, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) possono consentire una maggiore accessibilità e un migliore monitoraggio dei pazienti, anche a distanza, nonché una maggiore integrazione tra gli operatori che possono valutare con più appropriatezza gli interventi di cura lungo tutto il percorso di cura del paziente.

L'Italia infatti non ha una spesa sanitaria pubblica superiore a quella di altri Paesi, tuttavia, se si guarda «*alla sua produttività, il giudizio cambia: colpa di una inefficienza complessiva, del cattivo uso delle risorse, della corruzione endemica*» (qui p. 3). Si veda sul punto G. BISSONI, *Trasparenza per una sanità in «buona salute»*, in *Trasparenza, legalità ed etica nel SSN*, Monitor n. 35, 2014, pp. 3-7, che identifica la sanità come il settore della Pubblica Amministrazione, probabilmente, più esposto ad un

alto tasso di discrezionalità inevitabile e che pertanto richiede regole chiare e massima trasparenza.

2.7.5 La tutela dei *whistleblowers*

La necessità di garantire un sistema di governo trasparente e responsabile quale strumento per uno sviluppo sostenibile e durevole ha indotto molte organizzazioni sovranazionali (ONU, OCSE e Consiglio d'Europa) a redigere testi che vincolassero gli Stati membri all'adozione di misure idonee al suo rispetto.

In Italia con la legge n. 190/2012 il legislatore ha disciplinato, per la prima volta nella storia dell'ordinamento italiano, il fenomeno del *whistleblowing* introducendo l'articolo 54-bis al d.lgs. n. 165/2001. Per un inquadramento della definizione da dare al termine e sulla protezione da riconoscere al *whistleblower* nell'ambito del suo rapporto di lavoro, del suo profilo professionale e della sua carriera si rinvia a V. FERRANTE, *Rapporti di lavoro e whistleblowing. Diritto a "spifferare" e tutela del posto di lavoro nell'ordinamento italiano*, in G. FRASCHINI, N. PARISI, D. RINOLDI *Protezione delle "vedette civiche": il ruolo del whistleblowing in Italia*, Transparency International Italia, 2009 che evidenzia come sia necessario individuare un buon bilanciamento tra interessi superiori coinvolti (l'interesse collettivo tutelato e l'interesse dell'organizzazione segnalata), alla luce del dovere di lealtà, fedeltà e riservatezza nei confronti dell'organizzazione di cui è parte il lavoratore e illustra come non sembrano necessarie nuove disposizioni specifiche per tutelare il fenomeno del *whistleblowing* potendosi fare oggi riferimento alle norme già esistenti.

Si rinvia invece a F. GANDINI, *La protezione dei whistleblowers*, in F. MERLONI, L. VANDELLI op.cit. per una definizione del termine che parte da una distinzione fenomenologica del concetto (distinguendo tra *internal/external*, *inside/outside*, *authorized/unauthorized*, *anonimo/non anonimo*, segnalazione di reati o di condotte organizzative illecite): rivelazione spontanea, in buona fede e sulla base di ragionevoli sospetti, di fatti in forma non anonima da parte di un soggetto appartenente a un'organizzazione (*inside*), pubblica o privata, alle competenti autorità esterne (*external*) anche in mancanza di apposita autorizzazione, purché si tratti di fatti che hanno un collegamento con l'attività dell'organizzazione.

L'idea alla base della nuova disposizione è la necessità di incoraggiare la rottura del patto di mutuo interesse che caratterizza il rapporto illecito tra corruttore e corrotto - orientato verso un comune obiettivo che comporta vantaggi per entrambi - e di creare le condizioni favorevoli per far venire meno il clima di convivenze ambientali e di solidarietà tra colleghi. A tal riguardo si rinvia all'analisi di R. CANTONE, *La tutela del whistleblower: l'art. 54-bis del d.lgs. n. 165/2001 (art. 1 comma 51)*, in B. G. MATTARELLA, M. PELISSERO (a cura di), op.cit., che partendo dall'analisi delle norme e raccomandazioni degli organismi internazionali e dai riferimenti già esistenti nell'ordinamento italiano, pone in evidenza come solo attraverso una normativa fortemente garantista e una maggiore tutela dei lavoratori, dipendenti pubblici e non, che decidono di segnalare gli illeciti si possa incentivare la segnalazione degli illeciti e delle fattispecie delittuose.

L'aver colmato il vuoto normativo sul fenomeno del *whistleblowing* ha permesso all'Italia di superare, almeno in parte, un *gap* rispetto agli altri Paesi, soprattutto anglosassoni che già lo prevedevano quale strumento di lotta alla corruzione, e di adempiere ad un obbligo assunto in sede di stipula di convenzioni internazionali. Tuttavia la previsione normativa non è stata sufficiente poiché diversi elementi contenuti nel nuovo articolo 54-bis sono ancora troppo generici e incapaci di promuovere un percorso certo di tutela per coloro che decidono di "soffiare il fischietto".

Diversi sono i punti di debolezza indicati dal *Rapporto OCSE sull'integrità in Italia - Rafforzare l'integrità nel settore pubblico, ripristinare la fiducia per una crescita sostenibile*, 2013: tra questi si segnalano ai fini del presente studio, l'applicazione della protezione unicamente ai lavoratori pubblici dipendenti (contrattualizzati) e non a tutti coloro che ruotano attorno alla PA in qualità di consulenti, collaboratori o dipendenti di aziende fornitrici di servizi e beni. Per una dettagliata analisi del documento OCSE si rinvia a U. BURATTI, *Whistleblowing: una sfida anche per la pubblica amministrazione*, in Bollettino ADAPT, n. 19, 2013.

A colmare questa lacuna dovrebbe intervenire il disegno di legge n. AS 2208 (Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato) all'esame del Senato che andrà a modificare l'art. 54-bis e prevedere l'estensione della disciplina e

delle tutele anche ai collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o di incarico, nonché ai lavoratori e ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica. Inoltre il ddl in esame prevede l'estensione della tutela del *whistleblower* anche nel settore privato inserendo dopo il comma 2 dell'articolo 6 del d.lgs. n. 231/2001 quattro nuovi commi.

Nell'attesa dell'approvazione del disegno di legge, per tentare di dare nuovo slancio all'istituto e di mettere in atto, per via interpretativa, qualche correttivo, l'ANAC è intervenuta fornendo alcuni orientamenti, in particolare il n. 40 e n. 42 (si rimanda a A. MONEA, *L'Anac 'rafforza' il whistleblowing*, Guida al Pubblico Impiego, n. 10, 2014) e approvando, con la Determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, le *Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti* ("c.d. *whistleblower*) con cui intende offrire alle amministrazioni pubbliche una disciplina concreta delle disposizioni di principio introdotte dalla legge n. 190/2012. Sul punto sia consentito rinviare anche a A. R. CARUSO, G. VIALE, *Il ruolo dei lavoratori nella diffusione dell'integrità nella P.A., focus sul whistleblower che effettua segnalazioni di illecito presso il Ministero del lavoro*, in Bollettino ADAPT, n. 21, 2015.

Un primo monitoraggio del ricorso all'istituto del *whistleblowing* in Italia è stato recentemente condotto dall'ANAC la cui analisi a cura di R. CANTONE, *Segnalazioni di illeciti e tutela del dipendente pubblico: l'Italia investe nel WhistleBlowing, importante strumento di prevenzione della corruzione*, giugno 2016 è consultabile sul sito dell'Autorità: i dati pubblicati permettono di tracciare un primo significativo profilo del *whistleblower* italiano. La norma si riferisce ai pubblici dipendenti e questi infatti costituiscono la percentuale maggiore di segnalanti mentre, dal punto di vista geografico, le segnalazioni sono più diffuse nelle regioni meridionali del paese. Inoltre l'analisi dei dati evidenzia la crescente rilevanza delle condotte segnalate che dimostrano la crescente qualità delle segnalazioni, più circostanziate e rientrate nell'ambito della disciplina.

Per una panoramica internazionale del ricorso allo strumento si rimanda a R. LATTANZI, *Prime riflessioni sul c.d. whistleblowing: un modello da replicare a occhi chiusi?*, in Rivista Italiana Diritto Lavoro, n. 2, 2010 e a F. GANDINI, *Il*

whistleblowing negli strumenti internazionali in materia di corruzione, in AA.VV., *Il whistleblowing nuovo strumento di lotta alla corruzione*, Bonanno, 2011.

Di recente pubblicazione è l'analisi condotta dall'OECD, *Committing to effective whistleblower protection*, OECD Publishing, 2016 che evidenzia da un lato i progressi raggiunti nei diversi paesi dell'OCSE nell'adottare leggi di protezione nei confronti degli informatori dall'altro quanto occorre ancora prevedere affinché coloro che si espongono nel denunciare condotte illecite di cui sono venuti a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro siano effettivamente protetti sia in ambito pubblico che privato, identificando le ulteriori aree di intervento.

Infine si rimanda a G. GAMBERINI, *Nuove sfide per le Parti sociali: il whistleblowing*, in Bollettino ADAPT, n. 18, 2013, sull'opportunità per le parti sociali di promuovere l'adozione di canali di comunicazione (meglio interni), attraverso cui ogni lavoratore possa avere un confronto con il datore di lavoro sui fatti che accadono nell'ambito del rapporto di lavoro e sull'istituto del *whistleblowing* quale leva di produttività e strumento più idoneo per incentivare suggerimenti volti ad evitare sprechi o a migliorare lo svolgimento di talune attività tramite l'erogazione di una percentuale dei risparmi o dei maggiori guadagni accertati a chi ha effettuato la segnalazione.

CAPITOLO 1 - I LAVORATORI DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO

Sommario: **1.1** Quadro introduttivo: il mercato del lavoro e il settore sanitario in Italia - **1.2** La spesa per la sanità e la sua sostenibilità - **1.3** I lavoratori del settore sanitario e socio-assistenziale: la fotografia - **1.4** Lavoratori standard, flessibili, atipici e...agili - **1.4.1** Lavoratori a tempo determinato - **1.4.2** Lavoratori a tempo parziale - **1.5** Lavoratori esternalizzati - **1.5.1** In particolare i lavoratori delle cooperative - **1.5.2** Lavoratori somministrati - **1.6** Lavoratori parasubordinati, autonomi (anche in forma associata), tirocinanti e ricercatori - **1.7** Lavoratori domestici

1.1 Quadro introduttivo: il mercato del lavoro e il settore sanitario in Italia

Il mercato del lavoro e la sua riforma sono stati nuovamente al centro del dibattito politico, economico e sociale in questi ultimi anni, segno tangibile della necessità di un cambiamento - avvertito su diversi fronti - di definire un nuovo assetto regolatorio maggiormente calzante alle emergenti realtà economiche e sociali in atto.

Prima la riforma Fornero, poi il d.l. n. 34/2014 convertito nella l. n. 78/2014, i d.lgs. n. 23/2015 e n. 81/2015 attuativi del c.d. *Jobs Act* (legge delega n. 183/2014) ora il disegno di legge sul lavoro agile sono le risposte che il legislatore ha dato per tentare di definire in termini più moderni l'assetto normativo e per colmare le divergenze, sempre più evidenti, tra esigenze di produttività delle aziende (eliminando la causale nel contratto a tempo determinato, introducendo il contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti, ridefinendo tutte le tipologia contrattuali) e tutele dei lavoratori.

Un mercato a diverse velocità in cui si sono venuti a creare nuovi e ulteriori dualismi: con il d.lgs. n. 23/2015 e il contratto a tutele crescenti tra chi entra oggi nel mercato del lavoro e chi è stato assunto prima del 7 marzo 2015; con lo stesso decreto legislativo, con la l. n.78/2014 e con il d.lgs. n. 81/2015 recante la nuova disciplina organica dei contratti di lavoro utilizzabili dalle aziende per reperire manodopera, tra chi lavora nel settore privato e chi opera in quello pubblico; con il superamento delle collaborazioni a progetto, tra chi lavora con un contratto e chi sempre più lavora con i voucher o senza

alcun contratto. E, a seconda del punto di vista, si sono eliminate alcune differenze (art. 18 dello statuto dei lavoratori) tra chi ora lavora in forza di un contratto a tempo determinato e chi in forza del nuovo contratto a tutele crescenti.

Di particolare interesse ai fini del presente lavoro e per l'impatto che determina sul mercato del lavoro è il binomio che si è venuto a creare a seguito della dubbia applicabilità (forse voluta) delle novità del *Jobs Act* al pubblico impiego e che, nelle intenzioni del legislatore, è destinato ad una prossima sistemazione con l'emanazione dei decreti attuativi della legge delega n. 124/2015 recante *Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*. Per quanto attiene l'utilizzo dei contratti atipici, ad esempio, l'art. 17 comma 1, punto (o) della legge delega recante il riordino della disciplina del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, viene fatto esplicito richiamo a «*tassative e limitate fattispecie, caratterizzate dalla compatibilità con la peculiarità del rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione e con le esigenze organizzative e funzionali di queste ultime, anche la fine di prevenire il precariato*», evidenziando l'impossibilità da parte della PA di stipulare contratti a tempo determinato 'acausali' così come avviene nel settore privato. Inoltre per quanto riguarda la nuova normativa in tema di lavori flessibili così come delineata dal d.lgs. n. 81/2015, l'art. 29 del decreto fa espressamente salvo l'art. 36 del d.lgs. n. 165/2001 che prevede la stipula di contratti a tempo determinato e flessibili solo in ipotesi di ragioni esclusivamente eccezionali o temporanee.

Allo stesso modo, si pone il problema dell'applicabilità al pubblico impiego del contratto a tutele crescenti (d.lgs. n. 23/2015): come già era emerso per la legge Fornero, non vi è alcuna norma che stabilisca l'applicabilità o meno della nuova disciplina al settore pubblico, come invece era avvenuto nel passato (ad esempio nel d.lgs. n. 276/2003), in cui espressamente si escludeva l'applicazione della disciplina alle pubbliche amministrazioni. Tuttavia numerosi interpreti sono portati ad escludere che le disposizioni di cui al decreto legislativo n. 23/2015 siano direttamente applicabili alla PA.

Un mercato del lavoro, nonostante le differenze, che è nel vivo di una rapida e grande trasformazione: un mercato sempre meno legato alla piccola realtà locale (salvo qualche eccezione) e sempre più fortemente influenzato dalla globalizzazione dell'economia,

dalla tecnologia e dalla digitalizzazione che impongono nuovi modelli organizzativi, ancora più flessibili, agili e frammentati di quelli che conosciamo oggi. In un tale prospettiva, più che mai, i lavoratori rivestono un ruolo centrale non solo quali destinatari delle scelte legislative, sui quali ricadono le modifiche apportate nella regolamentazione del mercato del lavoro, ma soprattutto quali attori attivi del cambiamento in atto.

Un mercato in cui molte professioni e mestieri verranno sostituiti da macchine portando alla polarizzazione dei lavori e dei lavoratori. Da una parte, vi saranno i lavori altamente qualificati difficilmente sostituibili dai robot e, dall'altra, i lavori che richiedono una bassa professionalità; da una parte, i lavoratori con un contratto e, dall'altra, coloro che hanno difficoltà ad entrare nel mondo del lavoro o che vi entrano senza un contratto o con contratti più precari o non vi entrano affatto. Nondimeno la trasformazione del lavoro sarà radicale *«non risparmierà neppure i lavori più qualificati, grazie a tecnologie in grado di sostituire anche le attività non-routine e persino quelle che presuppongono una interazione con altre persone come medici, infermieri, avvocati, cassieri, insegnanti, tassisti»*⁽²⁶⁾.

Questa sembra, ad oggi, la direzione che ci proietta il futuro: i lavoratori dovranno conseguentemente imparare ad attrezzarsi di nuovi strumenti e adeguate competenze che consentiranno loro di affrontare le sfide future. Tra questi, la formazione lungo tutto l'arco della propria vita lavorativa che permette di avere competenze e professionalità spendibili in un mercato in rapida evoluzione e che rende obsoleti i mestieri attuali, la possibilità di certificare le proprie competenze acquisite in percorsi sia formali che informali, il sostegno al reddito nel passaggio tra le diverse transazioni occupazionali e nei momenti di maggiore vulnerabilità e fragilità (maternità, perdita del lavoro, anzianità, disabilità, malattia).

Parallelamente, anche il *welfare state* e il sistema di tutele che garantisce (nello specifico della presente ricerca, il diritto alla salute) vivono un momento di profonde riflessioni e radicali ripensamenti: il principio di universalità delle prestazioni - in base al quale vengono garantiti a tutti i cittadini gli interventi di emergenza e i livelli essenziali di cure mediche, indipendentemente dall'aver o meno contribuito a sostenere

⁽²⁶⁾ M. TIRABOSCHI, F. SEGHEZZI, *La fine del lavoro? No, un nuovo inizio*, in Bollettino speciale ADAPT, n. 2, 2016.

il finanziamento del SSN, superando il previgente sistema mutualistico fondato sulla contribuzione dei singoli lavoratori che assicurava l'assistenza sanitaria ad una parte della popolazione - risulta in crisi per la crescente spesa e la sua difficile sostenibilità finanziaria nel tempo. La scarsità di risorse sta portando a ridisegnare il sistema di protezioni sociali che dovrebbero essere garantite dallo Stato ed una crescente fetta delle risposte alle tutele iniziano ad arrivare dalle imprese, tramite la diffusione di un *welfare* contrattuale ed aziendale che sta sempre più soppiantando quel sistema di *welfare state* a cui siamo stati abituati. Il rischio, però, è di non riuscire a garantire l'universalismo e coprire in modo uguale tutte le persone sebbene consenta di attuare il principio di solidarietà tra gruppi sociali. Come peraltro notato da diversi autori (si veda la *Literature Review*), le emergenti esigenze di cura delle persone e il frammentato mercato del lavoro aprono all'idea di un modello di *welfare* differente rispetto all'attuale che sia maggiormente orientato alla centralità delle persone, indipendentemente dal loro *status* personale (*welfare* della persona) e capace di co-responsabilizzare i beneficiari degli interventi, attraverso la predisposizione di strumenti di tutela adeguati durante tutti i cicli della vita (anche lavorativa), ma soprattutto durante quelle fasi caratterizzate da maggiore incertezza e fragilità. Le politiche di *austerity* di questi anni stanno pregiudicando la sopravvivenza del *welfare state* e ne stanno mettendo in discussione la funzione di supporto nelle fasi 'di debolezza' della vita a discapito soprattutto degli strati più vulnerabili e svantaggiati della popolazione, acuendo le disuguaglianze, l'esclusione sociale e invocando forme sussidiarie di sostegno ⁽²⁷⁾.

Il nuovo contesto che si sta delineando, caratterizzato da maggiori ristrettezze economiche, crescente segmentazione e frammentazione dei rapporti di lavoro (sia in ambito subordinato che autonomo), da bassi tassi di occupazione, da una persistente e costante presenza di inattivi e disoccupati, da nuovi flussi migratori e da una popolazione più anziana e con malattie croniche, mette in discussione la centralità del ruolo dello Stato a favore di una visione che vede un ripensamento della gestione ed erogazione dei servizi di cura e di salute della persona (ma non solo) ad attori sussidiari.

⁽²⁷⁾ Così M: TIRABOSCHI, *Sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, ADAPT Labour Studies, e-Book n. 36; ADAPT, *Il libro verde per il welfare della persona*, 2015.

Il rapporto tra il sistema di *welfare statale* e il *welfare sussidiario* è oggi, più che mai, tema centrale al fine di garantire la più ampia protezione possibile a tutte le persone, lavoratori (dipendenti e autonomi) e inattivi, cittadini e immigranti, ma evitando il rischio di generare disuguaglianze e dualismi (di natura territoriale, di nazionalità, tra chi lavora e non, tra le differenti categorie di lavoratori), discriminazioni nei sistemi di protezione sociale e di frammentare l'assetto delle tutele, accentuando le storture già esistenti a discapito dei soggetti più deboli. Questo sarà ancora più importante nel futuro, anche prossimo, in cui le prospettive sono di un numero sempre inferiore di lavoratori titolari di rapporti di lavoro subordinato e i rapporti di lavoro saranno sempre più frammentati ⁽²⁸⁾.

Quella che comincia a farsi strada è la visione di un *welfare* maggiormente incentrato sulle esigenze delle persone e sul loro effettivo contributo al processo produttivo che deve necessariamente partire anche dai luoghi di lavoro: azioni di prevenzione e iniziative di *wellness at work*, politiche attive di reinserimento al lavoro, iniziative di conciliazione vita e lavoro, formazione durante tutto l'arco di vita lavorativa, sostegno tra le diverse transazioni occupazionali. I benefici di una tale visione per i lavoratori, per le imprese e, in ultima analisi, per l'intera collettività sono numerosi sia in termini di riduzione dei costi dovuti alla disabilità e alla malattia, sia in termini di maggiore produttività, fidelizzazione della forza-lavoro, diminuzione dell'assenteismo e delle richieste di congedi e permessi.

In tutta Europa è in atto un graduale processo di trasformazione dei sistemi del *welfare state* verso un'idea nuova di *welfare* e di servizi alla persona: da una parte, i sistemi sanitari universali guardano con crescente attenzione ai modelli pluralistici di integrazione pubblico-privato nella produzione ed erogazione delle prestazioni e, dall'altra, il *welfare* assume sempre più forma di *benefit* ad integrazione dei salari, diventando complementare ai più tradizionali sistemi di premialità e incentivazione, quale leva per un aumento della produttività dei lavoratori e della loro motivazione (*welfare* aziendale).

In un tale contesto, è evidente che anche i lavoratori sono chiamati a rivestire un ruolo centrale nella sostenibilità del *welfare*: da un lato, quali fornitori (in crescita) di

⁽²⁸⁾ Temi analizzati nel corso del convegno internazionale “La grande trasformazione del lavoro” durante ‘*The great debate*’, Bergamo, 6-7 Novembre 2015.

prestazioni professionali in ambito socio-sanitario, dall'altro quali finanziatori (in diminuzione) del SSN, attraverso l'IRAP e l'addizionale IRPEF e, ancora, quali destinatari (selezionati) delle politiche di *welfare* aziendale.

Infatti se da una parte diminuiscono coloro che contribuiscono al finanziamento della sanità per i bassi tassi di occupazione, per gli alti tassi di disoccupati e inattivi, per il diffuso lavoro irregolare e nero, dall'altra, aumenta la domanda di salute e assistenza per i cambiamenti demografici e epidemiologici in atto.

Un differenziale che diventerà sempre meno sostenibile nel tempo e che vedrà avvantaggiato chi potrà usufruire di sostegni di *welfare* aziendale (su cui le aziende investono in modo crescente risorse quale strumento per migliorare le condizioni dei lavoratori e delle loro famiglie, grazie anche agli sgravi fiscali previsti nell'ultima legge di stabilità), innescando così nuovi dualismi e discriminazioni tra differenti categorie di lavoratori (dipendenti e autonomi, con figli o senza, con necessità di assistenza o senza), tra lavoratori dipendenti di diverse aziende e settori, tra lavoratori e disoccupati.

L'articolato mercato del lavoro nel settore sanitario rispecchia tutto questo: un mercato fortemente frammentato in cui lavorano, spesso fianco a fianco, lavoratori dipendenti del comparto pubblico e di aziende private, liberi professionisti e pseudo tali, interinali e soci lavoratori di cooperative a cui viene richiesto di essere flessibili e dinamici per venire incontro alla crescente e diversificata domanda di cure attuali ma, soprattutto, future. Per i sistemi sanitari è fondamentale essere in grado di promuovere politiche flessibili e adattabili ma questo dovrebbe tradursi non nella precarizzazione dei rapporti di lavoro ma in scelte che garantiscono il giusto *skill mix* di operatori sanitari, con le giuste competenze e la fornitura di servizi nei posti giusti, per meglio rispondere alle mutevoli esigenze di salute delle persone. Una domanda di flessibilità crescente a tutela di un diritto fondamentale, quello alla salute, che «*richiede, in ogni suo snodo organizzativo e nell'uso delle risorse, prima tra tutte il personale, un'attenzione al dato fattuale, all'efficacia dei comportamenti che mal si concilia con schemi rigidi*»⁽²⁹⁾ ma che non deve, tuttavia, tradursi in un aggiramento del dettato normativo posto a tutela dei diritti dei lavoratori e che deve tenere conto delle più recenti novità normative introdotte. I lavoratori, innanzitutto quali persone, le loro tutele (diritti) e responsabilità

⁽²⁹⁾ Cfr. F. LIGUORI, *Flessibilità e modelli organizzativi del S.S.N.*, in F. LIGUORI, A. ZOPPOLI (a cura di), op. cit., qui p. 4.

(doveri), il loro comportamento sono tutti fattori fondamentali per una buona sanità incidendo, come si vedrà nel secondo capitolo, anche sulla sua buona amministrazione e buona gestione e contribuendo a diffondere una cultura di maggiore legalità, trasparenza e integrità.

1.2 La spesa per la sanità e la sua sostenibilità

Il settore sanitario, includendo le prestazioni ambulatoriali, quelle ospedaliere e il vasto settore dell'assistenza socio-sanitaria oltre alla farmaceutica e all'industria dei dispositivi medici, riveste un ruolo importante e - in prospettiva - crescente nell'economia non solo italiana.

Come si è detto nel paragrafo precedente, il quadro economico e finanziario fortemente provato e reso instabile dalla perdurante crisi - o perlomeno questa è la motivazione - sta mettendo in discussione l'attuale sistema di *welfare state* dal momento che sono evidenti le difficoltà a conseguire obiettivi di maggiore efficienza ed economicità nell'erogazione dell'offerta di salute senza limitare il diritto che l'ordinamento riconosce ad ogni singola persona (art. 32 Cost.).

La crisi ha indubbiamente contribuito ad alimentare il dibattito sulla sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari in Europa. Per anni i responsabili politici europei hanno visto nell'invecchiamento della popolazione, nella crescita eccessiva dei costi determinata dallo sviluppo tecnologico e dall'aumento dei livelli salariali, nel cambiamento di aspettative di vita e di cura della popolazione il motivo principale di preoccupazione della crescita dei livelli di spesa del settore sanitario.

In realtà la crisi finanziaria ed economica ha spostato, a partire dal 2008, il centro delle preoccupazioni dal futuro al presente: da una visione a lungo termine di come provvedere a finanziare la salute e le cure della popolazione tra trent'anni, si è passati ad una visione di brevissimo periodo su come trovare i soldi per garantire le cure e il diritto alla salute nell'immediato.

Tuttavia non tutti i paesi europei sono stati colpiti dalla crisi e tra quelli che lo sono stati, non tutti sono stati colpiti allo stesso modo: alcuni paesi hanno avuto ricadute sostanziali sul PIL e sulla spesa pubblica, sul tasso di disoccupazione, sul tasso di rischio di povertà e di esclusione sociale e altri no.

Diventa pertanto stringente per i paesi occidentali occuparsi della sostenibilità economica dei sistemi sanitari. Sulla scorta delle indicazioni e suggerimenti dettati dall'Unione Europea, è quindi in atto una generale revisione delle politiche di *welfare*, che impone di dismettere tutto quanto non produce salute e di promuovere comportamenti più consapevoli da parte degli utenti dei servizi sanitari e socio-sanitari, dei lavoratori e delle aziende sanitarie, agendo su leve non esclusivamente finanziarie, partendo dai luoghi di lavoro e dal mercato del lavoro.

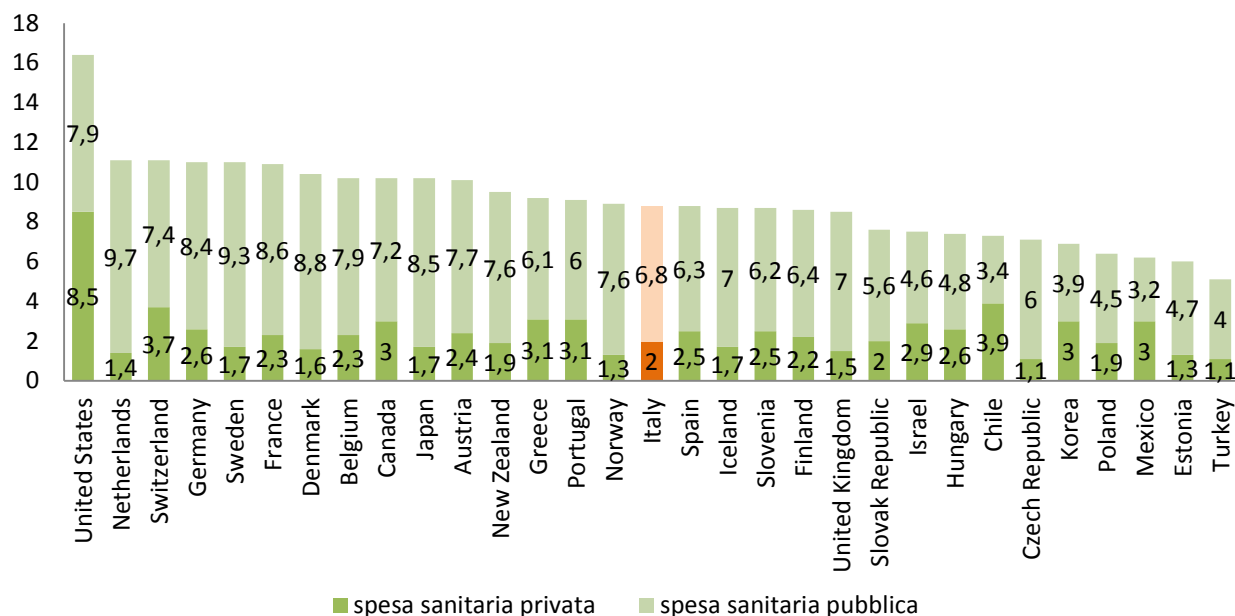
Da una parte, come si è già detto, garantendo un lavoro sostenibile lungo tutto l'arco della vita lavorativa e iniziative di *wellness at work* viene meglio tutelata la salute dei lavoratori alleggerendo i costi che ricadono sulla spesa sanitaria: le aziende possono contare su lavoratori attivi e produttivi, la collettività può fare il conto su un maggiore numero di lavoratori che contribuiscono al versamento dei contributi e al pagamento delle tasse, i conti pubblici non sono gravati da ulteriori spese sanitarie/socio-sanitarie o spese per il sostegno al reddito.

Dall'altra, scenari demografici in continua mutazione ed evoluzione richiedono sistemi sanitari più flessibili, capaci di reagire con maggiore rapidità ed efficacia alle mutevoli transazioni epidemiologiche che possano contare su lavoratori del settore, anche loro mediamente più anziani rispetto al passato, adeguatamente qualificati e in grado di adattarsi ai nuovi scenari ed alle emergenti esigenze di salute delle persone.

Secondo i dati dell'ultimo documento di economia e finanza (DEF 2016) l'incidenza della spesa sanitaria pubblica passerà dall'attuale 6,8% del PIL al 6,5% nel 2019 a fronte di una spesa totale che solo nel 2013 ammontava ancora all'8,8% del PIL: una contrazione che provoca inevitabilmente la riduzione dell'offerta di servizi e, probabilmente, un peggioramento della qualità dell'assistenza, determinando quello che è stato definito una sorta di 'assalto all'universalismo' del sistema sanitario. La situazione è simile in tutta l'Europa.

Gli ultimi dati disponibili dell'OCSE (*OECD Health Statistics 2015*) evidenziano come nel 2013 l'Italia ha investito in sanità, tra pubblico e privato, l'8,8% del PIL (Grafico n. 1) poco al disotto della media OCSE (8,9%) calcolata sui 34 Paesi dell'Organizzazione e delle economie emergenti ma ben al disotto di paesi come Germania (11%), Francia (10,9%) e anche la Grecia (9,2%).

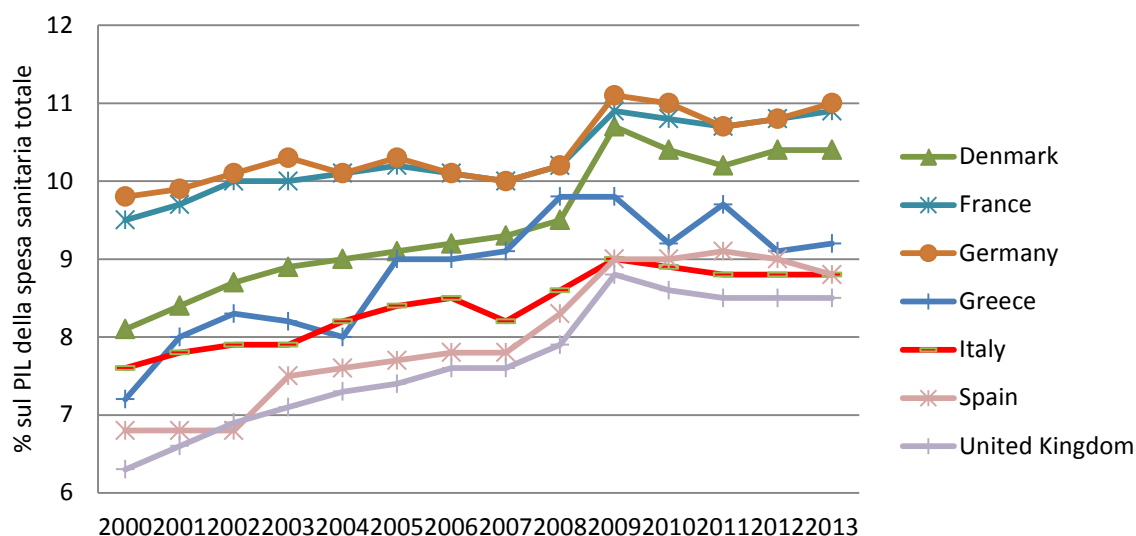
Grafico n. 1 - Spesa sanitaria totale (pubblica e privata) in percentuale del PIL per l'anno 2013



Fonte: *OECD Health Statistic 2015* (dati aggiornati al 11/11/2015)

Se si analizza l'andamento storico della spesa sanitaria totale, gran parte dei paesi dell'Europa (Grafico n. 2) nel corso degli anni che vanno dal 2000 al 2008 (periodo pre-crisi) hanno registrato un suo costante aumento in rapporto percentuale al PIL (con tassi di crescita della spesa pari o superiori al 3% all'anno), mentre dal 2009 in poi la tendenza è stata alla diminuzione e all'appiattimento. In Italia il rallentamento è stato decisivo e la spesa sanitaria totale rispetto al PIL nell'ultimo triennio non ha registrato aumenti, mantenendosi costante, a differenza di altri paesi come la Francia e la Germania che hanno continuato a registrare incrementi (seppur lievi), o paesi come la Grecia che hanno drasticamente ridotto la spesa sanitaria.

Grafico n. 2 - Andamento storico della spesa sanitaria totale in percentuale del PIL



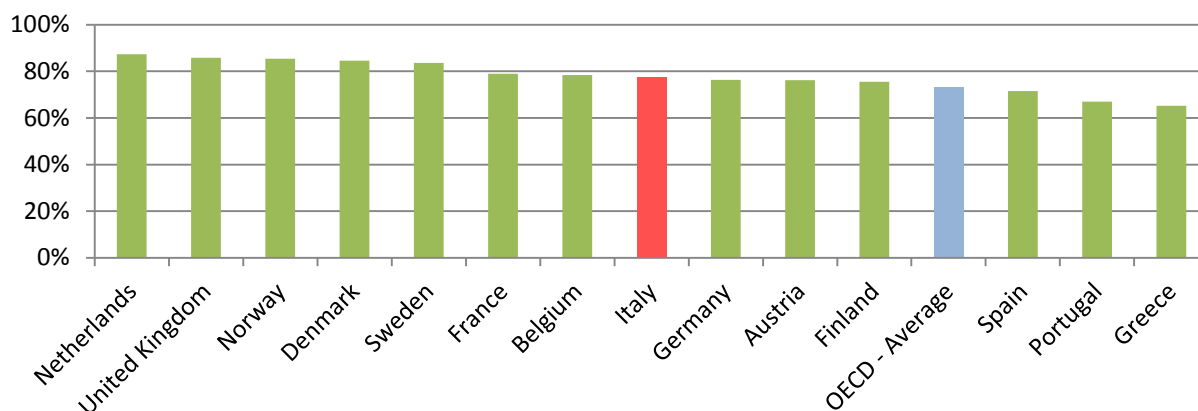
Fonte: *OECD Health Statistic 2015* (dati aggiornati al 11/11/2015)

Altro dato che può essere interessante analizzare (Grafico n. 3) è il rapporto della spesa sanitaria pubblica italiana rispetto alla spesa sanitaria totale: essa rappresenta il 77% della spesa complessiva, mentre la restante quota (23%) ricade sui singoli cittadini. Di questa spesa privata, la maggior parte viene pagata direttamente dalle persone (*out of pocket*) per quelle prestazioni sanitarie non adeguatamente coperte dal SSN (ad esempio visite odontoiatriche, ginecologiche, dietologiche) mentre in percentuale minima viene spesa per stipulare polizze assicurative o contribuire ad un fondo sanitario integrativo.

La spesa privata non è aumentata negli ultimi anni (rimanendo attorno al 2% del PIL) tuttavia essa incide mediamente di più (quasi un quarto) sulla spesa complessiva rispetto ad altri paesi come la Francia e l'Inghilterra e i paesi del nord europeo (Grafico n. 1).

In prospettiva, questo significa che riducendosi ulteriormente il finanziamento del servizio sanitario pubblico e aumentando progressivamente l'aspettativa di vita della popolazione italiana e il tasso di invecchiamento con crescenti malattie cronico degenerative, questo rapporto sarà destinato ad aumentare ulteriormente ricadendo direttamente sui bilanci delle famiglie, dal momento che solo il 15% di questa spesa privata è sostenuta da forme sanitarie integrative o assicurazioni (dati provenienti dallo studio di European House Ambrosetti, 2011).

Grafico 3 – Spesa sanitaria pubblica in percentuale sul totale della spesa sanitaria



Fonte: *OECD Health Statistic 2015* (dati aggiornati al 11/11/2015)

Per contenere la spesa sanitaria pubblica, gli interventi dei governi hanno agito sul blocco del *turnover* del personale e su pesanti tagli ai trasferimenti provenienti dal Governo centrale a partire dal 2010 e proseguiti, con successivi provvedimenti normativi (in particolare, l'ultima legge di stabilità per l'anno 2016 ha previsto un ulteriore taglio al Fondo Sanitario Nazionale di oltre 2 miliardi, passando da 113,1 miliardi a 111 miliardi). La presenza di vincoli di spesa e il rispetto delle politiche di bilancio, come evidenziato da più fronti, mettono in discussione il mantenimento degli standard quantitativi e qualitativi raggiunti dal sistema sanitario e rende necessario affrontare il tema della sua sostenibilità.

A tal riguardo esistono, come si è visto nel paragrafo dedicato alla *Literature Review* due filoni di pensiero, tra chi teme la progressiva privatizzazione del sistema sanitario, universalistico e globale, e chi ritiene l'attuale modello sanitario pubblico non più sostenibile e invoca per il futuro il ricorso alla mutualità integrativa. La diffusione della mutualità integrativa (o complementare) viene da più parti indicata come una delle soluzioni percorribili per superare ed arginare le difficoltà finanziarie del SSN: da un lato l'attuale SSN che si fa carico delle prestazioni che è in grado di garantire in tempi ragionevoli a tutti i cittadini e dall'altro i fondi sanitari integrativi che, come nelle intenzioni della legge istitutiva del SSN, si affiancano al SSN, concentrandosi sulle prestazioni e trattamenti esclusi dai LEA (tra cui le visite odontoiatriche, ginecologiche, l'assistenza protesica, le cure sociosanitarie per i soggetti non autosufficienti, le cure

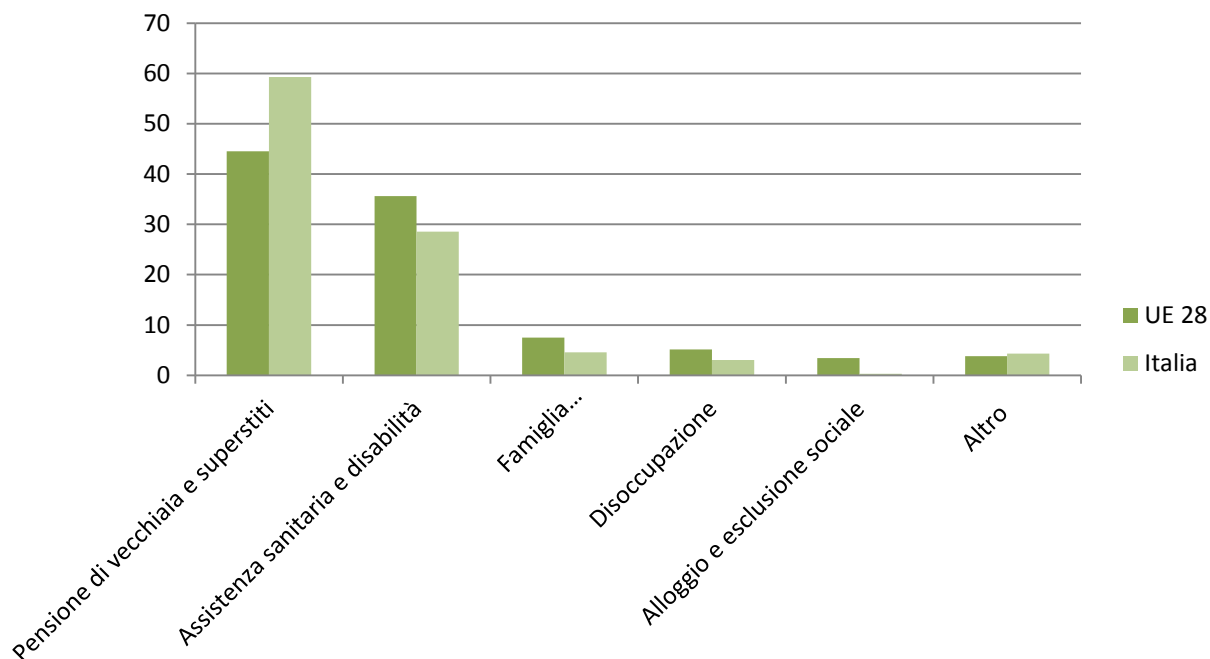
termali) veicolando tutte quelle prestazioni che attualmente vengono pagate di tasca propria dai cittadini e garantendo un maggiore monitoraggio della spesa.

Già oggi molti contratti collettivi nazionali prevedono la possibilità di istituire fondi sanitari integrativi di categoria e la legge riconosce benefici fiscali in termini di deducibilità dei premi pagati: in prospettiva si prevede un'ulteriore diffusione di un *welfare negoziale e aziendale* sostenuto dalle organizzazioni rappresentative dei lavoratori e dei datori di lavoro, che garantisce una co-gestione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sociali. Tale configurazione, tuttavia, presenta alcuni profili di forte criticità (si rimanda alla *Literature Review*).

Il dibattito sulla questione del secondo pilastro sussidiario del *welfare state* appare oggi ancora più urgente se si analizzano i dati analitici destinati dal nostro paese alla spesa sociale. L'ammontare della spesa sociale italiana (pari al 30,3% del PIL) non si discosta particolarmente dalla media europea, alla quale è superiore di meno di un punto percentuale tuttavia essa è ripartita in modo 'distorto' rispetto agli altri paesi e alla media europea. La spesa per le pensioni in Italia (nonostante il passaggio al modello pensionistico contributivo) ammonta al 17% del PIL, tre punti in più della media Europea, risultando sovradimensionata rispetto alle altre voci che compongono la spesa sociale complessiva, in particolare la spesa sanitaria che, come si è visto in precedenza, ammonta complessivamente (tra spesa pubblica e privata) a malapena l'8,8% del PIL.

Ma ancora più pesante è la situazione relativa alle altre voci di spesa sociale (sostegno al reddito, assistenza ed inclusione sociale, servizi abitativi) o per l'istruzione che come mostrano studi condotti a livello internazionale incidono indirettamente anche sulla spesa sanitaria acuendone le criticità e le disfunzioni: al diminuire della spesa sociale aumenta nel medio-lungo periodo la spesa sanitaria e diminuisce il benessere generale della popolazione.

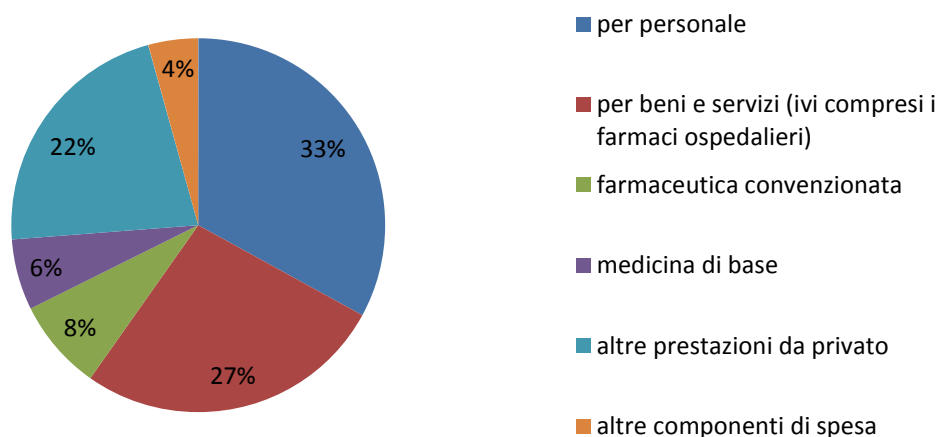
Grafico n. 4 - Composizione in percentuale della spesa sociale rispetto al PIL. Confronto Italia e media Europa a 28 paesi (anno 2012)



Fonte: *Eurostat* (dati aggiornati al 12/06/2015)

Infine, nell'analizzare la spesa sanitaria pubblica, un ulteriore dato che può essere interessante evidenziare è rappresentato dalla sua composizione. I dati resi disponibili per l'anno 2013 sul sito della Ragioneria di Stato e per l'anno 2014 dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) e dalla Corte dei Conti evidenziano un costante contenimento della spesa nel periodo 2010-2013, riduzione che si è registrata principalmente nelle regioni sottoposte a piano di rientro e in quelle sottoposte a piano di rientro 'leggero'. Il contenimento della dinamica di spesa ha interessato tutte le componenti di spesa ma con un contributo più significativo della spesa per il personale dipendente, per gli altri beni e servizi e per la farmaceutica convenzionata, ovvero le voci che incidono maggiormente sulla spesa sanitaria totale (Grafico n. 5).

Grafico n. 5 – Composizione percentuale della spesa sanitaria totale per l'anno 2015



Fonte: Ragioneria di Stato (MEF, *Il monitoraggio della spesa sanitaria, 2015*)

In particolare, come spiegato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze in *Il monitoraggio della spesa sanitaria, 2014*, nel contribuire al contenimento della spesa per il personale hanno influito la revisione delle dotazioni organiche, la proroga del tetto alla spesa per il personale dipendente disposta a partire dal 2010 in attuazione del Patto per la Salute 2010-2012 e poi prorogata al triennio 2013-2015 e 2014-2016, il blocco dei rinnovi contrattuali e il limite alla crescita dei trattamenti economici, il congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale. Parallelamente, nel contenimento dell'aggregato di spesa per beni e servizi ha influito la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto per tutta la durata residua dei contratti, l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i Contratti Pubblici, la fissazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,8% del fabbisogno sanitario standard; la rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario standard; la messa a disposizione in favore delle regioni dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa.

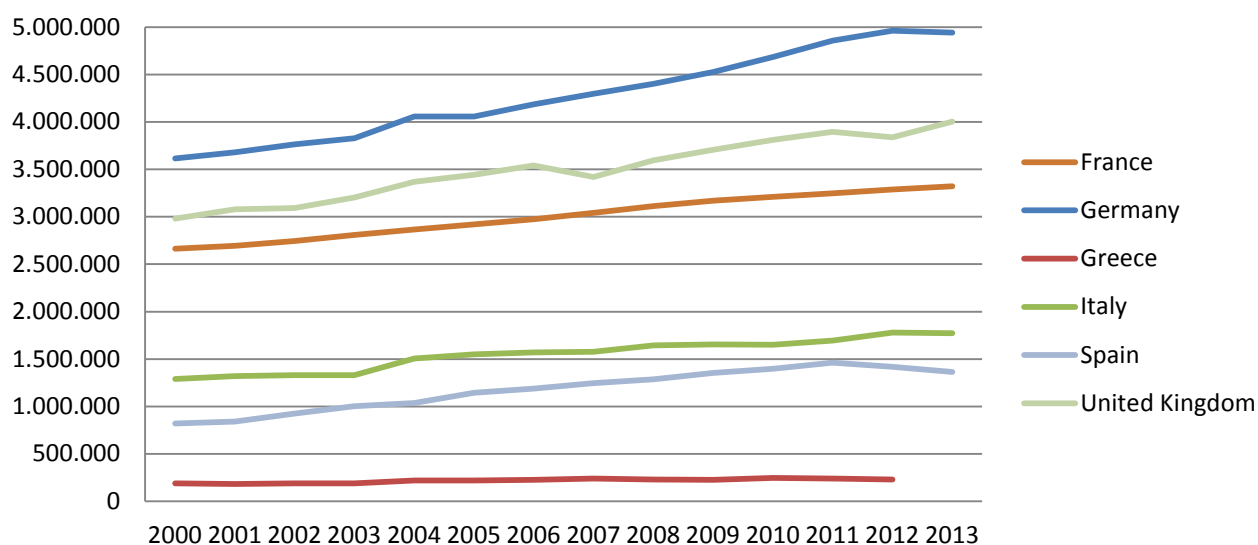
1.3 I lavoratori del settore sanitario e socio assistenziale: la fotografia

Come in ogni settore produttivo, e a maggior ragione nella sanità, i lavoratori che vi operano rappresentano la risorsa fondamentale: ad essi sono affidate le delicate funzioni per perseguire e realizzare un bene pubblico essenziale, la salute dei cittadini.

In tutti i paesi europei e no, il settore socio-sanitario è andato in contro tendenza rispetto agli altri comparti. Infatti, se negli altri settori produttivi il tasso di occupazione segna un forte calo, le possibilità occupazionali nel settore sanitario e socio-sanitario sono in crescita e, anzi, le previsioni indicano che ci sono ancora i margini anche nei prossimi anni per un ulteriore aumento per rispondere ad una domanda crescente di servizi. Un rapporto del 2014 di Italia Lavoro, *Le prospettive di sviluppo dei white jobs in Italia*, 2014, mette bene in evidenza come i *white jobs* avranno un peso sempre più importante nel mercato del lavoro italiano: secondo le stime del rapporto, il settore dei servizi sanitari, sociali e alla persona hanno registrato una crescita del 70% rispetto al 2000.

In Italia i lavoratori del settore sanitario e socio-sanitario italiano (pubblico e privato) per l'anno 2013 sono circa 1 milione e 800 mila, includendo tra questi non solo il personale sanitario e socio-sanitario in senso stretto ma anche i lavoratori che a vario titolo si occupano degli aspetti amministrativi, gestionali e tecnici della sanità. Dati che confermano l'importanza del settore socio-sanitario all'interno del sistema socio-economico complessivo anche da un punto di vista occupazionale. Tuttavia l'Italia, come altri paesi dell'Europa meridionale (Spagna e Grecia), occupa mediamente meno lavoratori nel settore sanitario rispetto ad altri paesi europei ed il trend di crescita di queste professioni risulta meno accentuato (Grafico n. 6). Fenomeno imputabile in parte ad una maggiore incidenza in questi paesi di lavoro sommerso proprio in questo settore e ad un modello sociale ancora fortemente ancorato alla famiglia, che si fa carico delle persone disabili, ammalate e anziane.

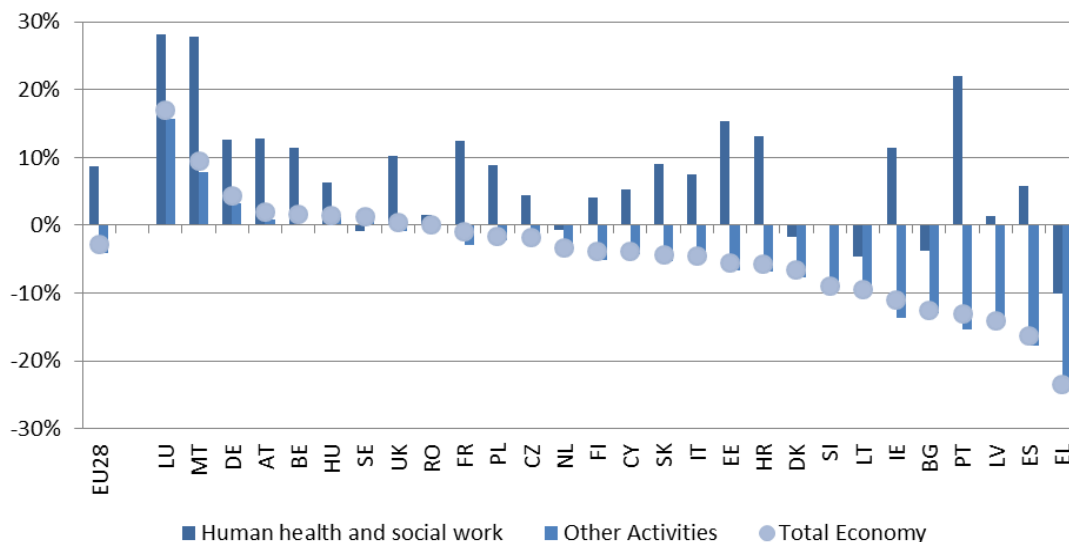
Grafico n. 6 – Serie storica personale impiegato nel settore sanitario e socio-sanitario



Fonte: *OECD Health Statistic 2015* (dati aggiornati al 11/11/2015)

La crescita è confermata in generale a livello OCSE, dove la tendenza del settore sanitario e socio-sanitario è ad essere meno sensibile alle fluttuazioni cicliche del mercato del lavoro rispetto ad altri settori, con una crescita occupazionale costante. Nemmeno la crisi economica del 2008 ha fermato il trend di crescita e il settore è arrivato a rappresentare il dieci per cento del mercato del lavoro. Complessivamente a livello OCSE, nel 2013 il numero di lavoratori in questo settore si è attestato a 22,8 milioni e nel periodo tra il 2008 e il 2013 sono stati creati 1,3 milioni di nuovi posti di lavoro con differenze significative tra i diversi stati membri (picchi di crescita di oltre il 20% si sono registrati in Lussemburgo, Malta e Portogallo mentre un netto calo di oltre il 10% si è registrato in Grecia).

Grafico n. 7 - Crescita occupazionale nel settore sanitario e sociale rispetto agli altri settori tra il 2008 e il 2013



Fonte: Eurostat, grafico tratto da *European Restructuring Monitor, ERM annual report 2014: restructuring in the public sector, 2015*.

Tra il 2008 e il 2013 nell'Unione Europea il numero di occupati totali nella fascia lavorativa (tra 15 e 64 anni) è sceso del 2,9%, determinando una perdita netta di 6,3 milioni di posti di lavoro. Questi sviluppi non sono stati uniformi in tutti i settori. In particolare, nel periodo immediatamente successivo alla recessione del 2008, l'occupazione nel settore pubblico ha continuato a crescere, soprattutto nel settore della sanità e dell'istruzione, a differenza di quanto stava succedendo nel privato, contribuendo a sostenere la domanda nell'economia europea.

Le successive politiche di austerità e l'impellente necessità di risanare i bilanci degli stati, nonostante aumentasse la domanda di servizi sanitari e socio-sanitari, hanno determinato il blocco delle assunzioni e una progressiva riduzione dei lavoratori pubblici a vantaggio di scelte di esternalizzazione dei servizi che hanno spostato in termini numerici il personale dal settore pubblico a quello privato. Si pensi, ad esempio, agli addetti dei centri di prenotazione, al personale che si occupa della gestione delle reti informatiche, dei centri di elaborazione dati e della gestione degli archivi, ai lavoratori delle mense o agli addetti alle pulizie, alla lavanderia e alla sicurezza che ora lavorano per appaltatori e subappaltatori privati negli ospedali pubblici: sono diventati dipendenti

del settore privato sebbene facciano lo stesso lavoro che svolgevano dieci anni fa, quando venivano pagati direttamente dall'ospedale.

Si è cioè assistito ad un lento processo di privatizzazione del mercato dei servizi pubblici giustificato dal contenimento della spesa per il personale e attuato con lo spostamento in massa dei lavoratori verso il privato e un'area a cavallo tra il pubblico e il privato, il convenzionato.

Con riferimento alla diffusione dei processi di *outsourcing*, se questi fino a qualche anno fa, riguardavano esclusivamente le attività periferiche non cliniche (c.d. servizi *no-core*), delegando ai fornitori esterni la gestione di attività di routine considerate non strategiche e concentrando – di contro – le energie e le risorse su quelle aree in cui maggiore è il vantaggio competitivo (*core business*), nelle esperienze più recenti, l'esternalizzazione coinvolge anche i servizi inerenti l'assistenza sanitaria quali ad esempio i servizi diagnostici e specialistici (procedure e accertamenti radiologici, esami di laboratorio), l'assistenza a domicilio, i servizi ospedalieri (sterilizzazione, preparazioni farmaceutiche, distribuzione farmaci) e i servizi infermieristici.

Si è infatti assistito all'interno del settore della sanità e dell'assistenza sociale ad una sorta di arretramento dell'amministrazione pubblica (Tabella n. 1) a vantaggio delle imprese private, delle collaborazioni esterne e del ricorso al lavoro somministrato.

Tabella n. 1 – Numero dipendenti, collaboratori esterni e lavoratori somministrati e variazione percentuale tra il 2001 e il 2011 nel settore sanitario e socio-sanitario

	n. addetti dipendenti		var. % 2011-2001	n. collaboratori esterni		var. % 2011-2001	n. lavoratori temporanei (somministrati)		var. % 2011-2001
	2001	2011		2001	2011		2001	2011	
istituzione pubblica	760.458	703.080	-8%	18.791	21.896	14%	3.393	5.789	41%
impresa	370.565	518.940	29%	24.268	10.307	-135%	1.405	1.452	3%
istituzione non profit	260.771	383.947	32%	23.276	55.688	58%	1.261	2.245	44%

Fonte: ISTAT, *Censimento 2011*

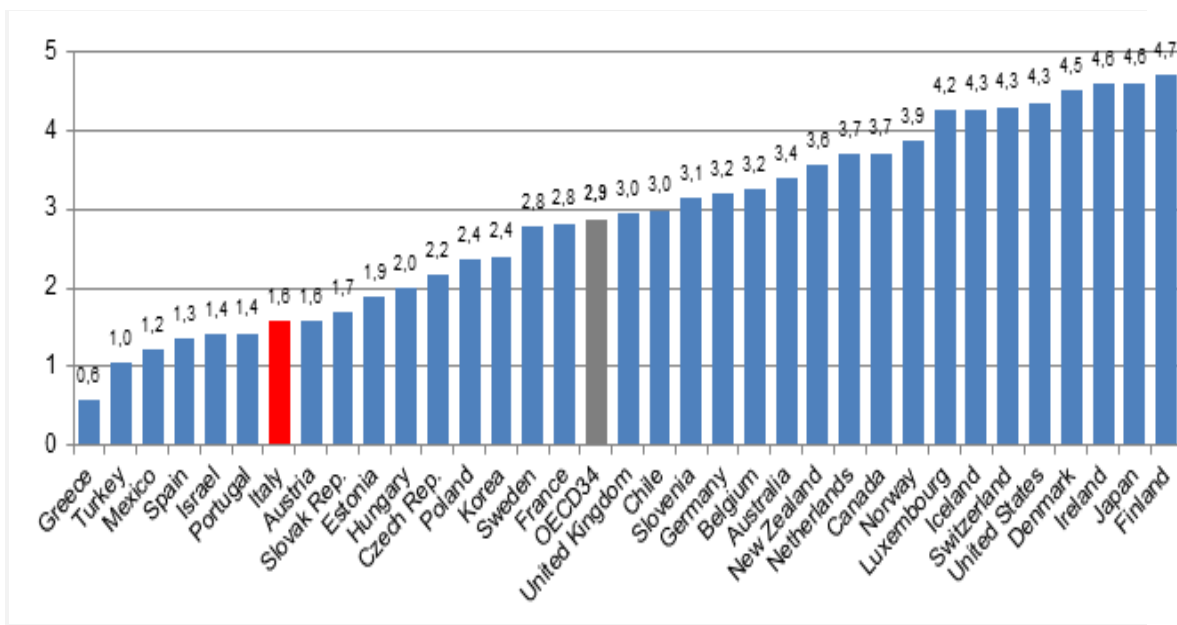
Nel periodo tra il 2001 e il 2011, il censimento dell'ISTAT su industria e servizi registra una diminuzione dell'occupazione dipendente del settore pubblico del -8%, parallelamente all'interno delle imprese private e delle istituzioni non profit operanti nel settore socio-sanitario il numero di addetti è notevolmente aumentato (rispettivamente del +29% e del +32%). Così pure all'interno delle istituzioni pubbliche si è registrato un incremento dei collaboratori esterni (+14%) e del personale somministrato (+41%), sebbene nei valori assoluti questi rappresentano una percentuale minima rispetto al totale del personale impiegato nel SSN.

Il comparto inoltre si distingue per essere un settore a crescente qualificazione professionale e *labour intensive*: difficilmente la tendenza – almeno nel breve periodo – subirà un'inversione come invece sta verificandosi in altri settori dove l'agire dell'uomo viene sostituito, più o meno gradatamente, dall'introduzione delle macchine.

Pertanto garantire un equilibrato *skill mix* (ovvero il rapporto tra il numero degli infermieri e il numero dei medici o tra medici generici e specialisti) è chiave strategica per assicurare un'equa distribuzione di compiti tra lavoratori ed evitare un eccesso di offerta di profili professionali a discapito di altri (medici *versus* infermieri, medici specialisti *versus* medici generici), con conseguente allocazione inefficiente delle risorse.

Un rapporto che in Italia appare particolarmente squilibrato dal punto di vista numerico delle professionalità infermieristiche rispetto a quelle mediche, come in altri paesi, tra cui Grecia, Spagna, Portogallo e Italia (Grafico n. 8), segno che in Italia manca «*una vera e propria cultura della programmazione e della organizzazione del lavoro, con tutto quello che ciò comporta in termini di mancato ricambio generazionale e mancati investimenti in figure professionali nuove ed essenziali per il rilancio, da tutti auspicato almeno a parole, del settore pubblico*» (cfr. M. TIRABOSCHI, *Intraprendere nel lavoro e nella impresa*, op. cit., qui p. 9).

Grafico n. 8 – Rapporto numerico di infermieri rispetto i medici (anno 2013)



Fonte: *OECD, Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places su dati OECD Health Statistics 2015*

Anche il rapporto tra numero di medici e infermieri rispetto alla popolazione, in prospettiva comparata, risulta in qualche modo anomala: l'Italia è uno dei paesi con il maggior numero di medici in rapporto alla popolazione e, allo stesso tempo, uno tra quelli con il minor numero di infermieri. Nel 2013 vi erano in Italia 3,9 medici che esercitavano per 1.000 abitanti, uno dei valori più alti dell'Unione europea e 6,8 infermieri per 1.000 abitanti, uno dei livelli relativamente più bassi. Così in Italia a fronte di un medico vi sono 1,6 infermieri, quando mediamente nel resto dei paesi ve ne sono 2,9.

Come risulta difficile programmare efficacemente le necessità di personale sanitario ed avere una conoscenza precisa delle carenze (numeri, distribuzione territoriale e cause), altrettanto difficile è ottenere una fotografia precisa dei lavoratori che operano nel settore sanitario privato, anche solo in termini numerici ⁽³⁰⁾.

⁽³⁰⁾ Ultimi dati disponibili sono quelli ISTAT relativi al Censimento dell'industria e dei servizi per l'anno 2011 (<http://dati-censimentoindustriaeservizi.istat.it/Index.aspx#>).

In Italia, ancora oggi oltre un terzo del personale impiegato nei servizi sanitari è dipendente del SSN, pari a circa 664.000 lavoratori (dato più aggiornato relativo all'anno 2014). Sebbene negli ultimi anni abbia subito un lieve calo (dal 2010 al 2013 vi è stato una diminuzione del 3%) a causa del turn-over e del blocco delle assunzioni, la sanità rappresenta il comparto del pubblico impiego più numeroso, pari a oltre il 20% del totale del pubblico impiego ⁽³¹⁾. La componente numericamente più consistente è quella dei ruoli sanitari che nel 2013 rappresenta il 71% del totale dei dipendenti di ASL, Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie, seguita dalla componente tecnica, di cui fanno parte gli assistenti sociali, gli operatori tecnici e il personale ausiliario (18%) e quindi da quella amministrativa (11%). Tra i ruoli sanitari, gli infermieri costituiscono la figura professionale più numerosa (pari a 268.776 lavoratori) rappresentando il 41% del personale complessivo per l'anno 2013, seguita da quella dei medici (pari a 107.266 ovvero il 16% del personale in organico) e in misura minore da altri profili tra cui veterinari e altri professionisti ⁽³²⁾. Il personale che lavora in regime di convenzione e di accreditamento con il SSN è inoltre costituito da circa 46.000 medici di famiglia e 7.700 pediatri di libera scelta ⁽³³⁾.

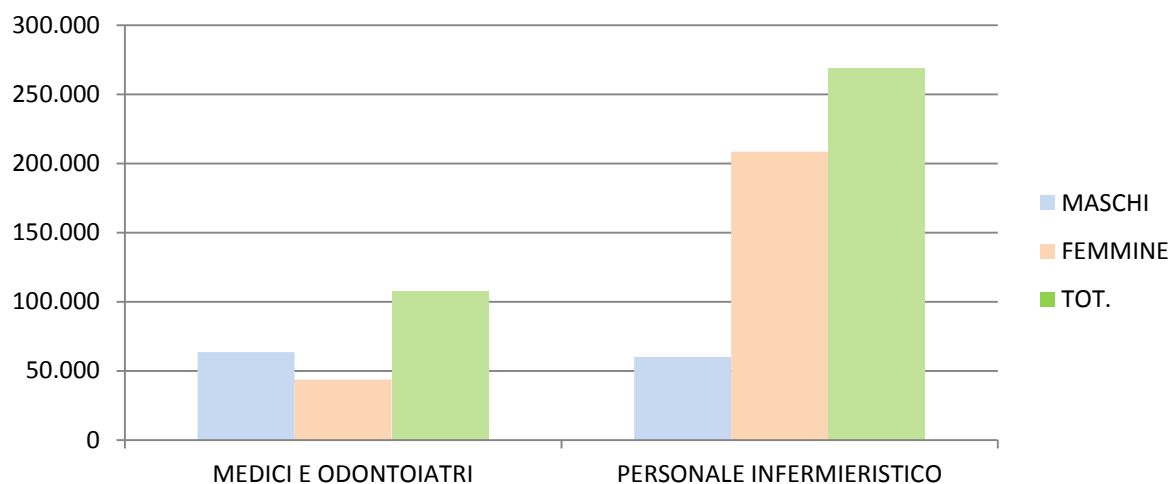
Le donne sono in maggioranza rispetto agli uomini e rappresentano il 66% dei dipendenti totali, dato fortemente influenzato dalla forte consistenza numerica della categoria degli infermieri costituita prevalentemente da donne (77% della categoria è rappresentata da donne, contro il 41% della categoria dei medici). Assieme all'insegnamento, la sanità è il comparto pubblico con la maggior presenza femminile. Tale rapporto si inverte nelle posizioni apicali dei dirigenti (medici) in cui è ancora prevalente la quota maschile (Grafico n. 9).

⁽³¹⁾ Dati riferiti al 2014 reperibili in CORTE DEI CONTI, *Relazione 2016 sul costo del lavoro pubblico*, 2016 e dati riferiti al 2013 reperibili sul sito della Ragioneria di Stato al link <http://www.contoannuale.tesoro.it/portal/cgi-bin/cognos.cgi>

⁽³²⁾ Dati riferiti al 2013 reperibili sul sito del Ministero della salute al link <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=65>

⁽³³⁾ Dati riferiti al 2011 e disponibili sul sito del Ministero della salute al link http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=10

Grafico n. 9 – Numero di lavoratori dipendenti nei ruoli sanitari (personale infermieristico e personale medico) suddivisi per genere per l'anno 2013

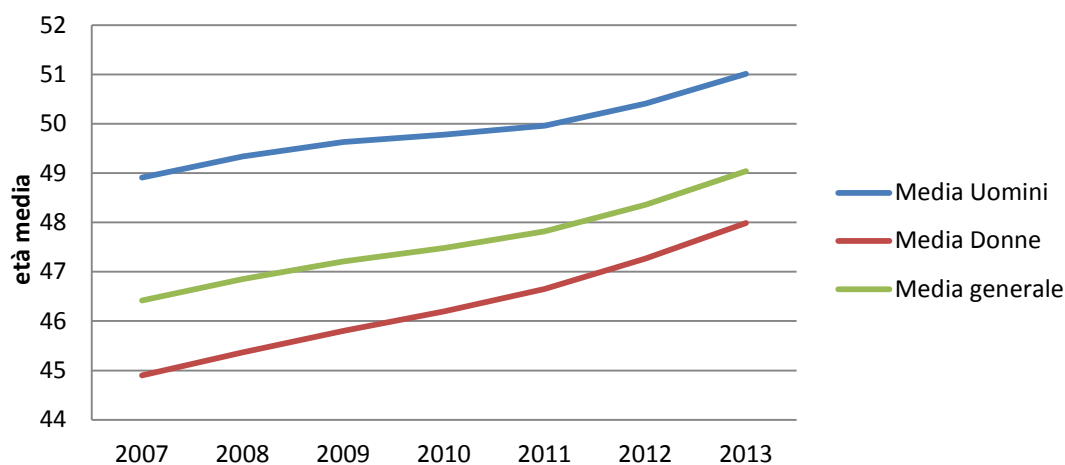


Fonte: *Ministero della salute* (Open Data)

La prevalenza della componente femminile rispetto a quella maschile si fa meno sentire nel Mezzogiorno, come del resto avviene anche negli altri settori produttivi. Nelle regioni del sud, le donne devono infatti fronteggiare una concorrenza maschile più forte dato il modesto livello complessivo di lavoro.

Altro dato che può essere interessante analizzare è l'età media dei dipendenti del SSN: più di un terzo dei lavoratori hanno ormai superato i 50 anni e l'età del personale femminile è mediamente più bassa di quella degli uomini (Grafico n. 10). L'invecchiamento dei lavoratori è un problema che accomuna la gestione del personale sia del settore privato che di quello pubblico ed è destinato a divenire sempre più problematico soprattutto in prospettiva se si analizzano i dati relativi all'invecchiamento della popolazione da cui emerge un tendenziale aumento dell'età media (proiezioni della Commissione Europea stimano per il 2050 un'età media di 84 anni per gli uomini e di 89 anni per le donne).

Grafico n. 10 – Età media dei dipendenti del SSN nel periodo 2007-2013



Fonte: *elaborazioni su dati della Ragioneria dello Stato (MEF)*

Alla consistente presenza di donne all'interno del SSN è strettamente connessa l'alta incidenza dell'uso dei contratti flessibili, in particolare del contratto di lavoro part-time rispetto altri comparti pubblici, per consentire di contemperare le esigenze dei lavoratori di conciliazione tra vita e lavoro e le esigenze delle aziende.

A queste caratteristiche del mercato del lavoro in ambito sanitario e socio-sanitario (invecchiamento della forza lavoro, femminilizzazione, aumento dei contratti di lavoro a tempo parziale, forte specializzazione), se ne aggiunge un'altra che impatta sulla produttività del settore. Negli ospedali, nelle case di cura o nelle attività di assistenza sociale si assiste ad una più forte incidenza di infortuni e malattie professionali sul lavoro (patologie muscolo-scheletriche, rischio di *burn-out*, organizzazione del lavoro spesso basata su turni e svolta su orari lunghi e, in molti casi, su cicli continui) determinando inidoneità totali, parziali, permanenti o temporanee e limitazioni alla mansione per più di un addetto su dieci (dati ricerca CERGAS, *Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale del SSN*, 2015) e colpendo prevalentemente le donne, con punte massime tra i profili più operativi (operatrici socio-sanitarie e operatori tecnici all'assistenza). L'alto tasso di lavoratori inidonei o con limitazioni lavorative costituisce una forte criticità per l'efficace funzionamento ed organizzazione gestionale di un'azienda e per le ricadute economiche e produttive che può causare, soprattutto in un settore come quello sanitario e socio-sanitario in cui la natura del

servizio offerto, le prestazioni rese e la loro qualità dipendono in gran parte dai lavoratori.

1.4 Lavoratori standard, flessibili, atipici e ... agili

Il quadro sopra delineato, nonché l'alta incidenza di persone anziane (nel 2014, il 21,4% della popolazione italiana aveva più di 65 anni) e le proiezioni demografiche Eurostat che stimano un ulteriore incremento delle persone over 65 anni fino a raggiungere la percentuale del 25% nel 2030, evidenziano la necessità per il settore sanitario e socio-sanitario - più di altri settori pubblici - di grandi cambiamenti in termini di flessibilità nella *governance* del personale, sia dal punto di vista quantitativo (quanti nuovi lavoratori) che qualitativo (quali specialità, quali ruoli per le diverse professioni sanitarie, quali competenze per le mutate esigenze di salute che richiedono cure a lungo termine e meno cure ospedaliere).

Una flessibilità che deve essere interpretata soprattutto come adozione di modelli organizzativi e gestionali più coerenti alle mutevoli esigenze di salute delle persone e che richiedono adattabilità e appropriatezza delle risposte e delle scelte organizzative dei lavoratori.

Invero, molto spesso, il tema della flessibilità del rapporto di lavoro è stata interpretata esclusivamente come intervento diretto a superare fattori contingenti, assumendo così un'accezione negativa nel senso di precarietà (si veda la *Literature Review*), ed è in questo senso che è stato oggetto di numerosi interventi legislativi che nel tempo ne hanno ampliato o diminuito la relativa portata ed accessibilità.

Mentre nel settore privato la vecchia distinzione tra lavoratori tradizionali e flessibili, tra stabili e precari, tra standard e atipici è in un certo qual modo superata, o per lo meno stemperata, dal *Jobs Act* e dall'introduzione del contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti (ovvero con meno tutele in materia di licenziamento e con una maggiore flessibilità funzionale in tema di mansioni e controlli a distanza), dal contratto a tempo determinato 'acausale' e dal superamento dei contratti a progetto, nel settore pubblico ad oggi, nella vaghezza e nel silenzio del legislatore che non fa il minimo cenno di differenza tra lavoratori del settore privato e pubblico nella convinzione che il *Jobs Act* riguardi solo il mondo privato – sebbene parte della dottrina e alcune recenti sentenze

paiono andare in altra direzione ⁽³⁴⁾ - tale distinzione tra lavoratori sembra ancora avere un significato.

Manca una norma di coordinamento tra il lavoro pubblico e le leggi sul lavoro nelle imprese sia per l'art. 18 dello statuto dei lavoratori e la conseguente estensione al pubblico impiego del contratto a tutele crescenti sia per il ricorso al lavoro a tempo determinato 'acausale': a tal riguardo, l'articolo 29 co. 4 del d.lgs. n. 81/2015 è piuttosto sintetico, limitandosi a sancire che «*resta fermo quanto disposto dall'articolo 36 del decreto legislativo n. 165 del 2001*».

Un divario, per quanto riguarda invece l'applicazione dell'art. 18 dello statuto dei lavoratori, che continua ancora a sussistere anche tra le vecchie generazioni di *insider* del mercato del lavoro (con occupazioni stabili e a cui si applica l'art. 18 dello Statuto dei lavoratori) e di *outsider* e ora con le nuove generazioni di *insider* (assunti con il contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti), rispetto ai quali l'attuale sistema di tutele fornisce poche garanzie al di fuori del rapporto di lavoro.

Secondo l'impostazione europea, la via per superare tali differenze e per garantire la sicurezza all'occupabilità va ricercata sul fronte delle politiche attive. In particolare è la legge delega n. 183/2014 che tenta di colmare il divario con gli altri paesi europei dove le politiche attive del lavoro funzionano secondo le linee guida della *flexicurity*. Le tutele per i lavoratori non sono tanto nel rapporto di lavoro e nelle politiche passive (sussidi di disoccupazione e pensionamenti anticipati) quanto nel mercato del lavoro, attraverso la promozione di opportunità di impiego, agevolando l'inserimento dei

⁽³⁴⁾ Si vedano ad esempio la sentenza della Corte di Cassazione n. 24157/2015 e la recente sentenza della Corte di Cassazione a Sezioni Unite n. 5072/2016. La prima stabilisce che le riforme dell'art. 18 dello Statuto dei lavoratori si applicano in automatico anche al pubblico impiego contrattualizzato per «l'inequivocabile tenore dell'art. 51 del d.lgs. n. 151/2001» in base a cui lo Statuto dei lavoratori e le sue successive modifiche ed integrazioni si applica anche alla PA. La seconda riscrive il regime sanzionatorio per l'utilizzo illegittimo dei contratti a tempo determinato da parte di un datore di lavoro pubblico, per il quale non è contemplato, a differenza di quello privato, la costituzione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato in caso di violazione di apposizione del termine, prevedendo l'applicazione dei risarcimenti previsti dal collegato lavoro (art. 32 della l. n. 183/2010) ovvero gli stessi previsti per i lavoratori del settore privato. La sentenza infatti stabilisce, come già accade per il lavoro privato, che il giudice possa individuare il risarcimento da riconoscere al lavoratore per l'indennità sostitutiva della reintegrazione applicando un valore forfetario. Questo valore non potrà essere inferiore a 2,5 mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto e non potrà eccedere le 12 mensilità della medesima voce; la scelta sull'importo da riconoscere all'interno di questi valori sarà fatta tenendo conto dell'anzianità di servizio, del comportamento tenuto dalle parti, delle dimensioni dell'impresa e delle altre circostanze del rapporto.

lavoratori in cerca di occupazione, assistendoli nella transizione da un'occupazione ad una nuova, tutelando il loro reddito nei momenti di inoccupazione, rafforzando la formazione continua e la riqualificazione professionale permanente al fine di aumentarne le competenze e le capacità spendibili nel mercato del lavoro, orientando e certificando le competenze formali e informali possedute.

La Strategia europea per l'occupazione, in effetti, ha sempre mirato ad aumentare la flessibilità dell'impiego, ma da qualche anno spinge affinché tutti i Paesi membri adottino sistemi di *flexicurity*, che assicurano al datore di lavoro piena libertà di impiegare a termine i dipendenti, ma allo stesso tempo garantiscono ai lavoratori una certa sicurezza reddituale, facilitandone il reimpiego, retribuendo corsi di formazione obbligatori o erogando sussidi temporanei per agevolare i momenti di transizione.

Nata nel mondo del lavoro privato, la flessibilità è quindi stata mutuata all'interno del processo di privatizzazione e contrattualizzazione del settore pubblico con le riforme dei primi anni '90, in particolare con il d.lgs. n. 29/1993 (contrattualizzazione del pubblico impiego), che introdusse nel settore pubblico logiche di gestione del personale tipiche del privato al fine di ottenere maggiore razionalità, funzionalità e flessibilità. L'esigenza di valorizzare la flessibilità per la salvaguardia del precetto costituzionale del buon andamento (art. 97) della macchina organizzativa e funzionale pubblica è quindi stata richiamata nell'art. 2 co. 2 del d.lgs. n. 165/2001 e ripresa nell'art. 36 co. 1 del medesimo decreto, che estende alle pubbliche amministrazioni le forme contrattuali flessibili, regolate dal codice civile e dalle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell'impresa, all'interno però di un quadro normativo in parte diverso e, in un certo senso, mitigato rispetto a quello vigente nel privato per non incentivarne l'uso.

Infatti l'applicazione della disciplina ai lavoratori del settore pubblico è avvenuta con alcune precauzioni generando una certa distanza tra pubblico e privato frutto dell'evoluzione, in senso restrittivo, (per porre freno all'abuso di forme contrattuali flessibili che potrebbero determinare situazioni di precariato) della previsione normativa contenuta nell'art. 36 del d.lgs. n. 165/2001 (recante norme sull'*Utilizzo di contratti di lavoro flessibile*), nella parte in cui prevede che il fabbisogno ordinario delle pubbliche amministrazioni sia soddisfatto mediante contratti di lavoro subordinato a tempo indeterminato (co. 1). Diversamente, le tipologie contrattuali flessibili – tra cui i contratti di lavoro a tempo determinato, i contratti di formazione e lavoro, gli altri

rapporti formativi, la somministrazione di lavoro ed il lavoro accessorio - rispondono ad esigenze di carattere esclusivamente temporaneo o eccezionale (co. 2, modifica introdotta dal d.l. n. 101/2013 convertito con modifiche nella l. n. 125/2013).

Nonostante la norma preveda precisi limiti al ricorso ai contratti flessibili, l'operare congiunto della crisi economica e delle misure di austerità (che hanno determinato un arresto importante delle assunzioni di altri lavoratori da parte del SSN e il congelamento dei salari) ha di fatto portato ad eludere i vincoli di assunzione mediante la conclusione di contratti a tempo determinato reiterati nel tempo, contratti di lavoro autonomo e consulenze caratterizzati da una marcata subordinazione, esternalizzazioni e affidamento dei servizi ad imprese private con l'attribuzione di un ruolo sempre più rilevante a cooperative ed enti esercenti funzioni pubblicistiche come le aziende sanitarie accreditate convenzionate, nella speranza di ottenere una gestione economicamente più vantaggiosa rispetto a quella pubblica.

Così soprattutto nella sanità e nella scuola pubblica si è ricorso ai contratti flessibili quale percorso obbligato per superare i blocchi sulle assunzioni a tempo indeterminato sanciti dal susseguirsi delle leggi finanziarie e dai conseguenti vincoli di spesa. Più che un'opportunità a disporre di uno strumento gestionale agile per far fronte a concrete ragioni di carattere produttivo, organizzativo e sostitutivo, i contratti di lavoro flessibili hanno infatti rappresentato una mera necessità per esigenze di carattere ordinario, non oggetto di una attenta programmazione da parte delle amministrazioni. Proprio a fronte di un tale utilizzo distorto che si è prestato a generare forme di precariato, si è assistito nel tempo ad un restringimento altalenante dei contratti di lavoro flessibili nella PA, con le opportune eccezioni per le aziende sanitarie, e all'indicazione a valutare l'attivazione di contratti con agenzie di somministrazione o l'esternalizzazione ed appalti di servizi (art. 4 co. 2 l. n. 80/2006 di conversione del d.l. n. 4/2006 che introduceva il co. 1-bis all'art.36 del d.lgs. n. 165/2001, quindi eliminato dall'art. 49 del d.l. n. 112/2008 convertito con modificazioni con la l. n. 133/2008).

Nei principi di delega della più recente Riforma Madia (art. 16 della legge n. 124/2015), con l'analogo intento definito quasi vent'anni prima nel d.lgs. n. 29/1993 e poi integrato nel d.lgs. n. 165/2001 di avvicinare e regolamentare i rapporti d'impiego nelle amministrazioni pubbliche a quelli delle imprese private si parla di «*risoluzione delle antinomie in base ai principi dell'ordinamento e alle discipline generali regolatrici*

della materia», che potrebbe essere utilizzato per superare gli ostacoli che si frappongono alla necessaria convergenza tra settore pubblico e settore privato.

Nella realtà dei fatti, si sta quindi assistendo anche nel settore sanitario e socio-sanitario, uno dei pochi ambiti lavoristici rimasti immuni dalle pressioni della globalizzazione e della delocalizzazione, ad una sorta di sottrazione di *«tratti quanto più lunghi possibile del processo produttivo alle condizioni di lavoro predominanti ... condizioni caratterizzate da salari elevati, contratti di durata indeterminata, vincoli legislativi al licenziamento e forti tutele sindacali»* ⁽³⁵⁾.

Un'impostazione che manca di una visione di lungo periodo in quanto non tiene conto delle mutate esigenze legate alla digitalizzazione e alle innovazioni tecnologiche introdotte non solo nei processi industriali ma anche con la telemedicina (*e-health*), ai mutamenti organizzativi del lavoro e della produzione rispetto all'impostazione fordista-taylorista, all'invecchiamento dei lavoratori. Il persistere di tale impostazione conduce in modo crescente *«a una deregolamentazione strisciante del diritto del lavoro, alimentando un sempre più vigoroso processo di fuga dal diritto del lavoro e di contestuale delocalizzazione delle imprese italiane verso contesti maggiormente flessibili e convenienti»* (M. TIRABOSCHI, *Teoria e pratica dei contratti di lavoro*, op. cit., qui p. 83-84).

Questo è quanto sta palesandosi anche nella 'destrutturazione' del settore sanitario e socio-sanitario, settori tradizionalmente presidiati da contratti a tempo indeterminato, nei quali il lavoro flessibile e atipico non si limita più ad allentare le rigidità del mercato del lavoro ma tenta di fuggire dalle regole del diritto.

Il settore sanitario, proprio per le caratteristiche tipiche del settore dei servizi (*labour intensive*, alta intensità di qualità e conoscenze personali, elevata autonomia professionale, necessità di flessibilità dei ruoli, personalizzazione e differenziazione dei servizi offerti all'utenza), ha costituito un ambito più favorevole rispetto ad altri comparti del pubblico al ricorso a strumenti flessibili di organizzazione del lavoro.

Le scelte organizzative del settore sono state, quindi, sempre più spesso orientate verso il ricorso, nell'ambito del lavoro subordinato, al lavoro flessibile a tempo determinato, in parte al lavoro a tempo parziale e, al di fuori dell'area del lavoro subordinato, agli

⁽³⁵⁾ Cfr. L. GALLINO, *Il lavoro non è una merce*, op. cit, qui p. 38.

incarichi individuali, alla somministrazione di manodopera, alle esternalizzazioni delineando un nuovo, mutato mercato del lavoro.

La privatizzazione del rapporto di impiego nella PA ha contribuito ad introdurre in parte elementi di flessibilità nelle prestazioni lavorative simili a quelli presenti nel settore privato, ampliando indubbiamente gli strumenti contrattuali utilizzabili sebbene, poi nella realtà dei fatti, il ricorso a tali tipologie di lavoro flessibile e atipico è stata decisamente più contenuta che nel settore privato a causa dell'estrema rigidità dell'organizzazione del lavoro e del vincolo dettato dall'art. 97 della costituzione per cui agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni si accede mediante concorso.

Nonostante tali rigidità e ostilità, la flessibilità è stata introdotta nella gestione dei lavoratori pubblici e ha riguardato due differenti ambiti: la *flessibilità 'in ingresso'* mediante il ricorso a tipologie contrattuali meno rigide del rapporto a tempo indeterminato come il lavoro a tempo determinato e il lavoro somministrato e la *flessibilità 'durante' il rapporto* mediante il ricorso ad un orario di lavoro più flessibile (lavoro a tempo parziale orizzontale e verticale) anche a favore degli utenti e di orari dei servizi modulati in base alle esigenze dell'utenza. La flessibilità - sia 'in ingresso' che 'durante' il rapporto - è così diventata uno stabile strumento di gestione e organizzazione del personale pubblico, soprattutto in settori come quello sanitario e scolastico dove maggiormente è sentita l'esigenza di una maggiore elasticità per venire incontro alle mutevoli esigenze dell'utenza, per far fronte a carichi aggiuntivi di lavoro ed alla variabilità della domanda di prestazione dei servizi.

Di contro, sono rimasti aperti dubbi ed incertezze sulla *flessibilità 'in uscita'* e *funzionale* (mobilità interna, flessibilità oraria, spostamento del personale, mutamento delle mansioni). Se dal lato della flessibilità 'in entrata' e 'organizzativa-gestionale', la PA ha percorso un cammino di graduale avvicinamento al settore privato pur discostandosene per alcuni aspetti, dal punto di vista della flessibilità in uscita (licenziamento) sussistono ancora ampi margini di incertezza, tra chi interpreta le disposizioni di legge in termini estensivi e restrittivi, sull'applicabilità del nuovo impianto sanzionatorio, delineato dal d.lgs. n. 23/2015, in attuazione della legge delega n. 183/2015 (c.d. *Jobs Act*), per i licenziamenti illegittimi da applicarsi ai lavoratori assunti a tempo indeterminato dopo il 7 marzo 2015.

Anche dal punto di vista funzionale, proprio in relazione alla rapida evoluzione del mondo del lavoro, delle necessità di risposta dei servizi assistenziali e per la sostenibilità stessa del sistema, il settore sanitario dovrà ripensare le specifiche declaratorie professionali (mansioni e compiti) in modo più appropriato alle esigenze dell'organizzazione aziendale. In tale ambito, anche sulla scorta delle indicazioni provenienti da diversi studi a livello OCSE, appare più che mai invocata la necessità di sviluppare gruppi multi professionali e di trasferire/delegare competenze, ad esempio, dal medico all'infermiere specializzato e dall'infermiere agli operatori socio-assistenziali in modo da incrementare la capacità di risposta e migliorare la qualità dei servizi.

Il mercato del lavoro del settore sanitario rispecchia pienamente le numerose disparità e asimmetrie esistenti tra lavoro dipendente standard e lavoro flessibile e atipico (tra lavoro a tempo indeterminato, lavoro a tempo determinato, a tempo parziale ovvero autonomo, somministrato o parasubordinato), tra lavoro contrattualizzato nel settore pubblico e lavoro dipendente nel settore privato.

Il processo di omologazione tra pubblico e privato potrebbe ancora attuarsi con il nuovo testo unico ipotizzato dall'art. 16 della legge delega n. 124/2015 prevedendo che il reclutamento rimanga per concorso ma - ad esempio - l'apprendistato diventi il tipico contratto di ingresso, il licenziamento e la disciplina dei contratti a termine vengano uniformati a quello del settore privato (onde evitare gli abusi e le conseguenti stabilizzazioni improprie), il ricorso alla somministrazione sia favorito (seppure solo per esigenze esclusivamente temporanee o eccezionali) quale strumento per evitare le pressioni sulla stabilizzazione e favorire la ricollocazione ⁽³⁶⁾.

Ancora oggi la fotografia che si ricava dai dati disponibili dal Conto Annuale della Ragioneria di Stato (come si è visto nel paragrafo precedente) è quella di una netta prevalenza all'interno della PA e del SSN dei rapporti a tempo indeterminato e a tempo pieno, rispetto ai rapporti di lavoro flessibile, a tempo determinato, a tempo parziale, ai contratti di formazione e lavoro, ai lavori socialmente utili (queste ultime due tipologie contrattuali sono oramai marginali e in via di estinzione), ai lavoratori somministrati e ai collaboratori.

⁽³⁶⁾ Amici di Marco Biagi, *Reinventare lo stato*, 2016.

La flessibilità del lavoro introdotta nel settore pubblico nell'ultimo decennio vede come principali protagoniste le donne, che vi contribuiscono per circa i due terzi. Il lavoro a tempo determinato, la forma contrattuale non standard di gran lunga più utilizzata nella PA - e anche nel SSN - denota una concentrazione molto elevata (pari al 70%) tra le donne. Di appannaggio esclusivo (ovvero il 95%) si potrebbe invece parlare con riferimento al lavoro a tempo parziale. Aumentato il ricorso in questi ultimi anni, è utilizzato in grandissima parte dalle donne come strumento di conciliazione fra gli impegni lavorativi e i carichi familiari.

A lungo andare, tuttavia, la difficile sostenibilità del sistema e la difficoltà (forse ostilità) della PA dal discostarsi dal modello giuridico standard (consistente nel rapporto di lavoro subordinato a tempo pieno e indeterminato) perpetuando una specificità del diritto del lavoro applicato ai dipendenti pubblici, comporteranno un'inevitabile e crescente 'fuga' verso il privato, con un incremento delle esternalizzazioni di nuovi ambiti di attività. Il ricorso al lavoro flessibile nel pubblico non ha permesso di superare la rigidità funzionale del sistema e ha portato di fatto le aziende pubbliche ad esternalizzare presso imprese private fette sempre più consistenti di servizi attraverso anche il ricorso a tipologie contrattuali c.d. atipiche (co.co.co., partite IVA, somministrazioni, ricorso a cooperative, associazioni professionali), con una crescente zona 'grigia' che richiede da parte dello Stato un attento e maggiore controllo. Ma di tale ambito è difficile tracciarne una fotografia.

Esiste pertanto un bacino occupazionale che non è direttamente riconducibile al SSN ma che lavora per esso, andando a riempire quegli 'spazi' che non è in grado di gestire: si pensi, ad esempio, alle turnazioni in orario notturno e nei giorni festivi, alle sostituzioni per assenze del personale contrattualizzato o alle sostituzioni delle maternità. Il rischio, tuttavia, è che i nuovi contesti lavorativi che si stanno delineando si prestino ad usi distorti cadendo in forme di intermediazione di manodopera o di forniture di personale povere di contenuti organizzativi, incidendo a loro volta sulla motivazione e sulla qualità delle prestazioni del personale coinvolto e, conseguentemente, sul prodotto finale (la salute).

Infine, in una società dove stanno emergendo nuovi modelli economici e lavorativi, come quello proposto dalla *sharing economy* e dall'*industry 4.0*, anche per la Pubblica Amministrazione il lavoro c.d. agile (traduzione italiana del termine *smart working* che

tuttavia sembra sottolineare maggiormente le politiche di conciliazione vita – lavoro e la capacità di auto-organizzarsi) può rappresentare una risorsa per affrontare il contenimento dei costi e, contestualmente, una sfida. Le amministrazioni pubbliche come le aziende private si trovano - oggi più che mai - a dover valorizzare i propri lavoratori, motivandoli e accrescendone la soddisfazione per aumentare la produttività, a ridurre il costo del lavoro e dell'assenteismo, ad ottimizzare la risorsa del tempo e degli spazi attraverso approcci innovativi dell'organizzazione del lavoro, integrando e superando il concetto di telelavoro e rimettendo in discussione i vincoli tradizionali di spazio (luogo di lavoro), tempo (orario di lavoro) e strumenti di lavoro (uso dei *device* personali per scopi lavorativi) per una partecipazione attiva dei lavoratori, una maggiore autonomia e responsabilizzazione dei lavoratori in una logica partecipativa e collaborativa. Così nella bozza del disegno di legge di gennaio 2016 sulle *Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato* (c.d. Jobs Act per il lavoro autonomo) prevede all'art. 13 che le disposizioni relative al lavoro agile trovino applicazione, in quanto compatibili, anche nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.

Proprio le specificità del rapporto di lavoro dei medici del SSN - caratterizzato dal labile confine esistente tra prestazione autonoma e subordinata che ha portato ad inquadrare tutti i medici come dirigenti fin dal momento dell'assunzione – hanno portato in passato (ora superato, vedi *infra par. 1.5*) il legislatore a derogare alle norme sulla durata massima dell'orario di lavoro e al riposo giornaliero in quanto non si poteva semplicemente estendere ai dirigenti medici, se non a quelli apicali, le esclusioni del d.lgs. n. 66/2003 previste per coloro che esercitano un'attività difficilmente misurabile o determinata per decisione autonoma dai lavoratori stessi. Inoltre, la diffusione della telemedicina, quale strumento utile ad estendere la pratica professionale tradizionale oltre gli spazi fisici abituali, potrebbero far pensare ad un possibile utilizzo della nuova modalità agile di lavoro per far fronte alle difficoltà del SSN di rispondere alle nuove esigenze di cura e assistenza e alla diminuzione del volume d'offerta di assistenza che stanno sempre più emergendo.

1.4.1 Lavoratori a tempo determinato

Nel settore pubblico, specie in quest'ultimi decenni caratterizzati da politiche di *austerità* e contenimento della spesa pubblica che hanno determinato il blocco delle assunzioni di lavoratori c.d. stabili, le assunzioni a termine hanno spesso rappresentato l'unico strumento concretamente a disposizione di alcuni comparti della PA, tra cui il settore sanitario e la scuola, per adattare l'organizzazione e l'azione pubblica alla variabile domanda di servizi, la quale è stata «*affrontata non in modo sistemico, ossia adattando flessibilmente l'organizzazione amministrativa al contesto di riferimento bensì, secondo la ricorrente logica del minimo sforzo e con l'adeguata "copertura" del legislatore nazionale, abusando del ricorso alle supplenze e consolidando una vasta platea di personale precario*»⁽³⁷⁾. Così il settore pubblico ha utilizzato la flessibilità del lavoro in maniera distorta cercando di eludere i vincoli, forte della mancata applicazione della sanzione della trasformazione a tempo indeterminato.

L'intera disciplina legale sul contratto a termine, fino a poco tempo fa regolamentata dal d.lgs. n. 368/2001 ora dal d.lgs. n. 81/2015, è stato oggetto di interventi legislativi e giurisprudenziali che ne hanno ridefinito i confini, le finalità e le modalità di utilizzo. Da ultimo è stato il *Jobs Act*, che in prima battuta con il d. l. n. 34/2014 convertito dalla l. n.78/2015 (cd. *primo Jobs Act*) apporta significative modifiche alla disciplina del contratto a tempo determinato per tentare di dare una risposta alla perdurante crisi occupazionale e all'incertezza del quadro economico nel quale le imprese devono operare. Le modifiche apportate, giustificate dal ritardo nell'adozione di un testo unico semplificato della disciplina dei rapporti di lavoro, sono quindi state delineate in modo sistemico dal d.lgs. n. 81/2015 che negli articoli dal n. 19 al n. 29 regola il nuovo contratto tempo determinato, in sostituzione del d.lgs. n. 368/01, introducendo ulteriori facilitazioni all'uso della tipologia contrattuale.

Nel settore privato, l'eliminazione della causale oggettiva o soggettiva per l'instaurazione del contratto a termine e l'introduzione di requisiti temporali (durata massima del contratto di 36 mesi, con possibilità di 5 proroghe) e quantitativi (il numero complessivo dei contratti a termine stipulati da ciascun datore di lavoro non può

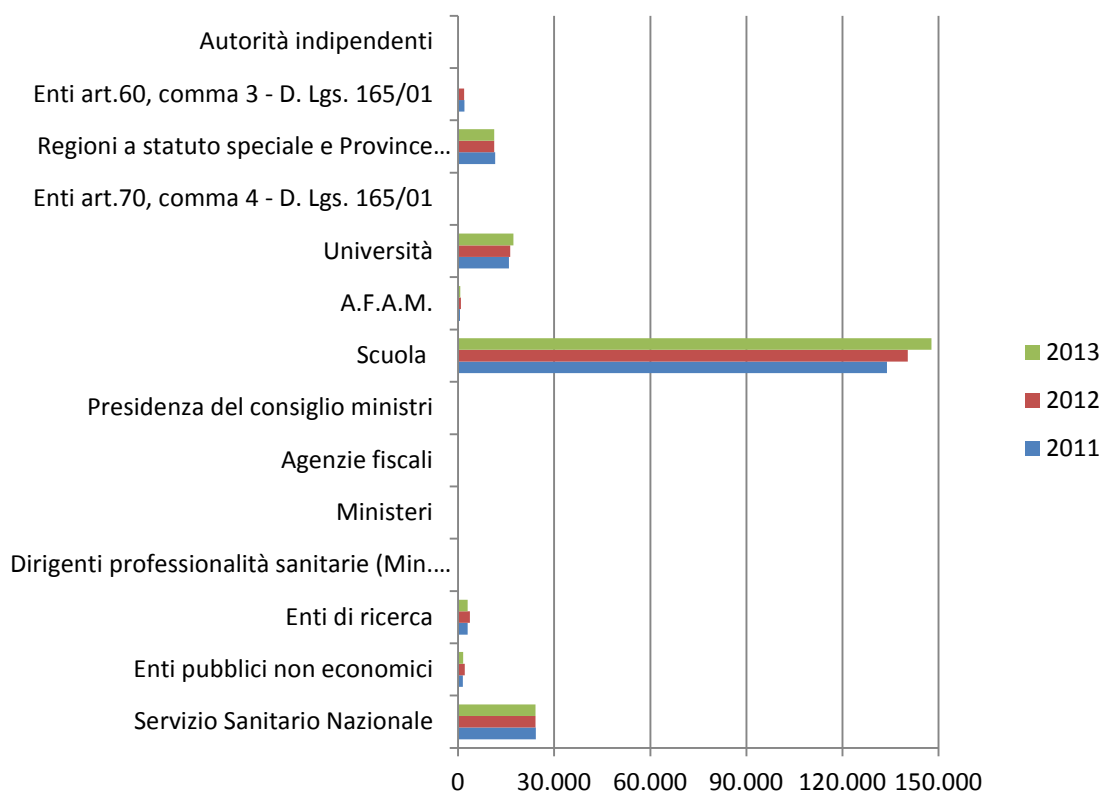
⁽³⁷⁾ In questi termini, riferendosi al settore della scuola, si esprime V. PINTO, *Il reclutamento scolastico tra abuso dei rapporti a termine e riforme organizzative*, in LPA, n. 6, 2014.

superare il limite del 20% del numero dei lavoratori a tempo indeterminato in forza al 1 gennaio dell'anno di assunzione) rappresentano novità importanti.

Nel settore pubblico, invece, le assunzioni a termine oltre che dal d.lgs. n. 368/2001 - ora da intendersi d.lgs. n. 81/2015 - sono regolate, per effetto dell'art. 2, co. 2, d.lgs. n. 165/2001, dall'art. 36 dello stesso d.lgs. n. 165/2001 le cui previsioni sono state spesso rimaneggiate e riscritte (dall'art. 49 della legge n. 133/2008 e da, ultimo, il d.l. n. 101/2013 convertito, con modificazioni, nella legge n. 125/2013), rendendole parzialmente diverse da quelle valide per i datori di lavoro privati.

Il comma 4 dell'art. 29 del d.lgs. n. 81/2015, nel lasciare espressamente fermo quanto previsto dall'articolo 36 del d.lgs. n. 165/2001, sembra voler delineare una duplice trattazione. Da una parte, il settore privato in cui si assiste ad una sorta di liberalizzazione del contratto a termine (seppur rappresentando sempre un'eccezione rispetto al contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti) dalla necessità di dimostrare l'esistenza di una causa giustificativa e, dall'altra, il settore pubblico in cui il tempo determinato resta un'eccezione, sebbene attutita, legata alla sussistenza delle esigenze «di carattere *esclusivamente* temporaneo o eccezionale», che in un certo senso allentano le precedenti «esigenze di carattere temporaneo *ed* eccezionale» ma che continuano a limitare la possibilità di un suo utilizzo da parte delle amministrazioni pubbliche: infatti risulta sufficiente ma necessaria la temporaneità per giustificare l'apposizione di un termine nel contratto di lavoro.

Grafico n. 11 - Lavoratori con contratto a tempo determinato per comparti di contrattazione (anni 2011-2013)

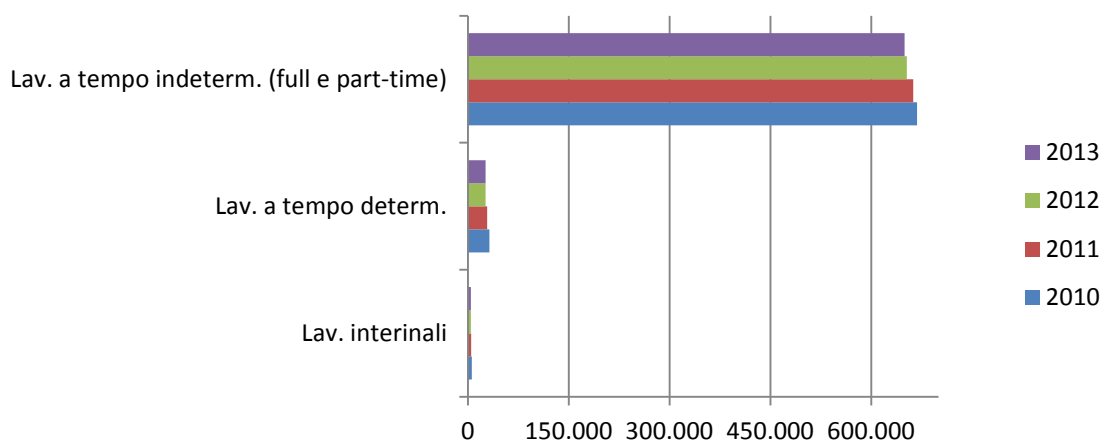


Fonte: *elaborazioni Aran su dati della Ragioneria dello Stato* (dati aggiornati al 12/12/2014)

Sebbene in termini numerici rappresentano una percentuale minima rispetto al totale dei dipendenti pubblici (Grafico n. 11 e n. 12), il lavoro a tempo determinato è stato diffusamente utilizzato, in alcuni comparti quali la scuola e, in parte, la sanità, anche per far fronte ad esigenze e ragioni riconducibili all'attività ordinaria.

Il legislatore ha tentato di regolamentare questa tipologia contrattuale all'interno del settore pubblico in modo da evitarne abusi, ponendo a carico del datore di lavoro pubblico l'effettuazione di una preventiva istruttoria circa la sussistenza o meno dei requisiti per poter ricorrere a tale forma contrattuale di lavoro, motivandone la scelta.

Grafico n. 12 – Lavoratori della sanità suddivisi per tipologia contrattuale (anni 2010-2013)



Fonte: *elaborazioni su dati del Ministero della Salute* (dati aggiornati a novembre 2015)

Inoltre, per espressa previsione del richiamato articolo 36, la violazione di disposizioni imperative riguardanti l'assunzione o l'impiego di lavoratori, da parte delle pubbliche amministrazioni, non può comportare la costituzione di rapporti di lavoro a tempo indeterminato. Nel pubblico impiego è fatto divieto di trasformazione del contratto a tempo determinato in tempo indeterminato anche in presenza di violazione di norme imperative, disposizione tra l'altro ritenuta conforme alla direttiva del Consiglio n. 1999/70/CE: gli eventuali contratti di lavoro non solo a tempo determinato, ma anche di somministrazione o le prestazioni accessorie poste in essere in violazione della legge sono nulli e determinano responsabilità erariale per il dirigente (comma 5-quater) ma non la loro trasformazione in contratti a tempo indeterminato, attesa la previsione dell'art. 97 della Costituzione. Questo significa che al lavoratore, assunto in violazione della norma, spetta la retribuzione per le prestazioni effettuate e i relativi oneri contributivi, ma è il Dirigente a rispondere, personalmente, del danno economico per il quale viene espressamente richiamato l'art. 21 (mancato raggiungimento degli obiettivi, conseguente mancata erogazione della retribuzione di risultato e impossibilità del rinnovo dell'incarico dirigenziale). In tema di sanzioni applicabili nei casi di violazione delle norme di legge relative ai contratti a termine si sottolinea l'intervento legislativo posto in essere con la legge n. 190/2012 (c.d. legge anticorruzione) con cui è stato stabilito che entro il 31 dicembre di ogni anno, sulla base di apposite istruzioni fornite

con Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, le amministrazioni devono redigere un analitico rapporto informativo sulle tipologie di lavoro flessibile utilizzate da trasmettere, entro il 31 gennaio di ciascun anno, ai nuclei di valutazione e al Dipartimento della funzione pubblica che redige una relazione annuale al Parlamento.

Per quanto riguarda il comparto pubblico sanitario è lo stesso d.lgs. n. 81/2015 che all'articolo 29 esclude dal suo campo di applicazione, in quanto già disciplinati da specifiche normative, i contratti a tempo determinato stipulati con il personale sanitario del SSN così come quelli stipulati con il personale docente ed ATA per il conferimento delle supplenze. Eccezione, con riferimento al comparto sanitario, già prevista con l'inserimento, ad opera dell'art. 4 co. 5 del d.l. n. 158/2012, convertito in l. n. 189/2012 (c.d. legge Balduzzi), del co. 4 ter all'art. 10 del d.lgs. 368/2001, ora abrogato, sulla cui base i contratti a termine del personale del SSN erano esclusi in via generale dall'ambito di applicazione della norma *«in considerazione della necessità di garantire la costante erogazione dei servizi sanitari e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza»*. Pertanto nel comparto sanitario *«la proroga dei contratti [di cui al presente comma] non costituisce nuova assunzione»* e non trova applicazione la disciplina limitativa delle successioni fra più contratti *«in ogni caso non trova applicazione l'articolo 5, comma 4-bis che prevede l'automatica trasformazione di un rapporto di lavoro a tempo determinato in un rapporto di lavoro a tempo indeterminato qualora, per effetto di successione di contratti a termine per lo svolgimento di mansioni equivalenti il rapporto di lavoro fra lo stesso datore di lavoro e lo stesso lavoratore abbia complessivamente superato i trentasei mesi comprensivi di proroghe e rinnovi, indipendentemente dai periodi di interruzione che intercorrono tra un contratto e l'altro»*.

1.4.2 Lavoratori a tempo parziale

Rispetto altre forme contrattuali, il lavoro a tempo parziale non rientra tra le forme contrattuali c.d. non standard per la sua marginale atipicità, circoscritta al solo regime orario (ridotto rispetto a quello a tempo pieno) e non al tipo di contratto, che può essere sia a tempo indeterminato che a termine.

Il lavoro part-time è un esempio di come gli istituti contrattuali flessibili nella PA hanno talvolta risposto a logiche diverse rispetto a quelle del settore privato.

Regolamentata in passato dal d.lgs. n. 61/2000, la disciplina del rapporto di lavoro a tempo parziale è stata oggetto di modifica da parte del d.lgs. 276/2003 e quindi abrogata dall'art. 55 del d.lgs. n. 81/2015 attuativo del *Jobs Act*, che ne ha sostituito la disciplina negli articoli dal 4 al 12. Per espressa previsione di legge (art. 10 d.lgs. n. 61/2000), la disciplina generale del rapporto di lavoro a tempo parziale è comune sia al settore privato che a quello pubblico, sebbene per quest'ultimo valessero alcune discipline speciali, dettate al fine di incentivare la scelta volontaria del part-time da parte dei pubblici dipendenti.

Per i lavoratori del settore privato il part-time ha rappresentato per tanti anni (più avanti nel paragrafo si vedrà come nel corso tempo il suo ricorso e le finalità perseguite sono cambiate divenendo, negli anni della crisi, potenziale strumento di elusione contributiva e fiscale) l'unico strumento contrattuale che consentiva ai lavoratori, per lo più alle lavoratrici, ai giovani e ai lavoratori con età superiore ai 55 anni di conciliare le esigenze personali e familiari con quelle professionali e lavorative favorendo la loro partecipazione al mercato del lavoro. Nella maggior parte delle aziende private, negli anni precedenti la crisi, il part-time è stato sostanzialmente osteggiato: le aziende 'razionavano' la quota di *part-timers* e la trasformazione del contratto era quindi subordinata ad una verifica di requisiti del lavoratore richiedente (età, motivi della richiesta e, nel caso, età dei bambini) e alla definizione di una graduatoria. Osteggiato dalle imprese anche per i maggiori oneri previdenziali e dai sindacati per timore che la riduzione dell'orario di lavoro potesse ridurre la coesione dei lavoratori creando due gruppi di lavoratori diversi, il part-time nel settore privato è stato poco incentivato anche dal punto di vista normativo. Di contro, con la crisi, vi è stata una sorta di capovolgimento e il part-time più che essere uno strumento di valorizzazione degli obiettivi di conciliazione vita-lavoro del tipo contrattuale ha assunto i connotati di uno strumento utile per conseguire maggiore flessibilità gestionale e ridurre la spesa del personale.

Nel settore pubblico la normativa ha incentivato progressivamente il tempo parziale tanto da farlo diventare, per un certo periodo, un vero diritto dei lavoratori: inizialmente la legge n. 662/1996 introduceva l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di accettare

le richieste di trasformazione del rapporto da tempo pieno a tempo ridotto a prescindere dalle esigenze organizzative, gestionali ed economiche. Il quadro delle fonti si è quindi complicato con le modifiche introdotte al part-time dal d.lgs. n. 276/2003 e dalla l. n. 133/2008. Da un parte, viene espressamente previsto che le disposizioni non si applicano al personale delle amministrazioni pubbliche e, dall'altra, la disciplina speciale subisce un ribaltamento, riavvicinando così il settore pubblico a quello privato. Si passa dal riconoscimento di un vero e proprio diritto del dipendente ad ottenere il passaggio al tempo parziale, alla possibilità discrezionale che l'amministrazione respinga l'istanza del lavoratore, quando il passaggio al part-time comporti, in relazione alle mansioni e alla posizione organizzativa ricoperta dal dipendente, pregiudizio alla funzionalità dell'amministrazione (art. 73, co. 1 l. n. 133/2008). La previsione è stata quindi ulteriormente affievolita dall'art. 16 della l. n. 183/2010 che prevede la possibilità di rivedere tutti provvedimenti di concessione della trasformazione già rilasciati.

Rispetto al vecchio impianto, la nuova scarna disciplina legale sul contratto a tempo parziale dettata dal *Jobs Act* non introduce novità per il pubblico impiego ma evidenzia la necessità di aggiornare la disciplina contrattuale di numerosi istituti del pubblico impiego al fine di renderli più coerenti ed attuali.

Rispetto la previgente normativa, la mancata previsione della distinzione tra part-time orizzontale, verticale e misto che però non fa venir meno le distinzioni contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro a cui infatti si fa generico espresso rinvio (art. 6 co. 1 d.lgs. n. 81/2015) e la conseguente differenza tra la definizione legale di lavoro supplementare e di lavoro straordinario (così come delineato dall'art. 6 del d.lgs. n. 81/2015) con la corrispondente definizione contenuta nei contratti collettivi di lavoro potrebbero determinare qualche incertezza applicativa dei relativi istituti contrattuali. Incertezze potrebbero sorgere, ad esempio, in materia di limiti posti al ricorso al lavoro supplementare o straordinario, con riferimento alle maggiorazioni della retribuzione oraria dovute in caso di superamento di tali limiti o con riferimento al necessario consenso del lavoratore per lo svolgimento di lavoro supplementare previsto nei contratti collettivi e, una volta, nella fonte legale.

Nello specifico, la nuova fonte legale prevede che il lavoro supplementare sia quello aggiuntivo effettuato oltre l'orario di lavoro concordato fra le parti fino al

raggiungimento del normale orario settimanale di lavoro a tempo pieno ed il lavoro straordinario sia quello che eccede tale limite; nei contratti collettivi del pubblico impiego tale distinzione opera rispettivamente in caso di lavoro aggiuntivo svolto dal dipendente in regime di part-time orizzontale e di lavoro aggiuntivo svolto dal dipendente a part-time verticale nei giorni in cui lavora.

Ulteriore differenza tra la fonte contrattuale e quella legale si ha nel caso del necessario consenso del lavoratore per lo svolgimento di lavoro supplementare previsto nei contratti collettivi e il possibile motivato rifiuto previsto dalla disposizione di cui all'art. 6, co. 2, del d.lgs. n. 81/2015 secondo la quale *«il lavoratore può rifiutare lo svolgimento del lavoro supplementare ove giustificato da comprovate esigenze lavorative, di salute, familiari o di formazione professionale»*.

Infine anche la disciplina riguardante le clausole elastiche, che nel testo dell'art. 6 co. 4 del d.lgs. n. 81/2015 comprendono sia la variazione della collocazione temporale della prestazione lavorativa che la sua possibile variazione in aumento, potrebbe generare incertezze operative: infatti il d.lgs. n. 61/2000 distingueva tra clausole flessibili (riferite alla sola collocazione temporale) e clausole elastiche (concernenti l'aumento della durata della prestazione lavorativa limitata, peraltro, alle sole tipologie di part-time verticale e misto) demandando esplicitamente le condizioni e le modalità di regolamentazione alla contrattazione collettiva che, tuttavia, nel caso del pubblico impiego risultano non disciplinate, impedendone così l'applicazione. Ora, invece, il comma 6 dispone che *«nel caso in cui il contratto collettivo applicato al rapporto non disciplini le clausole elastiche queste possono essere pattuite per iscritto dalle parti avanti alle commissioni di certificazione, con facoltà del lavoratore di farsi assistere da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato o da un avvocato o da un consulente del lavoro. Le clausole elastiche prevedono, a pena di nullità, le condizioni e le modalità con le quali il datore di lavoro, con preavviso di due giorni lavorativi, può modificare la collocazione temporale della prestazione e variarne in aumento la durata, nonché la misura massima dell'aumento, che non può eccedere il limite del 25 per cento della normale prestazione annua a tempo parziale. Le modifiche dell'orario di cui al secondo periodo comportano il diritto del lavoratore ad una maggiorazione del 15 per cento della retribuzione oraria globale di fatto, comprensiva dell'incidenza della retribuzione sugli istituti retributivi indiretti e differiti»*.

Dagli anni della crisi, il ricorso al lavoro part-time è aumentato divenendo una delle forme di flessibilità più adottate dalle aziende private non tanto quale strumento di conciliazione vita-lavoro ma per far fronte alla riduzione di lavoro e per adattare l'articolazione degli orari aziendali alle necessità e ai cambiamenti congiunturali, contenendone i costi o, altre volte - utilizzato in modo improprio - quale strumento di elusione per mascherare rapporti di lavoro a tempo pieno, evadendo così almeno una parte della contribuzione e della retribuzione. Nello specifico i dati ISTAT del 2015 (consultabili in *Noi Italia 2015. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo*, 2015) evidenziano come nel settore privato aumenta il ricorso al part-time e si riduce il divario di utilizzo di tale forma contrattuale tra donne e uomini.

Tra le tipologie contrattuali di lavoro subordinato, l'unica tipologia contrattuale di lavoro che continua a crescere è il lavoro part time passando da una percentuale del 13,4% nel 2000 all'attuale 17,9% dei lavoratori occupati. In termini assoluti, nel nostro Paese il numero di lavoratori impiegati nel 2013 a tempo parziale è di 4 milioni 13 mila su 22 milioni 420 mila occupati. Nel 2014 la percentuale di lavoratori part-time che dichiarano di svolgere un lavoro a tempo parziale in mancanza di altre occasioni di impiego a tempo pieno sono più che raddoppiati rispetto a 10 anni prima, passando da 1 milione 23 mila (pari al 36%) a 2 milioni e 433 mila (pari a 63,6%). La percentuale di lavoro part-time involontario è pari a 74,4% tra gli uomini e si attesta sul 59,7% tra le donne. Se si confronta poi la situazione italiana con quella europea, si scopre che in Europa mediamente la percentuale di lavoratori part-time involontari non supera il 25,5%, meno della metà di quella italiana (63,3%), e in paesi come la Germania e i Paesi Bassi la percentuale di lavoratori che volontariamente optano per il part-time, non come ripiego, raggiunge quote prossime al 90-95%.

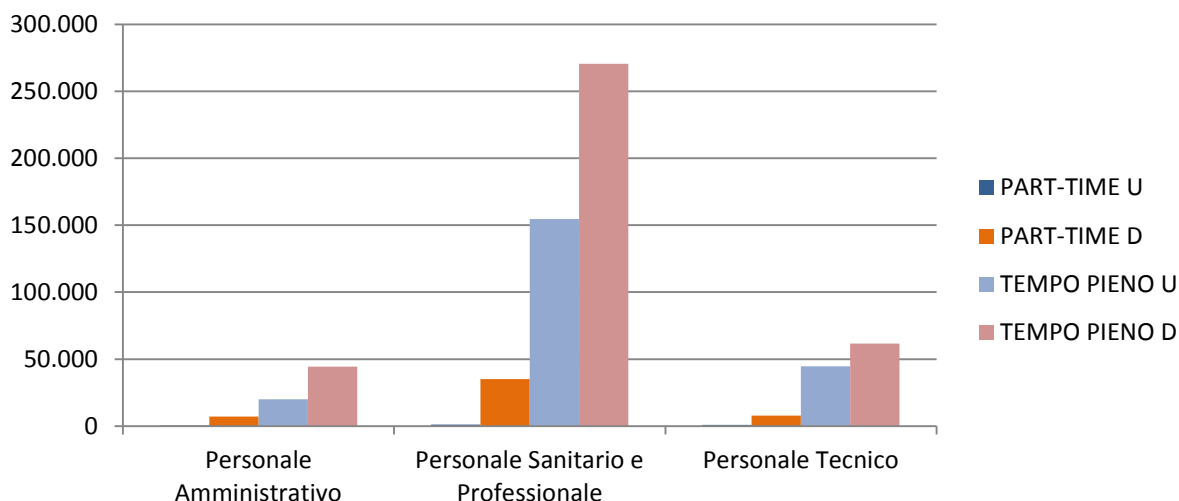
A differenza di quanto accade nel settore privato, dove una buona parte dei contratti part-time è quindi di natura involontaria o utilizzata in modo improprio, nella PA il ricorso al contratto a tempo parziale pare sostanzialmente essere volontario in quanto utilizzato per le sue finalità ovvero come strumento di conciliazione tra le esigenze e gli impegni lavorativi e i carichi familiari, soprattutto dalle donne. In realtà c'è chi ha evidenziato che il ricorso al part-time nell'ambito della PA sia servito solo a contenere il costo del personale e a derogare al tradizionale regime di incompatibilità dei dipendenti

pubblici, senza alcuna attenzione per le esigenze organizzative delle amministrazioni pubbliche.

I dati forniti dal Ministero della Salute evidenziano che i lavoratori a tempo ridotto che operano nel SSN hanno rappresentato per l'anno 2013 l'8% dei lavoratori totali (in termini assoluti pari a 52.687 unità su un totale di 649.517 lavoratori dipendenti) e, tra coloro che hanno fatto ricorso al part-time, il 95% è donna con un profilo sanitario (Grafico n. 13).

Il SSN oltre ad avere una delle più elevate incidenze di occupazione femminile (pari al 66%), dopo il comparto della Scuola, è il settore con la più alta consistenza numerica di lavoratori a orario ridotto concentrata prevalentemente tra le professioni infermieristiche, presumibilmente per la gravosità delle prestazioni lavorative e la rigidità dell'orario di lavoro, organizzato su turni, che spinge le donne a ricorrere al part-time per far fronte ai carichi familiari in misura superiore rispetto alle lavoratrici degli altri comparti.

Grafico n. 13 – Numero dei lavoratori occupati a tempo pieno e tempo ridotto nel SSN suddivisi per profilo e genere (dati riferiti all'anno 2013)



Fonte: elaborazioni su dati del Ministero della Salute (dati aggiornati a novembre 2015)

1.5 Lavoratori esternalizzati

A fronte di una fotografia ben delineata e precisa dei lavoratori del SSN, non altrettanto risulta quella disponibile per i lavoratori esternalizzati (personale convenzionato, personale delle cooperative e delle aziende private a cui vengono affidati i lavori in *outsourcing*, collaboratori e rapporti libero professionali) di cui, pur lavorando nelle strutture del SSN e rappresentando lo stesso agli occhi dei cittadini, non è possibile rintracciare nessun dato ufficiale e di dettaglio. Le strutture pubbliche, una volta acquistato il servizio, non sono interessate a conoscere il numero dei lavoratori impiegati e non possono nemmeno interferire nelle decisioni, dovendo limitarsi a governare e controllare l'attività esternalizzata a prescindere dal numero dei lavoratori impiegati e da chi sono.

Una sorta di disinteresse per i lavoratori esternalizzati che di fatto non compaiono in nessuna statistica relativa al personale che lavora nelle strutture del SSN o convenzionate: si tratta di lavoratori che agli occhi dei vertici amministrativi sono, per così dire, 'invisibili' rappresentando solo forza lavoro che deve essere il più possibile produttiva al fine di garantire i tempi e la quantità dei servizi acquistati.

Tuttavia tali processi non possono andare a discapito delle tutele fondamentali dei lavoratori e devono essere garantiti egualitari trattamenti e condizioni di lavoro per evitare che questo si ripercuota sulla qualità dei servizi. Infatti, accanto alle tipologie contrattuali dipendenti analizzate nel paragrafo precedente, negli ultimi anni si sono diffuse, sia nel privato che nel settore pubblico, altre dinamiche contrattuali volte a recuperare ambiti di flessibilità e produttività nella gestione del personale (reclutamento e selezione più libere di quelle ordinarie tramite procedure concorsuali, politiche retributive e previdenziali più flessibili, minori vincoli e limitazioni contrattuali e legali all'orario di lavoro), ad ottenere possibili economie di scala, a ridurre i costi del lavoro (almeno nelle intenzioni) e a superare i vincoli posti alle assunzioni con il cosiddetto blocco delle assunzioni.

Con il dichiarato intento di perseguire i valori dell'economicità, dell'efficienza, delle logiche di mercato e lo snellimento dell'attività pubblica, la dottrina del *new public management* ha introdotto una visione e modelli gestionali di stampo manageriale che hanno determinato più che la ricerca di maggiori margini di produttività dei lavoratori

all'interno del sistema pubblico, un crescente ricorso alle esternalizzazione delle funzioni e dei servizi pubblici, provocando di fatto una sorta di spostamento di una vasta platea di lavoratori dal perimetro del pubblico impiego verso il mercato del lavoro privato e delle cooperative.

Le esigenze di flessibilità organizzativa vantate dalla PA e invocate dal paradigma del *new public management* si sono così tradotte nel nostro ordinamento prevalentemente nel ricorso ai contratti di appalto che, sotto il profilo dei rapporti di lavoro, produce una sorta di deresponsabilizzazione del committente (pubblico), che si ritaglia un ruolo di mero controllore di ciò che prima era chiamato a gestire e gli consente, rispetto alla somministrazione, risparmi e vantaggi indiretti (politiche retributive più vantaggiose e limitazioni contrattuali e legali all'orario di lavoro meno stringenti).

Inoltre il ricorso alle esternalizzazioni consente di avere lavoratori assunti con tipologie contrattuali che nel pubblico sono difficilmente adottabili, permette di disporre a piacimento della forza lavoro e di risparmiare su retribuzioni nette e lorde e ostacola, nei fatti, l'organizzazione dei lavoratori. Così come spiega l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO, *Fundamental rights at work. Overview and prospects*, Labour Education n. 122, 2001) «*l'insicurezza del lavoro, la paura di essere oggetto di persecuzione e la frequente rotazione di personale mina gli sforzi ad organizzarsi in sindacato*».

Non solo. Il ricorso alle privatizzazioni e alle esternalizzazioni ma anche le turnazioni e gli orari in deroga alle normative sui tempi di lavoro hanno rappresentato la modalità con cui le aziende sanitarie hanno colmato le carenze nelle dotazioni organiche.

Carenze che riemergono ciclicamente. Così recentemente in corrispondenza dell'entrata in vigore dell'art. 14 della legge n. 161/2014 la quale – a fronte della procedura di infrazione dell'Unione Europea n. 2011/4185 – ha abrogato il comma 13 dell'art. 41 del d.l. n. 112/2008 convertito con modificazione dalla l. n. 133/2008 (che derogava per il personale dirigente medico la disciplina generale del riposo giornaliero e della durata massima dell'orario di lavoro settimanale di media non superiore alle 48 ore) e il comma 6-bis dell'art. 17 del d.lgs. n. 66/2003, che derogava la disciplina dell'orario di lavoro giornaliero a tutto il personale del ruolo sanitario.

Per tutti i lavoratori del ruolo sanitario del SSN viene pertanto riallineata la normativa in materia di orario di lavoro e le disposizioni sulla durata dei riposi giornalieri,

settimanali e annuali alle categorie lavorative degli altri settori e a quelle del settore sanitario degli altri paesi comunitari. Inoltre «*nelle more del rinnovo dei contratti collettivi vigenti, le disposizioni contrattuali in materia di durata settimanale dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero ... cessano di avere applicazione*» (art.14 co. 3 della l. n. 161/2014). In questo modo torna ad essere pienamente applicata al settore sanitario la legge che ha ridefinito in maniera organica tutta la materia sull'orario di lavoro (d.lgs. n.66/2003 così come modificato dalla l. n. 133/2008) prevedendo un riposo giornaliero continuativo minimo di 11 ore (ogni 24 ore), un orario settimanale di lavoro massimo di media non superiore alle 48 ore (compreso lo straordinario), un riposo settimanale di 24 ore consecutive (da cumulare con le 11 ore di riposo consecutivo giornaliero) e un riposo annuale di almeno 4 settimane. Questo significa che le aziende si trovano da una parte a dover coprire le necessità assistenziali senza ricorrere a turni non regolari e dall'altra a dover assumere nuovi lavoratori senza che siano previsti stanziamenti di denaro per le nuove assunzioni.

La possibilità di avvalersi di soggetti economici esterni alla PA per la fornitura di servizi strumentali al ciclo produttivo ha quindi rappresentato, almeno nelle intenzioni del *management* pubblico, un'alternativa per recuperare margini di competitività, produttività, qualità e costi. Esistono invero ricerche (si rimanda alla *Literature Review*) che evidenziano una correlazione negativa tra produttività, motivazione e rapporti di lavoro, per così dire, esternalizzati o precari: questa tipologia di lavoratori non dispongono di tempo per la formazione, né l'impresa ha alcun incentivo a fornirgliela, non riescono ad acquisire prima della conclusione del rapporto esperienza e professionalità che garantiscono un alto grado di produttività del lavoro e che possano riutilizzare in un altro contesto lavorativo, mancano del sostegno di valide politiche attive che li accompagnino nelle transizioni occupazionali.

La pratica dell'esternalizzazione ha assunto nel settore sanitario differenti formulazioni e graduazioni (appalto di servizio, somministrazione, affidamenti a concessionarie e a partecipate, collaborazioni pubblico-privato nei servizi di cura alla persona) che, per le caratteristiche del servizio offerto (la salute), sono state ad oggi più limitate rispetto ad altri settori (si pensi al settore manifatturiero e informatico, alla logistica, ai call-center) dove l'esternalizzazione ha significato anche delocalizzazione in altri paesi dove i costi e i vincoli giuslavoristici e ambientali erano inferiori. Non di meno però, le aziende

sanitarie in questi anni hanno cercato di recuperare margini di flessibilità, maggiore autonomia e minori costi nella gestione del personale attraverso l'esternalizzazione di attività ritenute non *core* - di cui l'azienda non detiene particolari competenze o non riesce a sfruttare economie di produzione -, attività generalmente svolte da personale con qualifiche medio-basse e con limitata capacità contrattuale nel mercato del lavoro data l'elevata sostituibilità del ruolo svolto.

Le aziende sanitarie hanno quindi scelto di rivolgersi al mercato per reclutare, selezionare e inserire lavoratori di cui avevano bisogno (attraverso gli appalti, non solo alle cooperative, e/o le agenzie di somministrazione) ovvero hanno preferito portare fuori il servizio e cederlo a soggetti terzi, sollevandosi dai rischi connessi alla gestione. In un'ottica positiva, operare nella logica dell'*outsourcing* significa modificare profondamente le logiche e le relazioni di tipo organizzativo, passando da una struttura verticale e gerarchica in cui i processi sono fortemente integrati in senso verticale e realizzati in perimetri organizzativi definiti stabilmente, ad una struttura definibile a rete in cui gli attori sono molteplici, eterogenei ed i risultati finali sono l'effetto di azioni concomitanti che devono essere coordinate e dirette in una logica di cooperazione (*co-managing*).

In generale, i processi di esternalizzazione o, in alcuni casi (come si vedrà oltre) è meglio parlare di terzizzazione o internalizzazione, si collocano in una generale tendenza a ridurre la gestione diretta pubblica: l'amministrazione pubblica, nel valutare il ruolo da riservare a sé, ha provveduto a definire un nuovo *core business* della sua attività, concentrando l'attività sulle funzioni essenziali e esternalizzando o privatizzando il resto, attraverso un processo di riallocazione delle funzioni tra amministrazioni pubbliche e privati, secondo i principi guida della sussidiarietà orizzontale e verticale. Da una parte le funzioni e i servizi sono stati esternalizzati passando dal *make* al *buy*: il settore pubblico acquista sul mercato beni e servizi, che in precedenza venivano auto-prodotti dalle articolazioni organizzative della PA, attraverso il ricorso agli strumenti contrattuali dell'appalto, della concessione e della somministrazione di lavoro⁽³⁸⁾.

⁽³⁸⁾ Si veda in particolare F. BRUNETTA, L. MARCHEGIANI, *L'outsourcing nella sanità*, op. cit., qui pp. 58-59.

In realtà, molte delle attività esternalizzate anziché essere commissionate all'esterno vengono svolte da lavoratori che, pur non dipendendo dalle aziende sanitarie da un punto di vista giuridico, di fatto lavorano all'interno delle loro strutture. In questo caso quindi è più corretto parlare di terziarizzazione interna o, recuperando un termine mutuato dal settore medico, alcuni autori l'hanno definita terziarizzazione *intra moenia* ⁽³⁹⁾ o internalizzazione.

L'*outsourcing* in sanità ha inizialmente interessato servizi non-clinici periferici e accessori quali la sicurezza, la lavanderia, la gestione dei servizi di ristorazione, i servizi di pulizia, di disinfezione, di parcheggio, di smaltimento dei rifiuti, i Centri Unificati di Prenotazione (CUP) e i *call-center*. Così come le aziende private, anche nel SSN si è fatto inizialmente ricorso al mercato esterno principalmente per attività svolte da lavoratori poco qualificati e facilmente sostituibili, che potevano essere messi a disposizione dai fornitori esterni i quali, per rimanere competitivi in termini di costo del lavoro, stabiliscono le condizioni contrattuali e utilizzano contratti economicamente più vantaggiosi e flessibili rispetto a quelli dell'organizzazione appaltante. In una fase successiva, i processi di *outsourcing* si sono quindi estesi anche a quei servizi diagnostici e clinici (ad esempio, test di laboratorio e assistenza infermieristica), attinenti ai cosiddetti settori *core* del SSN, tradizionalmente affidati ai lavoratori dipendenti del SSN, le cui attività erano più complesse e richiedevano lavoratori specializzati ed altamente qualificati, difficilmente sostituibili e quindi protetti con contratti stabili e economicamente più vantaggiosi, anche perché dotati di maggior potere contrattuale e decisionale legato alla specificità della qualifica posseduta ⁽⁴⁰⁾.

Alternativamente, l'affidamento all'esterno di attività d'interesse pubblico avviene trasferendo totalmente il rischio d'impresa e la titolarità delle stesse in capo a operatori economici privati (privatizzazione).

Tali strategie di decentramento hanno rappresentato uno strumento di flessibilizzazione del fattore lavoro che alcuni interpreti hanno definito come una «risposta un po' affrettata e meccanica rispetto ad una flessibilità nella gestione delle risorse umane, dei rapporti di lavoro, progressivamente limitata o annullata dal legislatore dopo le

⁽³⁹⁾ L'espressione è di R. DE LUCA TAMAJO, op. cit., qui p. 6.

⁽⁴⁰⁾ Cfr. N. DIRINDIN, *Integrazione pubblico – privato e outsourcing nel settore della sanità*, op. cit.

aperture della fase due della c.d. privatizzazione del pubblico impiego, quella condotta da Massimo D'Antona con le norme del d.lgs. n. 80/1998....modalità di gestione privilegiate dei servizi sotto il profilo delle risorse umane, in grado di sostituire la flessibilità in entrata nelle pubbliche amministrazioni, realizzata mediante altre forme e modalità atipiche di lavoro subordinato (termine, cfl, co.co.co. soprattutto), considerate pericolose perché elusive della regola del concorso pubblico e produttive di "preariato interno"» ⁽⁴¹⁾. Si è perciò assistito ad una diffusa politica di esternalizzazione che ha portato fuori dall'ambito pubblico, cedendoli a soggetti terzi, numerosi servizi, forse più per un'incapacità da parte delle pubbliche amministrazioni a gestire correttamente e secondo logiche manageriali l'organizzazione del lavoro e i lavoratori che per un effettivo aumento di efficienza, riduzione dei costi e ricerca di una PA agile e snella.

Le cosiddette strategie di frammentazione del mercato del lavoro comportano spesso l'impiego di manodopera poco qualificata e rapporti di lavoro incerti, il che rende più difficile l'identificazione della responsabilità riguardo alle disposizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro e pur perseguendo obiettivi di ottimizzazione dell'allocazione delle risorse, sono comunque segnate da una sostanziale riduzione dei margini di libertà di azione sindacale e, quindi, da una spiccata potenzialità di pregiudizio degli interessi collettivi dei lavoratori e deterioramento delle condizioni di lavoro ⁽⁴²⁾. L'appalto a fornitori esterni infatti sposta il lavoro dal perimetro pubblico – tradizionalmente caratterizzato da condizioni d'impiego più tutelate e protette, grazie anche alla forte sindacalizzazione – verso imprese private, innescando una competizione basata sul costo della manodopera all'interno di un mercato del lavoro più vulnerabile alle fluttuazioni del mercato e in cui il ruolo dei sindacati è più marginale, determinando un peggioramento delle condizioni di lavoro dei lavoratori coinvolti (salari più bassi e minori protezioni), un aumento dei carichi di lavoro e la standardizzazione degli incarichi.

⁽⁴¹⁾ Cfr. S. MAINARDI, *Esternalizzazioni e trasformazione delle Università in Fondazioni. Profili di diritto del lavoro*, op. cit., qui pp. 3-4.

⁽⁴²⁾ Cfr. A. SALENTO, *Somministrazione, appalto, organizzazione: politiche del diritto, interpretazioni, teorie organizzative*, in *Giornale di diritto del lavoro e delle relazioni industriali*, n. 2, 2006, qui p. 452.

Si è così venuto a creare un forte divario nel mercato del lavoro: da una parte, posti di lavoro relativamente instabili, a scarso o nullo contenuto professionale, con bassi livelli salariali e scarse o nulle possibilità di avanzamento di carriera e, dall'altra, posti di lavoro più stabili, tutelati, qualificati e con migliori opportunità di carriera. Tale dualismo è molto evidente in quei servizi socio-sanitari e alla persona in cui, per far fronte al blocco delle assunzioni, l'esternalizzazione di ore si è tradotta in appalti di servizi ad ore di lavoro, rendendo labile il confine con l'intermediazione di manodopera. In questi casi i lavoratori, pur svolgendo le medesime funzioni nello stesso posto di lavoro, sono assunti da datori di lavoro diversi con condizioni contrattuali differenti e con l'applicazione di CCNL meno vantaggiosi, non tanto in termini retributivi, quanto nei termini normativi rispetto a quelli del pubblico (nel settore sanitario Aiop, Aris, Don Gnocchi e nel settore socio-assistenziale sono presenti almeno dieci diversi CCNL del terzo settore, tra cui quello più importante per numero di operatori coinvolti è il CCNL delle cooperative e quello dell'Uneba).

Se dal punto di vista del salario-base il contratto pubblico e quelli privati si equivalgono, le differenze maggiori a favore del settore pubblico sono nella contrattazione integrativa aziendale (numero di ore lavorative e distribuzione delle stesse nell'arco della giornata, computo degli straordinari, copertura assicurata in caso di maternità, conteggio delle assenze per malattia). Nel settore privato tale *gap* viene in parte bilanciato, individualmente, mediante importi *ad personam*, per loro natura discrezionali e difficilmente controllabili.

Ma il problema si presenta in modo ancora più grave con i contratti 'pirata' (si veda la *Literature Review* per una definizione): da un lato l'azienda pubblica che esternalizza i servizi non può imporre l'applicazione di un determinato CCNL all'interno di una gara d'appalto, escludendo quelli meno rappresentativi che prevedono salari percentualmente inferiori (sentenza Tar Lombardia, sezione di Brescia n. 1470 del 31 dicembre 2014), dall'altro, avendo interesse a ridurre i costi a parità di qualità offerta, si trova a dover selezionare tra le differenti offerte quella che risulta economicamente più vantaggiosa e a far ricadere la propria scelta su quelle aziende che per l'appunto applicano contratti collettivi alternativi, a basso costo e a discapito dei lavoratori coinvolti nelle procedure di esternalizzazione. «*Salvo che non si proceda ad un intervento legislativo di sostegno che riconosca forza di legge ai CCNL e che definisca i principi per la misurazione della*

forza rappresentativa anche delle associazioni datoriali, il Testo Unico sulla rappresentanza del 10 gennaio 2014 non scioglie il nodo della concorrenza di diversi CCNL nello stesso settore, né l'annesso problema degli accordi pirata. Esclusa l'ipotesi della legge sindacale, il legislatore dovrebbe essere attento nel riservare l'esercizio delle aperture legali in favore della contrattazione collettiva non solo alle organizzazioni sindacali, ma anche alle associazioni datoriali comparativamente più rappresentative. In modo che soltanto i soggetti dotati di una reale rappresentatività comparativa possano beneficiare dei maggiori spazi di flessibilità che la legge riserva alla contrattazione collettiva. Una soluzione questa per preservare il valore dell'autonomia collettiva e al contempo garantire equità e giustizia sociale nel mercato del lavoro»⁽⁴³⁾.

Consapevoli dei potenziali rischi insiti nei processi di esternalizzazione, la giurisprudenza e la dottrina hanno quindi elaborato un sistema di garanzie a tutela dei lavoratori impiegati nell'appalto. Si tratta di meccanismi di bilanciamento di interessi primari concorrenti, tra le tutele in capo ai lavoratori e le esigenze economiche delle aziende in modo che sia impedito alla gestione esternalizzata dei rapporti di lavoro di tradursi in una lesione dei diritti fondamentali dei lavoratori stessi: parità di trattamento economico ed contributivo tra i dipendenti del committente e quelli dell'appaltatore, responsabilità solidale dell'appaltatore e appaltante per i crediti retributivi e previdenziali sorti nell'esecuzione del lavoro, clausola di assorbimento dei lavoratori appaltati in caso di cambio di appalto, certificazione dei contratti di appalto per distinguere tra le esternalizzazioni autentiche e quelle fittizie (illecite o fraudolente).

In particolare, la responsabilità solidale fra committente ed appaltatore e la certificazione dei contratti dovrebbero essere gli strumenti principalmente deputati a prevenire abusi e contrastare fenomeni elusivi. Nel primo caso l'obbligazione solidale dei crediti (per i trattamenti retributivi, contributi previdenziali, premi assicurativi dovuti in relazione al periodo di esecuzione del contratto di appalto) è esperibile - nel limite temporale di due anni dalla cessazione dell'appalto - dai lavoratori, che pur essendo alle dipendenze dell'appaltatore, sul quale gravano i diritti e doveri derivanti dal rapporto di lavoro, anche nei confronti del committente imprenditore appaltante,

⁽⁴³⁾ Cfr. P. TOMASSETTI, *Arginare la piaga dei contratti pirata*, op. cit.

coinvolto nella relazione debitoria in ragione del fatto che l'appalto è diretto alla soddisfazione dei suoi interessi produttivi-organizzativi.

In secondo luogo, la certificazione del contratto di appalto è lo strumento individuato dal legislatore per identificare gli appalti “spuri”, espressione di pratiche fraudolente finalizzate ad aggirare le norme, da quelli genuini (identificabili sulla base di quanto previsto dall'art. 29 del d.lgs. n. 276/2003: in un' autonoma organizzazione imprenditoriale di mezzi e di propri lavoratori necessari da parte dell'appaltatore e nell'assunzione da parte di quest'ultimo del rischio d'impresa) e per isolare i meri interpositori di manodopera, che non garantiscono i diritti dei lavoratori e percepiscono «*un lucro parassitario*» sul lavoro reso.

1.5.1. In particolare i lavoratori delle cooperative

Se da una parte, come si è visto, l'ordinamento del lavoro pubblico ha sempre guardato con diffidenza alla flessibilità organizzativa, dall'altra si è disinteressata, o poco interessata, della pratica degli appalti di mera manodopera per garantire i servizi attraverso i lavoratori di cooperative che offrono manodopera a basso costo.

Così le esigenze di flessibilità organizzativa delle amministrazioni pubbliche sono e sono state prevalentemente soddisfatte mediante il ricorso ai contratti di appalto. L'appalto rappresenta pertanto lo strumento quantitativamente prevalente di esternalizzazione di servizi d'interesse pubblico. L'affidamento di servizi attraverso gare d'appalto o procedure negoziate può andare ad aziende private e alle cooperative.

Per lungo tempo, l'ambito sanitario è rimasto al di fuori delle attività gestite dalle cooperative sociali che la legge n. 381/1991 aveva individuato nella gestione di servizi socio-sanitari ed educativi: così l'attività delle cooperative è stata confinata agli aspetti relazionali-assistenziali-educativi per quelle fasce di popolazione «*per le quali si può ipotizzare che il percorso di cura necessiti di un contestuale percorso d'integrazione sociale*». Tuttavia la gestione di tali servizi (tra cui l'accoglienza di persone con problemi di salute mentale, il recupero di tossicodipendenti oppure i servizi rivolti a disabili e anziani) si inquadra nei percorsi di cura gestiti dalle aziende sanitarie e

ricompresi nei livelli essenziali di assistenza sebbene non riguardino gli aspetti più strettamente medici ⁽⁴⁴⁾.

Pur permanendo incertezze giuridiche e differenze tra una regione e l'altra, nei fatti le cooperative sociali, anche a prescindere da formali riconoscimenti, hanno in questi anni aumentato notevolmente (e in prospettiva in modo crescente) la propria operatività nell'ambito sanitario con l'intento di costruire un diverso modello di assistenza sociale e sanitaria, maggiormente orientato al territorio e alle esigenze delle famiglie, che si affianca e si integra al sistema pubblico in un sistema sussidiario e meno centrato sugli ospedali.

Così la cooperazione sociale - nello specifico le cooperative sociali di tipo 'A' previste dall'art. 1 co. 1 della legge-quadro n. 381/1991 il cui scopo è di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi - ha iniziato a guardare con sempre maggiore interesse quei servizi svolti nei percorsi di cura e di riabilitazione, tesi a ridurre i tempi di ospedalizzazione presso il domicilio dei pazienti (assistenza domiciliare integrata, prestazioni infermieristiche, fisioterapia, riabilitazione) oppure svolti nell'ambito delle strutture socio sanitarie (residenze per anziani attrezzati per ospitare dimissioni protette dagli ospedali o per garantire continuità assistenziale) o svolte nell'ambito di reparti ospedalieri (diagnostica e cura ambulatoriale).

Anche i dati testimoniano la crescente espansione delle cooperative: in generale le cooperative hanno reagito meglio al lungo periodo di recessione registrando tassi di crescita significativi rispetto alle società di capitali, grazie anche agli sgravi fiscali di cui godono, per il ruolo sociale ed economico che rivestono nell'economia.

Secondo l'ultima indagine del CENSIS (*Welfare Italia 2015. Impatto e potenziale di crescita della White Economy*, op. cit.) le cooperative sociali attive nel settore sanitario e nell'assistenza sono circa 5.600 con 225.000 addetti. Tra il 2001 e il 2014 hanno registrato un incremento dell'11,8% quasi doppio rispetto all'incremento complessivo delle imprese (+5,1%) e rivestono un ruolo predominante nel mercato dei servizi sociali e un ruolo in espansione nell'ambito sanitario, a fronte della scarsa presenza di imprese private for profit che sono meno interessate a quelle aree del sociale-sanitario in cui i

⁽⁴⁴⁾ Cfr. G. MAROCCHI, *La cooperazione sociale in ambito sanitario*, op.cit. nella *Literature Review*.

margini di profitto sono limitati e per una *«sorta di informalità diffusa, che rende possibile al soggetto pubblico di trovare il mezzo per risparmiare sulle risorse allocate innescando una concorrenza al ribasso tra le cooperative sociali, senza l'adeguata attenzione alle differenze nelle specializzazioni, nella competenza del personale impiegato, nella qualità dei servizi resi»*.

Pertanto il crescente ricorso all'affidamento di contratti pubblici di servizi ausiliari e strumentali pubblici in favore delle cooperative sociali ha rappresentato in tanti casi più un'alternativa al lavoro pubblico, per una serie di motivi riconducibili innanzitutto ad una maggiore razionalità aziendalista (consentendo un risparmio significativo sul costo del lavoro alla luce dei livelli retributivi mediamente inferiori dei contratti collettivi del settore e disponendo di uno strumento ad elevata flessibilità che permette di disdire o di non rinnovare quei servizi che non occorrono più, trasformando un costo fisso, i lavoratori dipendenti a ruolo, in un costo variabile), che una risorsa sussidiaria. Incentivate e promosse dalle leggi per la loro finalità sociale e di inclusione, di fatto, le cooperative non raramente hanno invece rappresentato una scelta dettata dal minore costo del personale e dalla maggior flessibilità e adattabilità nella gestione dell'organizzazione del lavoro (ad esempio per la possibilità, al bisogno, di ridurre servizi e interventi con minori resistenze e difficoltà rispetto al personale dipendente pubblico) e dall'altra, una necessità da parte delle amministrazioni pubbliche che si sono viste (in un certo senso) costrette a rivolgersi a loro in quanto bloccate nell'assumere nuovo personale.

Per svolgere le loro funzioni, le cooperative possono utilizzare soci-lavoratori e lavoratori non soci: nel caso di prestazione di lavoro da parte di un socio questa non può essere resa sulla base soltanto dell'obbligazione sociale ma è necessaria l'instaurazione di un ulteriore rapporto di lavoro che può essere subordinato, autonomo o di collaborazione. In particolare sulla figura dei soci-lavoratori è la legge n. 142/2001 (come modificata dalla legge n. 30/2003) e, successivamente, l'interpello n. 34/2008 del Ministero del lavoro che chiariscono che tra socio-lavoratore e cooperativa esistono due distinti rapporti che possono, eventualmente, anche sorgere in due momenti diversi: un prioritario rapporto associativo/sociale, per cui il socio partecipa in modo genuino alla formazione degli organi e ai risultati economici, e un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo, con cui il socio contribuisce al raggiungimento degli scopi sociali (art. 1,

comma 3) e a cui si applicano le disposizioni in materia di sicurezza, nonché lo Statuto dei lavoratori. A tal riguardo il legislatore ha statuito (art. 6) in capo alle cooperative, l'obbligo di regolamento, approvato dall'assemblea e depositato presso la DTL, in merito alla tipologia dei rapporti che si intendono attuare.

L'intervento normativo, così come anche chiarito nella circolare n. 34 del 2002 del Ministero del lavoro, si fonda sulla necessità di supplire all'assenza di una chiara legislazione di regolamentazione del rapporto di lavoro del socio, determinando, di volta in volta, l'intervento della giurisprudenza per assicurare condizioni retributive non inferiori ai minimi contrattuali. Dall'altro, si è avvertita l'esigenza di adeguare le condizioni complessive delle cooperative a quelle della generalità delle imprese per evitare che l'autodeterminazione delle retribuzioni ed il favorevole regime in tema di agevolazioni contributive e fiscali determinassero un eccessivo abbattimento del costo del lavoro consentendo, in tal modo, alle cooperative di operare nel mercato in condizione di obiettivo vantaggio concorrenziale.

A tal fine, la legge n. 142/2001 (art. 3 co. 1) prevede che le cooperative siano tenute a corrispondere al socio lavoratore un trattamento economico proporzionato alla quantità e qualità del lavoro prestato e comunque non inferiore ai minimi previsti dalla CCNL del settore sancendo che disposizioni derogatorie *in pejus* rispetto al trattamento minimo sono nulle. Così anche la circolare n. 34/2002 del Ministero del lavoro, in applicazione della legge n. 142/2001, stabilisce che nel caso di contratto di lavoro subordinato diventa obbligatorio il rispetto dei valori minimi fissati dai CCNL stipulati dalle organizzazioni nazionali più rappresentative.

La retribuzione del socio lavoratore subordinato deve essere pari ai minimi contrattuali, non solo per la retribuzione di livello, ma anche per il trattamento complessivo, ivi comprese, quindi, le voci retributive diverse, tra cui il TFR. Con la circolare n. 18/2004, il Ministero del lavoro torna sull'argomento ribadendo come al socio lavoratore debba essere garantita una retribuzione non inferiore ai minimi contrattuali, non solo per quanto riguarda la retribuzione di livello, ma anche per le altre norme contrattuali che prevedono il numero delle mensilità e disciplinano gli scatti di anzianità.

In questi termini si è mossa l'attività ispettiva del Ministero del lavoro. Secondo i dati contenuti nella nota prot. n. 15/IV/16934 del 12.11.2008 del Ministero del Lavoro in merito al grado di rappresentativa delle organizzazioni sindacali dei lavoratori e dei

datori di lavoro, (dati forniti dalle stesse organizzazioni), la CGIL, la CISL, la UIL, la Legacoop, la Confcooperative da sole contano circa 20.000.000 associati. Secondo la stessa nota, la UNCI e la CONFASAL contano insieme, circa 2.000.000 associati con una diffusione territoriale in 21 regioni e 103 province per la CONFASAL, e 18 federazioni regionali e 39 provinciale per la UNCI. Così le differenze retributive derivanti dall'applicazione di contratti siglati da organizzazioni *non comparativamente più rappresentative* (come l'UNCI) costituiscono crediti derivanti all'inosservanza della disciplina contrattuale e con l'istituto della diffida accertativa (disciplinato dall'art. 12 del d.lgs. n. 124/2004) si ingiunge alla società cooperative il pagamento delle differenze retributive dovute ai lavoratori e al committente l'obbligazione sussidiaria per il debito contributivo verso l'INPS.

Un altro fenomeno che si è andato diffondendo in questi anni a danno dell'immagine dell'attività svolta dalle cooperative di qualità è stato l'utilizzo improprio ed illecito della cooperazione, attraverso quella che viene definita la cooperazione *falsa* o *spuria* ovvero quella che utilizza lo strumento del rapporto associativo al solo scopo di eludere l'applicazione dei principali istituti, non esclusivamente retributivi, e la legislazione in materia di lavoro nel suo complesso. I soci lavoratori di queste cooperative, nate con finalità diverse da quelle della vera cooperazione, partecipano fittiziamente alle assemblee e non hanno potere di voto o di influenza sulle decisioni adottate, non partecipano agli – eventuali - utili, sono costretti a pagare la quota associativa a fondo perduto, le retribuzioni effettive non corrispondono a quanto previsto dai CCNL e i versamenti previdenziali risultano irregolari o inesistenti o, ancora, vengono utilizzate voci di trasferta e i rimborsi spesa (non soggette a contribuzione) per retribuire i soci e nelle realtà aziendali in cui operano sono etero-diretti e etero-organizzati dai committenti.

In particolare con riferimento a quest'ultimo fenomeno, le modalità con cui vengono eseguiti gli appalti potrebbero infatti configurare la fattispecie di appalto illecito e somministrazione illecita di manodopera. Il rischio di cadere in forme di intermediazione non legittima è particolarmente alto negli appalti di servizi concernenti prestazioni infermieristiche o di assistenza socio sanitaria nei reparti di cura di strutture o aziende ospedaliere, così come evidenziato dal Ministero del lavoro con nota prot. n. 15749 del 27 novembre 2007. In tali ambiti, infatti, appare difficile riscontrare una

autonoma organizzazione (che non può limitarsi alla mera predisposizione dei turni di lavoro e/o alla gestione amministrativa delle retribuzioni) e reali margini di autonomia gestionale dell'appaltatore, considerato lo strettissimo legame, sotto il profilo funzionale, tra il personale medico e il personale di assistenza, legame che riduce fortemente, fino ad annullarlo, il permanere di un reale "potere direttivo" in capo allo stesso appaltatore.

A tal riguardo, è interessante il caso affrontato nella sentenza del T.A.R. Piemonte n. 2711 del 27/06/2006, con cui l'A.P.L.A. (Agenzie per il Lavoro Associate) proponeva ricorso avverso la procedura di affidamento del servizio di «prestazioni infermieristiche» indetta da un'Azienda Sanitaria Ospedaliera di Torino ad una cooperativa, evidenziando la differenza nella qualificazione del contratto in termini di appalto di servizi anziché di somministrazione di lavoro (con la necessità dei conseguenti requisiti soggettivi di partecipazione). In particolare è l'art. 29 del d.lgs. 276/2003 che contiene la definizione del confine tra appalto e somministrazione: *«il contratto di appalto, stipulato e regolamentato ai sensi dell'articolo 1655 del codice civile, si distingue dalla somministrazione di lavoro per l'organizzazione dei mezzi necessari da parte dell'appaltatore, che può anche risultare, in relazione alle esigenze dell'opera o del servizio dedotti in contratto, dall'esercizio del potere organizzativo e direttivo nei confronti dei lavoratori utilizzati nell'appalto, nonché per la assunzione, da parte del medesimo appaltatore, del rischio d'impresa»*. Così il T.A.R. del Piemonte accolse il ricorso attraverso una ricostruzione del contenuto del contratto, che avrebbe dato luogo a un'obbligazione di mezzi e non di risultato, per cui *“l'oggetto contrattuale risulta strutturalmente incompatibile con quello dell'appalto di servizi”*: il potere direttivo veniva dichiaratamente assegnato al committente (nei documenti di gara si precisava infatti che i lavoratori sarebbero stati sottoposti alla «direzione e il controllo della stazione appaltante») e la cooperativa non gestiva l'intero servizio con il relativo rischio imprenditoriale ma si limitava a intermediare il lavoro.

L'erronea qualificazione del contratto di appalto di servizi configura l'ipotesi di interposizione illecita e, una volta, fraudolenta, in quanto effettuata con un soggetto economico che nei fatti non risulta titolare di una autorizzazione alla somministrazione (ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo n. 276 del 2003) e viene penalmente sanzionata (ai sensi dell'art. 18, comma 5-bis, del decreto legislativo n. 276 del 2003).

Ovvero, quando l'accordo concluso prevede la mera messa a disposizione dell'attività dei propri lavoratori per prestazioni professionali e non la realizzazione di un servizio e le modalità operative con cui il contratto è stato eseguito rinviano ai caratteri tipici della subordinazione (lavoratori inseriti stabilmente nell'organigramma, direttive prese dai responsabili dell'azienda committente, svolgimento delle medesime mansioni svolte dai dipendenti del committente e forte coordinamento con essi) il contratto ha le caratteristiche della somministrazione di manodopera, attività che può però essere svolta nel nostro ordinamento unicamente da agenzie per il lavoro autorizzate e iscritte in un apposito albo. In caso contrario si ricade nell'esercizio non autorizzato delle attività di somministrazione.

1.5.2. Lavoratori somministrati

La crescente disponibilità sul mercato del lavoro di cooperative che offrono condizioni economiche particolarmente vantaggiose nel fornire alcuni servizi, anche di tipo sanitario e socio sanitario, non ha contribuito alla diffusione del lavoro somministrato nel sistema sanitario così come documentato dai dati contenuti nel più recente resoconto annuale del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (dati riferiti al periodo 2007-2014).

I lavoratori somministrati rappresentano, in termini assoluti, una quota limitata e quasi del tutto insignificante (con un *trend* negativo di utilizzo) rispetto al totale dei lavoratori occupati all'interno della PA, presenti in quantità percentualmente significative solo in due comparti, quello della sanità (nel 2014 erano 5.095 pari a nemmeno l'1% del totale dei lavoratori operanti nel SSN e al 55% del totale dei lavoratori somministrati all'interno della PA) e degli enti locali (pari a circa il 30% del totale dei lavoratori somministrati all'interno della PA), mentre nei restanti comparti la loro presenza è molto sporadica, limitata al massimo a poche centinaia di unità annue ed in continua riduzione. Ma la riduzione del suo utilizzo si è registrata anche nel comparto della sanità: infatti dopo una crescita nei primi anni che ha raggiunto il valore massimo nel 2009 (di 6.221 unità), negli anni a seguire si è registrata una riduzione e solo nel 2014 si è avuto un nuovo aumento (+19%), senza tuttavia tornare ai valori massimi registrati nel periodo 2007-2009.

Dal punto di vista della spesa per i contratti di somministrazione, quella del settore sanità rappresenta la quota più rilevante incidendo per poco meno dei due terzi sulla spesa totale per i contratti di somministrazione complessivamente attivati nella PA e l'andamento della spesa risulta coerente con la riduzione delle unità annue impiegate.

Tabella n. 2 – Numero e variazione percentuale dei lavoratori somministrati impiegati nel SSN e oneri sostenuti per i contratti di somministrazione

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Unità di personale	4.229	5.122	6.221	6.151	4.980	4.408	4.270	5.095
Variazioni percentuali delle unità annue di personale	21%	21%	-1%	-19%	-11%	-3%	19%	-

Oneri per contratti di somministrazione (in valore di milioni di euro)	167,59	200,18	219,74	223,51	186,87	161,03	157,73	177,39
Variazioni percentuali degli oneri	19%	10%	2%	-16%	-14%	-2%	12%	-

Uno scarso ricorso alla somministrazione da parte del SSN dovuto, secondo le ipotesi avanzate da alcuni studi (nello specifico si rimanda a C. DE PIETRO, *Il lavoro interinale degli infermieri: il punto di vista delle Agenzie per il Lavoro*, op. cit.), non solo alla competizione delle cooperative ma anche al tipo di lavoratori richiesti (non personale generico ma con competenze specifiche e con esperienza professionale che difficilmente i lavoratori somministrati possono offrire) e ai costi dei servizi offerti dalle agenzie. A tal ultimo riguardo si precisa, infatti, che l'utilizzatore rimborsa tutti i trattamenti retributivi e previdenziali dei lavoratori (non inferiori a quelli dei lavoratori

del comparto) oltre a remunerare il servizio fornito dall'agenzia e si assume la responsabilità solidale (art. 35, co. 2 d.lgs. n. 81/2015).

Invero, nel caso degli appalti, le condizioni di lavoro e di occupazione dei lavoratori addetti non sono tutelate da un principio di parità di trattamento e l'assenza di ulteriori fattori di costo (quali l'utile dell'agenzia di somministrazione e la trattenuta del 4 per cento sui trattamenti retributivi) tendono ad aumentare i margini di profitto dell'operazione di esternalizzazione del lavoro; la mancata previsione di particolari condizioni soggettive e oggettive di affidabilità e garanzia consente di partecipare ad un ampio numero di aziende e, dal punto di vista delle pubbliche amministrazioni, gli appalti - contrariamente al lavoro mediante agenzia - consentono di ridurre l'incidenza della voce di costo relativa al personale che viene tramutata in spesa per forniture e servizi.

Anche di fronte ad una mutata realtà produttiva e gestionale che ha visto la crescente diffusione dei contratti flessibili ma soprattutto delle esternalizzazioni attraverso gli appalti di servizi a bassa/bassissima intensità organizzativa (talvolta anche a cooperative spurie), nel settore pubblico la somministrazione di lavoro ha subito, più che nel privato, una sorta di marginalizzazione sebbene essa rappresenti uno strumento di flessibilità decisamente più trasparente rispetto ad altri meccanismi di gestione dei rapporti di lavoro.

Trasparenza che viene garantita dalla parità di trattamento retributivo e tutela della sicurezza rispetto ai lavoratori alla diretta dipendenza dell'utilizzatore, dal controllo sul soggetto che gestisce la somministrazione, dal regime di responsabilità solidale, dalle opportunità formative riconosciute ai lavoratori che godono di un regime di tutele certe ed effettive, realizzando un bilanciamento (socialmente) più sostenibile tra tutela dei lavoratori e istanze organizzative di flessibilizzazione.

In questo senso quando si parla di somministrazione, più che di esternalizzazione, si parla di internalizzazione e di logiche di rete o codatorialità/*co-employment* in quanto dalla somministrazione si crea un valore funzionale nell'interesse dell'utilizzatore il quale possiede poteri sostanziali direttivi e di controllo nei confronti dei lavoratori somministrati sebbene non sia il datore di lavoro.

Con il contratto commerciale di somministrazione di lavoro sottoscritto tra l'agenzia e l'utilizzatore, l'azienda fornitrice – che per esercitare deve essere autorizzata dal

Ministero del lavoro, iscritta ad uno specifico albo e possedere specifici requisiti giuridici e finanziari – pone a disposizione delle aziende sanitarie per l’espletamento di attività professionali e per tutta la durata della missione i propri lavoratori (assunti allo scopo con un contratto di lavoro) i quali svolgono la propria attività nell’interesse e sotto la direzione e il controllo dell’utilizzatore. Il tratto saliente dell’istituto – che l’ordinamento giuridico per lungo tempo ha contrastato in quanto deviava rispetto alla regola di biunivocità ed esclusività del rapporto tra lavoratore e datore di lavoro - è, per così dire, lo “sdoppiamento” della figura datoriale: i lavoratori «*svolgono la propria attività nell’interesse nonché sotto la direzione e il controllo dell’utilizzatore*» (art. 30, d.lgs. n. 81/2015), sebbene formalmente il rapporto di lavoro sia in capo ad un’agenzia per il lavoro che conserva il potere disciplinare sui lavoratori, l’obbligazione retributiva e contributiva, l’obbligo di formazione e di addestramento. Il potere direttivo sui lavoratori e le tutele per la loro salute e sicurezza sui luoghi di lavoro sono, invece, in capo all’utilizzatore e sono analoghi a quelli che sussistono nei confronti dei propri dipendenti.

Trasparenza che viene sempre più frequentemente richiesta alla PA e che questa dovrebbe perseguire anche attraverso strategie di decentramento produttivo che optano per la somministrazione dei servizi strumentali allorché il *know-how* specifico degli operatori presenti nel segmento di mercato sia marginale rispetto al fattore di coordinamento e di integrazione organizzativa con gli apparati tradizionali. Sul piano dell’economicità, peraltro, il maggior costo del lavoro mediante agenzia rispetto al regime degli appalti (o delle convenzioni con le società pubbliche), dovrebbe essere bilanciato dalla maggiore qualità dei servizi offerti e, conseguentemente, dalla maggiore produttività.

L’azienda che ricorre alla somministrazione ottiene un’utilità da parte dell’agenzia di somministrazione che viene ad assumere così il ruolo più di *partner* strategico che di fornitore di manodopera: l’utilizzatore è disposto a pagare il servizio di consulenza e intermediazione offerto dall’agenzia che non lucra sulle attività svolte dai lavoratori e non specula sulle retribuzioni (al ribasso) dei lavoratori.

Così la maggiore convenienza per l’azienda, legata alla possibilità di sottrarsi ai vincoli di un rapporto a tempo indeterminato, è compensata dagli effetti di promozione dell’occupazione connaturati ad un ricorso più flessibile e trasparente del mercato del

lavoro e dalla previsione di tutele effettive e di diritti minimi che prevengono l'utilizzo dei maggiori spazi di flessibilità quali strumenti di *dumping* sociale a tutela, non tanto dell'interesse dei singoli ad un rapporto di lavoro stabile, quanto delle «ragioni d'interesse generale che investono in particolare la tutela dei lavoratori tramite agenzia interinale, le prescrizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro o la necessità di garantire il buon funzionamento del mercato del lavoro e la prevenzione di abusi» (questa è l'ottica che assume il legislatore comunitario nella definizione dell'art. 4 della direttiva n. 2008/104/CE).

Come per altri istituti contrattuali, la somministrazione ha registrato, nell'arco di pochi anni dalla sua introduzione, frequenti interventi legislativi da ultimo con il *Jobs Act* (decreto legge n. 34/2014) che ne ha determinato una sorta di "liberalizzazione" con la rimozione della regola di causalità, eccezion fatta per i divieti espliciti *ex art. 20, c. 5, d.lgs. 276/2003* confluiti nell'art. 32 del d.lgs. n. 81/2015. Sulla scorta delle modifiche introdotte alla disciplina del lavoro a tempo determinato, è stato eliminato nel settore privato il vincolo della causale per il ricorso alla fornitura professionale di manodopera a termine alla quale si può ormai ricorrere senza limiti, se non quelli quantitativi di contingentamento definiti dalla contrattazione collettiva nazionale. Viene meno il vincolo della causale anche per l'istituto dello *staff leasing* (ossia la somministrazione di lavoro a tempo indeterminato), che diventa così utilizzabile da qualsiasi utilizzatore per qualsivoglia mansione o esigenza, anche a carattere non transitorio, entro il limite del 20% (derogabile in sede di contrattazione collettiva) del numero dei lavoratori assunti a tempo indeterminato in forza presso l'utilizzatore al primo gennaio dell'anno di stipula del contratto, a condizione che i lavoratori impiegati siano assunti a tempo indeterminato dall'agenzia.

Per quanto riguarda il suo utilizzo nella PA, anche nel caso della somministrazione il legislatore ha scelto di adottare un diverso regime rispetto a quello del settore privato: infatti nelle aziende pubbliche trova applicazione, esclusivamente, la disciplina relativa alla somministrazione di lavoro a tempo determinato (alla quale, tra l'altro, non è stata estesa la leva della 'acausalità' e pertanto il contratto commerciale di somministrazione stipulato dalle pubbliche amministrazioni, dovrà continuare a indicare le ragioni temporanee o eccezionali che giustificano il ricorso al lavoro somministrato), mentre per espressa previsione di legge, fermo quanto disposto dall'articolo 36 del d.lgs. n.

165/2001, la disciplina della somministrazione a tempo indeterminato non trova applicazione (art. 31 co. 4 d.lgs. 81/2015), allo scopo di evitare la fittizia costituzione di rapporti di lavoro durevoli con la pubblica amministrazione, senza il rispetto di procedure di tipo concorsuale. Restrizioni e asimmetrie regolative tra settore privato e settore pubblico che nella direttiva 2008/104 (art. 4 co. 1) non si rinvergono.

1.6. Lavoratori parasubordinati, autonomi (anche in forma associata), tirocinanti e ricercatori

Nell'ambito sanitario pubblico, in presenza di specifici presupposti è possibile affidare lo svolgimento di determinate attività, solitamente a contenuto intellettuale, a soggetti esterni alle aziende, mediante la stipulazione di contratti di lavoro autonomo o parasubordinato. Di fatto, il ricorso ai contratti di diritto privato sotto forma di contratti di lavoro autonomo occasionale o di collaborazioni coordinate e continuative (cosiddette co.co.co.) generalmente avviene per poter fronteggiare carenze di organico per specifiche competenze e professionalità, carenze per le quali l'azienda non può o non vuole effettuare l'assunzione a tempo indeterminato. Sono forme che permettono una certa elusione dei controlli sui costi e, soprattutto, l'aggiramento del blocco delle assunzioni e dei concorsi consentendo perciò di affidare incarichi a specifici lavoratori scelti direttamente dalla direzione. Inoltre, l'attivazione delle collaborazioni porta, laddove il corrispettivo non è di importo molto diverso da quello netto di un dipendente, ad un minor costo delle prestazioni rese rispetto a quelle prestate dai lavoratori dipendenti per il ridotto onere contributivo a carico dell'azienda a cui sono assoggettati i compensi delle prestazioni coordinate e per le minori tutele garantite (malattia, maternità).

D'altra parte, se ben utilizzati, l'attivazione di incarichi di collaborazione esterna consente di acquisire rapidamente professionalità altamente qualificate (con competenze che esulano da quelle dei lavoratori in servizio) che possono contribuire anche ad elevare le conoscenze e la professionalità dei lavoratori interni. Nel loro ambito pertanto risulta problematico far rientrare le attività ripetitive e operative o l'esecuzione di compiti di consulenza generale o istituzionalmente propri dell'amministrazione.

Il regime delle collaborazioni nella PA è definito dall'art. 7, co. 6 del d.lgs. n. 165/2001 (così come modificato dall'art. 46 del d.l. n. 112/2008 convertito con modificazioni con

la l. n. 133/2008) in termini derogativi ed eccezionali: le amministrazioni pubbliche, solo per coprire esigenze cui non possono far fronte con il personale in servizio e per attività di supporto a quelle istituzionali (e non per l'assolvimento dei propri compiti istituzionali), conferiscono incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, di collaborazione coordinata e continuativa o di natura occasionale ⁽⁴⁵⁾, a esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria, nel rispetto di una serie di presupposti di legittimità (esistono in materia consolidati principi giurisprudenziali), intesi ad evitare che attraverso il ricorso non giustificato ad esse, vengano fittiziamente instaurati veri e propri rapporti di lavoro subordinato, la cui violazione è causa di responsabilità amministrativa per il dirigente che ha stipulato i relativi contratti.

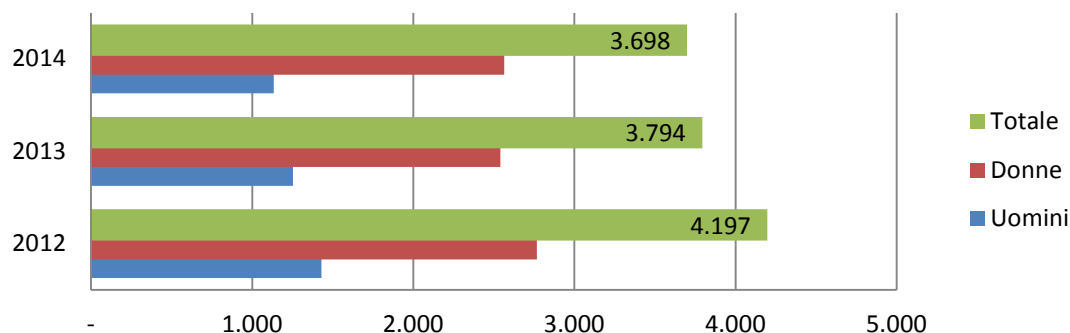
Tra questi, rilevano la coerenza dell'oggetto della prestazione con le esigenze di funzionalità dell'amministrazione, l'impossibilità per la stessa di avvalersi di profili già disponibili al proprio interno nonché la temporaneità dell'incarico, l'alta qualificazione della prestazione richiesta, l'esistenza di un'adeguata motivazione e una proporzione fra il compenso e le utilità conseguite. Sulla base di un'analisi preventiva dei costi e benefici, dei risultati da raggiungere e della dotazione organica esistente, l'amministrazione può ritenere di non essere in grado di svolgere le prestazioni oggetto della futura collaborazione esterna con le proprie figure professionali per carenza oggettiva o relativa (le professionalità adeguate esistano ma sono tutte impegnate in altre attività), ovvero per carenza di professionalità e competenze dei dipendenti, e affidarla a collaboratori esterni. A fronte di queste valutazioni e in costanza di esigenze impreviste ed eccezionali, di natura transitoria, la PA è legittimata ad affidare il perseguimento di talune finalità all'opera di terzi, muniti di comprovata capacità professionale e di specifica competenza tecnica della materia di cui vengono chiamati ad occuparsi.

Ora, nel settore privato, il d.lgs. n. 81/2015 mette fine con l'articolo 52 alle collaborazioni a progetto con il precipuo intento di scoraggiarne l'uso improprio, facendo però salve le collaborazioni di cui all'articolo 409, co. 3 del c.p.c. (ovvero le

⁽⁴⁵⁾ La collaborazione di natura occasionale si riferisce a una prestazione episodica che il collaboratore svolge in modo autonomo e sporadico, con contenuto che spesso si esaurisce in una sola azione o prestazione, mentre la collaborazione coordinata e continuativa si caratterizza per la continuità della prestazione e la coordinazione con l'organizzazione e i fini riconducibili a fasi di programma del committente che non conserva un potere di direzione ma di verifica attraverso un potere di coordinamento spazio-temporale.

co.co.co.) e riconducendo quelle che «*si concretano in prestazioni di lavoro esclusivamente personali e continuative e le cui modalità di esecuzione sono organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro*» alla disciplina del rapporto di lavoro subordinato (per effetto dell'art. 2 co. 1 d.lgs. n. 81/2015). Invero nel settore pubblico, in forza della deroga fino al completo riordino della disciplina dei rapporti di lavoro flessibile previsto all'art. 17 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche), la nuova disciplina non si applica, sebbene a partire da gennaio 2017 non potranno più essere stipulati rapporti di collaborazione etero-organizzata. In ogni caso i dati disponibili dal sito dell'ARAN mettono in evidenza che si tratta di un fenomeno in diminuzione: i collaboratori all'interno del SSN rappresentano una percentuale minima del totale dei lavoratori occupati nel settore sanitario pubblico costituendo nemmeno l'1% del totale dei lavoratori.

Grafico n. 14 – Numero lavoratori co.co.co. nel SSN (anni 2012-2014) suddivisi per genere



Fonte: *elaborazioni Aran su dati Ragioneria Generale dello Stato (dati aggiornati a febbraio 2016)*

Così come per il lavoro somministrato, la spinta al maggiore utilizzo delle collaborazioni coordinate e continuative nel settore pubblico è derivata dall'opportunità che queste forme hanno offerto di superare i vincoli normativi, in particolare il blocco delle assunzioni nel pubblico impiego. Infatti, non essendo interessate dal blocco del turnover, queste formule contrattuali hanno consentito in molti casi di mantenere inalterato l'organico sui livelli reputati necessari per il funzionamento delle strutture e

dei servizi, compatibilmente con le disponibilità di bilancio. Nel settore pubblico nonostante i vari interventi normativi tesi a ridurlo e sebbene in misura minore rispetto al privato, si è assistito comunque ad una diffusione del fenomeno delle collaborazioni e delle consulenze di esperti esterni all'amministrazione pubblica. Pur trattandosi di voci di spesa oggetto di specifiche disposizioni restrittive (e più volte reiterate nelle manovre finanziarie), il loro ammontare appare ancora significativo per effetto delle ampie deroghe consentite dalle disposizioni di legge o adottate dalle stesse Amministrazioni.

Ora però il divieto stabilito dal *Jobs Act*, a partire da gennaio 2017, a stipulare nuovi contratti di collaborazione che si concretano in prestazioni di lavoro personali e continuative, e la previsione dell'art. 13 della l. n. 124/2015 a recepire da parte degli enti pubblici di ricerca la Carta europea dei ricercatori, hanno portato il Ministero della Salute ad avanzare recentemente (aprile 2016) un'ipotesi di soluzione per sanare la questione della precarietà del rapporto di lavoro dei ricercatori sanitari. Sulla base dell'invito a tutti gli Stati membri a migliorare le condizioni di lavoro e le opportunità di crescita per i ricercatori e la necessità di prevedere un sistema di regole più snello e più appropriato, la proposta avanzata suggerisce un percorso professionale il cui obiettivo è garantire continuità (che, viene precisato, non va intesa come stabilizzazione, tenuto conto delle esigenze di flessibilità tipiche dell'attività di ricerca) e competitività al fine di assicurare progressione professionale e riconoscibilità. Sulla base di questi presupposti è stata quindi prospettata un sistema per così dire piramidale con l'instaurazione di rapporti di lavoro a tempo determinato a lungo termine (di dieci anni con possibile rinnovo di cinque) e a successivi *step* con la possibilità finale di rimanere nel settore della ricerca o di entrare nell'organico del SSN in un ruolo assistenziale. L'ipotesi si occupa anche di definire il trattamento economico che sarà in parte in misura fissa annuale e in parte in misura variabile secondo la performance del singolo e dell'Istituto di appartenenza.

Nel settore privato, con specifico riferimento al settore socio-sanitario e in merito alla possibilità di utilizzo delle co.co.pro. da parte delle organizzazioni aventi finalità socio-sanitarie (ovvero strutture private, anche convenzionate, oppure nell'ambito domiciliare con l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute) è intervenuto anche il Ministero del Lavoro. Nello specifico, con la *Circolare n. 7 del 20 febbraio 2013* vengono forniti

alcuni chiarimenti sulle caratteristiche che deve avere in concreto il progetto affinché le collaborazioni risultino genuine. Nello specifico, la circolare chiarisce, riprendendo l'*interpello n. 5 del 2 aprile 2010*, che - nell'ambito delle strutture socio-assistenziali e nel settore dell'assistenza domiciliare ed ospedaliera - è possibile individuare «*specifici progetti che, pur contribuendo al raggiungimento dello scopo sociale, se ne distinguono per una puntuale declinazione di elementi specializzanti*». La natura autonoma del contratto deve essere desunta dalle concrete modalità di svolgimento del rapporto di lavoro - «*a nulla rilevando altri elementi o indici di subordinazione, quali l'assenza di rischio, la continuità della prestazione, l'osservanza di un orario e la forma della retribuzione, che possono tutt'al più assumere valore o carattere meramente indiziario*» - e quindi può essere riconosciuta a condizione che il collaboratore determini unilateralmente e discrezionalmente, senza necessità di preventiva autorizzazione e successiva giustificazione, la quantità di prestazione socio/assistenziale da eseguire e la collocazione temporale della stessa.

Ai fini di una corretta qualificazione dei rapporti, per tenere conto di tutte le circostanze dei casi concreti e delle specifiche modalità di svolgimento e di esecuzione delle attività, può risultare raccomandabile, conclude il ministero, fare ricorso allo strumento della certificazione dei contratti, su istanza volontaria e congiunta, in base alle disposizioni di cui agli articoli 75 e seguenti del d.lgs. n. 276/2003.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per il crescente numero nell'ambito privato di lavoratori libero professionisti con partita IVA (fittizi o genuini), organizzati in forma associata o autonomamente e, in parte, per i tirocini extra-curricolari.

Infatti, come ribadito dalla giurisprudenza, se è vero che qualsiasi attività, a maggior ragione quella delle professioni sanitarie (come medici, infermieri, operatori addetti all'assistenza domiciliare e ospedaliera), si presta ad essere inquadrata nell'ambito del lavoro subordinato o autonomo, a seconda che ricorra o meno l'elemento dell'assoggettamento del lavoratore al potere organizzativo, gerarchico e disciplinare dell'altra parte, potere che si estrinseca non già in semplici direttive, ma in specifici ordini e in un'assidua opera di vigilanza e di controllo sull'esecuzione della prestazione, di fatto molti di questi lavori mascherano rapporti di lavoro subordinato o, per usare un'espressione diventata comune, si tratta di lavoro 'grigio' formalmente indipendente, ma in realtà molto vicina al lavoro subordinato.

Un caso particolare è proprio quello dei medici di famiglia che, pur svolgendo un delicato ruolo di filtro e di smistamento verso accertamenti e cure più approfondite che determinano la domanda di prestazioni e di farmaci che il SSN dovrà poi farsi carico, sono dei liberi professionisti convenzionati con il servizio pubblico, autonomi nelle loro valutazioni e scelte, liberi di svolgere anche altre attività professionali e di organizzare i propri ambulatori e gli eventuali collaboratori. Analogamente il personale medico dipendente delle strutture sanitarie solo raramente esaurisce la propria attività professionale unicamente e soltanto nell'ambito di tali strutture; questi lavoratori dedicano parte della loro attività all'attività professionale privata, a quella convenzionata con la struttura stessa (intraoena) o a quella con strutture private.

Pur riconoscendo il labile confine esistente per le professioni sanitarie tra prestazione autonoma e subordinata (ripresa anche recentemente nell'interpello n. 5/2016 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali con riferimento agli infermieri di studi associati), molti liberi professionisti del mondo sanitario e, soprattutto, socio-sanitario risultano fittizi in quanto eterodiretti e assoggettati a limitazioni di orari e luoghi – eteroorganizzati - dai committenti (struttura sanitaria o cooperativa/associazione professionale) che usufruiscono delle loro prestazioni. I lavoratori non hanno alcun margine di autonomia nel decidere come e dove lavorare bensì mettono a disposizione delle strutture le loro energie e il loro tempo, sottostando alle direttive dirette della struttura o del pseudo appaltatore, che decide in quale struttura inviare i singoli professionisti, predispone i turni degli operatori da dislocare presso le singole strutture e autorizza eventuali cambi di turno. Da parte loro i professionisti spesso sono tenuti a dare prova della loro presenza presso le strutture (attraverso un badge ad essi dedicato o con la firma di fogli presenza in cui viene indicata l'ora di entrata e di uscita), devono comunicare in tempo utile ogni eventuale variazione, vengono pagati in base a una tariffa oraria per le ore di lavoro che svolgono presso le singole strutture e al momento della ricezione dei compensi, sottoscrivono per ricezione schede che attestano l'erogazione dei compensi professionali che quindi vengono fatturati al committente.

Così alcune cooperative di servizi e associazioni professionali aventi come oggetto sociale l'esercizio associato dell'attività di professioni sanitarie nascondono forme di intermediazione non autorizzata della manodopera, limitandosi a 'fornire' i lavoratori presso le strutture o presso il domicilio dei fruitori dei servizi: l'assenza di qualsiasi

partecipazione alla vita associativa dell'associazione o della cooperativa, il rapporto non paritetico tra gli associati e i vertici della associazione che detengono i contatti con le strutture terze, sottoscrivono i contratti di appalto e/o di collaborazione per la fornitura di prestazioni di natura infermieristica, predispongono i turni e ogni loro variazione, pagano le prestazioni rese dai lavoratori sulla base delle tariffe orarie commisurate meccanicamente al tempo impiegato dai lavoratori per eseguire il lavoro e pattuite con le strutture committenti (che retribuiscono comunque l'appaltatore, a prescindere dal conseguimento di un risultato, per il solo fatto di aver svolto il lavoro) senza rendere noti i bilanci e gli utili dell'associazione/cooperativa, l'impegno da parte degli associati di accettare i turni di lavoro che vengono predisposti e di comunicare in tempo utile ogni eventuale impossibilità a coprire i turni di lavoro concordati, il lavorare stabilmente sempre nel medesimo reparto svolgendo le medesime mansioni degli altri professionisti interni dipendenti delle strutture e prendere le direttive dai responsabili di reparto fanno pensare a mere forniture di manodopera.

Modalità operative che vengono indicate come imposte dal blocco del turn over e dalla limitatezza delle risorse (anche se bisognerebbe capire se effettivamente portano ad un risparmio): nei loro confronti vi è pertanto una relativa diffusa tolleranza e una sorta di legittimazione sociale nella speranza, forse, di riuscire a garantire la sopravvivenza del sistema stesso.

Così il ricorso privato all'assistenza infermieristica da parte delle famiglie, orientate per necessità ad una forte razionalizzazione di spese e consumi, ha portato alla *«caccia a prestazioni a prezzi più abbordabili, fenomeno che provoca una “sommersione” dello scambio di beni e servizi, che coinvolge anche le prestazioni infermieristiche. Si determina di conseguenza una spinta oggettiva al “nero” e all'inappropriatezza ... [o rendendo] sempre più forti le strutture di intermediazione, che fanno incontrare la domanda con gli infermieri disponibili, incassando una quota consistente del valore del mercato infermieristico, e comprimendo la remunerazione dell'infermiere, il suo potere contrattuale e peggiorando le condizioni di lavoro»* (cfr. CENSIS, *Infermieri e nuova sanità: opportunità occupazionali e di upgrading. Le prestazioni infermieristiche nella domanda di assistenza sul territorio*, febbraio 2015, qui p. 3 e p. 6-7).

Ma la diffusione del lavoro autonomo sembra raggiungere l'apice con la cosiddetta *uberisation* che anche nel settore sanitario, come evidenziato da alcuni studi, comincia a

prendere piede, nella convinzione che qualsiasi funzione economica può essere ricondotta nel formato di *Uber*, ovvero di servizio *on-demand* e a prezzi stracciati. In questo modo i professionisti diventano, per così dire, ‘appaltatori indipendenti’: il gestore della piattaforma si occupa dell’intermediazione tra le due categorie di partecipanti alla stessa, clienti e fornitori del servizio mediato, e i professionisti si mettono a disposizione per fornire servizi e assistenza con immediatezza, a costi inferiori e soprattutto in alcuni momenti della giornata e della settimana (si pensi alle ore notturne o ai giorni festivi) in cui è più difficile ottenere assistenza rispetto al servizio ‘standard’. In questi termini chi sponsorizza il ricorso del metodo *Uber* anche in ambito sanitario mette in evidenza come il sistema non può che migliorare la qualità e disponibilità dei servizi o abbassare i costi dell’assistenza. Dall’altra il ricorso a tale modalità di intermediazione della domanda e offerta di servizi presenta una serie di rischi, potenziali ed in parte simili a quelli degli altri lavoratori autonomi e parasubordinati: la prestazione di lavoro rischia di essere fortemente deregolamentata.

Innanzitutto, per la natura autonoma della prestazione, risulta difficilmente estensibile la rigida disciplina dell’orario di lavoro e dei riposi minimi garantiti giornalieri, settimanali e mensili, come richiamato recentemente anche dall’Unione Europea nel settore sanitario. Infatti la scelta sui tempi di lavoro è la tipica espressione del potere datoriale di organizzare l’attività produttiva mentre per il professionista dovrebbe rappresentare una libera scelta su quando e quanto lavorare che andrebbe comunque monitorato per le inevitabili ripercussioni che possono avere sulla salute psico-fisica del lavoratore e le cui ricadute calano sui pazienti.

Inoltre analoghe considerazioni possono essere fatte in termini di rispetto delle condizioni di lavoro e di sicurezza sui luoghi di lavoro (aspetti estremamente importanti nel settore sanitario) non essendo più definibile a priori un luogo definito e diventando difficile se non impossibile effettuare ispezioni.

Vengono poi meno le tutele in caso di malattia, di maternità e di sostegno al reddito in caso di perdita del lavoro. O ancora la difficoltà di monitorare la qualità dei servizi forniti ma soprattutto la professionalità, competenza ed eticità dei lavoratori coinvolti. Appare infatti alto il rischio (già comune nel settore) che tali tipologie di servizi incoraggino maggiori consumi di assistenza sanitaria e farmaceutica di quanto strettamente necessario, diventando un vero e proprio spreco di risorse.

Capitolo a parte, anche se strettamente collegato, è quello dei tirocini formativi extra curricolari, la cui regolazione è di competenza esclusiva delle Regioni nonostante il tentativo della legge Fornero di ricondurre la normativa delle singole regioni ad un quadro omogeneo su scala nazionale garantendo standard minimi condivisi. Essi si possono prestare ad abusi in parte simili a quelli dei lavoratori autonomi fittizi, a regolamentazioni diversificate e disorganiche che consentono un utilizzo disinvolto dei tirocini spesso quale alternativa a forme contrattuali strutturate e stabili come l'apprendistato.

A titolo di esempio la Regione Piemonte nel predisporre alcune FAQ sui tirocini in ambito sanitario ribadisce quanto contenuto nella circolare del 04/12/2014 prot. n. 48424 ovvero l'impossibilità di attivare tirocini extracurricolari per soggetti già iscritti all'albo nell'ambito di professioni che richiedano questo adempimento per l'esercizio della professione stessa. Tale esclusione pare quindi essere stata superata da una nuova circolare del 15/07/2015 prot. n. 31772 che, senza alcun richiamo ai contenuti della precedente, indica le modalità di attivazione dei tirocini di formazione e orientamento nell'ambito delle professioni sanitarie prevedendo che *«il progetto formativo deve evidenziare il carattere di orientamento rispetto ai percorsi professionali che è possibile intraprendere dopo il conseguimento del titolo e dell'iscrizione all'Albo/Ordine professionale quando previsto dalla normativa in materia ai fini dell'abilitazione»* oltre la previsione di un'idonea assicurazione professionale e il certificato di idoneità alla mansione specifica. Così come formulato e la difformità rispetto a quanto previsto in precedenza, mette in evidenza come il tirocinio nell'ambito delle professioni sanitarie presenta ampi margini di rischio e abuso strutturale: uno strumento di formazione e orientamento a stretto contatto con il mondo del lavoro quale è il tirocinio formativo finisce per snaturarsi in una forma di elusione di reali rapporti di lavoro dipendente privi di qualsivoglia esperienza educativa e formativa spendibili nel mercato del lavoro.

Per far fronte alle incertezze sulla disciplina applicabile ai tirocini e per consentire un controllo preventivo sulla loro genuinità, una possibile soluzione ⁽⁴⁶⁾ è rappresentata, ad esempio, dal ricorso a promotori accreditati garanti della qualità o alla certificazione

⁽⁴⁶⁾ Così M. TIRABOSCHI, *La certificazione dei tirocini come soluzione alle incertezze e agli abusi*, op. cit.

degli elementi qualificanti dei tirocini stessi, di cui agli articoli 75 e ss. del d.lgs. n. 276/2003 e successive modifiche e integrazioni, attraverso la quale vengono validate le funzioni e le attività precisate e concordate nel progetto formativo e di orientamento.

A fronte del quadro sopra delineato, sarebbe più appropriato anche per quelle aziende del settore socio-sanitario avvalersi del contratto di apprendistato quale genuino strumento di flessibilità in entrata, volto a integrare il lavoro con l'apprendimento superando il patologico ricorso a forme contrattuali elusive di veri e propri rapporti di lavoro (co.co.co., tirocini, partite IVA fittizie) e dei blocchi delle assunzioni (contratto a termine, somministrati).

1.7. Lavoratori domestici

La rimodulazione delle reti assistenziali e la progressiva contrazione delle prestazioni del *welfare* pubblico, che deve fare i conti con una domanda crescente e con stringenti vincoli finanziari, stanno spostando l'assetto organizzativo del SSN dall'ospedale al territorio e alla domiciliarità. In questo contesto, il lavoro privato di cura rappresenta la risposta, spesso obbligata, alla non autosufficienza. Sebbene in molti Paesi sia poco visibile come forma di occupazione in quanto tende a concretizzarsi in forme di lavoro tradizionalmente non pagato e svolto in casa dalle donne oppure in forma sommersa, esso rappresenta una quota importante nel mercato del lavoro.

L'invecchiamento della popolazione, l'aumentato fabbisogno di assistenza e cura di bambini, anziani e disabili, la difficile conciliazione tra responsabilità familiari e lavorative hanno fatto venire meno la tradizionale base di assistenza informale fornita dai figli e dalle donne portando, negli ultimi due decenni, ad un nuovo modello di intervento con largo impiego da parte delle famiglie di badanti addette alla cura, per lo più immigrate, e con conseguente crescita della spesa privata delle famiglie.

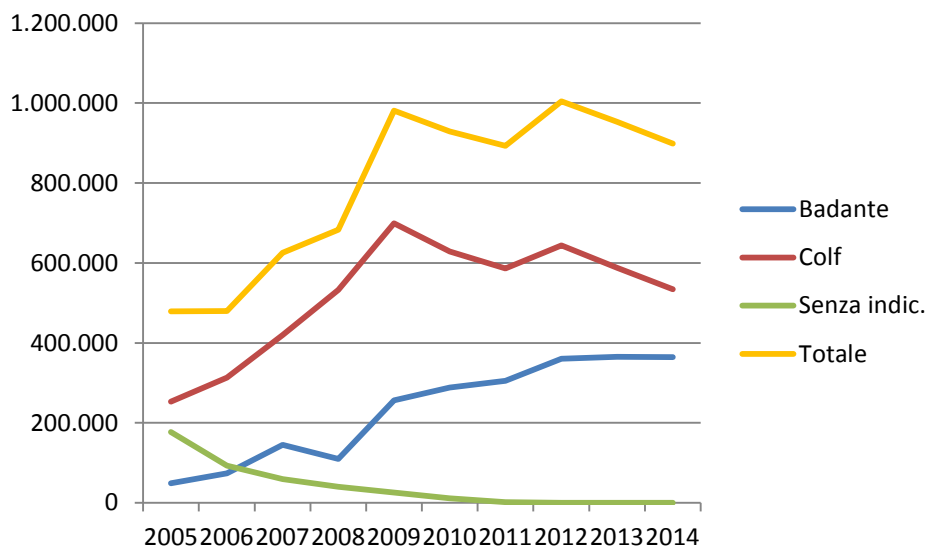
A fronte delle carenze (finanziarie e di personale) del sistema di assistenza pubblico si sono sviluppate soluzioni che sono state definite di *welfare* familiare (o *community welfare*) e che vengono garantite da donne straniere, disposte a fare un lavoro che le donne italiane non possono più fare, perché impiegate diversamente, o non sono più disposte ad accettare per le poche tutele sia dal punto di vista delle condizioni di lavoro che di vita.

In Italia il lavoro domestico delle colf (nel 2014 erano dichiarati 534.243 rapporti, pari a quasi il 60% del totale di quelli effettivi) e delle badanti (pari a 364.132 ovvero il 40% di quelli effettivi) ha conosciuto un rapido sviluppo ma negli ultimi anni, in corrispondenza della crisi, ha rallentato la corsa e risulta meno dinamico. I dati dell'Osservatorio sui lavoratori domestici dell'Inps mostrano una crescita costante dovuta all'aumento delle lavoratrici straniere fino al 2009 e poi una lieve diminuzione. Ovviamente i dati non tengono conto del lavoro irregolare il cui tasso, soprattutto nel settore della cura e assistenza a domicilio, è molto elevato: secondo alcuni recenti studi, il numero complessivo di lavoratori addetti alla cura e assistenza a domicilio si aggira intorno a 830.000 lavoratori di cui solo il 43% lavora con un regolare contratto, circa un terzo lavora senza un contratto mentre un quarto lavora e risiede irregolarmente in Italia ⁽⁴⁷⁾.

Proprio per arginare il crescente fenomeno dell'economia informale e del lavoro in nero nei servizi di assistenza alla persona, erano stati introdotti i *voucher* per le prestazioni di lavoro accessorio. Se però prima della riforma Fornero il loro utilizzo era disciplinato da precisi requisiti di tipo oggettivo e soggettivo, ora nessun limite viene previsto in relazione alla tipologia del lavoratore o di attività oggetto del contratto e in termini di occasionalità. Nata come tipologia marginale (non ascrivibile né all'alveo del lavoro subordinato né in quello del lavoro autonomo) in realtà il ricorso ai voucher ha conosciuto una forte espansione in questi ultimo periodo a seguito delle novità introdotte dal d.lgs. n. 81/2015 che ha esteso l'ambito di utilizzo a tutti i settori, ha innalzato il limite massimo annuo dei compensi a 7 mila euro l'anno per ogni lavoratore e ha eliminato il tetto massimo di 2 mila euro che può essere pagato da ciascuna famiglia (che invece resta valido sia per gli imprenditori sia per i professionisti).

⁽⁴⁷⁾ Cfr. M. SAMEK LODOVICI, D. OLIVA, *Lavoro domestico e di cura: pratiche e benchmarking per l'integrazione e la conciliazione della vita familiare e lavorativa*, op. cit.

Grafico n. 16 - Crescita dell'occupazione regolare nel lavoro a domicilio, suddiviso tra colf e badanti (dal 2005 al 2014)



Fonte: *elaborazione dati Inps, osservatorio sui lavoratori domestici* (dati aggiornati a marzo 2016)

L'accesso al mercato del lavoro di cura e assistenza non presenta elevate barriere d'ingresso, anche per le sue prevalenti caratteristiche di irregolarità, per cui finisce per essere saturato da una elevata disponibilità di manodopera poco qualificata, con scarse possibilità di carriera, salari bassi, condizioni lavorative scarsamente tutelate (per gli orari di lavoro eccessivi, per la movimentazione manuale che possono causare gravi patologie muscolo-scheletriche o per il rischio di *burn-out*, particolarmente elevato in contesti di convivenza con situazioni di cura e di sofferenza) ed elevatissimi tassi di lavoro 'nero' o intermediato da pseudo-cooperative e associazioni. Lo status di migranti e la scarsa conoscenza della lingua aggrava la condizione delle lavoratrici domestiche in quanto le rende meno capaci di difendersi, più esposte ad abusi, più vulnerabili dal punto di vista delle tutele e dei diritti, a maggior ragione se soggiornanti illegalmente nel Paese di impiego.

Le condizioni particolari nelle quali viene svolto il lavoro domestico hanno portato sia a livello internazionale che a livello comunitario (*Green Paper on the health workforce*, 2008 e Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, 2000), ha definire norme più

specifiche per i lavoratori domestici rispetto alle norme di portata generale per i migranti al fine di agevolare la loro integrazione lavorativa e sociale, affermando il principio di non discriminazione, di parità di trattamento e di retribuzione per un lavoro di uguale valore, il diritto alla limitazione massima dell'orario di lavoro, ai riposi giornalieri e settimanali, ai periodi di congedo annuali retribuiti e a condizioni di lavoro che rispettino la salute, la sicurezza e la dignità del lavoratore equivalenti a quelle dei cittadini europei.

Anche la Risoluzione del Parlamento europeo del 14 gennaio 2014 sulle ispezioni sul lavoro efficaci come strategia per migliorare le condizioni di lavoro in Europa indica il settore dei servizi residenziali di assistenza e servizi domestici come settori particolarmente interessati dal lavoro sommerso poiché caratterizzati da un'elevata intensità di lavoro e da condizioni lavorative e retributive precarie, difficilmente verificabili in quanto si svolgono presso il domicilio con le inevitabili limitazioni legate al rispetto della privacy.

In prospettiva la tendenza a ricorrere alle badanti aumenterà ulteriormente per la minore disponibilità di cure informali tra le generazioni, l'allungamento della vita lavorativa, la crescente instabilità dei modelli familiari che comportato un significativo aumento delle famiglie mono-genitoriali, confermando il settore del lavoro domestico e di cura come uno dei pochi in crescita, in un contesto di crescente disoccupazione. Questa tendenza è confermata in altri paesi contraddistinti da un'offerta più debole di servizi assistenziali e professionalmente qualificati, nonché da minori controlli migratori, in cui le badanti vengono assunti prevalentemente a titolo individuale e in modo irregolare da parte dei nuclei famigliari degli anziani non autosufficienti. Di contro nei paesi caratterizzati da una presenza rilevante di servizi di cura pubblici professionalizzati e da un approccio migratorio fortemente regolato, come ad esempio in Francia e nel Regno Unito, le badanti sono prevalentemente occupate in forma regolare all'interno di organizzazioni di servizi garantendo alle famiglie maggiore sicurezza sulle professionalità reclutate, sostituzioni rapide in caso di bisogno e servizi aggiuntivi di vario tipo.

Particolarmente significativa per i risultati conseguiti, non solo in termini di fruizione dei servizi e della loro qualità ma anche di emersione del lavoro nero, di conciliazione vita e lavoro e di nuove opportunità occupazionali (soprattutto per le donne) è l'esperienza maturata dalla Francia con il CESU (*Chèque emploi service universel*),

voucher universale per i servizi alla persona, che prevede nell'ambito del *welfare* aziendale una quota defiscalizzata della retribuzione assegnata tramite il CESU. Il CESU viene erogato da aziende o enti pubblici a favore dei propri dipendenti e cittadini per l'utilizzo di servizi per l'infanzia, per la non autosufficienza, di lavoro domestico e per il sostegno scolastico.

Sulla base di questa esperienza, nel 2014 è stato presentato il disegno di legge n. S.1535 per l'istituzione del *voucher* universale per i servizi alla persona e alla famiglia e la legge di stabilità 2016 (co. 190) ha tratto ispirazione per introdurre la lettera *f-ter*) all'art. 51 co. 2 nel TUIR, prevedendo che le somme e le prestazioni erogate dal datore di lavoro alla generalità dei dipendenti o a categorie di dipendenti per la fruizione dei servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti non concorrono a formare reddito. Una novità che, nelle intenzioni, dovrebbe contribuire ad incentivare lo sviluppo di iniziative di *welfare* alternative a quelle di iniziativa statale (in costante diminuzione) e a quelle definite di *welfare* informale (in costante aumento): un nuovo modello di *welfare* che deve riuscire ad integrare in modo trasparente la sfera pubblica alla sfera privata, grazie ad una serie di incentivi che permettano di superare le crescenti ricadute sulle famiglie le quali, dovendo ricorrere a crescenti risorse personali, si rivolgono frequentemente al mercato del lavoro nero o grigio che non garantisce alcun tipo di controllo o certificazione sulla qualità dei servizi di assistenza offerti.

CAPITOLO 2 – LA PROMOZIONE DELL’INTEGRITÀ

Sommario: **2.1** Oltre l’economicità, l’efficienza e l’efficacia: l’etica, l’integrità e il benessere organizzativo – **2.2** Il fenomeno della corruzione e la malamministrazione – **2.3** La specificità del settore sanitario: in particolare la gestione degli appalti e dei lavoratori - **2.4** I controlli: focus sul ruolo dell’Agenzia Unica per le ispezioni del lavoro – **2.5** La promozione dell’integrità e la prevenzione della corruzione - **2.5.1** Il codice di comportamento e etico - **2.5.2** La formazione e l’informazione- **2.5.3** La trasparenza – **2.5.4** La tutela dei *whistleblowers* – **2.5.5** Rating di legalità e d’impresa, protocolli e patti d’integrità

2.1. Oltre l’economicità, l’efficienza e l’efficacia: l’ integrità, l’ etica e il benessere organizzativo

In tempo di forte crisi e di delicate trasformazioni economiche e sociali come quello attuale, il richiamo a ridurre gli sprechi e le inefficienze per continuare a garantire a tutte le persone l’accessibilità alle cure e alla tutela della salute è ancora più sentito. Come si è visto nel capitolo precedente, il settore sanitario assorbe – sebbene oggi in modo sempre più controllato – una consistente quantità di risorse dovuta all’aumento della domanda (legato all’ormai noto invecchiamento della popolazione e alle nuove esigenze collegate ad un quadro epidemiologico, demografico e sociale in rapida trasformazione) e ai crescenti costi dell’offerta (dovuti all’innovazione tecnologica, ai farmaci, al costo del personale e alla gestione delle strutture).

La spesa sanitaria, invece, ha subito un forte rallentamento in questi ultimi anni per le politiche di *austerità* adottate dai paesi ma, ancora oggi, mediamente incide per il 10,5 per cento sul PIL dei paesi europei e per il 8,7 per cento sul PIL dell’Italia (per l’anno 2014) e i modelli previsionali di medio lungo periodo prevedono comunque un suo incremento dovuto ad una crescente domanda non solo quantitativa ma anche qualitativa.

Nello scenario odierno si delineano due tendenze apparentemente inconciliabili: da un lato, l'aumento della domanda di salute e, dall'altro, la riduzione delle risorse economiche destinate al finanziamento del sistema sanitario che impongono una misurazione delle *performance* delle strutture sanitarie in modo da recuperare margini di efficienza ed evitare che le risorse destinate alle cure vengano utilizzate in modo improprio, delegittimando eticamente il sistema.

Tradizionalmente gli studiosi di economia valutano l'efficienza di un'organizzazione in termini di efficienza tecnica e allocativa, non includendo nei principi direttivi l'efficacia, la qualità e l'etica: criteri che pur non apparendo contrastanti sono quantomeno difficilmente conciliabili. In ambito sanitario e socio-sanitario, l'efficacia e la qualità rappresentano invece aspetti distinti ed estremamente importanti che non possono essere ignorati.

Un'attenzione eccessiva rivolta esclusivamente a indicatori economici di tipo quantitativo, legati alla massimizzazione dell'efficienza da un punto di vista esclusivamente produttivo, può comportare una perdita da un punto di vista qualitativo e di efficacia. Anche prestazioni e servizi efficienti ma inutili, rappresentano solo degli sprechi.

Questo è ancora più vero in sanità dove, a differenza di tutti gli altri settori, le evidenze dimostrano che quasi mai l'efficienza è efficace: l'efficienza è un dato di natura economica ma in sanità non è sempre vero che la cosa meno costosa, pertanto più efficiente, è quella più efficace dal punto di vista della salute perché quest'ultima è un prodotto complesso che non può tradursi semplicemente in una prestazione tecnica in un certo tempo.

Allo stesso modo non può sfuggire che se la qualità dei servizi può contribuire all'efficienza, la qualità rimane del tutto strumentale rispetto al perseguimento dell'efficacia, che ha a che fare con la fondamentale capacità dell'amministrazione di rispondere effettivamente agli obiettivi di tutela nella società dell'interesse pubblico. L'amministrazione può, in altre parole, anche erogare servizi di qualità, secondo "standard internazionali", che però possono risultare del tutto inefficaci nella specifica tutela di un interesse pubblico che andrebbe pertanto valutata nella società, attraverso rilevazioni dirette sui cittadini

(⁴⁸). Recentemente, nella valutazione delle *performance* ospedaliere, l'attenzione si è quindi spostata a favore di una commistione tra efficienza, efficacia e qualità perché laddove questi criteri sono più elevati, la corruzione è meno propensa ad insinuarsi.

Esistono studi a livello europeo (⁴⁹) che provano – sia a livello macro che micro – una diffusa inefficienza nel processo di trasformazione delle risorse in risultati di salute, generando spreco ed eccessiva crescita della spesa sanitaria. Riducendo le inefficienze si possono recuperare margini di risparmio e liberare risorse che possono essere destinate per aumentare l'accesso alle cure e la qualità delle stesse. Così la combinazione non ottimale tra i finanziamenti pubblici e privati, lo squilibrio di competenze del personale, la non ottimale integrazione dei servizi per le cure sanitarie primarie e ospedaliere, l'uso inappropriato e non necessario di cure specialistiche o ospedaliere, l'esiguo numero di interventi chirurgici al giorno e la bassa concentrazione dei servizi ospedalieri, le carenze nella gestione generale dei sistemi sanitari e nelle competenze manageriali, l'insufficiente raccolta di dati di dettaglio e l'uso limitato delle tecnologie per migliorare il processo decisionale, l'inadeguata promozione della salute e prevenzione delle malattie, le frodi e la corruzione nei sistemi sanitari rappresentano tutte fonti di sprechi ed inefficienze che sottraggono risorse preziose alla tutela della salute. Invero, il miglioramento delle cure ambulatoriali e primarie, il crescente uso di farmaci generici, l'eliminazione dei ricoveri inutili o eccessivamente lunghi, una *policy mix* ottimale tra la medicina preventiva e quella curativa contribuiscono a ridurre, o per lo meno a contenere, i costosi ricoveri ospedalieri e più in generale i costi totali, senza incidere sulla qualità delle cure.

Infatti incrementi di efficienza possono essere ottenuti o aumentando i risultati di salute e mantenendo gli input ai livelli attuali (modello *output oriented*) o diminuendo gli input ma mantenendo risultati di salute ai livelli attuali (modello *input oriented*). Se è vero che in passato, l'aumento della spesa è sempre stato accompagnato da un miglioramento delle condizioni sanitarie, oggi questo non è

(⁴⁸) Cfr. M. MORCIANO, op. cit., 2009, qui p. 5.

(⁴⁹) J. MEDEIROS E C. SCHWIERZ, *Efficiency estimate of the health care system*, in Economic Papers n. 549, 2015, op. cit.

più vero: laddove infatti l'aspettativa di vita è più alta, il modello *input oriented* sembra essere il criterio più rilevante, a causa dei bassi rendimenti e degli effetti marginali sui risultati di salute – in termini di anni aggiuntivi di aspettativa di vita – che può essere ottenuto aumentando la spesa sanitaria pro-capite. L'applicazione ai sistemi sanitari del concetto di efficienza tecnica (massimizzazione di output per un dato livello di input o minimizzazione di input per un dato livello di output) è critica e solleva numerosi problemi teorici e pratici: ad esempio valutare se le dimissioni ospedaliere vanno considerate output finali o intermedi, in quanto non necessariamente queste hanno un impatto immediato sul miglioramento dei risultati della salute. Inoltre, output e input spesso non vengono adeguatamente misurati, sia in termini di quantità che di qualità. I risultati di salute molte volte sono fortemente correlati ai comportamenti e stili di vita, attuali e passati, nonché a fattori ambientali che sono completamente al di fuori del controllo immediato e dell'influenza del sistema sanitario mentre l'evidenza empirica suggerisce un rapporto non lineare tra la spesa sanitaria e i risultati di salute che possono essere influenzati da fattori, quali i modelli storici di spesa rispetto alle altre politiche di welfare e altre variabili socio-economiche. Pertanto, qualsiasi tentativo metodologico di stimare l'efficienza della spesa sanitaria deve tener conto di una vasta gamma di variabili rilevanti nel funzionamento dei sistemi sanitari per ottenere comunque stime parziali e non totalmente attendibili, per mancanza di dati.

Anche i guadagni derivanti da un recupero di efficienza, di produttività e di appropriatezza dei fattori che potrebbero essere potenzialmente enormi e fonte di notevoli risparmi, non sono sufficienti per colmare il differenziale esistente tra spesa sociale-sanitaria e PIL. Per raggiungere questo obiettivo, sembra inevitabile la necessità di una diversa *governance* della domanda emergente, orientata maggiormente alla domiciliarità e territorialità più che all'ospedalizzazione, e di una riprogettazione organizzativa e culturale, per garantire l'attuale livello di servizi socio-sanitari in un quadro di sostenibilità economica complessiva. In questi ultimi anni, si è così fatta avanti l'idea che l'amministrazione pubblica andasse riscritta nei suoi confini, perché non tutto dev'essere necessariamente pubblico, nella convinzione che la gestione imprenditoriale garantisca la più

efficiente (non sempre la più efficace) allocazione delle risorse in termini di produttività. Così alcuni servizi sono stati privatizzati, appaltati o dismessi.

Come si è visto nel primo capitolo, negli ultimi decenni si è diffuso l'assioma secondo il quale privatizzare, deregolamentare e mettere in competizione consente di eliminare le lungaggini burocratiche, di accrescere l'efficienza e la produttività, di migliorare la qualità e ridurre i costi, sia direttamente presso il consumatore, sia indirettamente per via della riduzione del peso fiscale. Il privato viene in un certo senso invocato per sopperire alle inadeguatezze o al mal funzionamento del pubblico ⁽⁵⁰⁾.

Tuttavia non c'è evidenza empirica per sostenere che il privato è efficiente, affidabile e il pubblico inefficiente, inadeguato; ciò che fa la differenza sono le persone, i lavoratori che compongono le aziende, la loro integrità, competenza e professionalità. Ai lavoratori (indistintamente dal settore di appartenenza, pubblico o privato) che operano nel perimetro pubblico è chiesto di agire con trasparenza, correttezza ed onestà, con impegno costante e diligente per impedire che inefficienze, sprechi e frodi erodano la fiducia pubblica e la capacità di amministrare il sistema.

La logica della massimizzazione dei risultati ottenuti, la ricerca della qualità del servizio e del grado di soddisfazione degli utenti, l'analisi dei processi produttivi possono rappresentare alcuni degli strumenti operativi che permettono di individuare quei comportamenti e fenomeni che, pur non costituendo degli illeciti, influiscono pesantemente sull'efficienza ed utilità dell'azione pubblica, eliminando quelle attività – e riconvertendo i lavoratori in altre mansioni - che non hanno valore aggiunto per i pazienti, per i lavoratori, per l'amministrazione pubblica stessa e, in ultima analisi, per la collettività e recuperando margini di efficienza, efficacia e equità dell'amministrazione, senza per questo compromettere il perimetro pubblico.

Per quanto sia fondamentale prestare attenzione ad indicatori di tipo quantitativo e qualitativo, nella convinzione che il mercato sappia come massimizzare il benessere collettivo utilizzando i comportamenti egoistici dei suoi agenti, oramai

⁽⁵⁰⁾ A tal riguardo è interessante la lettura di S. R. LETZA, C. SMALLMAN, X. SUN, *Reframing privatisation: deconstructing the myth of efficiency*, in *Policy Sciences*, n. 37, 2004.

da qualche anno, è avvertita l'esigenza di valorizzare principi quali l'etica, l'integrità e il benessere organizzativo. I ragionamenti sul corretto operato dell'amministrazione devono andare oltre i meri calcoli ragionieristici e il miglioramento del livello di efficienza, orientandosi alla promozione della cultura del servizio e della responsabilizzazione dei lavoratori. Ciò che viene richiesto ai lavoratori non si limita al rispetto degli aspetti normativi dell'anticorruzione e della trasparenza ma un impegno che va interpretato in senso più ampio, dove l'etica, l'impegno professionale e la cultura organizzativa risultano essenziali per creare valore nei servizi offerti ai cittadini e per scongiurare fenomeni di malamministrazione o corruzione, ancora meno giustificabili all'interno di un settore che deve farsi carico di chi sta sperimentando momenti di malattia e disagio ⁽⁵¹⁾.

Perseguire la soddisfazione degli utenti-cittadini e coniugare efficienza/qualità significa spostare la prospettiva da profili strettamente economici, pur fondamentali, su valori etici e sui lavoratori, quali principali attori di un processo di riforma. Ai lavoratori, quali persone appartenenti ad un'organizzazione, viene chiesto senso di appartenenza e un diretto e responsabile coinvolgimento nei programmi e nel perseguimento degli interessi dei beni comuni, superando la rigida cultura dell'adempimento. *«Le prestazioni lavorative di tutti coloro che agiscono all'interno degli apparati pubblici devono garantire non il semplice ossequio alle prescrizioni contrattuali, ma una completa adesione ai valori che sormontano l'azione delle pubbliche amministrazioni»* ⁽⁵²⁾, alle missioni ed alla visione delle amministrazioni di appartenenza, così come già peraltro previsto all'art. 54 della Costituzione: *«i cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore, prestando giuramento nei casi stabiliti dalla legge»*. Come evidenziato da alcune ricerche riportate nella *Literature Review*, dove vi è una bassa propensione al rispetto delle regole, poco

⁽⁵¹⁾ Considerazioni emerse durante l'incontro organizzato da IPASVI Torino, *L'integrità nella professione infermieristica. Conoscenza, responsabilità e impegno*, ottobre 2016.

⁽⁵²⁾ Cfr. Direttiva della Funzione Pubblica n. 8, dicembre 2007 recante principi di valutazione dei comportamenti nelle pubbliche amministrazioni – responsabilità disciplinare.

altruismo, tolleranza per i comportamenti illegali e uno spirito cooperativo non genuino, la corruzione e la cattiva amministrazione più facilmente persistono.

In questa prospettiva, così come peraltro già delineato dalla circolare della Funzione Pubblica del 2004 (Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni), assumono un ruolo fondamentale il benessere organizzativo, le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività, la comunicazione, la collaborazione, la motivazione, le competenze e l'apprendimento, l'ergonomia e la sicurezza degli ambienti di lavoro. Nella direttiva viene infatti specificato come in *«tutte le amministrazioni pubbliche la complessità dei problemi da affrontare è in aumento. L'insoddisfazione per gli strumenti tradizionali di gestione del personale è evidente e crescono le esigenze di individuare nuove politiche di sviluppo e di intervento. In un sistema ad alta intensità di lavoro intellettuale, la convivenza organizzativa non può svolgersi soltanto sotto la dimensione del governo gerarchico e delle scansioni procedurali: una variabile altrettanto fondamentale è rappresentata dal sentir individuale e dalle relazioni informali tra le persone che interagiscono nello stesso ambiente di lavoro»*.

Anche nell'ambito sanitario, il fenomeno americano dei *magnet hospitals* (o ospedali calamita) dimostrano come per migliorare le prestazioni sanitarie, la soddisfazione degli utenti e gli effetti delle politiche pubbliche, è importante offrire ai lavoratori, al di là dell'obbligazione principale del rapporto di lavoro (la retribuzione), la possibilità di operare in contesti organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza, la visibilità dei risultati del lavoro, la cultura della partecipazione, quale presupposto dell'orientamento al risultato, al posto della cultura dell'adempimento, in ambienti dove viene garantita un'adeguata attenzione alla sicurezza, ai rapporti tra le persone, allo sviluppo professionale e in generale, alla cultura organizzativa. Lo sviluppo delle motivazioni al lavoro e la rinnovata attenzione anche ad aspetti non monetari del rapporto di lavoro (spesso trascurati nella tradizionale gestione dei lavoratori) permette di migliorare gli ambienti di lavoro, aumentare i livelli di produttività, ridurre l'assenteismo, il *turn over*, il ricorso ai permessi oltre a garantire migliori risultati di salute (minor

rischio di mortalità, e minor numero di eventi avversi), maggiore soddisfazione degli utenti e miglior rapporto tra assistenza erogata e costi sostenuti.

In questo senso, l’azione riformatrice di questi anni della PA si è concentrata sugli obiettivi di miglioramento dell’efficienza e dell’economicità dell’attività amministrativa anche attraverso il ricorso a strumenti atti a promuovere la cultura della valutazione, della qualità, dell’integrità e della trasparenza, e a promuovere la semplificazione, la digitalizzazione, la revisione della spesa pubblica ed il contrasto della corruzione: quest’ultima trova infatti maggiori opportunità di sviluppo in amministrazioni opache e poco concentrate sulla valutazione del merito, ovvero in quelle realtà in cui è presente un eccesso di norme ed adempimenti burocratici. La gestione delle *performances*, il monitoraggio dell’efficienza ed efficacia, la condivisione delle informazioni, il potenziamento dell’integrità e della trasparenza, la definizione precisa di ruoli e responsabilità sono parte degli strumenti necessari per garantire il ripristino della fiducia e la prevenzione dei fenomeni corruttori che hanno conosciuto una crescente frammentazione per volume e complessità, dentro e fuori la PA. Favorire un clima interno positivo e costruttivo, rafforzare il senso istituzionale e di appartenenza rappresentano una leva da utilizzare in chiave di prevenzione della corruzione e comportamenti scorretti.

Ovviamente tali obiettivi andrebbero verificati e sostenuti anche nei confronti di quei lavoratori che, pur operando nel settore, non sono dipendenti pubblici. Infatti proprio questi lavoratori sono maggiormente esposti a quei rischi fisici, biologici e di tipo psicosociale legati al contenuto e al contesto del lavoro individuati dall’*European Agency for Safety and Health at Work* quali fattori determinanti il benessere organizzativo e sul luogo di lavoro. Tra questi rientrano i rischi connessi a lavori più esecutivi, maggiormente ripetitivi o monotoni, carichi di lavoro brevi, ridotti o eccessivi, lavoro frammentato o inutile, sottoutilizzo delle capacità, incertezza lavorativa, livelli elevati di pressione in relazione al tempo, lavoro a turni, orari di lavoro senza flessibilità, orari imprevedibili, lavoro prolungato, scarsa comunicazione, scarso sviluppo personale, incertezza nella carriera, bassa retribuzione, insicurezza lavorativa, scarso valore sociale attribuito

al lavoro, ridotta partecipazione al processo decisionale, mancanza di controllo sul lavoro, rapporti limitati con i superiori, conflitto interpersonale.

2.2 Il fenomeno della corruzione e la malamministrazione

Negli ultimi anni l'attenzione alle tematiche della corruzione e, in particolare, alla corruzione nella PA è notevolmente cresciuta.

La strategia Europa 2020 nel promuovere una crescita sostenibile e inclusiva, che garantisce buoni livelli di occupazione, produttività e coesione sociale, indica come fondamentali per il raggiungimento e il successo del programma alcuni fattori istituzionali, quali il buon governo e il controllo della corruzione. Così migliorare l'efficienza della PA, soprattutto se combinata con una maggiore trasparenza, può contribuire a ridurre i rischi connessi alla corruzione. In Italia, i principi del buon andamento e imparzialità dell'amministrazione pubblica hanno rilievo costituzionale, *ex art. 97 Cost.*, ed il rispetto delle regole poste alla loro attuazione concreta è protetto dall'ordinamento a vari livelli, tra cui quello penale e quello disciplinare.

L'art. 2 della Convenzione del Consiglio d'Europa di diritto civile sulla corruzione, entrata in vigore in Italia nell'estate del 2012, reca la definizione del concetto di corruzione sancendo che la nozione è integrata dalla *«richiesta, offerta, dazione, accettazione, diretta o indiretta, di una provvigione illecita o altro indebito vantaggio, con distorsione della condotta e rispetto dei doveri propri della funzione esercitata da parte del beneficiario»*. Tale definizione è stata quindi ripresa dalla circolare n. 1/2013 del dipartimento della Funzione Pubblica che chiarisce come il concetto di corruzione debba essere inteso in senso lato, includendo situazioni in cui un soggetto, nell'esercizio della propria attività, abusi del potere attribuitogli al fine di ottenere un vantaggio privato o, comunque, *«situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso ai fini privati delle funzioni attribuite»*. Essa può riguardare tanto il settore pubblico quanto quello privato. La nozione di corruzione così come delineata dall'articolo 2 della Convenzione e dalla circolare riguarda pertanto situazioni più estese che

corrispondono non solo alla fattispecie penalistiche già recepite in Italia negli articoli 318 (corruzione per l'esercizio della funzione), 319 (corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio) art. 319-*ter* (corruzione in atti giudiziari) e 322 (corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio) del Codice Penale, Libro II - Dei delitti in particolare, Titolo II - Dei delitti contro la PA, ma anche a situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'inquinamento dell'azione amministrativa dall'esterno dell'organizzazione, e questo sia che tale azione abbia successo sia che essa rappresenti solo un tentativo. Con l'entrata in vigore della legge n. 190/2012, il reato di concussione sotto il profilo della richiesta (concussione per induzione) ha abbandonato l'art. 317 (concussione per costrizione) trasferendosi nel nuovo art. 319-*quater* costruito *ad hoc* e rubricato "induzione indebita a dare o promettere utilità".

Al di là della definizione penalistica, il tema si presta ad approcci multidisciplinari: sia le scienze economiche che le scienze sociali si sono occupate dell'aspetto definitorio del fenomeno (così come riportato analiticamente nella *Literature Review*), tentando di darne una definizione unitaria, senza tuttavia pervenire ad un accordo riguardo al significato di tale nozione, in parte dovuto anche alla sua variabilità nel tempo e nello spazio. Non è detto che ciò che è considerato corruzione in un certo paese lo sia anche in un altro contesto culturale o in un altro periodo storico.

Indubbiamente la corruzione è legata alla frode e ne rappresenta una sottospecie: la corruzione genera dei costi, più o meno occulti, che con la frode vengono compensati. Se la corruzione è quindi l'abuso del potere per perseguire interessi e scopi privati a danno del bene comune, la frode rappresenta qualsiasi atto o omissione intenzionale volto ad ingannare gli altri, il cui effetto provoca una perdita da parte di chi ne è vittima e/o un guadagno a favore di chi l'ha perpetrato. Difficilmente misurabile da un punto di vista oggettivo, oltre ai dati statistici desumibili annualmente dalla relazione della Corte dei Conti e della Guardia di Finanza sono numerosi i tentativi per quantificare il fenomeno corruttivo sia in forma indiretta - tramite raccolta di opinioni, indagini di percezione o di vittimizzazione - che diretta, tramite la valutazione di elementi che misurano

indirettamente il rischio di corruzione (o l’indice di integrità) quali ad esempio il rapporto tra i poteri dello stato, l’autonomia del governo, il sistema elettorale, il sistema di finanziamento dei partiti, la libertà dei media, la possibilità di fare business. In ogni caso e qualunque sia il ‘metro’ utilizzato per la sua rilevazione, il quadro che ne emerge è di un *«fenomeno diffuso con caratteristiche pervasive e sistemiche»* che si estende a tutti i settori economici ma in particolare all’interno di quei settori dove è maggiore il finanziamento dello Stato, grandi opere pubbliche, sanità, trasporti, telecomunicazioni, smaltimento rifiuti e, in fase emergente, anche nel settore dei servizi sociali e dell’istruzione⁽⁵³⁾.

Accanto ai casi clamorosi che finiscono sulle pagine dei giornali e a quelli che necessitano di approfondite indagini della magistratura in quanto riconducibili allo specifico reato di corruzione e al complesso dei reati penali contro la pubblica amministrazione, la recente delibera dell’ANAC n. 12 del 2015 riprende il concetto di corruzione definito nella circolare citata precedentemente (circolare n. 1 del 2013 del dipartimento della Funzione Pubblica) mettendo in evidenza la necessità di comprendere anche *«atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell’interesse pubblico e pregiudicano l’affidamento dei cittadini nell’imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse»*.

Una nozione di corruzione, quella richiamata dall’ANAC, decisamente più ampia e inquadrabile in quella che può essere definita la malamministrazione, intesa come assunzione di decisioni (di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell’interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. L’ambito in cui possono manifestarsi i fenomeni di malamministrazione comprende e supera quello dei comportamenti sanzionati dalla norma penale o disciplinare.

Non si tratta infatti solo di osservare la legge, ma anche di perseguire gli interessi pubblici, che sfuggono ad una precisa formulazione normativa. Le forme che assume la malamministrazione, aldilà dei fenomeni rilevanti dal punto di vista

⁽⁵³⁾ V. FERRARIS, C. MAZZA, L. SCOMPARIN, *Preventing and combatting crime in public procurement*, Warning on crime, 2015.

penale o di illecito disciplinare, sono differenti tra loro e vanno dalla scarsa attenzione del dipendente, all'assenteismo, dalla mancanza di collaborazione con l'utenza che aggrava inutilmente il procedimento, alla duplicazione dei ruoli negli uffici che causa inefficienze e ritardi nel sistema decisionale, dalla mancanza di una cultura orientata ai risultati, all'indolenza, alla negligenza, alla mancanza di motivazione, alla noncuranza delle cose, a tutti quei micro-comportamenti che, sempre più spesso nella pubblica amministrazione, tendono a privilegiare interessi vicini a quelli personali (*revolving doors*, clientelismo, nepotismo).

Ad una pluralità di condotte diverse che producono fenomeni di malamministrazione, devono corrispondere differenti rimedi che riguardano non solo provvedimenti a carico dei lavoratori dipendenti pubblici infedeli, negligenti o, alcuni, in malafede, ma anche modifiche del sistema organizzativo (regole sull'evidenza pubblica, criteri per la rotazione degli incarichi, numero di funzionari all'interno di un ufficio, rilevamento delle presenze, criteri per la concessione dei permessi per malattia e assistenza dei malati, monitoraggio dei risultati conseguiti) e miglioramenti del processo decisionale della struttura amministrativa che contribuiscono a ridurre e, quindi potenzialmente, eliminare le inefficienze e gli sprechi del sistema. In quest'ottica, il miglioramento del sistema amministrativo è una funzione che non può essere rinchiusa all'interno di regole, ma che deve permeare tutta l'azione dell'attività. In altre parole, durante ogni sua attività la PA deve cercare il modo di trovare e poi risolvere le inefficienze singole e di carattere seriale, garantendo il rispetto della legge non solamente da un punto di vista formale, ma anche sostanziale conseguendo l'utilità che quella norma tende a garantire. Così anche la gestione delle doglianze dei cittadini può essere strumento per far emergere problemi sistemici, che pur non incasellandosi nella fattispecie della corruzione, producono inefficienze e costi per la collettività.

La malamministrazione e in senso lato la corruzione costituiscono pertanto un problema rilevante per diversi motivi: aumenta i costi dei servizi, riduce il gettito fiscale e contributivo, ostacola la crescita, introduce distorsioni tra gli operatori economici, alterando le condizioni di concorrenza sui mercati e premiando le aziende inefficienti a scapito di quelle sane, con riflessi negativi sull'efficienza del sistema e sulla credibilità delle istituzioni nei confronti dei cittadini, tende a

produrre disparità di trattamento e di accesso alle cure tra le persone, riduce la produttività dei lavoratori.

Sul punto occorre segnalare che anche la l. n. 124/2015 (meglio nota come legge Madia) prevede il miglioramento di alcuni strumenti, invero già presenti nel panorama normativo, atti a contrastare alcuni fenomeni di cattiva gestione e (almeno nelle intenzioni) ad incrementare l’efficienza e la produttività nella PA, sebbene occorre notare che si tratta di provvedimenti che vanno ad incidere solo sulla presenza fisica dei lavoratori e non sul loro effettivo risultato lavorativo (per paradosso, potrebbe essere più produttivo un lavoratore che è presente meno ore in ufficio, di chi rispetta rigorosamente l’orario ma quando è in ufficio non risulta produttivo).

Tra questi rientrano a pieno titolo l’art. 8 rubricato *riorganizzazione dell’amministrazione dello Stato*, l’art. 7 recante *revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza* sulla cui base è stato emanato il cosiddetto decreto trasparenza che introduce in Italia il *Freedom of Information Act* (di cui si tratterà nel paragrafo 2.7.4), in parte l’art. 14 dedicato alla *promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche*, nonché l’art. 17 recante *riordino della disciplina del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche* e sulla cui base è stato presentato lo schema di decreto delegato in materia di licenziamento disciplinare dei dipendenti pubblici, che falsamente attestano la loro presenza in servizio. Nello specifico l’integrazione proposta all’art. 55-quater del d.lgs. n. 165/2001 amplia la punibilità prescritta della stessa lett. a), comma 1 dell’articolo anche ai terzi che abbiano facilitato, concorso o attestato tramite comportamenti fraudolenti la falsa presenza in servizio dei colleghi (comma 1-bis), rende più stringente la prescrizione normativa in tema di sanzioni ai dipendenti che falsamente prestino servizio nell’amministrazione con un irrigidimento delle sanzioni (comma 3-bis prevede infatti la sospensione cautelare – istantanea o entro e non oltre 48 ore – che comporta il blocco stipendiale del dipendente che ha commesso il reato di falsa attestazione in servizio), prevede un’accelerazione del procedimento disciplinare a carico dei lavoratori coinvolti (comma 3-ter) ed estende anche al dirigente, quale responsabile delle proprie risorse umane afferenti

al suo ufficio che sottostanno al suo potere datoriale, la responsabilità per inadempimento (comma 3- quinquies).

2.3 La specificità del settore sanitario: in particolare, la gestione degli appalti e dei lavoratori

Come ampiamente illustrato da numerosi studi (si rinvia al riguardo alla *Literature Review*), la sanità è tra i settori maggiormente esposti al rischio di corruzione. Infatti il sistema sanitario e socio assistenziale vive dell'intreccio tra soggetti pubblici e privati con il rischio che prevalgano gli interessi particolari, personali e clientelari, rispetto agli interessi collettivi: la stretta commistione tra politica e gestione, l'ampiezza delle risorse di settore, la complessità delle procedure di regolazione sono tutti fattori che contribuiscono a favorire i fenomeni di corruzione.

In particolare la relazione dell'Unione Europea sulla lotta alla corruzione (COM(2014)38) identifica la sanità quale settore generalmente vulnerabile alla corruzione, soprattutto per quanto concerne gli appalti e l'industria farmaceutica, e il recente Piano Nazionale Anticorruzione 2016 dedica una serie di approfondimenti specifici al settore in quanto particolarmente esposto a fenomeni di corruzione.

A conferma di questo, i dati forniti nelle relazioni annuali della Corte dei Conti evidenziano come «*il comparto sanitario è stato fatto numerose volte oggetto dell'attività delle Sezioni giurisdizionali e degli uffici di Procura, confermando la sua tendenza ad essere un ambito particolarmente esposto a fatti illeciti di varia natura*»⁽⁵⁴⁾. Tra le diverse fattispecie oggetto di pronuncia ne figurano molte legate a fenomeni di malamministrazione e malcostume: danni accertati in relazione all'illegittima attribuzione di incarichi e/o consulenze esterne; l'illecita percezione di emolumenti in violazione del principio di esclusività della prestazione lavorativa a favore dell'ente pubblico; vari casi di irregolarità nell'inquadramento del personale e nell'esercizio di attività intramoenia o

⁽⁵⁴⁾ Cfr. S. NOTTOLA, Inaugurazione dell'anno giudiziario, 2015, qui pp. 288-289.

extramoenia; l'illecita liquidazione di prestazioni sanitarie erogate in violazione dei principi definiti in sede di programmazione e in difformità dei prefissati indici di qualità; l'acquisizione di beni e servizi in violazione delle norme che vietano di suddividere, artificiosamente, i contratti di fornitura di beni e servizi; gli acquisti di materiale informatico e la fornitura di strumentazione e presidi medici mai utilizzati; la realizzazione di reparti utilizzati solo per pochi anni, poi chiusi e successivamente demoliti; appropriazione indebita di strumenti diagnostici, nonché di medicinali o reagenti di laboratorio, di cui si ha la disponibilità in ragione del proprio ufficio e messa in vendita.

Malamministrazione e corruzione (piccola e grande) trovano un contesto particolarmente fertile nel settore sanitario proprio per le dimensioni delle risorse spese e per quella asimmetria informativa che caratterizza il rapporto tra medico e paziente per cui quest'ultimo è mal equipaggiato per valutare l'adeguatezza e la qualità delle decisioni e azioni del medico, rendendo pertanto il settore uno dei più esposti al rischio di irregolarità di diversa natura. A questo si aggiunge, l'incertezza e l'imprevedibilità della domanda, l'alta specializzazione dei prodotti acquistati e delle prestazioni fornite, la necessità di complessi sistemi di regolazione, l'elevato livello di burocrazia, lo scarso attaccamento ed attenzione nell'utilizzo del denaro pubblico, l'eccessiva ingerenza della politica all'interno del mondo sanitario (ad esempio nelle nomine dei direttori): tutti fattori che rendono la sanità un terreno particolarmente appetibile e, quindi, vulnerabile dove crescono con effetti ancora più evidenti che in altri settori, comportamenti opportunistici che possono degenerare in corruzione. Questa situazione fa sì che i sostenitori della privatizzazione trovino una strada agevolata rispetto alla gestione pubblica del sistema socio-sanitario sostenendo una *performance* migliore del settore privato perché caratterizzato da un livello maggiore d'efficienza rispetto al pubblico (si veda al riguardo gli studi citati nella *Literature Review*).

La rete europea contro le frodi e la corruzione nel settore sanitario (EFHC), stima che in Europa circa il 6% del budget per la sanità sia assorbito dalla corruzione. Le ricadute del fenomeno si ripercuotono su cittadini in termini di qualità e costi dei servizi erogati, sul bilancio dello stato e sul sistema produttivo: da una parte i cittadini residenti in diverse regioni si trovano a parità di prezzi ad usufruire di

servizi di minore qualità oppure di servizi della medesima qualità ma più costosi rispetto ad altre regioni; dall'altra, lo sviluppo, l'innovazione e la competitività del paese vengono ostacolate da procedure che non garantiscono la trasparente aggiudicazione e gestione delle risorse pubbliche.

È la stessa legge n. 190/2012, al comma 16 dell'articolo 1 che individua, quasi a titolo esemplificativo, con l'indicazione di integrare e modificare rispetto alla specifica attività del soggetto chiamato all'adozione del Piano Anticorruzione, alcune delle aree in cui potrebbero riscontrarsi abusi del potere affidato ad ogni singolo soggetto che opera all'interno dell'area: il settore delle autorizzazioni o concessioni; il settore addetto ad attività ispettive e di controllo di attività economica; la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; le aree che erogano sovvenzioni, contributi, sussidi, finanziamenti e risorse comunque denominate; l'ambito delle assunzioni, prove selettive per l'assunzione del personale, progressioni di carriera e affidamento di incarichi. Per ognuna di queste aree maggiormente esposte al rischio della corruzione occorre quindi presidiare gli ambiti di non trasparenza, gli interventi organizzativi e gestionali, la necessità di codici di autoregolamentazione, nonché i margini di discrezionalità.

In questo paragrafo, tra le aree elencate verranno prese in considerazione la gestione degli appalti pubblici e la gestione dei lavoratori, le due aree in cui si intrecciano e sovrappongono maggiormente interessi pubblici e privati.

Dal lato degli appalti, le nuove direttive europee 23/2014/UE, 24/2014/UE e 25/2014/UE recepite nel nuovo Codice degli appalti (d.lgs. n. 50/2016) attribuiscono maggiore libertà e flessibilità alle stazioni appaltanti, incentivano l'adozione di procedure discrezionali che dovrebbero consentire di selezionare le offerte migliori e non solo quelle al minor costo (superando così la convinzione che la discrezionalità amministrativa nell'attività di spesa rappresenti il principio di ogni episodio corruttivo), sollecitano il ricorso alla centralizzazione/agggregazione della committenza sulla base di un sistema di *rating*, che consente di individuare le strutture professionalmente più adeguate, e a norme improntate alla semplificazione, quali misure idonee per ridurre la corruzione attraverso il miglioramento dell'efficienza, la diminuzione dei costi,

l'accorciamento dei tempi. L'idea alla base delle nuove norme è che attraverso il miglioramento dell'efficienza del sistema pubblico, più che con le leggi e i controlli (sebbene necessari), si combatte la corruzione: infatti laddove c'è inefficienza, là si annida la corruzione e minori sono anche le garanzie a tutela dell'ambiente, del sociale e del lavoro, quali fattori - indicati nella strategia Europa 2020 - per una crescita sostenibile ed inclusiva che sappia ridurre gli squilibri non solo territoriali.

In questa prospettiva viene pertanto superato l'approccio previgente definito con le direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE e recepite con il d.lgs. n. 163/2006, ora abrogato, volto soprattutto a definire forme stringenti di regolazione dall'alto e una disciplina dettagliata delle singole fasi di gara che hanno compreso la discrezionalità ma hanno portato ad un eccessivo formalismo, a numerosi adempimenti da rispettare e ad un rallentamento delle procedure a detrimento dell'efficienza dell'azione amministrativa, finendo anche per coprire diffuse prassi di corruzione.

Proprio per gli ampi margini di discrezionalità e di criticità insiti nelle diverse fasi della contrattazione pubblica, è intervenuta l'ANAC con la delibera n. 32/2016 contenente le linee guide per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali per richiamare le stazioni appaltanti al rispetto delle norme comunitarie e nazionali in materia di affidamenti di servizi socio-assistenziali, al fine di garantire l'osservanza dei principi di trasparenza, concorrenza, economicità ed efficienza, sia nella fase della programmazione e co-progettazione che nella fase della scelta dell'erogatore del servizio e nella fase di esecuzione.

«L'adozione di procedure selettive rispettose dei principi di trasparenza e concorrenza, la valutazione delle proposte progettuali secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, il controllo della qualità delle prestazioni e del rispetto dei diritti fondamentali dell'utenza, la salvaguardia dei principi succitati anche nell'urgenza e nell'emergenza rappresentano gli strumenti più efficaci per garantire l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa e prevenire meccanismi distorsivi della concorrenza e fenomeni corruttivi». Mentre la fase di definizione e di aggiudicazione dell'appalto è da sempre stata oggetto di attenzioni particolari per i suoi evidenti aspetti di criticità,

sulla fase di esecuzione le linee guida introducono specifiche azioni di controllo e di monitoraggio che vanno al di là della semplice rendicontazione delle spese: i contratti devono indicare, per ciascuna prestazione oggetto di affidamento, i requisiti da controllare, i tempi e le modalità della verifica e il soggetto alla stessa deputato prevedendo, in caso di inadempimento, l'applicazione di penali o, per i casi più gravi, la risoluzione del contratto. Pertanto le stazioni appaltanti sono chiamate a prevedere nei contratti di affidamento una compiuta e dettagliata descrizione delle prestazioni da erogare (determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale), la predeterminazione dei requisiti di moralità e idoneità professionale richiesti alle aspiranti organizzazioni affidatarie e la specificazione delle modalità di erogazione con riferimento a standard qualitativi minimi, del numero minimo di lavoratori da utilizzare, della struttura organizzativa da mettere a disposizione e degli obiettivi da raggiungere. A tal fine, deve essere richiesta al fornitore la presentazione periodica di prospetti aggiornati, con indicazione dei lavoratori impegnati nell'esecuzione del servizio e del numero di prestazioni erogate, oltre a monitorare gli eventuali reclami ricevuti e i disservizi verificatisi nell'esecuzione delle prestazioni, richiedendo al fornitore di relazionare periodicamente in ordine agli episodi riscontrati, alle azioni adottate per la risoluzione dei problemi segnalati e al relativo esito. Le modalità d'azione indicate dall'ANAC mirano non solo a prevenire fenomeni di corruzione ma anche ad evitare soluzioni emergenziali di dubbia qualità, operando contestualmente a garanzia degli utenti, delle altre organizzazioni concorrenti e degli stessi contribuenti.

Dal lato della gestione del personale, le aree che richiedono un maggiore presidio sono in primo luogo quelle del reclutamento, con particolare riferimento alla composizione delle commissioni, alle assunzioni clientelari in seno alle società di servizi in mano pubblico-privata, benché con veste civilistica, o alle consulenze esterne, alle assunzioni tramite agenzie di somministrazione e alle esternalizzazioni di servizi *labour-intensive* con cui viene aggirato il blocco delle assunzioni nelle amministrazioni pubbliche. Questo fenomeno viene reso ancor più acuto ed evidente via via che i posti di lavoro per così dire 'stabili e sicuri'

(come quelli nel settore pubblico) cedono il passo a lavori a termine o comunque con prospettive più incerte (come ampiamente trattato nel primo capitolo).

C'è chi, ad esempio, ha evidenziato i rischi insiti nel reclutamento di lavoratori tramite agenzie di somministrazione: *«attraverso patti sottostanti e occulti, [...] le agenzie si sono rese disponibili alle richieste, provenienti dagli amministratori politici, di avviamento ad personam, con sostanziale elusione del vincolo della trasparenza e della imparzialità. Questa prassi ha costituito quasi una clausola non scritta del contratto di somministrazione tra pubblica amministrazione e agenzia. Se è lecito, anzi rientra nelle finalità della somministrazione, che un imprenditore privato segnali all'agenzia il lavoratore da avviare, la medesima prassi, nella pubblica amministrazione, diventa elusiva del principio dell'evidenza pubblica»* ⁽⁵⁵⁾. Analogo discorso può essere fatto per i lavori externalizzati. Del resto, anche il ricorso reiterato dei contratti a termine all'interno della PA, frutto di una scarsa attenzione alla programmazione del lavoro e della mancata applicazione della sanzione della conversione del rapporto temporaneo illegittimo, alimenta istanze politiche e sindacali di stabilizzazione che potrebbero creare sudditanze poco trasparenti (nei confronti di una dirigenza poco responsabile e poca attenta al bene comune) e che potrebbero ostacolare una forte presa di posizione contro eventuali comportamenti corruttivi o, semplicemente, irregolari.

Proprio per questi motivi, la selezione dei lavoratori effettuata in modo arbitrario e poco trasparente è fortemente esposta a pratiche clientelari che non premiano il merito ma la fedeltà: un contesto in cui prevalgono lavoratori poco onesti, poco competenti, attenti soprattutto ai loro interessi personali e poco all'interesse generale costituisce l'ambito privilegiato per complicità e illegalità.

Inoltre le aree che occorre presidiare sono quelle relative alle promozioni del personale che devono essere effettuate tenendo conto della professionalità e competenze dei professionisti in modo trasparente e imparziale, la libera professione intramoenia dei medici al fine di evitare che favoriscano l'attività privata, i potenziali conflitti di interesse nell'assegnazione degli uffici e degli incarichi aggiuntivi autorizzabili, la gestione dei processi di assegnazione e

⁽⁵⁵⁾ Cfr. B. CARUSO, op. cit. nella Literature Review, qui p. 18.

rotazione degli incarichi dirigenziali e di responsabilità al fine di evitare che il rapporto di conoscenza con gli utenti diventi troppo stretto e quindi facilitante le connivenze, richiedendo un attento monitoraggio delle competenze professionali e una programmazione per l’assegnazione del personale anche non dirigenziale.

Ma la corruzione, come si ha avuto modo di evidenziare nei paragrafi precedenti, è anche l’esito di processi organizzativi, culturali ed etici. Così, pur non costituendo di per sé fenomeni corruttivi, l’assenteismo e - il suo rovescio - il ‘presenteismo’ dei nullafacenti sono indubbiamente fenomeni che contribuiscono alla malamministrazione, riducendo l’efficienza e la produttività del settore pubblico. Il fenomeno denota uno scarso attaccamento dei lavoratori al proprio lavoro, genera effetti disastrosi sulla percezione delle organizzazioni dall’esterno, sul clima aziendale e sulla motivazione del personale, generando un malcontento che si insinua tra i lavoratori. Allo stesso modo, una cultura organizzativa che consente di sfruttare in modo distorto e per fini personali gli istituti normativi a tutela dei lavoratori (ad esempio, permessi e diritti riconosciuti dalla legge 104, assenteismo per malattia o per permessi sindacali) o, peggio ancora, che tollera le false attestazioni o certificazioni denota mancanza di integrità a cui porre rimedio presidiando elementi quali la responsabilità personale (etica, disciplinare, penale), la creazione di percorsi formativi mirati, la valorizzazione dei percorsi di carriera, la condivisione degli obiettivi, la trasparente gestione delle progressioni retributive e di carriera del personale e incentivando una cultura non orientata al compito ma al risultato quantitativo e qualitativo.

2.4 I controlli: focus sul ruolo dell’Agenzia Unica per le ispezioni del lavoro

Nel settore pubblico le attività di verifica e di monitoraggio assumono un ruolo ancora più pressante poiché la PA utilizza risorse pubbliche e le attività svolte rivestono una rilevanza economica e sociale tale da richiedere un’attenzione particolare al fine di proteggere il patrimonio dello stato e l’interesse pubblico generale dalla malamministrazione, dalle frodi, dalle inefficienze, dagli eventuali disservizi, carenze e lacune nella realizzazione di quei «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali» costituzionalmente tutelati (artt.

117 e 120 Cost.). Infatti è molto probabile che a causare la corruzione nel settore pubblico sia come questo funzioni, piuttosto che la sua dimensione e natura pubblica. L'adozione di adeguati sistemi di controllo interni ed esterni rappresenta pertanto uno strumento chiave per una corretta gestione delle aziende: la corruzione e la malamministrazione sono inversamente proporzionali alla qualità e quantità dei controlli.

Alla PA e ai suoi lavoratori viene richiesto (come si è già peraltro visto nel paragrafo 2.1) non solo di agire in condizioni di razionalità economica ma anche in modo etico e corretto, in modo da adottare tutte le opportune misure atte a prevenire e contrastare gli effetti di eventuali sprechi, di errori involontari e/o volutamente fraudolenti. Infatti è possibile che i lavoratori adottino comportamenti svantaggiosi per l'azienda a causa della discordanza di interessi, personali e aziendali. Tale divergenza è ulteriormente accentuata nell'ambito del settore pubblico, dove gli interessi in gioco sono interessi di natura generale, quelli della collettività, e interessi di natura personale e privata gli altri.

È quindi compito dei controlli interni ed esterni ridurre questa divergenza, non solo verificando il mero rispetto delle procedure ma ponendo obiettivi, valutando i risultati, motivando i diversi soggetti a perseguire gli scopi organizzativi e non i propri interessi personali. Così nel settore pubblico, oltre all'introduzione di strumenti tipici delle aziende private (analisi dei risultati e della performance), si è assistito ad un cambiamento anche nei controlli adottati, favorendo il passaggio da un approccio di tipo burocratico, focalizzato su forme di controllo ex ante sulla legittimità e correttezza formale degli atti, ad un approccio manageriale che privilegia il controllo concomitante e susseguente l'azione amministrativa.

Alle attività di controllo interno si aggiungono poi quelle di competenza di soggetti indipendenti, sia interni che esterni l'amministrazione pubblica.

Tra le prime rientrano la revisione aziendale o *internal audit*, che si configura come un supporto di secondo livello alle altre forme di controllo interno volto ad accertare, tramite delle verifiche successive, che le misure predisposte in prima linea funzionino efficacemente. Esso può svolgere quindi non solo delle attività ispettive per la valutazione dei processi ma anche delle attività di consulenza che

gli conferiscono un ruolo maggiormente attivo nel fornire soluzioni utili per il miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’organizzazione.

Tra le seconde rientrano invece i controlli dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), diretti a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi, illegali e di malamministrazione nella gestione della cosa pubblica.

In questa sede, tuttavia, si analizzerà il ruolo che riveste il neo istituito Ispettorato Nazionale del Lavoro per gli aspetti che afferiscono la corretta gestione del mercato del lavoro, nella convinzione che un mercato del lavoro non trasparente e non di qualità, con troppi dualismi e frammentazioni, è un mercato che non funziona e che lascia spazio ad infiltrazioni corruttive, a scarsa tracciabilità e ad abusi, in termini di costo del lavoro e rispetto delle norme sulla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro. Il lavoro sommerso, irregolare o pseudo-regolare (si pensi in particolare al ricorso dei voucher, alla polverizzazione degli appalti in sub-appalti e sub-sub-appalti o all’emergente *sharing economy*) sfugge oltre che all’osservazione, anche alla contribuzione fiscale e alla regolamentazione proprio per il fatto di essere un fenomeno dai contorni sfumati.

Questa fetta di mercato del lavoro, che ha carattere strutturale, però rappresenta una quota importante all’interno dell’economia italiana e vi sono crescenti casi in cui il fenomeno corruttivo si traduce in ipotesi di ‘stravolgimento’ del mercato e della libera concorrenza, con metodologie meno dirompenti rispetto a quelle tradizionali, ma tali da costringere le imprese oneste ad uscire dal mercato, favorendo pratiche di evasione e di aggiramento. Tra questi, il metodo più ricorrente è quello di offrire fortissimi ribassi nelle gare di aggiudicazione degli appalti, tali da vincere ogni concorrenza: la gara premia, (si presume) a parità di servizio offerto, chi propone i costi più bassi.

Il recupero dei minori margini di guadagno, poi, avverrà con l’impiego di mano d’opera in nero (totalmente irregolare) o in grigio (parzialmente irregolare), con il mancato pagamento della contribuzione, con la riduzione delle ore lavorate, con l’elusione delle misure di sicurezza o con l’adozione di contratti collettivi definiti ‘pirata’ che permettono di ottenere notevoli risparmi sul costo del lavoro, a discapito dei lavoratori e di chi usufruisce dei servizi.

La necessità a livello strutturale di fronteggiare le trasformazioni globali e aumentare la competitività delle imprese è diventata l'occasione, dal lato del lavoro, per ridurre il costo di quelle prestazioni professionali scarsamente specializzate, a più bassa complessità delle prestazioni e poco appetibili, eludendo o violando la normativa del lavoro (assunzioni in nero, mancanza di rispetto dei contratti, degli orari e delle norme di sicurezza).

Un meccanismo che ha conseguenze negative dirette sui lavoratori, come l'esclusione dalla copertura dei rischi che nascono in relazione al rapporto di impiego (maternità, malattia, infortunio, congedi parentali, orari di lavoro, minimi salariali, copertura previdenziale) o alla perdita del lavoro, ma anche indirette e di lungo periodo, in termini di minori investimenti, minori possibilità di apprendimento e di crescita professionale *on the job* perdendo competenze e, conseguentemente, potere contrattuale sul mercato del lavoro con il rischio di rimanere intrappolati in un mercato del lavoro non di qualità e di essere sistematicamente confinati nel mercato del lavoro secondario, precario e stagionale. A tutto questo si aggiunge il mancato versamento di tasse e contributi utili per la fiscalità generale, per la sanità pubblica, per le politiche pubbliche di sostegno ai gruppi più svantaggiati e poveri.

Un meccanismo però difficilmente individuabile e quantificabile perché tenuto nascosto dagli stessi diretti interessati, emergendo (spesso) solo nei casi di conflitto con la parte datoriale o nei casi di necessità (maternità, infortunio, malattia), che porta vantaggi nell'immediato (non solo ai datori di lavoro) ma anche ai lavoratori (in termini di minore tassazione, esenzioni per accedere ai servizi, fruizione di benefici/sussidi o tariffe agevolate). Tutto ciò provoca effetti di *dumping* sociale: in nome della concorrenzialità viene messo in discussione il sistema delle tutele e delle garanzie, dei contratti e della sicurezza sul lavoro che, in ultima istanza, mettono in discussione la sostenibilità stessa del sistema di *welfare state*.

Pertanto la vera modernizzazione del mercato lavoro deve prevedere oltre all'«*affrancamento da lacci e laccioli di stampo burocratico*», la capacità di «*intercettare prassi inique, meschinità e furbizie, scorciatoie e posizioni di*

rendita, ingiustizie e violazioni con tutto il carico di precarietà, cattiva gestione, corruzione, scarsa tutela che tale situazione produce» (⁵⁶).

In particolare in questo paragrafo verranno analizzati, da un lato, i compiti e i controlli che vengono messi in atto dal Ministero del lavoro, INPS e INAIL e ora integrati (per renderli più funzionali e per evitare sovrapposizioni e duplicazioni degli interventi ispettivi) nella neo istituita Agenzia Unica per le ispezioni del lavoro nell’ottica di contrasto a fenomeni illegali di elusione ed evasione delle norme lavoristiche e previdenziali che possono essere fonte di guadagni illeciti da riutilizzare in termini corruttivi e, dall’altro lato, i comportamenti e le procedure che devono essere adottate dagli ispettori per garantire ispezioni trasparenti, eque e corrette nei confronti delle aziende al fine di contrastare la concorrenza sleale a vantaggio delle aziende più virtuose e a sostegno di una crescita equilibrata e socialmente sostenibile, promuovendo così le buone prassi competitive e la legalità.

Infatti i risparmi che derivano dal mancato rispetto delle leggi in materia di lavoro, previdenza e sicurezza sui luoghi di lavoro a discapito dei lavoratori possono diventare la potenziale fonte di finanziamento della corruzione. Tali risparmi possono derivare dal ricorso al lavoro irregolare e o parzialmente irregolare (lavoratori autonomi, parasubordinati, part-time fittizi), dalla scorretta applicazione degli istituti contrattuali e degli accordi collettivi di lavoro (ad esempio erogando ai lavoratori somme a titolo di rimborso chilometrico e/o di indennità per trasferta esenti da ritenute fiscali e contributive, a fronte di ore di lavoro straordinarie oppure a titolo di indennizzo per particolari compiti o prestazioni lavorative effettuate in orari disagiati, notturni e/o festivi), dal ricorso a contratti cosiddetti ‘pirata’ sottoscritti da associazioni sindacali alternative rispetto ai sindacati confederali che prevedono trattamenti economici notevolmente inferiori rispetto ai livelli retributivi dei contratti stipulati dalle associazioni datoriali e dai sindacati confederali, dal mancato rispetto delle norme in tema di orario di lavoro e delle norme a tutela della salute e sicurezza sui luoghi

(⁵⁶) Cfr. A. ASNAGHI, *Come cambia il ruolo dei consulenti del lavoro: dagli adempimenti alla gestione del personale*, in M. TIRABOSCHI (a cura di), *La riforma del lavoro pubblico e privato e il nuovo welfare*, Giuffrè, 2008, qui p. 459.

di lavoro, dal ricorso all’interposizione di manodopera illecita, dal ricorso irregolare al lavoro minorile e degli stranieri.

Inoltre per salvaguardare le finanze pubbliche e garantire una concorrenza leale tra le aziende, gli ispettori sono chiamati a verificare eventuali frodi, abusi o elargizioni indebite di sgravi contributivi o incentivi attraverso l’aggiramento strumentale della normativa, fatti che costituiscono reato di truffa a danno degli enti previdenziali. Così, ad esempio, il Ministero del lavoro con la lettera circolare n. 9960 del 17 giugno 2015 ha fornito agli ispettori indicazioni operative finalizzate ad identificare i casi di fruizione indebita dello sgravio contributivo triennale a carico dei datori di lavoro, introdotto dalla Legge di stabilità 2015 (legge n. 190/2014), per nuove assunzioni con contratto a tempo indeterminato. Infatti viene evidenziato come nella filiera degli appalti, alcune imprese committenti abbiano disdettato contratti di appalto che interessavano numerosi lavoratori i quali, trascorso un periodo di almeno sei mesi in cui hanno continuato a prestare la medesima attività attraverso un contratto di somministrazione, venivano quindi assunti a tempo indeterminato da una terza impresa appaltatrice, talvolta costituita appositamente, godendo dei benefici e garantendo al committente notevoli risparmi.

Il procedimento ispettivo, in quanto esercizio di una potestà autoritativa capace di incidere sulla sfera giuridica di altri soggetti, prevede, da una parte, una serie di poteri e di responsabilità per i funzionari incaricati, quali pubblici funzionari, in caso di illegittimità o errori posti in essere nel corso di tali ispezioni e, dall’altra, una serie di garanzie nei confronti dell’ispezionato atte ad assicurare la massima trasparenza, il regolare svolgimento del procedimento, il corretto utilizzo del potere di accertamento ispettivo e il rispetto dei principi del contraddittorio procedimentale.

Tra i poteri esercitabili dal personale ispettivo rientrano

- accesso libero, senza preavviso così da non vanificare l’efficacia dell’ispezione, in ogni ora del giorno e della notte, a tutti i locali, terreni, opere e attrezzature attinenti la situazione oggetto di verifica, con esclusione dei luoghi di residenza o di domicilio del soggetto ispezionato

- presa visione, esame, controllo e copia di tutti i documenti utili ai fini della definizione degli accertamenti
- qualsiasi investigazione o indagine ritenuta necessaria per sincerarsi che le disposizioni di legge vengano osservate, interrogando il datore di lavoro e i lavoratori dell'impresa per acquisire notizie sulla loro attività lavorativa e su quella degli altri lavoratori e in ordine all'applicazione delle norme in materia di lavoro e di previdenza sociale. Tali dichiarazioni vanno riportate fedelmente per iscritto, devono essere rilette e sottoscritte dai lavoratori e non sono accessibili al datore di lavoro, nemmeno a conclusione dell'accertamento, per evitare ritorsioni nei confronti dei lavoratori
- contestazione delle violazioni, diffida a cessare le irregolarità riscontrate, ripristino immediato della legalità con eventuale sospensione dell'attività produttiva, disposizione di condizioni idonee a garantire adesione alla normativa, diffida a corrispondere ai lavoratori, entro un termine prefissato, somme di denaro che sono state accertate quale spettanza dovuta a titolo di credito patrimoniale per l'effettivo svolgimento di un rapporto di lavoro di qualsivoglia specie e tipologia
- potere sanzionatorio in caso di rifiuto, omissione o ritardo, senza giustificato motivo, di fornire informazioni ed esibire documenti richiesti nel corso dell'ispezione, nonché nel caso in cui siano fornite informazioni ed esibiti documenti non veritieri

Dall'altra a tutela degli interessi dell'ispezionato, gli esiti ispettivi devono garantire trasparenza, imparzialità e ragionevolezza, un'efficace programmazione che eviti duplicazioni degli accessi ispettivi, la possibilità di farsi assistere da consulenti di propria fiducia previa loro identificazione, il diritto di essere sentiti presentando deduzioni e pareri in ogni stadio dell'istruttoria, la previsione di un termine certo per la conclusione dell'istruttoria, fatta salva la possibilità da parte del responsabile del procedimento di prorogare gli accertamenti oltre il termine, in considerazione della complessità delle attività istruttorie necessarie per l'esercizio delle funzioni di vigilanza o per effettuare ulteriori approfondimenti mediante richieste documentali integrative alle parti ovvero procedendo con ulteriori

accertamenti ispettivi. A ciò si aggiunge che gli ispettori possono accedere alle aziende da controllare solo se dotati di un incarico di missione da parte dell'ufficio di appartenenza (che non deve comunque essere esibito all'ispezionato), devono mantenere il segreto sui processi di lavorazione e sulle notizie e documenti dei quali vengono a conoscenza per ragioni di ufficio, hanno l'obbligo di verbalizzare tutti gli atti compiuti durante l'accesso in azienda con l'identificazione di tutti i lavoratori trovati intenti al lavoro e di redigere un verbale di constatazione a conclusione del procedimento che dia riscontro delle risultanze degli accertamenti ispettivi, dell'eventuale proposta di archiviazione del procedimento o dell'adozione di provvedimenti sanzionatori.

Da ultimo, a dettagliare gli aspetti procedurali dell'ispezione del lavoro e i profili deontologici dell'ispezione del lavoro è intervenuto il nuovo codice di comportamento ad uso degli ispettori del lavoro adottato con d.m. 15 gennaio 2014 che ha sostituito il previgente d.d. 20 aprile 2006, il quale da tempo necessitava di essere coordinato con le novità introdotte dapprima dalla direttiva sui servizi ispettivi del 18 settembre 2008 e in seguito dal collegato lavoro. In particolare, il codice di comportamento sottolinea l'importanza di agire con competenza e professionalità nell'applicare le leggi del lavoro e della previdenza, in una logica di servizio e collaborazione e non di mero esercizio di potere, operando secondo parametri di correttezza, trasparenza, imparzialità, onestà, integrità ed uniformità (con richiamo implicito ai contenuti dell'art. 3, comma 2, del d.P.R. n. 62/2013) sull'intero territorio nazionale, evitando ogni possibile sospetto di discrezionalità, parzialità e accondiscendenza, sia verso le imprese e i loro consulenti, sia verso i lavoratori e le loro rappresentanze sindacali. Al fine di garantire segretezza e riservatezza, oltre che un'attività imparziale, il personale ispettivo è chiamato ad agire in posizione di indipendenza, astenendosi dal manifestare (anche indirettamente) i propri orientamenti politici o ideologici e dal partecipare all'adozione di decisioni o ad indagini in caso di incompatibilità e conflitto di interessi. Inoltre al fine di operare al di fuori di qualsiasi indebita pressione, il personale ispettivo non deve chiedere, né sollecitare, né accettare regali o utilità se non di modico valore (anche sotto forma di sconto) effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia e nell'ambito delle

consuetudini internazionali. Indipendentemente dal rilievo penale della condotta, gli ispettori non chiedono regali o utilità come corrispettivo per compiere od omettere atti del proprio ufficio.

Ancor più in tempi di crisi, il costo del lavoro viene visto come un onere pesante per le aziende che sono pertanto invogliate ad escogitare sistemi, più o meno leciti, per tentare di abbassarne l’incidenza. Gli ispettori del lavoro sono pertanto chiamati ad interpretare correttamente la modernità del lavoro, a reprimere le violazioni a carattere sostanziale e ad un controllo complessivo del mercato del lavoro che possa garantirne la qualità, l’equilibrio e la sostenibilità.

2.5 La promozione dell’integrità e la prevenzione della corruzione

Sebbene spesso i concetti di integrità e corruzione vengono contrapposti, di fatto la corruzione è un concetto giuridico chiaro e delineato nelle sue diverse accezioni (come riportate nella *Literature Review*) mentre l’integrità ha una portata più ampia e per darne una definizione occorre superare la norma e sfociare nell’etica. Ad esempio l’OECD si riferisce alla promozione dell’integrità, come l’applicazione di valori e principi etici nello svolgimento delle operazioni quotidiane all’interno delle organizzazioni pubbliche e non solo come semplice rispetto degli aspetti normativi dell’anticorruzione e della trasparenza. Ai lavoratori titolari di cariche pubbliche viene cioè richiesto di agire con correttezza e onestà nell’adempimento delle proprie funzioni ufficiali, utilizzando informazioni, risorse e autorità di cui dispongono per promuovere l’interesse pubblico e non quello privato. All’interno di questo più ampio contesto, quindi, la promozione dell’integrità si manifesta come il processo che conduce le azioni e le scelte del singolo a generare un comportamento sociale responsabile e condiviso che ispira l’agire collettivo. Se i lavoratori permeano le loro decisioni con interessi personali nascosti, il rischio è che i comportamenti opportunistici si diffondano a danno dei servizi che vengono erogati di più bassa qualità o con più alti costi, indebolendo così la fiducia dei cittadini nel governo e nell’integrità del processo decisionale.

Se così la corruzione è il concetto più utile per individuare le strategie di repressione, il concetto di integrità consente di ragionare in ottica di politiche di prevenzione e promozione. Infatti il rischio di corruzione è molto più elevato là dove ci sono contesti caratterizzati da una diffusa tolleranza verso atteggiamenti illeciti di minore gravità, da scarsa trasparenza, da scarsi controlli interni ed esterni: se la società civile pretende solo distrattamente legalità e trasparenza e percepisce il sistema informale di favoritismi come normale e le risorse pubbliche come proprietà propria, allora l'illegalità trova la strada spianata.

La trasparenza, la diffusione di una cultura orientata alla legalità, la formazione e l'informazione su tematiche etiche e sui potenziali rischi di frode, evasione, elusione o truffa, le segnalazioni di episodi di corruzione e cattiva amministrazione rappresentano quindi gli antidoti per prevenire le potenziali irregolarità e individuare sospette condotte illecite. Tutti questi (emergenti) strumenti - per così dire complementari - si collocano in una nuova fase storica del diritto amministrativo delle pubbliche amministrazioni, in cui a causa della crisi dell'autorità statale e dello strumento legislativo, la tensione verso l'efficienza e verso la legalità devono trovare il loro fondamento nei comportamenti dei lavoratori e nei loro valori anche attraverso strumenti di *soft law* e buone pratiche gestionali.

La crescente attenzione all'integrità è confluita dapprima nel d.lgs. n. 150/2009 quindi ripresa e rafforzata nella legge anti-corruzione, quale strumento principe per arginare il rischio di corruzione, nelle sue diverse accezioni. Infatti i Piani triennali di prevenzione della corruzione, adottati ai sensi dell'art. 1, comma 8, della l. n. 190/2012 puntano sull'integrità al fine di creare e diffondere consapevolezza nelle amministrazioni pubbliche e nella società civile sugli impatti negativi di comportamenti non etici e introduce meccanismi e tecniche di prevenzione finalizzati a rendere le amministrazioni e, in particolare, le attività a maggiore rischio di corruzione, trasparenti e socialmente controllabili, con ricadute positive sul livello di servizio alla cittadinanza. Inoltre la citata legge pone in particolare rilievo i piani di prevenzione della corruzione che ciascuna amministrazione deve adottare ed aggiornare: al PNA è affidato il ruolo di regia generale della politica di adozione di misure anticorruzione e, più in particolare, di

guida nella predisposizione dei piani triennali di prevenzione della corruzione (PTPC) delle singole amministrazioni. I piani sono costruiti sul modello adottato nelle imprese private con il d.lgs. n. 231/2001, che impone alle imprese di adottare modelli organizzativi volti a prevenire attività corruttive svolte da propri dirigenti, quadri o dipendenti, in aree di particolare rischio corruttivo e richiede l'elaborazione periodica di una mappatura dei rischi di corruzione relativi alle varie attività.

Allo stesso modo, il sistema anticorruzione introdotto con la l. n. 190/2012 è improntato a rafforzare l'aspetto della legalità e la promozione dell'integrità e dell'etica nello svolgimento delle attività in ambito pubblico. I principi dell'integrità e della trasparenza, la formazione e la protezione di chi si espone nel denunciare si collocano infatti in una nuova fase storica del diritto amministrativo delle pubbliche amministrazioni, in cui a causa della crisi dell'autorità statale e dello strumento legislativo la tensione verso l'efficienza e verso la legalità devono trovare il loro fondamento nei comportamenti dei lavoratori e nei loro valori anche attraverso strumenti di *soft law* e buone pratiche gestionali.

Quello che qui si vuole evidenziare è che i piani, i principi di comportamento, i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta, gli strumenti utili per la prevenzione dei fenomeni corruttivi definiti per i lavoratori dipendenti pubblici, dovrebbero essere estesi anche agli altri lavoratori (in numero crescente) che hanno un rapporto di lavoro in capo a terzi pur operando presso le strutture pubbliche o per strutture convenzionate con il SSN: consulenti, collaboratori, somministrati, dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi che realizzano opere in favore dell'amministrazione, tirocinanti, titolari di borse di studio, stagisti. Il problema che qui emerge non è di poco conto: infatti, queste tipologie di lavoratori non sono inquadrabili nei tipici rapporti di lavoro tradizionalmente intesi. Consulenti e collaboratori (ma anche medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti convenzionati, tirocinanti e stagisti) non rientrano nell'area della subordinazione, svincolati come sono da un rapporto di lavoro subordinato, mentre i lavoratori somministrati e i dipendenti di aziende fornitrici si trovano nella situazione di una non perfetta coincidenza tra datore di

lavoro formale e datore di lavoro effettivo. Bisogna allora capire come le aziende sanitarie pubbliche (committenti) possano estendere in modo lecito l’applicazione di tali strumenti anche a quei lavoratori su cui non può avere alcun potere direttivo, organizzativo, di controllo e disciplinare sebbene operino per essa. L’estendere le informazioni e gli strumenti sui rischi specifici esistenti nell’area più esposte a situazioni poco trasparenti ed eticamente discutibili dovrebbe consentire ai lavoratori autonomi, parasubordinati o dipendenti delle imprese appaltatrici di operare con la necessaria attenzione nei confronti di eventuali opacità e di adottare comportamenti idonei alla missione dell’azienda presso la quale operano. Analogamente - sebbene di portata inferiore - a quanto avviene per la formazione e l’informazione nell’ambito della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, si pone il problema in merito alla necessità di informare, formare e tutelare tutti i lavoratori che operano per il committente pubblico pur dipendendo da terzi, tenuto conto che non è interesse né dell’appaltatore né del committente investire su questi lavoratori che ai loro occhi rappresentano quasi esclusivamente un costo da minimizzare.

Di seguito verranno analizzati i principali strumenti non di natura repressiva ma di prevenzione dei fenomeni illegali.

2.5.1 Il codice di comportamento e etico

L’entrata in vigore del d.lgs. n. 231/2001, che disciplina la responsabilità sociale d’impresa (RSI) definita nel Libro Verde del 2001 *Promuovere un quadro europeo per la responsabilità sociale delle imprese*, ha incoraggiato anche in Italia la nascita dei codici etici quali strumenti idonei a prevenire reati che l’azienda potrebbe commettere nell’esercizio della propria attività d’impresa. Nell’individuare i comportamenti e le responsabilità sociali e morali che devono essere assunti sia all’interno che all’esterno dell’impresa, i codici rappresentano un efficace mezzo per prevenire comportamenti illeciti, irresponsabili e amorali di tutti coloro che operano in nome e per conto dell’impresa. Il contenuto dei codici è rappresentato da norme di organizzazione e di azione di fonte privata ad adozione volontaria: standard etici di comportamento basati sulla trasparenza,

legittimità morale, uguaglianza, diligenza, tutela della persona, della salute e dell'ambiente.

Allo stesso modo nella PA, in attuazione della legge anti-corruzione e in linea con le raccomandazioni OCSE in materia di integrità ed etica pubblica, sono stati introdotti i codici di comportamento ed etici che indicano i doveri di comportamento dei dipendenti delle PA e prevede che la loro violazione è fonte di responsabilità disciplinare. Rappresentano una misura generale di prevenzione, utili strumenti non legislativi per guidare l'agire amministrativo verso processi decisionali etici e responsabili, prevenendo comportamenti irresponsabili ed illeciti da parte di chi opera in nome e per conto della PA. I codici contribuiscono infatti a delineare l'integrità del comportamento come fattore decisivo per il buon andamento della PA fornendo un quadro condiviso, chiaro, coerente ed esplicito dei valori e dei comportamenti attesi (in termini di diritti, doveri, impegni, norme comportamentali e responsabilità) da parte dei lavoratori pubblici.

I codici non sono pensati per sanzionare i dipendenti corrotti ma sono rivolti a chi intende operare con integrità e ha necessità di una linea guida che possa supportarlo e orientarlo nelle scelte, rispetto a questioni dubbie o difficili a causa di una scarsa chiarezza o consapevolezza sulla giusta condotta da tenere. L'esistenza di codici aumenta la probabilità che i lavoratori agiscano conformemente alle attese: essi pertanto svolgono un ruolo, per così dire, esplicativo, ovvero in essi vengono definiti e promossi gli standard etici (principi e valori) di riferimento che devono essere rispettati (dovere costituzionale di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico), permettendo ai lavoratori di riconoscere eventuali illeciti e consentendo un controllo diffuso, utile quale deterrente alla corruzione.

Ma i codici costituiscono anche una sorta di dichiarazione di professionalità. Il dipendente svolge il proprio lavoro con competenza e scrupolo solamente se rispetta gli standard etici previsti. I codici forniscono a chi entra a far parte di una realtà aziendale un chiaro insieme di valori di riferimento la cui conoscenza non può essere data per scontata e agiscono sul senso di appartenenza professionale e l'orgoglio. Si tratta di un fattore motivazionale importante, capace di sviluppare

competitività e qualità, di garantire comportamenti imparziali e corretti nei confronti dei cittadini.

La piena adesione dei lavoratori alla missione aziendale, che contribuisce a creare e sostenere la buona reputazione dell’amministrazione, solitamente eccede l’obbligazione contrattuale strettamente intesa e non può quindi essere imposta mediante gli strumenti sanzionatori che l’ordinamento offre al datore di lavoro; ma non per questo l’atteggiamento del lavoratore può considerarsi irrilevante, ex art. 8 St. lav. (si pensi ad esempio se e quanto rientra nell’obbligo contrattuale di un lavoratore il sorridere e l’essere gentile nel ricevere la clientela), nella valutazione dell’attitudine del lavoratore alla prestazione e al conseguimento del massimo risultato utile che l’impresa legittimamente persegue.

Con l’introduzione dei codici, l’enfasi viene quindi posta sui processi formativi e sui meccanismi di coinvolgimento dei lavoratori quale fattore determinante nella prevenzione della corruzione e nel mantenimento di alti standard etici.

2.5.2 La formazione e l’informazione

Una parte importante del processo di diffusione di una cultura anticorruzione e dell’integrità è rappresentata dall’avvio di programmi di formazione rivolti ai lavoratori e finalizzati a migliorare sia la loro professionalità, che a far conoscere e a condividere le tematiche dell’etica, della legalità e lo scambio di esperienze tra diverse amministrazioni in tema di rischi e prevenzione di episodi di corruzione.

La legge 190/2012 riconosce alla formazione un ruolo fondamentale per la buona applicazione dei principi in essa contenuti e per una presa di coscienza del problema in modo da conoscerlo ed evitare che si incancrenisca.

Tramite lo strumento della formazione e attraverso l’elaborazione e condivisione dei principi dei codici etici e di comportamento, le amministrazioni possono orientare le azioni dei propri lavoratori verso una cultura della legalità e dell’etica, aumentare le competenze e le conoscenze necessarie per ridurre dal punto di vista gestionale il rischio di comportamenti (anche di lieve rilevanza o che possono sembrare innocui) poco trasparenti e rafforzare la capacità di adottare regolamenti o atti datoriali idonei a contrastare e prevenire la corruzione.

In questi termini si esprime anche il PNA che definisce la formazione come misura di prevenzione generale che consente ai lavoratori preposti di adottare scelte consapevoli sulla base di una discrezionalità improntata a decisioni assunte con cognizione e responsabilità evitando il rischio di azioni illecite compiute inconsapevolmente, di condividere e confrontarsi sulle esperienze e prassi amministrative, di mettere a fattor comune la conoscenza e le competenze specifiche per lo svolgimento delle attività nelle aree a più alto rischio di corruzione attraverso percorsi di aggiornamento continuo e in modo che i lavoratori possano godere di una maggiore conoscenza trasversale che agevola la rotazione degli incarichi. Infatti la formazione ha pure un ruolo indiretto nell'ambito della prevenzione della corruzione, volto ad ampliare le competenze specialistiche e ridurre i monopoli di competenze e conoscenze in quegli ambiti e processi della pubblica amministrazione particolarmente tecnici (esperti di gare di appalto, di capitolati, di bilancio, di fondi comunitari, di investimenti immobiliari, mobiliari e strumenti finanziari, di perizie tecniche) per i quali non è facile trovare le professionalità e le competenze necessarie (anche a causa del blocco delle assunzioni e di politiche di reclutamento errate). Il monopolio che si verifica in alcuni settori a rischio e che impedisce di attuare sia misure di rotazione sia misure di controllo di secondo livello può essere superato solo attraverso piani mirati di formazione. In particolare viene ribadita l'importanza della tracciabilità delle azioni, della corretta esecuzione delle procedure e dei protocolli e dell'attività di monitoraggio.

Ma la formazione e la valorizzazione dei lavoratori attraverso la formazione rappresenta pure una sorta di protezione nei loro confronti garantendogli l'occupabilità nel mercato del lavoro, la spendibilità delle competenze professionali acquisite, l'adeguamento delle conoscenze e competenze alle esigenze, velocemente mutanti, della domanda di lavoro, contribuendo così ad un effetto incentivante, di consolidamento del rapporto di fiducia, di fedeltà, di partecipazione, di consapevolezza del proprio ruolo all'interno dell'organizzazione e del senso di appartenenza all'interno del SSN.

Questo investimento in formazione e sensibilizzazione dovrebbe essere rafforzato nel corso dell'intero rapporto di lavoro e dovrebbe riguardare non solo i lavoratori

dipendenti pubblici, ma anche tutti quei lavoratori che pur contrattualmente non inseriti nell’amministrazione pubblica operano per essa.

Da più parti viene infatti evidenziato come il successo delle norme in materia di lotta alla corruzione non dipende tanto dalle norme di carattere imperativo quanto da misure di carattere gestionale e, soprattutto, dalla sensibilità sul tema che i lavoratori possono maturare, innescando una contaminazione positiva.

L’informazione e la formazione dei lavoratori, intesa non in senso nozionistico ma quale partecipazione attiva nella valutazione di casi concreti e sviluppo di capacità atte ad individuare i possibili rischi nei diversi contesti, costituiscono pertanto leve strategiche per il cambiamento, il miglioramento nel medio lungo periodo del rapporto tra lavoratori, procedure e risorse pubbliche e l’attuazione di misure in materia di trasparenza e integrità nell’ambito di un rinnovato sistema di responsabilizzazione della dirigenza e di tutti i lavoratori.

A tal riguardo il comma 11 dell’art. 1 della legge n. 92/2012 individua due tipologie di formazione. Da una parte, una formazione trasversale sui temi dell’etica e della legalità, in materia di gestione del personale, di analisi, semplificazione, informatizzazione e digitalizzazione dei procedimenti e processi. Dall’altra, una formazione mirata a sviluppare conoscenze e competenze sull’analisi dei processi, sui potenziali rischi connessi ai processi da gestire e sull’individuazione delle strategie da adottare per ridurre dal punto di vista gestionale il rischio, nei confronti di quei lavoratori impiegati nei settori particolarmente esposti alla corruzione (individuati sulla base dei piani adottati dalle singole amministrazioni) e selezionati dal responsabile della prevenzione della corruzione in base alle procedure disciplinate ai commi 5 e 8 dello stesso articolo. In entrambi i casi, la formazione non deve però essere concepita in termini di mero aggiornamento sui contenuti del codice e sui comportamenti vietati dallo stesso ma prevedere una formazione che, partendo da riflessioni generali sui valori e i principi di riferimento, affronti e discuta situazioni e casi pratici, con una forte interazione dei partecipanti. In questo modo, si cerca di incidere su aspetti di tipo culturale, sul senso di appartenenza e di responsabilità dei lavoratori, evitando la logica di una formazione di tipo normativo tesa solo a trasferire conoscenze.

Per quanto riguarda il tema dell’informazione, anche questa è legata ad una duplice valenza, interna ed esterna. Mentre quella esterna richiama l’aspetto della comunicazione, della trasparenza e della necessità di assicurare ai cittadini l’accessibilità alle informazioni relative all’organizzazione e all’andamento della gestione pubblica (di cui si tratterà nel paragrafo successivo), l’informazione interna deve essere sviluppata al fine di favorire la conoscibilità dei codici di comportamento e la condivisione dei principi etici da parte di tutti i lavoratori, nonché al fine di agevolare lo scambio di informazioni. Sensibilizzare i lavoratori (non solo quelli che operano all’interno di possibili settori a più alto rischio di corruzione) e far comprendere con chiarezza cosa è lecito e cosa è vietato nell’esercizio delle funzioni pubbliche o private contribuisce a creare un ambiente di lavoro più attento ai potenziali rischi.

Coerenti con una politica orientata allo scambio delle informazioni e alla trasparenza, sono anche le procedure di digitalizzazione, condivisione, integrazione ed incrocio delle banche dati appartenenti alle diverse amministrazioni che consentono di tracciare ed arginare eventuali frodi e irregolarità ma anche di avere informazioni complete sulla storia clinica delle persone (*e-Health*). Le pubbliche amministrazioni generano e raccolgono un gran numero di dati ed informazioni digitali (i cosiddetti *Big Data*) che, se si sanno organizzare, riutilizzare e sintetizzare attraverso strumenti adeguati, diventano un valore aggiunto sia per il patrimonio conoscitivo personale che quello informativo pubblico consentendo, da un lato, di avere una visione globale e storica dei pazienti e, dall’altro, di rilevare informazioni nascoste tra dati provenienti da diverse fonti, associazioni fra soggetti, di prefigurare scenari potenzialmente illegali attraverso verifiche massive che consentono di superare le lunghe e costose verifiche puntuali a campione, dall’altro (ad esempio per l’esenzione del pagamento dei ticket sanitari laddove non ci sono i requisiti reddituali o soggettivi).

2.5.3 La trasparenza

Nell'ordinamento italiano l'aspetto della trasparenza su ciò che la PA fa ha spesso assunto carattere di adempimento informativo nella sua dimensione esterna ovvero di piena e diffusa comunicazione unidirezionale dall'amministrazione ai cittadini e di pubblicità nei siti istituzionali di tutte o di gran parte delle informazioni interne alle amministrazioni. Ma questi tipi di adempimenti rappresentano solo un primo livello di trasparenza di tipo generale, una condizione necessaria, per iniziare a creare un sistema di relazioni fiduciarie e bidirezionali tra cittadini ed amministratori, ma non sufficiente per un'efficace partecipazione attiva dei cittadini ai processi decisionali e valutativi delle performance della PA. Ormai da qualche anno, infatti, è stato fortemente valorizzato il principio di trasparenza dell'azione amministrativa intesa come disponibilità ed accesso ad informazioni utili a rendere conto dei risultati prodotti sul territorio e dare risposta alle esigenze dei diversi soggetti interessati a vario titolo nei confronti dell'attività della PA e, quindi, quale leva per l'efficienza della PA: là dove i processi e i risultati sono trasparenti e facilmente accessibili, migliorano la fiducia, la motivazione, la partecipazione, il coinvolgimento e, in ultima analisi, la *performance* in quanto è possibile da parte di chiunque controllare e mettere a confronto informazioni e dati, in un clima di reciproca fiducia tra controllato (PA) e controllore (cittadini).

Al contrario «là dove manca la trasparenza si genera un cono d'ombra entro cui possono trovare spazio quei fatti di corruzione o concussione che rendono poi indispensabile l'intervento del giudice penale, intervento che a sua volta, prima ancora del definitivo accertamento dei fatti può avere anche l'effetto di generare un clima di sospetto, una nebbia mefitica che sembra tutto avvolgere e genera sfiducia da parte dei cittadini onesti» (cfr. Inaugurazione dell'anno giudiziario 2009, Relazione del Presidente della Corte dei Conti, 2009, qui p. 18)

Oltre alla circolazione delle informazioni, anche l'accesso alle conoscenze detenute dalla PA, l'espressione di pareri/opinioni dei cittadini sui servizi (*voice*), i livelli di scelta discrezionale dei cittadini tra diversi fornitori (*exit*), la sussidiarietà verticale quale massima espressione della partecipazione attiva dei

cittadini ⁽⁵⁷⁾ sono i fattori incentivanti la buona amministrazione e la *governance* contribuendo ad un più trasparente utilizzo delle risorse e, conseguentemente, ad un miglioramento dei risultati ottenuti, a modificare le relazioni di potere, ad ostacolare l'autoreferenzialità, a rendere più difficile usare le informazioni come fonte di potere, a diminuire il tasso di corruzione ed a incrementare il livello di fiducia e la percezione di integrità nei confronti della PA.

Il principio di trasparenza, nonostante il ruolo centrale rivestito nella gestione della PA, non trova esplicito riconoscimento all'interno del testo costituzionale, sebbene parte della dottrina lo ritiene racchiuso nelle regole di imparzialità e buon andamento richieste alle pubbliche amministrazioni e sancite dall'art. 97 della Costituzione. Il legislatore ha però riconosciuto l'importanza di questo criterio inserendolo, seppur con significati differenti, all'interno di una serie di atti normativi: dalla legge n. 241/1990 s.m.i. sul procedimento amministrativo, al codice dell'amministrazione digitale, al d.lgs. n. 150/2009 e al d.lgs. n. 33/2013, come da ultimo modificato dal d.lgs. trasparenza n. 97/2016 attuativo della delega di riforma della PA (l. n. 124/2015).

L'articolo 22 della l. n. 241/1990 lega il principio della trasparenza al diritto da parte degli interessati, portatori di un interesse concreto, diretto e attuale ad accedere ai documenti amministrativi per prendere visione ed estrarne copia: la trasparenza e l'accesso ai documenti amministrativi rappresentano, quindi, lo strumento diretto a salvaguardare posizioni giuridicamente rilevanti (diritti soggettivi e interessi legittimi).

Nel d.lgs. n. 150/2009 la trasparenza è invece interpretata come accessibilità totale, o *total disclosure*, alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, configurandosi quale «*livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 117, co. 2, lett. m), della Costituzione*» evidenziando, da una parte, che la trasparenza è un principio generale di funzionamento dell'amministrazione pubblica e, dall'altra, che essa rappresenta un principio obbligatorio per tutte le amministrazioni pubbliche ad ogni livello di governo.

⁽⁵⁷⁾ Così R. RUFFINI, *Trasparenza e sviluppo delle performance: oltre l'adempimento, la partecipazione*, in P. MASTROGIUSEPPE, R. RUFFINI (a cura di), *La riforma del lavoro pubblico tra continuità e innovazione*, op. cit.

È significativa la differenza tra le due impostazioni: per la prima non sono ammissibili istanze di accesso finalizzate ad un controllo generalizzato dell'operato della PA, la seconda si propone di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità dell'operato della PA a garanzia della legalità e dello sviluppo della cultura dell'integrità (art. 11) per avere servizi di maggior qualità e minor costo per i cittadini. Attraverso *«lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti»* ed un efficace sistema di controllo, la PA rendiconta le attività svolte e consente ai cittadini e ai diversi interlocutori di verificarne la validità, in un clima di reciproca fiducia e responsabilità che dovrebbe agevolare un sistema organizzativo più efficiente, maggiormente orientato alla responsabilizzazione e motivato.

Rispetto a tale panorama normativo, la legge n. 190/2012 è intervenuta evidenziando l'importanza della trasparenza amministrativa quale strumento di prevenzione della corruzione e strumento dissuasivo rispetto a fenomeni di cattiva gestione delle risorse pubbliche in grado di favorire il controllo e l'*accountability* della pubblica amministrazione.

Proprio in attuazione della delega contenuta nella legge anticorruzione del 2012, è stato adottato il d.lgs. n. 33/2013, recante *riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*, che all'art. 1 riprende la definizione del d.lgs. n. 150/2009, ribadendo che la trasparenza va intesa *«come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche»* e quale strumento diretto *«ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione»*.

Attraverso lo strumento dell'accesso civico previsto dall'art. 5 del d.lgs. n. 33/2013, la trasparenza assume valenza di diritto soggettivo pubblico a conoscere ed utilizzare tutti i documenti, gli atti, le informazioni e i dati che le amministrazioni sono obbligate a pubblicare nei siti istituzionali e la cui qualità deve garantire «*l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione dei dati e delle informazioni pubblicate*» (art. 6).

Con il recente intervento legislativo ad opera del decreto legislativo attuativo della l. n. 124/2015 (d.lgs. n. 97/2016) è stata ulteriormente enfatizzata l'importanza dell'accesso civico quale strumento di vigilanza diffusa sull'operato della PA e sulla sua conformità: la richiesta può prevenire da chiunque, senza alcuna limitazione soggettiva del richiedente e senza bisogno di alcuna motivazione o titolarità di un interesse diretto, concreto e attuale corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento, come richiesto invece dalla legge n. 241/1990. L'intento è quello di implementare forme di monitoraggio sulla gestione della *performance* attraverso la partecipazione di tutti gli *stakeholders* interessati alle attività delle amministrazioni pubbliche, utili a promuovere l'integrità ed a prevenire fenomeni di corruzione, i cui costi diretti e indiretti incidono sulla collettività e sulle imprese, e a favorire un più stretto rapporto tra cittadino e amministrazione. Infatti la trasparenza dovrebbe consentire l'attivazione di un processo di controllo diffuso esercitato da parte dei cittadini-utenti (definito come *friendly citizen control*), anche nella veste di dipendenti dell'amministrazione, sull'operato pubblico attraverso il quale viene stimolata la partecipazione e la collaborazione tra P.A. e i cittadini i quali potranno, in tal modo, contribuire attivamente attraverso suggerimenti, critiche e proposte a migliorare la qualità, l'efficienza e l'efficacia dei servizi pubblici.

Per tale motivo la legge ha inoltre previsto l'obbligo di adozione per tutte le amministrazioni di uno specifico programma triennale per la trasparenza e l'integrità, dovendo essere garantita la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance.

Ma ancora più utile in termini di contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, il citato d.lgs. n. 33/2013 intende attuare quella funzione di *«coordinamento informativo, statistico e informatico dei dati dell’amministrazione statale, regionale e locale di cui all’art. 117, secondo comma, lettera r) della Costituzione»*. Infatti la condivisione e l’integrazione delle banche dati a disposizione delle amministrazioni pubbliche rappresenta non solo una fonte preziosa di informazioni e di conoscenza ma anche un’opportunità per contrastare l’illegalità e le frodi, o per lo meno per mitigarne il rischio. Le amministrazioni devono poter comunicare in modo diffuso, far circolare le informazioni al loro interno, verso il basso, verso l’alto e trasversalmente. Infatti le pubbliche amministrazioni generano e raccolgono un gran numero di dati (aggravando talvolta i cittadini di adempimenti burocratici inutili) ed informazioni digitali (i cosiddetti Big Data) che, se si sanno organizzare, riutilizzare e sintetizzare attraverso strumenti adeguati, diventano un valore aggiunto per il patrimonio informativo pubblico. Consentono di rilevare informazioni nascoste tra dati provenienti da diverse fonti, associazioni fra soggetti e di prefigurare scenari potenzialmente illegali attraverso verifiche massive che consentono di superare le lunghe e costose verifiche puntuali a campione: l’esenzione del pagamento dei ticket sanitari laddove non ci sono i requisiti reddituali, anomalie nelle prescrizioni di farmaci, doppie erogazioni degli assegni familiari all’interno della stessa famiglia, indebito conguaglio dell’indennità di malattia, truffe assicurative, utilizzo di permessi per assistenza a malati ricoverati presso strutture residenziali e così via.

In quest’ottica è presente nel disegno riformatore della PA una maggiore informatizzazione-digitalizzazione dell’amministrazione pubblica: DURC online, fatture digitali e banche dati comunicanti sono ad esempio alcuni degli strumenti che, apparentemente giustapposti gli uni agli altri, si inseriscono in un medesimo disegno riformatore i cui obiettivi sono inquadrabili all’interno di un panorama internazionale, la cui strategia è stata elaborata a livello europeo con la definizione dell’Agenda digitale europea, in cui viene sottolineata la rilevanza della dimensione digitale e informatica quale fattore di semplificazione e trasparenza della PA.

2.5.4 La tutela dei whistleblowers

Tra i meccanismi di prevenzione alla lotta alla corruzione riveste un ruolo fondamentale il *whistleblowing*, strumento di monitoraggio che rientra tra i controlli esperibili dall'interno delle singole realtà. L'istituto diffuso ormai da anni negli ordinamenti di *common law* dove viene addirittura incentivato con dei premi economici, comincia ad essere conosciuto ed utilizzato anche in Italia, grazie alla previsione contenuta nella legge n. 190/2012 che ha recepito gli impegni presi dall'Italia sottoscrivendo gli accordi internazionali in tema di lotta alla corruzione.

La volontà da parte del legislatore di incentivare questo strumento è di stretta attualità: è imminente l'approvazione della legge sul *whistleblowing* che darà diritto, pur non prevedendo incentivi strettamente premiali, a chi denuncerà illeciti compiuti dai colleghi, tanto nel settore pubblico quanto nel settore privato, ad una tutela *ad hoc*.

Nello specifico, al fine di incentivare le segnalazioni di atti sospetti di corruzione, il comma 51 dell'art. 1 della legge n. 190/2012 introduce l'articolo 54 bis nel d.lgs. n. 165/2001 che prevede un sistema di protezione - che viene meno laddove la segnalazione venga fatta in mala fede e/o abbia ad oggetto dichiarazioni mendaci - nei confronti del dipendente pubblico che segnala e denuncia condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro all'autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti o al superiore gerarchico.

La disposizione prevede che, ad eccezione dei casi di responsabilità riconducibili a calunnia o diffamazione, il denunciante non possa essere sanzionato, licenziato o sottoposto a misure sanzionatorie e la sua identità può essere rilevata solo ove risulti assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato. Parallelamente viene richiesto che la segnalazione sia chiara, precisa, fondata, qualificata e circostanziata in modo da non violare i diritti della persona segnalata e per non generare la possibilità di speculazioni sulla vicenda oggetto della segnalazioni. Il *whistleblower*, quindi, deve procedere alla segnalazione in buona fede e sulla base di ragionevoli motivi e non può presentarla in forma anonima.

Infatti la libertà di espressione, principio disciplinato dalla nostra Costituzione all'art. 21, dalla Convenzione Europea dei Diritti Umani all'art. 10 e dallo statuto dei lavoratori all'art. 1, ha come contraltare un dovere di responsabilità che si sostanzia nella fondatezza e genuinità dell'informazione che il *whistleblower* decide di riportare, ragion per cui egli deve verificarne, nella misura consentita dalle circostanze, l'accuratezza e l'affidabilità. L'art. 21 della Costituzione, analogamente a quanto previsto dall'art. 10 della Convenzione Europea dei Diritti Umani, riporta la questione su un contemperamento degli interessi coinvolti, alla luce del dovere di confidenzialità e fedeltà nei confronti dell'organizzazione di cui è parte il prestatore di lavoro. Così anche nello statuto dei lavoratori è rinvenibile un riferimento al diritto di espressione di colui che segnala illeciti all'articolo 1. Ma l'articolo più incisivo è l'art. 18, in tema di licenziamenti laddove viene protetto il posto di lavoro e garantito il diritto ad essere reintegrato a coloro che vengono licenziati per ritorsione.

Sempre in tema di rapporti di lavoro, sono rinvenibili alcuni riferimenti alla protezione di chi segnala condotte illecite nel codice civile: l'art. 2104 stabilisce un vero e proprio dovere di obbedienza da parte del lavoratore, il quale è obbligato a conformarsi a tutte le disposizioni del datore di lavoro nell'eseguire il proprio lavoro, fatta eccezione la possibilità di rifiutarsi laddove la disposizione preveda il compimento di un prestazione illecita. L'art. 2105, invece, stabilisce un obbligo di fedeltà che si traduce nel divieto di concorrenza e nell'obbligo di riservatezza che può tuttavia venir meno quando il comportamento del lavoratore si pone in contrasto (specie se a tutela del pubblico interesse) con attività illecite del datore di lavoro.

Infine, si osserva come la legge non chiarisca se la segnalazione degli illeciti da parte del pubblico dipendente costituisca un obbligo o una mera facoltà. A tal riguardo, non risulta dirimente nemmeno la lettura combinata dell'art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001 in commento con gli artt. 8 e 16 del d.p.r. n. 62/2013 (codice di comportamento dei dipendenti pubblici) e con il precetto di cui all'art. 361 c.p. (omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale) che prevede l'obbligo di denuncia per il dipendente pubblico, qualora rivestisse il ruolo di pubblico ufficiale ex art. 357 c.p., di riferire alla competente Autorità Giudiziaria gli

eventuali illeciti penalmente rilevanti e delle ipotesi di danno erariale di cui ha avuto notizia e dei quali venisse appunto a conoscenza in ragione delle sue funzioni. L'obbligatorietà da parte del pubblico ufficiale a denunciare un reato fa ritenere parte della dottrina non necessaria una specifica disciplina a protezione del lavoratore e la previsione di incentivi per la segnalazione mentre, dall'altra chi sottolinea che l'istituto giuridico del *whistleblowing* e, soprattutto, le forme di tutela offerte al segnalatore possano rappresentare, per l'emersione e l'accertamento degli illeciti, uno strumento comunque idoneo a consentirne quella necessaria tempestività in funzione preventiva che il codice e il procedimento penale e contabile, da soli, non hanno potuto né possono oggettivamente garantire. I lavoratori, in quanto partecipi attivi della vita di un'organizzazione e potendo accedere ad informazioni particolari che gli permettono di avere un'opinione più qualificata rispetto ad altri soggetti estranei, rappresentano un tassello fondamentale per l'emersione dei casi di corruzione, frode e cattiva gestione ma l'elevato rischio al quale si espongono nel segnalare gli illeciti e l'assenza di forme di incentivazione e premialità, la mancanza di tutela da ritorsioni che può compromettere la sicurezza dei lavoratori e quella delle loro famiglie rappresentano importanti fattori dissuasivi per i potenziali denunciatori. I lavoratori si trovano così a un bivio: scegliere di non accettare alcuna situazione di illegalità o fingere di non vedere, finendo addirittura per approfittare della situazione d'illegalità, perché colluso o perché facente parte di un sistema in cui alcune condotte non vengono ritenute riprovevoli convincendolo della funzionalità e della convenienza della pratica eticamente scorretta.

Questo potrebbe essere ancora più accentuato in un mercato del lavoro fortemente flessibile e frammentato in cui la precarizzazione dei rapporti di lavoro porta i lavoratori ad essere sempre meno parte integrante delle organizzazioni, ad avere sempre meno visibilità sui processi e a disinteressarsi di quanto possono assistere per timore di perdere o non vedere confermato il proprio posto di lavoro, ponendoli in una condizione di maggiore debolezza, soggezione e subalternità alle discriminazioni e ritorsioni, alimentando probabilmente un clima di omertà e collusione.

Per tale ragione potrebbe essere opportuno coinvolgere le parti sociali nella creazione di un sistema virtuoso di dialogo attraverso cui ogni lavoratore possa avere un confronto con il datore o con l’associazione sindacale sui fatti che accadono nell’ambito del rapporto di lavoro e che possa stimolare i lavoratori ad effettuare dichiarazioni a favore della impresa o dell’interesse pubblico in genere, liberandoli così dal timore di subire ritorsioni. Inoltre da più parti viene evidenziata la necessità di favorire il coinvolgimento della società nella diffusione del rispetto e della legalità quali valori insiti nel contesto sociale e non imposti normativamente dall’alto in modo da aumentare il grado di consapevolezza generale ed incoraggiare un cambiamento culturale: in quest’ottica alcune organizzazioni internazionali (ad esempio Transparency International) e nazionali (come Illuminiamo la salute) contribuiscono alla sensibilizzazione della società e alla diffusione del concetto di *whistleblowing* inteso non quale strumento di delazione o di spionaggio per perseguire e sanzionare bensì quale strumento utile per promuovere la trasparenza e la buona gestione incoraggiando i lavoratori a segnalare spontaneamente, a prescindere dall’esistenza o meno di un obbligo.

Ma più di tutto è avvertita la necessità, come evidenziato nel primo monitoraggio sul *whistleblower* effettuato dall’ANAC a giugno 2016, che per poter funzionare e creare un clima favorevole alle segnalazioni ci sia bisogno di assicurare sempre l’anonimato al segnalante per superare la diffidenza che il sistema (anche se su piattaforma informatica e non cartacea) possa garantire veramente una tutela a chi si espone nel segnalare. In questi termini si muove la legge in fase di approvazione nel garantire l’anonimato, almeno sino alla chiusura delle indagini preliminari, e la non sanzionabilità del lavoratore in ragione della sua segnalazione, tramite licenziamento o sottoposto ad altri tipi di misure discriminatorie.

2.5.5 Rating di legalità e d’impresa, protocolli e patti d’integrità

L’ultimo paragrafo viene infine dedicato agli strumenti individuati dal legislatore per minimizzare i rischi legati ad una diversa modalità gestionale dell’attività pubblica, orientata ad una maggiore elasticità per cercare di adeguarsi ai rapidi

cambiamenti non solo demografici ed epidemiologici ma anche economici, sociali e, soprattutto, tecnologici. Come si è ampiamente visto nei paragrafi precedenti, anche la PA sta abbandonando la logica verticale basata sul controllo diretto di tutti i processi aziendali per andare verso strutture organizzative sempre più flessibili, al fine (sperato) di ridurre i costi e focalizzarsi sulle competenze e attività *core*. Nelle scelte di esternalizzazione, però, l’obiettivo deve essere quello di conseguire un vantaggio competitivo sostenibile nel tempo e attento ai valori etici e sociali.

Così in tempi di *rating society* (sulla cui base si fondano i nuovi mercati della *sharing economy*), anche negli appalti la dimensione reputazionale sta diventando fattore sempre più rilevante: il nuovo codice degli appalti prevede infatti un sistema premiante per quelle imprese che ottengono una buona valutazione in termini di reputazione, tenendo conto del comportamento avuto nei contratti precedenti (art. 83 d.lgs. n. 50/2016), sancendo il passaggio da un sistema basato sui requisiti formali verso un sistema di requisiti sostanziali. Il settore pubblico deve cercare di *«conservare memoria storica dell’esecuzione dei contratti precedenti e prevedere modalità per premiare nelle gare future le imprese che si sono dimostrate in passato contraenti affidabili. In buona sostanza, gli strumenti di disqualification non dovrebbero essere usati solo quando emergano fatti corruttivi ma anche quando vi siano stati in passato gravi inefficienze»* ⁽⁵⁸⁾, premiando chi ha lavorato bene, nei tempi e con i costi previsti, e penalizzando chi ha adottato comportamenti illeciti o inefficienti con clausole risolutive e penali da applicarsi durante lo svolgimento dell’appalto e con l’esclusione alla partecipazione ai futuri appalti.

L’introduzione dell’istituto del *rating* d’impresa da parte del nuovo codice degli appalti si sovrappone, in parte, al previgente istituto del *rating* di legalità: entrambi infatti sono strumenti di verifica delle capacità tecniche e morali delle imprese che partecipano alle procedure di gara. Mentre però il *rating* di legalità pone l’accento sull’aspetto legale dell’impresa e degli imprenditori o soci che la gestiscono (sulla base di requisiti base, minimi e aggiuntivi), viene attribuito

⁽⁵⁸⁾ Cfr. G. FIDONE, *Relazione per il seminario ‘Prevenzione della corruzione nella riforma della P.A. e nella nuova disciplina dei contratti pubblici’*, novembre 2015, qui p. 21.

dall’Autorità Antitrust, è opzionale e consente di avere vantaggi sulla concessione di finanziamenti da parte delle PA e sull’accesso al credito da parte delle banche, il sistema di *rating* di impresa, istituito presso l’ANAC dal d.lgs. n. 50/2016, è obbligatorio e definisce una serie di criteri reputazionali valutati sulla base di indici qualitativi e quantitativi, oggettivi e misurabili, nonché sulla base di accertamenti definitivi ai fini della qualificazione/selezione degli offerenti in modo da garantire l’affidabilità dell’operatore economico e assicurare la qualità della prestazione finale.

Tali strumenti prevedono tra i vari requisiti per l’ottenimento del punteggio più elevato, anche l’adozione di un modello organizzativo ex d.lgs. n. 231/2001, nonché un sistema di responsabilità sociale d’impresa (RSI) o l’acquisizione di indici di sostenibilità tramite organizzazioni internazionali e l’adozione di codici etici. Avendo la responsabilità sociale d’impresa (RSI) come carattere fondamentale la volontarietà, sono stati elaborati a livello internazionale degli standard di comportamento, ad esempio lo standard SA8000 o ISO 26000, a cui le imprese possono aderire volontariamente per implementare una corretta strategia di responsabilità sociale, certificando il rispetto dei requisiti in ambito di lavoro infantile, lavoro forzato, salute e sicurezza, libertà di associazione e diritto alla contrattazione collettiva, discriminazione, procedure disciplinari, orario di lavoro, remunerazione, sistemi di gestione sia all’interno dell’azienda sia all’esterno nel momento in cui alcune attività vengono esternalizzate. Con queste certificazioni, le aziende si impegnano a svolgere le proprie attività in modo socialmente ed ecologicamente responsabile lungo tutta la filiera produttiva, approvvigionandosi da fornitori che condividono tali valori e assicurando uno sviluppo sostenibile, al fine di evitare che l’attuale ed esclusivo perseguimento del profitto possa danneggiare ulteriormente chi già soffre una condizione di esclusione e le generazioni future.

Questa esigenza dovrebbe essere maggiormente sentita e perseguita dalla PA, in generale, e dalla sanità, nello specifico, per gli interessi (collettivi) che persegue e che non possono limitarsi ad una mera valutazione di breve periodo di riduzione dei costi ma deve tenere conto dei risvolti etici e sociali delle sue scelte decisionali e operative. Il prezzo o la velocità della produzione non possono

rappresentare gli unici criteri di scelta: i fornitori andrebbero selezionati anche in base al rispetto dei diritti fondamentali dei lavoratori, alla correttezza retributiva-contributiva-fiscale e, soprattutto, la PA dovrebbe dotarsi di strumenti di controllo adeguati a garantirne il rispetto. Operando in un'ottica di valore condiviso, pagando in tempo i fornitori, incentivando la formazione dei lavoratori impiegati negli appalti si otterrebbero un miglioramento della produttività e del benessere organizzativo che va ad impattare in ultima analisi sulla qualità e sulla salute del sistema non solo presente ma futuro. Quello che sembra emergere è la necessità di transitare da un atteggiamento predatorio interessato esclusivamente al risparmio immediato ad uno che consenta di creare legami e collaborazioni con le imprese fornitrici in modo da ottenere guadagni, non immediati ma di lungo periodo, in termini non solo di salute ma anche di inclusione sociale, *«di mantenimento dei posti di lavoro, nella promozione di nuove opportunità di lavoro e della progressiva qualificazione ed innovazione dell'offerta espressa dalle imprese sulla base degli stimoli provenienti dalla domanda pubblica. Realizzare opere, erogare un servizio deve essere non solo una risposta ad una necessità amministrativa, ma deve essere una leva per creare sviluppo compatibile con l'ambiente, sostenibile e finalizzato a creare lavoro ed opportunità di innovazione tecnologica ed organizzativa...Gli appalti sono una leva fondamentale per sostenere l'economia, dare opportunità alle imprese, mantenere e creare buoni posti di lavoro e devono essere sempre più strumento di legalità»* ⁽⁵⁹⁾.

⁽⁵⁹⁾ Cfr. *Protocollo di intesa in materia di appalti di lavori, forniture e servizi tra comune di bologna, le organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL e Alleanza delle cooperative italiane, Confcommercio, Unindustria, CNA, Confartigianato, Ancebologna, luglio 2015, qui p. 4.*

CAPITOLO 3 – L'EVIDENZA EMPIRICA: LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA

Sommario: 3.1 La metodologia – 3.2 Il questionario on-line ai Responsabili della Prevenzione della Corruzione – 3.2.1 I risultati ottenuti - 3.3 Le interviste a testimoni significativi: altri elementi di riflessione – 3.3.1 Il ruolo rivestito dai lavoratori nel promuovere l'integrità – 3.3.2 Rapporto tra lavoro, qualità, benessere organizzativo – 3.3.3 Il ruolo dei controlli interni ed esterni al SSN – 3.3.4 Il ruolo della formazione e informazione nella promozione dell'integrità

3.1 La metodologia

La ricerca empirica che si è condotta parte dall'idea – sviluppata, nei suoi elementi teorici, nei capitoli precedenti - che il cambiamento per un sistema sanitario più efficiente, efficace ed integro non possa essere affidato esclusivamente ad adempimenti puramente formali ma richiede uno sforzo in termini di investimento nel capitale umano, nella sua formazione e valorizzazione, nella diffusione delle tematiche etiche tra tutti i lavoratori necessitando, come sostiene Raffaele Cantone – Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, di un profondo cambiamento culturale. Si tratta, indubbiamente, anche in considerazione della vastità e della complessità dei temi affrontati, di un *percorso esplorativo* di conoscenza, che non ha alcuna pretesa di attendibilità o rappresentatività scientifica.

In collaborazione con *Illuminiamo la salute*, attraverso un questionario inviato on-line ai Responsabili della Prevenzione della Corruzione si è voluto mappare in un certo senso l'utilità e i punti di debolezza delle strategie e delle pratiche di prevenzione della corruzione e di promozione dell'integrità già definite a livello normativo, da parte di coloro che sono chiamati dalla legge a prevenire le illegalità. Si tratta in questo caso di un questionario strutturato che consente di ricavare risultati di “tendenza” sulla base di un campione non probabilistico, ma

formato per selezione accidentale che, sebbene rozza, garantisce comunque una quasi-casualità del campionamento all'interno del mondo dei RPC.

A tale indagine ne è poi stata affiancata un'altra di natura qualitativa: si è proceduto con delle interviste "mirate", in grado di cogliere meglio la dimensione soggettiva, ad un gruppo di testimoni per così dire significativi selezionati non più in modo casuale ma con caratteristiche differenziate: lavoratori, sindacalisti, rappresentanti di ordini professionali, di associazioni di categoria, Responsabili della Prevenzione della Corruzione, quali portatori privilegiati di interessi e attese sul tema e testimoni di aspettative nei confronti di un agire etico e integro all'interno delle strutture e del settore in cui operano.

L'obiettivo è stato quello di capire, attraverso interviste semi strutturate, se i temi della corruzione e quello congiunto dell'integrità, che ormai da qualche anno hanno trovato la loro normazione legislativa e codicistica (e che sempre più spesso risuonano nei convegni tra i dirigenti e gli addetti ai lavori), si stiano di fatto diffondendo tra tutti i lavoratori - anche tra liberi professionisti, somministrati e dipendenti di cooperative e aziende appaltatrici di servizi - oppure se anche tra di loro ci sia l'impressione che si tratti solo di una procedura formale che in fondo non viene effettivamente assimilata e metabolizzata come *modus operandi* quotidiano e non può avere ricadute nel proprio lavoro.

Necessariamente i due canali utilizzati sono stati differenti per la vastità del campione potenziale e la difficoltà a rintracciare le persone disponibili a discutere dell'argomento.

La ricerca, seppur con i limiti derivanti dalla parzialità dell'osservazione e dallo strumento di ricerca impiegato, offre alcune prime indicazioni sul tema e si propone di offrire un iniziale contributo al dibattito nonché fornire qualche riflessione su prospettive di ricerca futura.

Si evidenzia che per poter impostare in modo strutturato le domande da sottoporre nelle due tipologie di questionari, nel mese di febbraio - marzo 2015 ho frequentato alcune lezioni del corso di *Metodologia della Ricerca* presso l'Università degli Studi di Torino tenute dal Prof. Mario Cardano e si è fatto riferimento al suo libro, *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*, Carocci Editore, 2003.

3.2 Il questionario on-line ai Responsabili della Prevenzione della Corruzione: primi elementi di riflessione

In concreto, la prima tipologia di rilevazione è rivolta a figure apicali, dirigenti, Responsabili della Prevenzione della Corruzione il cui elenco è stato ricavato dal sito dell'ANAC: si tratta in totale di una popolazione campionaria di 212 responsabili a livello nazionale, di cui 46 hanno dato un riscontro al questionario, ovvero un po' più del 20%.

L'indagine si è svolta in un arco temporale di tre mesi (da luglio a settembre 2015), portando ad un'acquisizione delle risposte in modo casuale all'interno del gruppo stesso.

All'interno del quadro già prospettato nel paragrafo precedente, gli interrogativi a cui si cerca di dare una risposta con questo primo questionario sono:

- tra i RPC vi è fiducia che il Piano Anticorruzione e gli strumenti previsti siano idonei a prevenire la corruzione?
- ritengono i RPC di poter contribuire alla promozione della legalità e dell'integrità?
- quale ruolo rivestono la formazione, l'informazione e la previsione di tutele per i *whistleblowers* nella diffusione della legalità e dell'integrità?
- ritengono i RPC importante estendere questi strumenti a tutti i lavoratori anche a quelli c.d. non strutturati appartenenti ad agenzie di somministrazione, cooperative ed aziende appaltatrici di servizi?

Di seguito si illustrano rapidamente le caratteristiche del questionario elaborato per il primo tipo di indagine (vedi: *Allegato 1*). Il questionario consta di 16 domande, più una conclusiva per eventuali commenti, ed è diviso in due parti.

La prima parte contiene domande di base (dalla n. 1 alla n. 5) che permettono di raccogliere informazioni oggettive di carattere anagrafico e professionale:

- genere
- qualifica lavorativa
- anzianità lavorativa
- area geografica di lavoro

- grandezza dimensionale delle strutture presso cui operano i rispondenti.

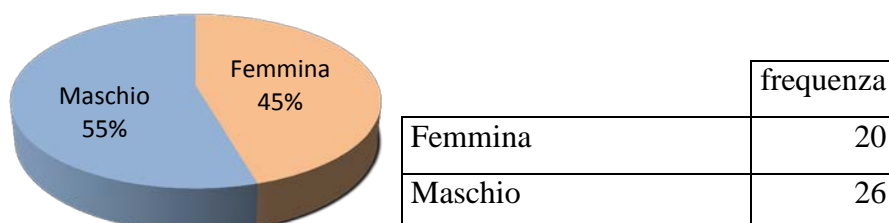
La seconda parte (dalla n. 6 alla n. 16) si apre con due domande che si possono definire di giudizio di valore sull'efficacia del Piano Nazionale Anticorruzione e su chi è più idoneo all'interno delle strutture sanitarie a promuovere un clima di legalità ed integrità etica.

A seguire, con le domande dalla n. 8 alla n. 16 si tenta di indagare la diffusione e l'efficacia di tre strumenti di prevenzione della corruzione - informazione, formazione e possibilità di accedere alle procedure del *whistleblowing* – non solo per i lavoratori dipendenti ma anche per tutto quel personale che sempre più spesso opera presso le strutture sanitarie in forza di contratti atipici (a tempo determinato e co.co.co.), contratti di somministrazione o come dipendenti di aziende appaltatrici fornitrici di servizi.

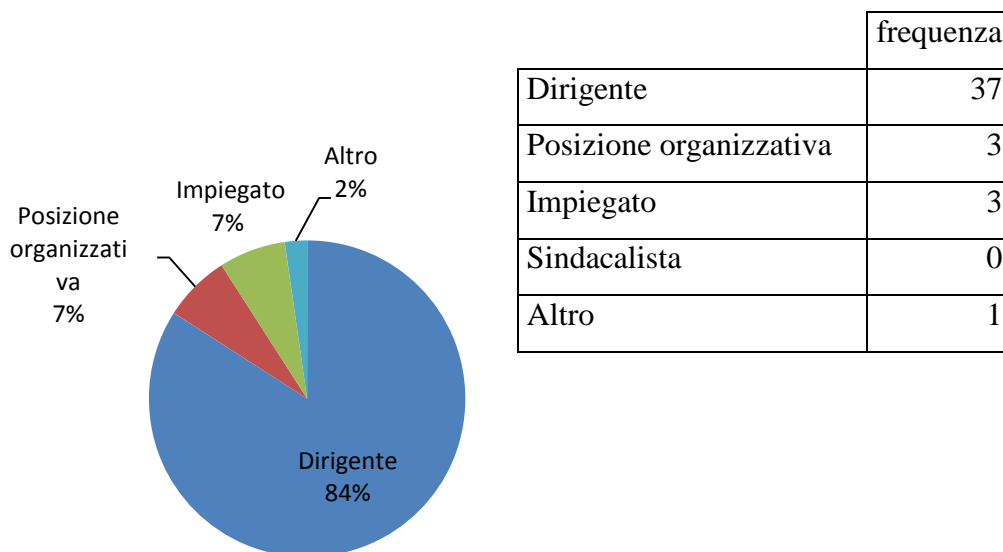
3.2.1 I risultati ottenuti

I 46 questionari raccolti sono stati compilati da un campione con le seguenti proprietà soggettive e oggettive:

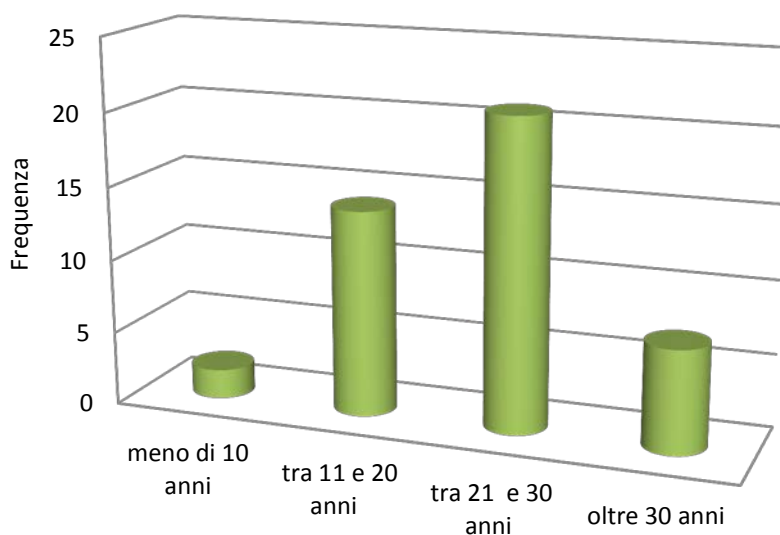
- *sesso*: il 55% degli intervistati sono uomini (24) e il 45% donne (20)



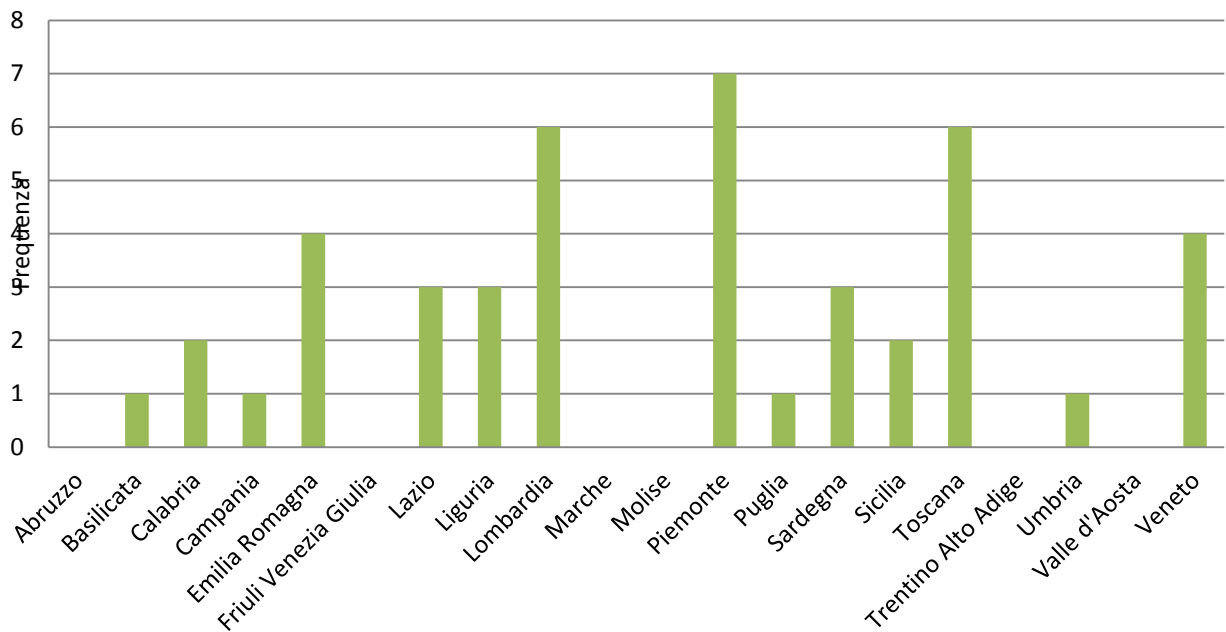
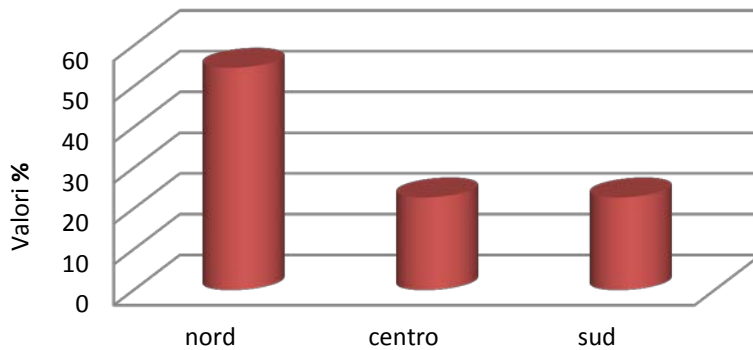
- *qualifica*: gli intervistati occupano per l'84% una posizione dirigenziale, il 7% riveste una posizione organizzativa e un altro 7% è un funzionario senza alcun incarico



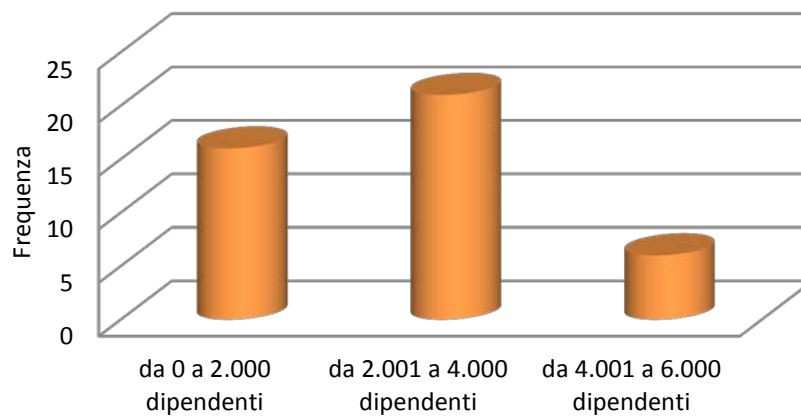
- *anzianità lavorativa*: i responsabili della prevenzione della corruzione hanno mediamente un'anzianità lavorativa medio-alta tra i 21 e 30 anni di anzianità di servizio (48%), il 32% risultano avere un'anzianità di servizio tra gli 11 e i 20 anni, il 16% ha un'anzianità lavorativa che va oltre i 30 anni mentre solo un 4% ha meno di 10 anni di anzianità lavorativa



- *area geografica*: i rispondenti al questionario sono maggiormente concentrati al nord (55%), seguiti da quelli del centro e del sud (23%)



- *dimensione aziendale*: i rispondenti al questionario lavorano in strutture che occupano mediamente 2.900 dipendenti. Il 48% lavora in strutture con un numero di dipendenti tra 2.001 a 4.000, il 36 % in strutture che hanno fino a 2.000 dipendenti e solo il 14% in strutture decisamente grandi con un numero di dipendenti compresi tra 4.001 e 6.000

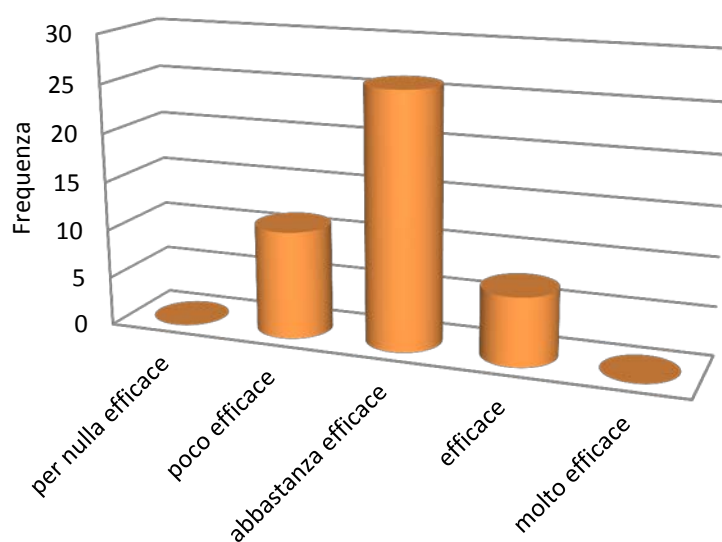


Descritte, brevemente, le principali caratteristiche soggettive e oggettive degli intervistati che conducono a un profilo professionalmente maturo e competente, di seguito si presentano le risultanze del questionario attraverso una rapida ricognizione delle frequenze. Si evidenzia tuttavia che una tale analisi dei dati non può che rivestire un valore di prima approssimazione sulla necessità univocamente tracciata e percepita dai responsabili della prevenzione della corruzione - in generale - di intervenire e diffondere gli strumenti della prevenzione della corruzione, già adottati nei confronti del personale dipendente, anche per il personale operante nelle strutture in forza di contratti di lavoro atipici, autonomi, collaboratori, in qualità di dipendenti di aziende fornitrici di servizi o di somministrati da parte di agenzie autorizzate.

In via preliminare va notato che vi è una certa concordanza sull'efficacia o meno del Piano anticorruzione nel prevenire i fenomeni corruttivi (domanda 6): la maggior parte dei RPC (il 59%) ritiene infatti che il Piano Anticorruzione sia 'abbastanza efficace', il 25% lo ritiene 'poco efficace' mentre solo il 16% affermano che sia 'efficace'. Il risultato evidenzia un ampio accordo tra i RPC su un'efficacia moderata del Piano Nazionale Anticorruzione.

Tab. 1 (domanda 6) – *Quanto è efficace il Piano Nazionale Anticorruzione nel prevenire fenomeni corruttivi?*

Per nulla efficace	0%
Poco efficace	25%
Abbastanza efficace	59%
Efficace	16%
Molto efficace	0%
Totale	100%

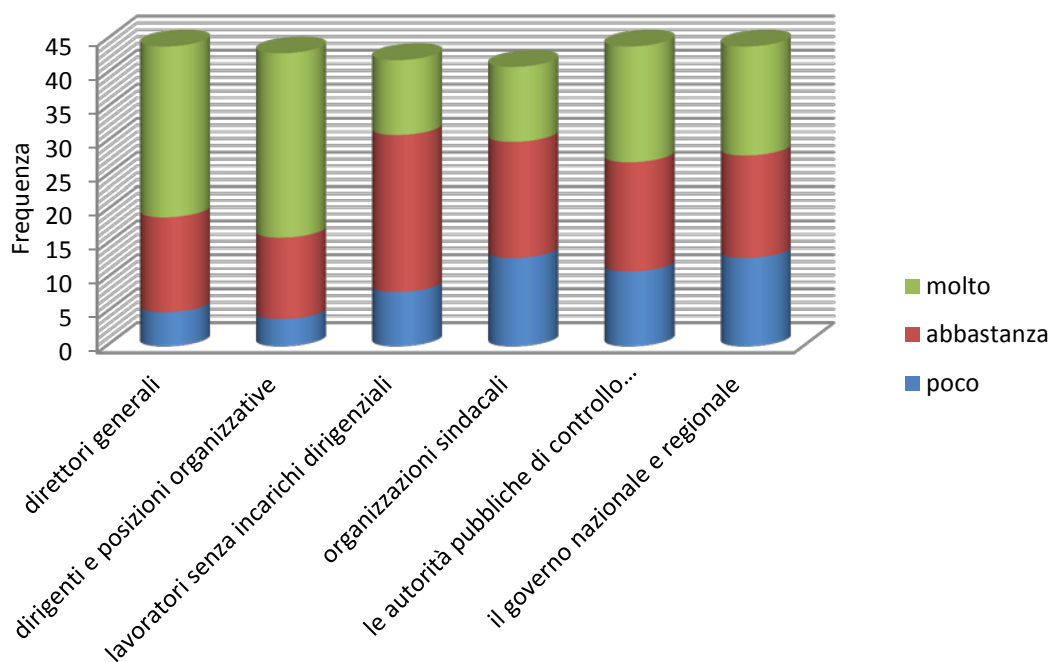


Grande convergenza di opinione invece si registra nell'individuazione dei soggetti dalle cui azioni maggiormente ci si aspetta una spinta verso la promozione della legalità e di comportamenti eticamente corretti (domanda 7): infatti più della metà dei rispondenti (rispettivamente il 57% e il 63%) ritengono che i direttori generali e dirigenti / posizioni organizzative siano i soggetti che maggiormente possono contribuire alla promozione della legalità mentre quasi la metà dei rispondenti (rispettivamente il 55% e il 41%) hanno una bassa considerazione della partecipazione dei lavoratori e delle organizzazioni sindacali nella diffusione della legalità e integrità nei luoghi di lavoro contribuendo con una valutazione non elevata ('abbastanza'). Per quanto riguarda il ruolo rivestito dalle autorità pubbliche e dal governo nazionale le risposte si distribuiscono equamente (circa

un terzo) tra poco, abbastanza e molto efficace evidenziando una certa prudenza nel ritenere utili i controlli esterni e le pressioni governative nel promuovere la legalità e l'eticità all'interno delle strutture. Si ha quasi l'impressione che i RPC ritengano il tema una questione che riguarda prevalentemente i "piani alti" delle amministrazioni e un problema da risolvere internamente.

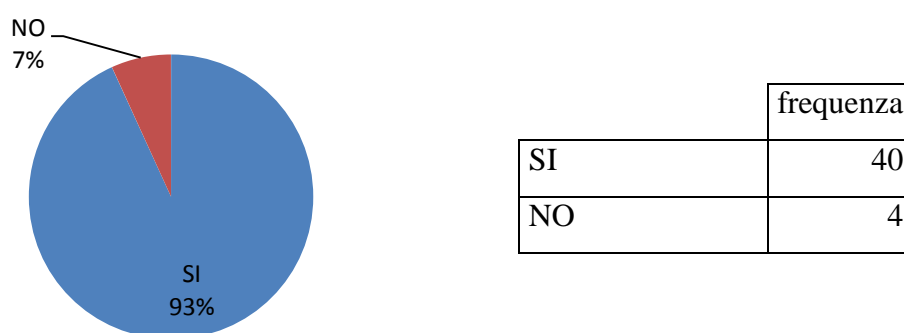
Tab. 2 (domanda 7) – Quanto i soggetti sono in grado di promuovere la legalità e comportamenti eticamente corretti nelle aziende?

	poco	abbastanza	molto
i direttori generali	11%	31%	58%
i dirigenti e le posizioni organizzative	9%	27%	64%
i lavoratori senza incarichi dirigenziali	19%	56%	25%
le organizzazioni sindacali	31%	43%	26%
le autorità pubbliche di controllo (guardia di finanza, ispettorato del lavoro, ecc.)	27%	35%	38%
il governo nazionale e regionale	31%	33%	36%



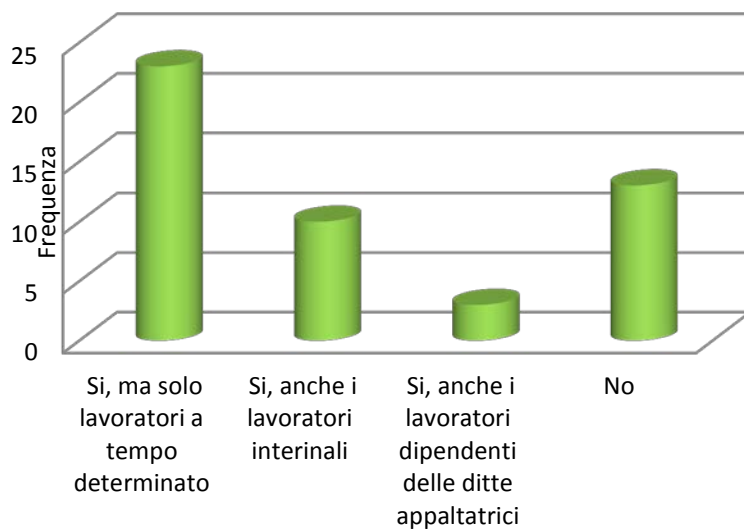
Il 93% dei RPC rispondenti al questionario hanno dichiarato che all'interno delle strutture in cui operano sono state organizzate delle giornate di formazione a cui hanno partecipato nella maggior parte dei casi (57%) sia i lavoratori strutturati a tempo indeterminato che quelli a tempo determinato, nel 25% dei casi sono stati coinvolti anche i lavoratori interinali e nel 7% pure i lavoratori dipendenti delle aziende appaltatrici; nel restante 32% dei casi le giornate formative hanno riguardato esclusivamente il personale strutturato a tempo indeterminato (domande 8 e 9).

Graf. 1 (domanda 8) – L'azienda sanitaria per cui lavora ha organizzato giornate di formazione sulla promozione della legalità e la prevenzione della corruzione?



Tab. 3 (domanda 9) – Alle giornate formative sulla prevenzione della corruzione e promozione dell'integrità hanno partecipato anche i lavoratori a tempo determinato, i lavoratori dipendenti delle ditte appaltatrici e i lavoratori interinali?

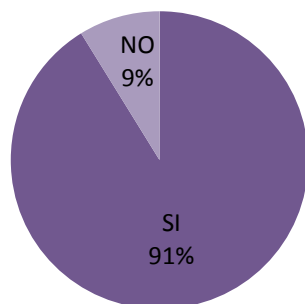
No	32%
Si ma solo i lavoratori a tempo determinato	57%
Si anche i lavoratori interinali	25%
Si anche i lavoratori dipendenti delle ditte appaltatrici	7%
Totale	100%



	frequenza
Si, ma solo lavoratori a tempo determinato	23
Si, anche i lavoratori interinali	10
Si, anche i lavoratori dipendenti delle ditte appaltatrici	3
No	11

Confermata alla domanda n. 13 l'importanza della formazione nella prevenzione della corruzione e nella promozione della legalità anche per il personale a tempo determinato, interinale e dipendente delle ditte appaltatrici: infatti il 92% dei rispondenti ritiene importante che anche questi lavoratori vengano coinvolti nelle giornate formative.

Graf. 2 (domanda 13) – Secondo la sua esperienza, ritiene importante che anche il personale a tempo determinato, interinale e dipendente delle ditte appaltatrici partecipi a delle giornate di formazione sulla promozione della legalità?



	frequenza
SI	34
NO	3

Tra le motivazioni fornite è ravvisabile un generalizzato richiamo alla diffusione della cultura della legalità e della trasparenza che deve passare attraverso la conoscenza e la formazione di tutti i lavoratori.

Inoltre viene sottolineato che tutto il personale operante nelle strutture, indipendentemente dal profilo contrattuale, è parte integrante del sistema e quindi dovrebbe avere maggior senso di appartenenza e comunità di obiettivi.

Tab. 4 (domanda 13) – Motivi per cui si ritiene importante la formazione anche per i lavoratori interinali ed esternalizzati

Per diffondere la cultura della legalità, integrità, trasparenza a tutti i livelli	40%
Perché sono parte integrante del sistema e dovrebbero avere senso di appartenenza e comunità di obiettivi	60%
Totale	100%

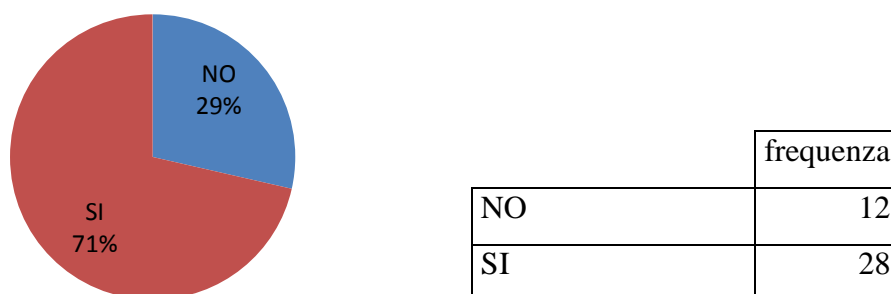
Di seguito può essere interessante leggere le risposte date in dettaglio:

- Per educarli e sollecitarli ad una cultura di integrità coerente con i principi individuati dall'azienda
- Per diffondere il più possibile la cultura della legalità e trasparenza.
- Perché va diffusa la conoscenza in materia per creare cultura
- Per diffondere la cultura della legalità e del buon e rispettoso utilizzo delle risorse pubbliche
- Per la diffusione di valori positivi: trasparenza, legalità
- Più si lavora sul cambiamento di mentalità di tutti, più risultati si ottengono, ma la formazione costa, le risorse sono poche e quindi al momento si privilegia quella rivolta ai dipendenti.
- Perché la sensibilizzazione alle tematiche dell'integrità e legalità debbono essere diffuse nel modo più capillare possibile
- Perché è essenziale ricreare una cultura della legalità come fattore positivo
- È una problematica che riguarda tutti indistintamente
- Immagine della pubblica amministrazione

- In quanto coinvolti direttamente nell'organizzazione dell'istituto
- Per il fatto che operano all'interno dello stesso ambiente di lavoro
- Da considerare come i dipendenti ordinari
- Per maggiore senso di appartenenza all'Azienda
- Maggiore coinvolgimento
- Maggior consapevolezza
- Molti servizi sono esternalizzati pertanto è di vitale importanza formare tutto il personale nelle tematiche della prevenzione della corruzione al fine di ottenere risultati efficaci
- I percorsi formativi del personale delle aziende appaltatrici andranno sviluppati all'interno delle aziende di provenienza e utilizzando gli strumenti del d.lgs. n. 231/2001
- Perché è solo così che vengono a conoscenza della problematica
- Perché molti servizi sono esternalizzati e anche da li possono emergere situazioni critiche
- Perché utilizzano risorse aziendale, nell'espletamento del loro lavoro diffondo la cultura dell'azienda
- Comunità di obiettivi
- Perché sono parte integrante del sistema
- Svolgono per ora attività marginale rispetto all'attività dell'istituto. In futuro si potrebbe estendere anche a loro

Altro strumento utile nella lotta alla corruzione e alla promozione della legalità così come individuato dalla legge anticorruzione è il codice di comportamento che in gran parte dei casi (71%) è stato consegnato anche a quei lavoratori che, pur operando nelle strutture, non risultano dipendenti diretti e strutturati delle aziende stesse (domanda 10).

Graf. 3 (domanda 10) - Al personale interinale e dipendente delle aziende appaltatrici è stato consegnato il codice di comportamento?



Nell'indagare le modalità con cui il codice di comportamento è stato consegnato al personale non strutturato (interinale e dipendente di aziende esterne fornitrici di servizi) le risposte sono riconducibili sostanzialmente a tre tipologie e si coglie una certa incongruenza e probabilmente confusione o incomprensione della domanda. Alcuni responsabili hanno risposto che il codice di comportamento viene consegnato all'atto dell'assunzione allegato al contratto individuale di lavoro in forma cartacea oppure a mezzo di posta elettronica riferendosi probabilmente al personale dipendente e non a quello interinale o esterno; altri responsabili hanno risposto che il codice di comportamento viene pubblicato sul sito istituzionale del proprio ente per essere diffuso tra le ditte esterne alle quali, in alcuni casi, viene chiesto di accettarlo per iscritto o di indicarlo nei contratti di forniture e servizi.

Tab. 5 (domanda 10) – Modalità con cui è stato consegnato il codice di comportamento ai lavoratori interinali e alle aziende appaltatrici

All'atto dell'assunzione, allegato al contratto	27%
Consegnato in forma cartacea o a mezzo mail ai singoli lavoratori	41%
Sul sito intranet e sul sito istituzionale	14%
Indicato nei contratti di fornitura e servizi e diffuso alle aziende via cartacea o rimandando al sito istituzionale	18%
Totale	100%

Nella maggior parte dei casi il codice di comportamento viene consegnato in forma cartacea direttamente ai lavoratori ovvero diffuso, a mezzo di posta elettronica o tramite pubblicazione sul sito intranet o sul sito internet aziendale, a ciascuna ditta con richiesta di accettazione scritta che poi provvede ad inoltrarla ai lavoratori operanti presso ciascuna struttura.

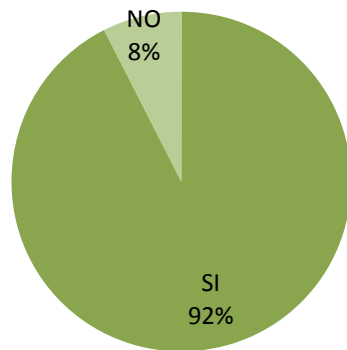
In alcuni casi viene indicato nei contratti di forniture e servizi a cura dei servizi aziendali che curano le procedure di acquisto di beni e servizi: in questo modo viene consegnato al lavoratore in forma cartacea, come allegato al contratto di lavoro individuale, e sottoscritto al momento dell'assunzione o durante i corsi di formazione.

La sensazione è che l'adempimento dell'obbligo di informazione ai lavoratori (sia dipendenti che esterni o somministrati) avviene spesso in modo sommario, per la sottovalutazione della sua importanza o forse per la necessità di un rapido inserimento nell'attività produttiva che porta a tralasciare questi aspetti. Si riporta, a titolo di esempio, la procedura indicata da un RPC:

«Tutte le ditte sono state avvisate dell'avvenuta adozione del codice, scaricabile dal sito istituzionale. È stato adottato a gennaio 2014 ed è disponibile sul sito istituzionale. Tutti i lavoratori sono stati avvisati via mail della sua adozione e della possibilità di scaricarlo dal sito. Nel mese di aprile 2014 è stato allegato al cedolino un avviso specifico al riguardo. Sempre nel 2014 il codice è stato inviato, con lettere di accompagnamento, a OOSS, CUG, Conferenza di partecipazione, Direttori di struttura. Successivamente sono state fatte periodiche comunicazioni di richiamo al rispetto del codice ai Direttori di struttura con invito a vigilare».

Decisamente netta (92% dei casi) la presenza e l'adozione all'interno delle aziende di una procedura specifica sul tema del *whistleblowing* (domande 11 e 12).

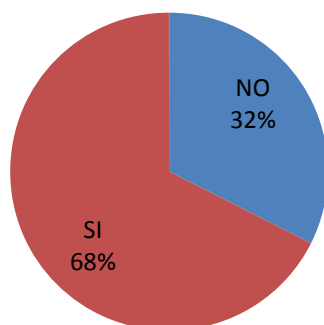
Graf. 4 (domanda 11) - *L'azienda sanitaria per cui lavora ha adottato una specifica procedura sul tema del "whistleblowing" (ovvero la segnalazione di condotte illegali, irregolari, illegittime, pericolose o immorali avvenute in azienda)?*



	frequenza
SI	37
NO	3

Alle procedure del *whistleblowing* possono accedere nel 68% dei casi anche i lavoratori interinali e dipendenti delle ditte appaltatrici che operano presso l'azienda sanitaria (domanda 12).

Graf. 5 (domanda 12) – *Se esiste una specifica procedura per le segnalazioni, a questa procedura possono accedere anche i lavoratori interinali e dipendenti delle ditte appaltatrici che operano presso l'azienda sanitaria?*



	frequenza
NO	12
SI	25

Nell'indagare la modalità attraverso cui il personale interinale ed esternalizzato possono accedere alle procedure di segnalazione di condotte illegali, irregolari,

illegittime, pericolose o immorali avvenute in azienda si possono rintracciare sostanzialmente due modalità, simili a quelle già adottate per il personale dipendente: tramite segnalazione ad un indirizzo di posta elettronica riservato e accessibile esclusivamente da parte del RPC oppure tramite un modulo accessibile a chiunque, pubblicato sul sito istituzionale dell'ente.

Tab. 6 (domanda 12) – Modalità con cui il personale interinale ed esternalizzato può accedere alle procedure di whistleblowing

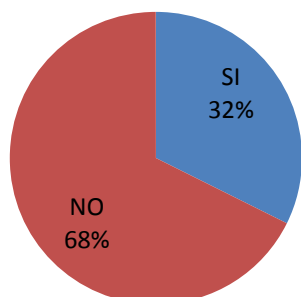
Attraverso segnalazione scritta ad un indirizzo di posta elettronica dedicata e riservata come per il personale dipendente	40%
Procedura predisposta sul sito istituzionale (intranet o internet)	56%
Segnalazione al superiore gerarchico anche non diretto	4%
Totale	100%

Tuttavia più di un Responsabile della prevenzione della corruzione evidenziano una certa dose di formalismo dietro all'intero sistema: in molti casi, la procedura prevede un sistema aperto a tutti - anche ai non dipendenti - che possono accedere da internet o dalla intranet aziendale con un sistema di posta elettronica criptata, con modulo scaricabile e accogliendo qualsiasi altra modalità di segnalazione anche verbale,

«...in realtà a loro non è stato mai comunicato nulla e non è stato organizzato nulla specifico per loro (es. focus group, formazione, ecc.)...».

Al contrario, risulta bassa (pari a circa un terzo) la percentuale di aziende che hanno adottato al loro interno strumenti di prevenzione che hanno riguardato il personale interinale e personale dipendente di imprese appaltatrici (domanda 14).

Graf. 6 (domanda 14) - *Nel suo ente sono stati adottati degli strumenti di prevenzione che hanno riguardato il personale interinale ed personale dipendente di imprese appaltatrici?*



	frequenza
SI	11
NO	23

I pochi RPC che hanno risposto positivamente alla domanda, hanno anche indicato tra gli strumenti adottati

- *coinvolgimento del personale interessato nella misura in cui svolgono attività presso unità organizzative per le quali sono state stabilite misure di prevenzione. In particolare per gli interinali valgono le stesse misure adottate per i strutturati*
- *consegna del Codice di Comportamento ai titolari di borse di studio, di incarichi di collaborazione a vario titolo*
- *nessuno strumento oltre alla formazione e rotazione nella formazione*
- *protocollo di legalità/patto di integrità, modulo di autocertificazione dei conflitti di interessi*

La maggioranza dei soggetti coinvolti (67%) ritiene inoltre che l'affidamento in appalto di alcuni servizi ad aziende esterne possa rappresentare un rischio in termini di illegalità e corruzione (domanda 15). Infatti l'appaltare i servizi ad aziende esterne significa non poter indagare e valutare le modalità con cui le aziende gestiranno gli aspetti interni alla loro attività e non poter esercitare direttamente l'azione disciplinare lasciando le aziende sanitarie vulnerabili al procedimento, sebbene si siano sicuramente intraprese valutazioni di affidabilità a priori.

Graf. 7 (domanda 15) - *Nel suo ente il fatto che alcuni servizi vengano affidati in appalto ad aziende esterne può rappresentare un rischio in termini di illegalità e corruzione?*



Tab. 7 (domanda 15) – *Rischi evidenziati in termini di legalità per l'affidamento in appalto di servizi ad aziende esterne*

Interferenze e difficoltà che possono innescarsi in ordine ai controlli e quindi al rapporto tra controllore e controllato	53%
Rischi collegabili al comportamento del personale e alla natura del servizio	47%
Totale	100%

Le ragioni evidenziate dai RPC e riconducibili ai due macro gruppi individuati nella tabella n. 7 si riferiscono, più nello specifico, alla scelta dei contraenti, ai rapporti e connessioni esistenti tra le ditte a cui sono affidati gli appalti e chi è chiamato a controllare, all'abitudine nei rapporti, alla connivenza, alla cointeressenza

«se i servizi vengono affidati all'esterno sussistono maggiori potenzialità di rischio corruttivo, sarebbe in tal caso opportuno rinvigorire gli strumenti di controllo ma nei servizi è complessa la fase di valutazione della corretta esecuzione delle prestazioni oggetto dell'appalto»

«nella misura in cui appaltare significa disfarsi del problema e non eseguire costanti ed adeguati controlli; il rischio, che la ditta appaltatrice possa gestire in maniera non corretta la fornitura o l'appalto, è alto».

Per prevenire questa vulnerabilità, i responsabili indicano quali strumenti idonei la dichiarazione di conflitti di interessi, i patti di integrità in base ai quali le parti si impegnano a conformarsi alle norme sulla lotta alla corruzione e a mettere in atto e mantenere un programma di anticorruzione aziendale, i monitoraggi random. Qualcuno evidenzia che il rischio è legato ai diversi obiettivi istituzionali a cui sono orientate le aziende pubbliche e quelle private, altri sottolineano lo stretto legame con la tipologia di servizio appaltato.

«i dipendenti di aziende esterne ricevono dai propri datori di lavoro indicazioni e direttive, che possono essere non coerenti con le direttive aziendali, in ragione dei diversi scopi istituzionali (solidali quelli dell'ente pubblico, commerciali quelli della ditta appaltatrice) »

«il rischio non è legato tanto all'esternalizzazione del servizio, quanto alla natura ed oggetto del servizio, e può variare in ragione dello stesso (ad es., l'esternalizzazione della gestione delle camere mortuarie, espone al rischio di collusione tra il personale addetto al servizio e le ditte di onoranze funebri)»

Ma, in ultima analisi, la differenza ricade sulle persone e sulla loro cultura e integrità.

«l'esternalizzazione dei servizi diventa rischiosa solo se ad interagire sono persone poco sensibili sull'argomento»

«ci sono dei comportamenti che non vengono concepiti come illegali, ma che lo sono e che possono dar luogo a scambi di "favori"»

Nell'indicare quali misure di prevenzione potrebbero essere messe in campo (domanda n. 16), i RPC individuano nella formazione (non cattedratica) e nell'ascolto dei lavoratori, nella rotazione degli incarichi per evitare conflitti di interesse, nei protocolli di legalità tra azienda e fornitori, nella digitalizzazione, in maggiori e più sistemici controlli sui processi gestiti dalle aziende esterne, nella trasparenza le leve strategiche per promuovere la legalità e l'integrità. Le stesse misure che devono essere adottate per i lavoratori dipendenti.

Secondo la maggioranza dei responsabili, la via normativa non è una risposta sufficiente ed adeguata per combattere un problema così insidioso. I troppi obblighi previsti a carico delle amministrazioni, rischiano di vanificare i buoni propositi della riforma e i ritardi di attuazione della normativa sono in parte connessi alla difficoltà per le pubbliche amministrazioni di adempiere alle numerose richieste.

«L'unica via perseguibile è semplificare nel senso di ridurre la burocrazia, di non sprecare risorse e di allocarle al meglio, di strutture organizzative precise e adeguate ai diversi ambiti, di controlli efficaci. Una produzione di leggi non coordinata ed eccessiva, porta solo maggior confusione, dispendio di risorse e di energie, nonché sfiducia da parte dei cittadini. Sarebbe dunque auspicabile, puntare sempre sulla trasparenza delle operazioni e dei procedimenti amministrativi, ma al contempo, prevedere uno sgravio della burocrazia, per far sì che le previsioni non rimangano tali, e che possano essere effettivamente applicate».

«Formazione e attività di ascolto anche per questi dipendenti, conoscenza della possibilità del whistleblowing, attività di audit sui segnali deboli».

Tab. 8 (domanda 16) – *Misure di prevenzione da implementare per affrontare i rischi di fenomeni corruttivi e di cattiva gestione*

Formazione e attività di ascolto	24%
Maggior ricorso e diffusione degli strumenti già disponibili (rotazione degli incarichi, protocolli di legalità, audit su segnali deboli, verifica conflitti di interessi, trasparenza, digitalizzazione)	42%
Controlli	34%
Totale	100%

Infine i RPC, chiamati a riportare note e commenti a conclusione del questionario (domanda n. 17), evidenziano la necessità di un cambiamento culturale e la costruzione di un'etica condivisa che emargini il *mal comportamento* più che prevedere nuove ed ulteriori regole che di fatto favoriscono la corruzione. L'esigenza avvertita non è di implementare nuovi strumenti, ma di far effettivamente funzionare quelli già esistenti ricorrendo anche alla comminazione di sanzioni. L'aumento del senso di impunità incoraggia i criminali a continuare a delinquere per il calcolo vantaggioso dei costi-benefici e genera un senso di frustrazione tra gli onesti. Esigenza tra l'altro sottolineata nel recente PNA 2016 in cui viene ribadita la necessità di dare corretta esecuzione ai procedimenti disciplinari nei confronti di chi, operando all'interno della pubblica amministrazione, venga coinvolto in fatti di corruzione.

«è utile parlare di prevenzione, ma sarebbe necessario concentrarsi anche sulla repressione. Sarebbe necessario assistere a severe condanne dei corrotti, che invece troppo spesso vengono giustificati e 'riciclati'. L'esempio è fondamentale per educare al rispetto delle regole»

«abbiamo bisogno di controlli e di punizioni altrimenti si alimenta la sensazione che nulla serva»

«se il paese più corrotto del mondo prevede la pena di morte per il reato di corruzione, la dice lunga sulla validità dell'asprezza della pena mentre ritengo opportuno che ci sia la certezza e la rapidità del giudizio»

Infine i responsabili avvertono una certa 'solitudine' nell'affrontare un tema così delicato e di difficile definizione chiedendo di essere maggiormente supportati, ma non influenzati, non solo con maggiori risorse ma nella valutazione delle complicate e delicate scelte da prendere che li protegga da inevitabili ritorsioni

«il Responsabile per la prevenzione della corruzione dovrebbe essere strutturato negli apparati amministrativi ed essere dotato di un minimo di dotazione organica, non può e non deve operare 'da solo'»

«ci sentiamo molto soli in questa 'avventura'»

«il ruolo del RPC andrebbe meglio definito all'interno di un'organizzazione con i vertici di nomina politica, i quali non devono incidere o orientare l'operato del RCP. Nel contempo il legislatore necessariamente dovrà prevedere una diretta responsabilità delle direzioni nel caso di inadempienze»

«fino a quando non si darà un segnale concreto circa la reale attuazione dei Piani, anche attraverso la comminazione di sanzioni, e fino a quando il responsabile della Prevenzione della Corruzione non sarà adeguatamente supportato dall'ANAC, che lo protegga da inevitabili ritorsioni, tutta la normativa è solo "aria fritta"».

Il quadro disegnato e che emerge dall'analisi dei dati è complessivamente una situazione suscettibile di ulteriori miglioramenti e approfondimenti, soprattutto in quegli ambiti soggetti alla crescente esternalizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari che rischiano di compromettere la qualità dei servizi offerti stessi.

3.3. Le interviste a testimoni significativi: altri elementi di riflessione

La presente fase d'indagine ha avuto come finalità quella di coinvolgere alcuni testimoni significativi nella ricostruzione del ruolo svolto dai lavoratori, dal benessere organizzativo, dai controlli e dalla formazione nella promozione dell'integrità e prevenzione delle illegalità nel contesto sanitario e socio-sanitario, al fine di delineare alcune differenziate sfaccettature della tematica.

La presente parte della ricerca si distingue e si integra a quella quantitativa del paragrafo precedente (condotta on-line e inviata esclusivamente ai responsabili della prevenzione della corruzione) in quanto non mira ad ottenere dati statistici sulla percezione del fenomeno, ma è diretto a raccogliere indicazioni, a formulare proposte e a cercare di dare un'interpretazione ad un fenomeno complesso e così diffuso come quello della malamministrazione e corruzione in sanità dai diversi punti di vista, partendo dall'ascolto di differenti interlocutori.

Per questo motivo anche il numero delle persone che sono state intervistate non può considerarsi statisticamente significativo ma ha permesso di tracciare una prima interpretazione del fenomeno. Si sottolinea che l'attività è risultata particolarmente impegnativa proprio per la delicatezza del tema trattato con un'inevitabile diffidenza a parlare dell'argomento e trovare chi fosse disposto a confrontarsi con la questione. Va rilevato infatti che pochi sono stati gli interlocutori che hanno manifestato attenzione ed interesse al tema, alcuni hanno accolto addirittura con perplessità la proposta di confrontarsi.

Le interviste si sono svolte nel periodo tra ottobre 2015 e maggio 2016 e si è scelto di intervistare persone con differenti ruoli all'interno del settore sanitario e socio-sanitario (lavoratori, sindacalisti, responsabili della prevenzione della corruzione, responsabili di cooperative operanti sul territorio piemontese e dell'ordine professionale degli infermieri) in modo da indagare il tema da più punti di vista. Le domande sono state rivolte di persona (ad eccezione di un'intervista avvenuta telefonicamente), dopo una breve presentazione verbale durante la quale è stato spiegato il motivo della ricerca. Le interviste sono state impostate partendo da domande semi strutturate in modo da instaurare un dialogo con l'interlocutore: questo ha fatto sì che il filo del discorso non fosse rigidamente

predeterminato ma potesse essere deviato anche da digressioni spontanee dell'interlocutore.

In particolare i lavoratori coinvolti nella ricerca rappresentano un sotto insieme ristretto e, in un certo qual senso, selezionato in quanto sono tutti lavoratori che hanno manifestato una certa sensibilità e interesse sull'argomento, partecipando a due giornate formative sul tema della corruzione in sanità, organizzate dall'IPASVI di Torino a fine ottobre del 2015.

Complessivamente, sono stati coinvolti 16 testimoni significativi, attraverso interviste semi – strutturate incentrate sulle seguenti aree tematiche, alcuna delle quali articolata in ulteriori sotto-temi di approfondimento specifico:

- ruolo rivestito dai lavoratori nel promuovere l'integrità e nel contribuire alla promozione della corruzione
- rapporto tra benessere organizzativo, comportamenti impropri e fenomeni corruttivi
- ruolo dei controlli interni e esterni al SSN
- ruolo della formazione e informazione nella promozione dell'integrità

Nello specifico, le persone coinvolte sono state: tre sindacalisti, un responsabile della prevenzione della corruzione, due rappresentanti del mondo cooperativo e un rappresentante dell'ordine professionale degli infermieri, nove lavoratori del settore sanitario o socio-sanitario privato o pubblico di cui due hanno preferito non essere registrate a riprova di quanto l'argomento sia avvertito come 'delicato' da parte dei lavoratori e a conferma, più o meno diretta, della condizione di timore vissuta da parte di alcuni lavoratori a cui comunque, neanche a dirlo, avevo garantito l'anonimato e specificato la natura (leggasi diffusione) della ricerca.

Al fine di garantire l'anonimato, gli intervistati saranno individuati, nel prosieguo dell'analisi, con le iniziali del nome e il ruolo ricoperto.

3.3.1 Il ruolo rivestito dai lavoratori nel promuovere l'integrità e nel contribuire al contrasto della corruzione

Una prima evidente constatazione nell'affrontare il tema è nell'interpretazione del fenomeno corruttivo che nella maggior parte dei casi viene associato a

comportamenti impropri o di malamministrazione o ad atteggiamenti discriminatori (soprattutto nel caso dei lavoratori con partita IVA o soci di cooperative) più che a casi di vera e propria corruzione, quasi a voler sottolineare che la corruzione penalmente rilevante riguarda non tanto i lavoratori quanto i vertici politici e aziendali.

L'illegalità viene vista prevalentemente come malamministrazione e cattiva gestione e i casi che vengono evidenziati non sono episodi riconducibili a reati penalmente perseguibili ma sono più che altro espressione di una gestione non trasparente che i lavoratori toccano con mano nella quotidianità e che possono rappresentare piccoli segnali di rischi maggiori che andrebbero comunque monitorati e presi in considerazione. Da questo punto di vista, viene anche evidenziato da parte di qualcuno come il sistema delle denunce non garantisce il risultato voluto perché spesso non viene dato il giusto peso alle segnalazioni inoltrate e non viene dato seguito nonostante l'attendibilità degli elementi forniti.

«Ci sono gli abituali delle malattie, persone che fanno il meno possibile ma che vengono pagati allo stesso modo. Il sistema sanitario pubblico va salvaguardato ma dal privato dovrebbe mutuarne la gestione privata all'interno. Ci sono sprechi enormi perché non ci sono controlli, bisogna iniziare a valutare la qualità che viene data e il risultato sulla salute del paziente: dare la cura giusta al paziente giusto perché il più delle volte standardizziamo e questo spesso non è corretto. Bisogna tornare alla medina di qualche decennio di anni fa che si preoccupava di valutare se la cura era adeguata per quel paziente.

Al contrario da quando sono stati inseriti i DRG c'è stato purtroppo una corsa alla ricerca del denaro: più prestazioni tu dai, più soldi ti vengono dati e più evidenza hai.

[...] non si tratta di corruzione ma è un esempio che mette in evidenza alcuni atteggiamenti per così dire 'mafiosi' che incidono fortemente nella quotidianità e danno vita a favoritismi, nepotismi e privilegi che non garantiscono la trasparenza e a tutti la stessa possibilità. Due anni fa

l'amministrazione ha deciso di riorganizzare la struttura per intensità di cura, sulla base di direttive ministeriali e regionali. Vengono fatti dei corsi all'interno dell'ospedale in cui sono stati coinvolti i diversi medici e coordinatori di area per identificare l'area a bassa, media e alta intensità di cura sulla cui base è stata decisa poi la riorganizzazione dei posti letti. Creando un'area di week surgery (ricoveri inferiori ai 5 giorni) e sui restanti chirurgica-medica sullo stesso piano per l'intensità medio-alto: questo avrebbe comportato una migliore gestione anche delle risorse umane perché con la chiusura nel week-end avremmo recuperato del personale da impiegare negli altri reparti ad alta-media intensità nel fine settimana. Si andava a stravolgere un equilibrio di sistema e sconvolgere delle abitudini consolidate ormai da tempo. Si è quindi anche lavorato sulla formazione con dei corsi per andare a vedere quali potevano essere le criticità particolari che potrebbero sorgere in un ambito piuttosto che dall'altro.

L'inter-cambiabilità si sarebbe estesa agli infermieri non ai medici. Non c'era tuttavia la volontà e poi soprattutto i cardiologi non erano tanto pronti ad effettuare l'assistenza ospedaliera in quanto da sempre abituati a fare assistenza ambulatoriale e a delegare molte attività agli infermieri. Si è andati avanti due anni, all'inizio con difficoltà da parte soprattutto degli infermieri che hanno interpretato la riorganizzazione come la possibilità di una crescita e di avanzamento professionale anche perché le persone sapevano che cambiando il direttore sarebbe nuovamente cambiato qualcosa per cui si sono fatti andare bene l'attuale organizzazione 'ingoiando la pillola'. A distanza di due anni tutto è tornato come prima anche se c'erano stati dei buoni risultati, ottimizzazione dei posti letto, un buon riscontro per la parte chirurgica, non sono mai stati negati dei pazienti con un turn over continuo dei pazienti» (coordinatore infermieristico, dipendente ospedale).

«La mia è un'esperienza che ben evidenzia come il comportamento e le scelte del lavoratore possano contribuire a prevenire la cattiva gestione [...]

Ero infermiera di sala. La struttura per la quale lavoravo, per carenza di personale, mi chiedeva di coprire dei turni in qualità di strumentista, ruolo per il quale ero consapevole non avere idonea esperienza e conoscenza, temevo di fare dei danni ai pazienti. Ho segnalato più volte il problema e ho chiesto di tornare a svolgere la mia vecchia mansione ma non sono stata mai ascoltata. Mi hanno messa nella condizione di licenziarmi e ora, per scelta, faccio la libera professionista e consulente con partita IVA» (infermiera con partita IVA)

«Posso fare tanti esempi che non necessariamente si collegano a fenomeni strettamente corruttivi ma sicuramente ad un uso non appropriato delle risorse. Nell'ospedale dove lavoro è presente un servizio di broncologia che è attivo 24 h su 24 h. Gli interventi possono rivestire carattere d'urgenza per cui è necessario eseguire una broncospia in fretta: il reparto si è così dotato del fibroscopio ma il vero problema è che il reparto ne aveva già in dotazione altri due, uno più all'avanguardia dell'altro.

Non solo, anche nel nostro ospedale esiste un reparto di radiologia che dista 50 metri dal nostro reparto: quando avevi bisogno di una radiografia toracica veniva il tecnico e te la faceva. Poi è stato rifatto il reparto di rianimazione nuovo ed è stata comprata una macchina per fare i raggi X per essere mantenuta appositamente nel nostro reparto di rianimazione.

Allo stesso modo è tantissimo il materiale costoso che vediamo scadere, non mi riferisco solo ai farmaci, ma anche ad esempio a set di tastocromie del valore di 200-250 euro ma forse anche più di materiale che arriva in reparto ma che non viene usato e fatto scadere. Non c'è mai nessuno che risponderà di quei soldi buttati via ... magari sono solo all'oscuro di certe dinamiche per cui invece quei set sono stati regalati.

Quando ci siamo trasferiti dal vecchio al nuovo reparto ho buttato via sacchi interi di un set particolare di monitoraggio che valeva centinaia di euro. Mi domando come sia possibile che nessuno vigili su questi ordini e su questi quantitativi smisurati di prodotti che arrivano e che non vengono utilizzati.

Il responsabile della prevenzione della corruzione un giorno mi fece notare che se un primario va dall'amministrativo che fa gli ordini e gli dice "mi serve questo tipo di canula e non un'altra e me ne serve in questa quantità", l'amministrativo si deve fidare di quello che gli dice perché non ha gli strumenti e le conoscenze per valutare.

Quello che più infastidisce è vedere reparti con un eccesso e altri che fanno fatica a trovare le risorse: questa distribuzione delle risorse è difficile da giustificare se non sulla base delle influenze dei primari ma un discorso del genere non dovrebbe avere un senso nella pubblica amministrazione, invece funziona così» (infermiere, dipendente ospedale).

«Nella mia breve vita lavorativa non sono venuta a conoscenza di veri e propri fatti corruttivi, tuttavia ho sperimentato sulla mia pelle una situazione di forte malessere. La facente funzione di capo sala della struttura dove lavoro in qualità di infermiera associata ad uno studio professionale, nel definire le turnazioni del personale adottava dei criteri molto personali e 'discutibili': in base ai piaceri che le infermiere erano più o meno disponibili a concederle, i turni erano più vantaggiosi per qualcuno e meno per altri» (infermiere con partita IVA).

Ancora più suggestive sono le considerazioni di chi evidenzia l'aleatorietà del fenomeno e la sua difficile, forse impossibile, definizione e, conseguentemente, contrasto. Infatti talvolta dietro certi comportamenti che potrebbero apparire disavveduti per scarsa "cultura" e scarsa attenzione al proprio ruolo (perché demotivati e scoraggiati), possono nascondere connivenze o comunque comportamenti dolosi da parte di funzionari e operatori a discapito di un trattamento equo, paritario ed universale nell'usufruire dei servizi. Infatti *«quanto più la corruzione diventa "regola di condotta" e prassi tollerata, tanto più tende a rimanere nell'ombra, non viene svelata, denunciata, esposta al giudizio dell'opinione pubblica, perseguita penalmente»* (cfr. A. VANNUCCI, *Quella corruzione sommersa*, in Lavoce.info, 2012).

«In un ospedale, una mia amica dovendosi operare per problemi ad un ginocchio, è andata dall'impiegata che si occupa di prenotazioni (sua amica) che senza problema alcuno l'ha inserita in lista operatoria in pochi giorni.

In cambio la mia amica le ha portato dei dolci e del caffè. Questo comportamento pare essere molto frequente da parte dell'impiegata in questione. Ma chi tra le due è più "malata"? Chi per due biscotti ti sistema (sfoggiando pure un potere non da poco) o chi consegna i biscotti per avere il posto subito? Su questo dovremmo ragionare.

Ma c'è di più: se con dei biscotti ottieni un posto in poco tempo, vuol dire che c'è un medico compiacente con l'impiegata golosa...Divideranno i dolci? Oppure l'impiegata faciliterà il traghettamento di alcuni cittadini presso la struttura privata in cui opera il goloso ortopedico? La formazione su questi comportamenti, quale effetto sortirebbe? ZERO!

Ma siccome tutti, prima o poi, abbiamo fatto ricorso all'impiegata golosa....non ci resta che guardare in silenzio...l'impiegata golosa, dimenticavo, è stata collocata in quel ruolo da un medico "politicizzato"» (rappresentante IPASVI).

Più disarmante è invece la consapevolezza che il settore sanitario e socio-sanitario, come spesso lo è il settore pubblico in generale, è terreno fertile per tanti, ognuno per la sua parte: i piccoli, come si è visto sopra chiedendo una mazzetta per far 'scalare' una lista d'attesa o spingendo il paziente verso le prestazioni private; a metà strada chi opera senza alcuna giustificazione clinica, chi prolunga i ricoveri o falsifica ricoveri e registrazioni al solo fine di monetizzare rimborsi più alti da parte del SSN; i grandi, ovvero i politici, i direttori, gli imprenditori muovendosi tra appalti e forniture di beni e servizi difficilmente controllabili. Ai lavoratori, infine, consente furberie e garantisce soprattutto un lavoro sicuro che, in tempi di crisi, è un bene importante e scarso.

«Il 'sistema' porta utili a tutti, ai soci porta lavoro e retribuzioni pagate ogni fine mese, che in tempi di crisi non è cosa da poco. Purtroppo c'è una

idea diffusa che rubano tutti, per cui chi è in alto ruba tanto e chi è in basso ruba poco» (responsabile cooperativa A).

«Sono noti i fatti che, ad esempio, l'usciera può determinare l'esito dei voti di esame così come la segretaria può determinare investimenti e appalti [...]. Non è determinante il livello organizzativo ma la natura delle relazioni che si stabiliscono all'interno dei luoghi di lavoro: se uno ha un atteggiamento del tipo, arraffa e prendi tutto quello che puoi e scappa [...] dove va a finire un'organizzazione?» (infermiera sanità privata)

«Rispetto ai lavoratori, quindi, più uno occupa una posizione apicale nell'azienda più puoi avere occasioni e modalità per trarne dei vantaggi o essere condizionato. Chi ha dei ruoli di responsabilità e dirigenza può avere, nei confronti del proprio committente, la tentazione di trovare un modo per condizionarlo ma nello stesso tempo può essere condizionato» (responsabile cooperativa B).

«...per gli infermieri è prevista esclusivamente una carriera organizzativa e non una carriera clinica [...]. Queste condizioni favoriscono la corruzione, anche piccola: negli ultimi anni questo fenomeno è sceso dai tavoli dei dirigenti, agli sgabelli degli operatori; magari si tratta di piccole truffe come il fatto che gli infermieri bollano tutti assieme il cartellino con l'autorizzazione del capo sala e poi le denunce arrivano dagli utenti» (infermiera dipendente sanità privata).

Tra le cause del dilagante fenomeno corruttivo (inteso anche in senso lato) vengono indicate l'eccessiva ingerenza della politica all'interno del mondo sanitario (ad esempio nelle nomine dei direttori), l'elevato livello di burocrazia e lo scarso attaccamento e attenzione nell'utilizzo del denaro pubblico.

«Il grosso problema della sanità è che purtroppo troppo nomine sono politiche e non basate sulla capacità manageriale dei ruoli che ricoprono,

servono persone non messe per il colore politico ma per le loro competenze e che possano andare avanti anche degli anni, non solo per 3 anni, anche se la legge ora prevede che ogni tre anni vadano fatti ruotare. Infatti il contesto del sistema sanitario italiano è tale per cui se ogni 3 anni cambi, non dai continuità al lavoro e ai progetti che hai iniziato. In tre anni non si costruisce nulla: per poter costruire una mentalità positiva ci vuole del tempo se invece nel giro di tre anni vieni spostato, hai i primi sei mesi di tempo per insediarti e capire, un anno e mezzo per lavorare sugli obiettivi e l'ultimo anno per accattivarti le simpatie di qualche politico e per trovare una situazione migliore per il dopo. Per questo i progetti iniziano ma spesso non vengono poi portati avanti perché chi viene dopo distrugge tutto quello che è stato fatto prima e quindi non si va mai avanti» (coordinatore infermieristico).

«Il sistema sanitario pubblico va salvaguardato ma dal privato dovrebbe mutuarne la gestione. Ci sono sprechi enormi perché non ci sono controlli, bisogna iniziare a valutare la qualità che viene data e il risultato sulla salute del paziente, dare la cura giusta al paziente giusto perché il più delle volte standardizziamo e questo spesso non è corretto. Bisogna tornare alla medina di qualche decennio di anni fa che si preoccupava di valutare se la cura era adeguata per quel paziente; al contrario da quando sono stati inseriti i DRG c'è stato purtroppo una corsa alla ricerca del denaro: più prestazioni tu dai, più soldi ti vengono dati e più evidenza hai» (coordinatore infermieristico).

«A me è capitato di segnalare un'anomalia che mi era saltata agli occhi all'interno del reparto al responsabile anticorruzione: un sedativo che viene normalmente utilizzato solo nei reparti (per intenderci non è commercializzato in farmacia): fino a poco tempo fa arrivava in una scatola il cui prezzo era di pochi euro, a un certo punto lo stesso sedativo con le stesse caratteristiche è arrivato in una confezione che riportava un prezzo di 96 euro. Ho provveduto a segnalare l'incongruenza e dopo le verifiche il

responsabile mi ha spiegato che gli acquisti venivano effettuati dalla centrale unica e il sedativo era stato pagato meno che in passato. Quindi tutto era a posto ma quel prezzo riportato sulla scatola mi ha lasciato perplesso: se una casa farmaceutica lo riporta vuol dire che a qualcuno lo venderà a quel importo. Mi fa pensare perciò che le strutture convenzionate probabilmente acquistano gli stessi sedativi ad importi decisamente diversi e più alti rispetto a quelli del pubblico ma quei costi - in ultima analisi - ricadono sul bilancio della Regione. Ma a chi potrei segnalarlo?» (infermiere dipendente ospedale).

C'è chi poi si spinge oltre, individuando in due aspetti organizzativi le radici della corruzione nel settore sanitario:

«In sanità ci sono due elementi organizzativi di cui nessuno parla: i medici possono fare la libera professione, lavorando sia nel pubblico che nel privato. Questa è un'anomalia solo italiana che favorisce e sostiene la corruzione: andando nello studio privato avrai l'accesso alle liste d'attesa...sono cose note e all'ordine del giorno da anni ma la politica non risponde su questo o meglio risponde agli interessi di quei gruppi di medici che determinano questo andamento. Non bisogna tuttavia generalizzare, perché esistono numerosi medici contrari a questo comportamento nelle dichiarazioni e nella pratica. Il secondo aspetto di cui nessuno parla e di cui non esiste alcuna evidenza scientifica e culturale, è il fatto che una persona solo per il semplice fatto di possedere un titolo o di appartenere ad una categoria entra all'interno di un'organizzazione come dirigente, così in Italia i medici entrano nel SSN come dirigenti. Questo aspetto non ha nessuna razionalità economica, organizzativa, è solo un'affermazione di potere che apre alla corruzione e non risponde ai bisogni dei cittadini... Quando si dice che la sanità è stata costruita intorno ai bisogni dei medici e non ai bisogni di salute dei cittadini questo ha delle evidenze scientifiche che sono sotto gli occhi di tutti quelli che lo vogliono leggere, non sono fatti che vedi nelle corsie degli ospedali ma sono documenti, finanziamenti,

sistemi di organizzazione assolutamente evidenti ma che nessuno evidenzia»
(infermiera sanità privata).

Tuttavia c'è chi mette in guardia evidenziando la necessità di distinguere caso da caso per non tradurre tutto in termini negativi (come spesso capita sui mass-media molto propensi a riportare i casi di malasanià e poco le buone pratiche) con il rischio di svalutare l'attività svolta con dedizione e professionalità da parte di molti operatori del settore:

«Il lavoratore che opera in corsia al massimo può ricevere un pacchetto di caffè mentre è sparita l'abitudine delle mance. Questo è un aspetto su cui abbiamo riflettuto quando abbiamo iniziato ad operare nell'ospedale. Sono due cose ben diverse portare una scatola di cioccolatini appena io o un mio familiare arriviamo in ospedale oppure alla fine del ricovero: se li porto appena arrivato in ospedale è perché voglio in qualche modo condizionare il trattamento creando un atteso che, anche se non detto a parole, implica l'aspettativa di un certo comportamento (mi guardi meglio e ti prendi più cura). Se la stessa scatola di cioccolatini viene data alla fine, assume tutt'altro significato: è un modo per ringraziare perché ti senti in debito. Non so se questa cosa è ancora sentita, ma tra i più anziani, pur sapendo che hanno usufruito di un servizio all'interno di una struttura pubblica pagata con la fiscalità generale, spesso si sentono comunque in debito, di doversi sdebitare con chiunque dal primario all'operatore di corsia. Su questo ulteriore aspetto abbiamo inserito nel regolamento che il denaro non può essere accettato a titolo di mancia mentre lasciamo al buon senso delle persone accettare piccoli regali perché in alcuni casi non farlo assume quasi il significato di un'offesa ed essere interpretato come "se hai solo da darmi un caffè, puoi anche portartelo via". Mentre da parte di chi te lo offre vuole significare qualcosa di più, un ringraziamento per aver ricevuto un'assistenza inaspettata, educata, competente e professionale, aver ricevuto qualcosa di più rispetto a quanto ti capita di leggere sui giornali

molto più indirizzati a riportare casi di inefficienza e cattiva sanità che non casi di buona sanità» (responsabile cooperativa A).

Da chi, invece, gestisce i servizi socio-sanitari (le cooperative) l'integrità e la corruzione vengono viste da un'altra prospettiva. Ad esempio, la mancanza di trasparenza e di competenza possono essere fattori di rischio nella valutazione della scelta del contraente a cui affidare un servizio

«...i piccoli comuni non fanno più gli appalti da soli, per mancanza di una struttura interna in grado di garantire la correttezza della procedura, e si aggregano, così come permette la normativa, ad altri comuni più grandi nelle sue vicinanze per indire una gara. Questo da una parte è un vantaggio ma dall'altra può rappresentare un rischio in quanto nella commissione c'è il segretario comunale competente affinché venga rispettata la forma, c'è l'amministrativo che si occupa della procedura ma spesso non c'è nessuno competente nella materia, un tecnico che conosce il servizio che deve essere appaltato. Il dubbio che sorge, e che nella pratica puoi vederne le ricadute, è quindi se sia certo che quel lavoro e la gara vengano affidate all'azienda migliore. Magari viene affidata a quella che formalmente è stata ritenuta avere il punteggio migliore ma non è detto che sia quella qualitativamente e con le competenze migliori. Quindi un primo aspetto che ritengo importante evidenziare è come vengono scelti i partecipanti alle commissioni, quanto sono competenti. Se capisco poco o niente di un servizio e non conosco il contesto, il rischio è che si guarda tutto con la lente di chi presta attenzione solo alla forma e di chi fa il ragioniere. Addirittura, dovendo i comuni fare le gare sulla base di criteri qualità/prezzo individuando l'offerta economicamente più vantaggiosa, ma dovendo far pareggiare i bilanci, spesso capita che la commissione dà a tutti un punteggio molto simile sulla qualità, dando poco scarto tra un'offerta e l'altra, e la gara in realtà si decide sul prezzo e la partita vera si gioca sul costo» (responsabile cooperativa A).

Inoltre viene evidenziato come nel settore privato il proporre una candidatura per una certa posizione lavorativa, laddove nel settore pubblico risulta più difficile per la presenza di un sistema concorsuale che dovrebbe garantire una certa trasparenza nella scelta del candidato più idoneo, può rappresentare un altro fattore di rischio non contemplato nei codici etici ma che si presta a generare situazioni di opacità.

«Se il direttore sanitario di una RSA o qualsiasi altro interlocutore che si occupa e influisce sulla gestione di un servizio che offri, ti dice che un parente o un amico è fisioterapista, infermiera, piuttosto che medico e che sta cercando un lavoro, prendi il suo curriculum, eventualmente lo chiami in una selezione e se lo ritieni valido lo assumi in un'altra struttura, cercando di gestire nel modo più trasparente possibile la cosa. Apparentemente non c'è alcuna conflittualità in realtà mi domando se i codici etici delle aziende non dovrebbero prevedere il fatto: infatti mentre è previsto che tu non possa accettare denaro o regali di una certa importanza dall'appaltatore a cui hai affidato il lavoro, o non ti possano pagare un corso di formazione o un viaggio, l'assunzione di un parente o di un amico non è contemplata. In questo caso non circola né denaro né regali, hai solo facilitato l'assunzione di una persona che non è quello che ti ha dato il lavoro ma è quello che lo controlla» (responsabile cooperativa A).

A fronte della difficile definizione di corruzione, tutti gli intervistati coinvolti sono invece concordi nel confermare lo stretto legame tra l'integrità dei lavoratori e la legalità. Un altro punto che emerge infatti con chiarezza è la difficoltà di contrastare l'illegalità solo attraverso la revisione o la definizione di nuove norme, pur necessarie.

«Si possono fare un sacco di leggi però la certezza assoluta che si operi nella trasparenza e nella legalità non si ha: tutto è talmente sottile e viscido che allora bisogna agire su aspetti interni alle persone, sull'etica» (responsabile cooperativa A).

«L'integrità rappresenta quasi tutto nella prevenzione della corruzione e dell'illegalità: spesso si dà per acquisito nella nostra società e nel nostro ordinamento un certo livello di leggi che tutelano interessi e valori, poi queste norme sono da applicare non perché ci sono solo le sanzioni ma perché c'è un'adesione piena ai valori che sostengono le leggi. Se non c'è questa adesione, salta tutto: questo vale a tutti i livelli e qualifiche».
(infermiera sanità privata)

In particolare viene sottolineato che, soprattutto in un settore come quello sanitario,

«L'integrità dei lavoratori è un aspetto fondamentale che contribuisce a prevenire la corruzione ... In questo settore ancora rivestono un ruolo strategico gli aspetti relazionali e il rapporto del professionista nel fornire il servizio; rispetto ad altri settori che sono stati intensamente robotizzati. Nel settore sanitario c'è ancora una rilevante presenza del fattore umano quindi una buona prevenzione della corruzione passa attraverso il cambiamento di percezione e mentalità dei lavoratori, sia interni che esterni ovvero sia dei lavoratori dipendenti sia tutti quelli che collaborano con il sistema pur non dipendendo direttamente alle aziende sanitarie dal punto di vista giuridico...» (responsabile della prevenzione)

Pertanto le azioni che si ritengono utili proporre sono, da una parte, la promozione di una cultura della trasparenza dal basso, tesa ad impegnare tutti i lavoratori operanti nelle amministrazioni; dall'altra scelte organizzative/gestionali e condizioni coerenti di trasparenza dall'alto, per semplificare, coordinare e ottimizzare i servizi. Un cambiamento di mentalità che deve partire, innanzitutto, dall'alto e che si diffonde poi tra i lavoratori.

«L'integrità dei lavoratori parte dalla testa ovvero dai dirigenti e dalla direzione. La norma anticorruzione è relativamente recente e all'interno

della nostra ASL già nelle sue prime applicazioni ha avuto delle difficoltà: l'individuazione del dirigente a cui affidare l'incarico ha da subito messo in evidenza la forte incompatibilità nell'applicare la norma, a garanzia dell'autonomia. Si è partiti male ...» (sindacalista B).

«Sicuramente l'integrità dei lavoratori ha un suo valore importante nel contribuire a prevenire la corruzione e l'illegalità nel SSN. Purtroppo, però, i fattori esterni, a mio avviso, incidono pesantemente su modelli di integrità interni [...]

Oggi sicuramente si parla, più di un tempo, del fenomeno corruttivo (sui giornali, libri ecc.). Si è avviato un processo di lettura, con lenti diverse, di comportamenti ritenuti fino a ieri "normali". L'aspetto inquietante è che anche chi è indagato per corruzione [...] continua a gestire la res pubblica. Questi esempi fanno male e portano a dire che a nulla serve essere integri...anzi...» (rappresentante IPASVI).

Dall'analisi delle risposte degli intervistati emerge una diffusa consapevolezza del fenomeno, dato confermato anche dai dati di un'indagine, svolta in modo più capillare, tramite un questionario all'interno di un ASL:

«Nella nostra ASL è stato predisposto un questionario on line e anonimo per tutti i lavoratori il cui obiettivo era di valutare la percezione della corruzione, raccogliere suggerimenti per migliorare la nostra organizzazione e, non ultimo, verificare l'efficacia della formazione. La maggior parte dei lavoratori (il 92%) percepiscono il problema delle illegalità e della corruzione come un problema importante o molto importante sebbene la maggior parte di essi non conosce la legge 190/2012. Però i lavoratori conoscono molto di più il codice di comportamento che racchiude una sintesi della legge stessa» (responsabile della prevenzione corruzione).

«C'è una consapevolezza diffusa tra gli utenti ma, soprattutto, tra i lavoratori e gli operatori del SSN che la sanità, oltre ad offrire un grande servizio alla società, certamente è un nido potente per possibili affari e favori, quindi più esposta di altri settori pubblici a fenomeni poco trasparenti. Ormai vi è una percezione abbastanza diffusa tra il cittadino medio che una forte quota del bilancio pubblico sia a livello nazionale che locale è investita nel SSN, si sa che c'è un grosso giro di affari quindi anche la possibilità di fare favori e irregolarità» (sindacalista C).

Di contro, un altro sindacalista ritiene che i lavoratori, soprattutto quelli più 'deboli' (esternalizzati e precari), non hanno alcuna consapevolezza della necessità di una maggiore integrità: essi rappresentano solo l'anello debole della filiera soprattutto in questi anni di profonda crisi che ha investito il mercato del lavoro. La scarsa sindacalizzazione tra questi lavoratori rappresenta quasi una sorta di marginalizzazione che sembra aggravata da un sindacato che tende a disarticolare gli stessi lavoratori a fronte di una visione rigidamente impostata sulla distinzione tra categorie o forme contrattuali. I lavoratori esternalizzati sono quasi invisibili, invisibili alle aziende a cui interessa risparmiare sui costi e avere garantiti i servizi appaltati, e nemmeno tanto visibili dagli stessi sindacati impegnati a tutelare maggiormente i lavoratori pubblici.

«I lavoratori sono molto preoccupati di perdere il loro posto di lavoro e quindi accettano tutto. Il lavoratore che ha 50 anni, indipendentemente dalla nazionalità, entra oggi nel mercato del lavoro con le regole del Job Acts è un lavoratore debole in partenza e ha difficoltà a venire da noi e confrontarsi con noi. Questo aspetto sta emergendo in modo dirimpente, ma attenzione, questo fenomeno si sta verificando anche tra i lavoratori del pubblico impiego che non sono più quelli più tutelati.

Il nostro sindacato si batte da anni affinché allo stesso lavoro venga riconosciuto la stessa retribuzione, affinché ci sia un contratto unico di settore e non 12 contratti che operano nel settore del socio-assistenziale educativo privato e 3 contratti nel settore della sanità privata (Aris, Aiop,

Don Gnocchi) che prevedono ad esempio orari contrattuali completamente differenti. Sicuramente ci sono forti disparità tra dipendente strutturato e lavoratore esternalizzato ma il problema va oltre la distinzione tra lavoratori pubblici e privati e va aldilà dei trattamenti economici retributivi: sia il lavoratore pubblico che quello del privato hanno una grande responsabilità nell'operare quotidianamente...» (sindacalista A).

E continua evidenziando che

«il problema invece nasce nei confronti delle imprese: da una parte c'è l'ente pubblico che di fatto tutela il suo lavoratore - come datore di lavoro - perché ha delle regole ben precise, dettate da legge e contratti e orari di lavoro, dall'altro abbiamo il settore del privato, in particolare nel mondo della cooperazione, dove il lavoratore oltre ad essere dipendente subordinato e anche socio lavoratore della cooperativa. In questo caso è l'impresa che, pur di mantenere il fatturato d'impresa, interviene sul lavoro dei propri soci lavoratori. Se l'ente pubblico, pertanto, chiede una diminuzione di ore per eseguire un certo servizio dato in appalto oppure se affida all'impresa la gestione solo dei turni notturni, l'impresa procede per non perdere l'affidamento dei lavori e diminuendo le ore di lavoro per i suoi soci o affidandogli i turni più disagiati...» (sindacalista A).

Dal punto di vista dei lavoratori (quelli più consapevoli), l'integrità appare innanzitutto quale fattore culturale e di educazione della persona che va alimentato con il senso civico, valutato e verificato.

«Se un lavoratore è informato ed culturalmente etico più difficilmente cade in fenomeni corruttivi. Soprattutto nella PA sta emergendo il fenomeno poiché il sistema e le persone in questi ultimi decenni hanno perso un po' quello che era una volta il senso di servire lo Stato. Il dipendente pubblico ha un ruolo fondamentale e in quanto tale dovrebbe avere un certo comportamento etico: non dovrebbero essere necessari controlli e vigilanza

ma dovrebbe essere connotato nella sua funzione e anche vero che se le persone non vengono controllate, deragliano...Ci sono gli abituali delle malattie, persone che fanno il meno possibile ma che vengono pagati allo stesso modo, alimentando tensioni tra gli stessi lavoratori» (coordinatore infermiera, dipendente ospedale).

«Sono convinta che il cambiamento inizia dalle persone, dalle coscienze individuali. E per attuarlo è necessario andare in cerca di un bene più prezioso del profitto privato, cioè il benessere collettivo» (socio lavoratore cooperativa).

«L'integrità dei lavoratori contribuisce in modo decisivo alla prevenzione dell'illegalità e dei fenomeni di malamministrazione o corruzione: se una persona è integra, è capace di resistere a qualsiasi tentazione.

All'interno del SSN c'è consapevolezza del fenomeno ma anche tanta rassegnazione: le cose vanno così e non possono che andare così [...] I lavoratori mancano di fiducia, hanno paura di esporsi e difficilmente denunciano fatti illeciti o piccole disfunzioni» (infermiere, dipendente ospedale).

L'importanza rivestita dai lavoratori nella diffusione e promozione di atteggiamenti integri, appropriati ed eticamente corretti è avvertita in tutti gli ambiti e tale consapevolezza sta portando ad estendere la normativa ad altri settori che fino ad oggi erano rimasti scoperti.

«Ad esempio per quanto riguarda i medici, recentemente è stato approvato l'accordo con i medici specialisti ambulatoriali interni (c.d. sumaisti) che hanno introdotto nel loro codice di comportamento l'applicazione della normativa anticorruzione. Questo era un settore scoperto in quanto essi non sono dipendenti ma sono collaboratori del sistema sanitario. Un altro settore scoperto ma che verrà normato nei prossimi mesi è quello dei medici di medicina generale che non sono dipendenti ma collaboratori del SSN con

ampi poteri proprio perché gestiscono i percorsi di cura e assistenziali dei pazienti.

La sanità, positivamente, si sta spostando dall'ospedale verso il territorio: in molte realtà regionali stanno sviluppandosi le 'case della salute' e la medicina di iniziativa per i malati cronici o per quel target di popolazione potenzialmente a rischio per cui i medici di medicina generale saranno sempre più al centro di un modello di sanità sostenibile. Inoltre, sul territorio si sta assistendo ad una crescente fenomeno di outsourcing con l'affidamento in appalto di servizi anche clinici che genera non poche difficoltà organizzative: nelle case della salute, si trovano infermieri che non fanno parte del SSN ma che operano all'interno di uno team di lavoro in cui i lavoratori rispondono a datori di lavoro diversi...» (responsabile della prevenzione).

3.3.2 Rapporto tra lavoro, qualità, benessere organizzativo, comportamenti impropri e fenomeni corruttivi

L'idea di una connessione tra rapporti di lavoro, benessere organizzativo, condotte illecite e fenomeni corruttivi nasce dalla consapevolezza che la disarmonia degli ordinamenti è la fonte ideale per far proliferare gli illeciti, così ad esempio si esprimono due intervistati

«Credo proprio che non ci sia la volontà di mettere in ordine il nostro paese. Esistono tanti e tanti contratti di "assunzione" che è difficile persino mapparli. E poi i tirocini extracurricolari, l'apprendistato con pagamento con voucher... Questa confusione, appositamente non governata, in questo periodo storico, non può che far lievitare un sottobosco di comportamenti vessatori che alimentano di fatto la mala gestione della cosa pubblica» (rappresentante IPASVI).

«Il sistema sanitario deve essere sano per scelta politica e i dirigenti devono essere i responsabili del benessere organizzativo, perché nel

benessere organizzativo la corruzione non cresce. Se invece c'è malessere e disorganizzazione la corruzione dilaga, si scelgono dei responsabili sulla base non di criteri di merito ma perché fedeli e magari ignoranti, permettendo così di raggiungere i propri fini personali o mimetizzandosi ... stare a certe regole per una questione di sopravvivenza, adeguandoti a questo clima con un livello culturale ossequioso e subalterno a un certo tipo di situazione in cui la dimensione del potere viene mantenuta da chi l'ha sempre avuta» (infermiera sanità privato).

I lavoratori, operando quotidianamente nel settore, rappresentano una fonte privilegiata di osservazione e di comprensione delle dinamiche interne alle strutture, utili anche a prevenire fenomeni poco trasparenti o illeciti, tuttavia temono di esporsi per le poche garanzie che la legge offre. Essi possono diventare degli alleati propositivi e attivi nel contrastare la corruzione e l'illegalità e nel promuovere l'integrità ma tale ruolo è a rischio di indebolimento nel momento in cui la posizione del lavoratore diviene più instabile facendo scattare dei meccanismi di auto difesa:

«A costo di fare un'affermazione che può apparire banale, anzi lo è ma è l'ABC, chiunque agisca in un qualsiasi posto di lavoro vive tutto quello succede: può quindi vedere, percepire, intuire e vivere, nel bene e nel male, il processo di lavoro. È chiaro che gli operatori sanitari più in particolare l'operatore che lavora nei reparti, negli ambulatori, negli uffici amministrativi vivono in diretta tutti i grandi benefici e risultati del nostro SSN ma possono vedere e vivere anche ciò che alla fine non torna. Il mondo del lavoro è pertanto, quello che una volta era definito, un osservatorio di massa che se ben orientato, formato e utilizzato, in termini positivi, può essere una fonte molto interessante di trasparenza. Tuttavia se il lavoratore opera nell'ambito socio-sanitario, entro e fuori le strutture, negli enti territoriali o centralizzati, però non è un dipendente stabile del servizio scatta un meccanismo assolutamente comprensibile ed esteso di indebolimento della sua attenzione, rischiando di diventare un anello

debole della catena. Questo d'altra parte vale anche ovviamente per gli addetti delle imprese di servizi a cui vengono esternalizzate molte attività. Anziché sentirsi un operatore del SSN, si sente un lavoratore in attesa di riconferma, facendo scattare dei meccanismi di subordinazione ed indebolimento della sua apertura di occhi e orecchie perché meno garantito e più esposto ai ricatti (“se fai il furbo, non ti rinnoviamo il contrattino”) e quindi più indotto ad eseguire e a tacere... È evidente che il lavoratore se si sente tutelato nella sua giornata lavorativa, nel suo mese lavorativo e nel suo futuro lavorativo può essere un forte alleato e quindi un lavoratore attivo e propositivo nella procedura di trasparenza e regolarità, di contro se il lavoratore si sente lui stesso un anello debole allora è un soggetto che ha timori, si sente più ricattabile (un termine che si può usare, anche se forse è un po' pesante) e quindi guarda più dentro di sé e al suo domani piuttosto che guardare fuori, alla sua squadra dove lavora, alle procedure, al piacere di lavorare. Quando non c'è tranquillità scattano dei meccanismi di difesa e autodifesa che indeboliscono il guardare 'fuori'. Questo lo percepisci concretamente con mano durante le assemblee con i lavoratori precari: se si confronta il profilo dei problemi che emergono dalle riunioni con i precari con il profilo di quello che esce dalle assemblee dei lavoratori per così dire stabili ti rendi conto che ci sono profili di sensibilità e di esplicitazione di problematiche che spesso sono divergenti, le une di più basso profilo e le altre più aperte e di più alto profilo. Se uno sa che tra 6 mesi o un anno scade il suo contratto di lavoro è chiaro che sarà preso da altre preoccupazioni» (sindacalista C).

Tramite parole quali «ascolto», «confronto», «coinvolgimento», «responsabilizzazione» viene evidenziata da più parti la necessità di porre maggiore attenzione a chi lavora e ha l'esperienza del lavoro, alle sue narrazioni, aldilà di tanti interventi astratti e normativi.

«C'è in generale una grande voglia da parte dei lavoratori di affrontare questi temi e di partecipare. Il primo pezzo fondamentale di una buona

politica anti-corrruzione deve essere perciò quello dell'ascolto dei lavoratori» (responsabile della prevenzione della corruzione).

«... prevedere un maggior coinvolgimento del personale, a qualsiasi livello, partendo da quelli dirigenziali e intermedi, a quelli più operativi, per accentuare e rendere più spesso quello che chiamiamo la responsabilizzazione e il coinvolgimento dell'operatore nel destino complessivo e nella consapevolezza di operare per un servizio pubblico importante e fondamentale in cui la trasparenza e la regolarità devono essere all'ordine del giorno» (sindacalista C)

Da qui l'idea che le rappresentanze sindacali e gli ordini professionali possano farsi portavoce delle segnalazioni dei lavoratori, recuperando (in parte anche reinventandosi, consapevoli del nuovo che avanza) un ruolo di sintesi degli interessi collettivi che il passaggio da un modello di produzione fordista ad uno post-fordista ha reso più difficile.

«Come progetto con Illuminiamo la salute e con i sindacati, in particolare la CGIL, sul tema del whistleblowing stiamo valutando come rendere i sindacati e gli ordini professionali, tipo l'IPASVI, catalizzatori delle segnalazioni facendo in modo che siano essi ad esporsi nel denunciare casi di corruzione o, più in generale, di malamministrazione: i lavoratori si fidano di questi corpi intermedi e temono di meno parlarne con loro anziché esporsi direttamente con una segnalazione. Questo darebbe anche ai sindacati la possibilità di valorizzare maggiormente il loro ruolo in un momento come quello attuale in cui non godono di grande seguito» (responsabile prevenzione della corruzione).

Sono tutti concordi nell'evidenziare, infatti, la difficoltà da parte dei lavoratori, soprattutto quelli che non sono inseriti come dipendenti nelle strutture sanitarie o socio-sanitarie, a riportare ed evidenziare gli eventuali e potenziali comportamenti impropri o fenomeni illeciti, per timore delle ricadute che queste hanno sul loro

percorso lavorativo. L'ansia di perdere il lavoro o di non vedere confermato il proprio incarico espone maggiormente i lavoratori non standard ad una sottovalutazione dell'importanza del proprio ruolo.

«Ci sono oggettive difficoltà da parte dei lavoratori a denunciare fenomeni di corruzione, non necessariamente un reato ma anche solo un atto legato ad una semplice informazione che può favorire delle condizioni che potrebbero sconfinare in atteggiamenti non genuini. Tutti i lavoratori, a maggior ragione quelli che non hanno un contratto di lavoro stabile, si trovano ad essere soggetti ad una gerarchia e quando hanno qualcosa da dire, che va al di là del lavoro ordinario, su supposti illeciti hanno paura di esporsi e sottoporre la questione al diretto responsabile» (sindacalista B).

«...l'essere collocati gerarchicamente in posizione di dipendenza non facilita una forte presa di posizione contro comportamenti corruttivi. Il timore di ripercussioni, postume ad eventuali segnalazioni, rende ancor più difficile un distanziamento reale dalla connivenza con essi» (sindacalista A).

«...solo grazie al fatto che noi giovani abbiamo fatto gruppo e abbiamo avuto il sostegno delle infermiere dipendenti siamo riuscite a portare alla direzione il problema però se fossi stata da sola probabilmente avrei subito la situazione e a lungo andare mi sarei ritrovata nella condizione di dimettermi, intanto come dicono loro, dietro la porta c'è una fila di gente che attende di lavorare» (lavoratrice con partita IVA).

D'altronde, in due casi almeno, ho avuto la conferma più o meno diretta della condizione di timore vissuta dai lavoratori a cui comunque, neanche a dirlo, avevo garantito l'anonimato e specificato la "natura" (leggasi diffusione) della ricerca. La scarsa sindacalizzazione tra questi lavoratori rappresenta un'ulteriore marginalizzazione, a mio avviso assecondata da un sindacato che tende a disarticolare i lavoratori a fronte di una visione rigidamente impostata sulla distinzione tra categorie o forme contrattuali.

A questo aspetto si aggiunge una normativa lacunosa dal punto di vista delle tutele a garanzia di chi presenta una denuncia che scoraggia ulteriormente i lavoratori ad esporsi.

«Nella mia esperienza di responsabile dell'anti-corruzione ma di molti altri responsabili, la tutela che, ad oggi, prevede la legge sul whistleblowing al lavoratore che fa una denuncia - estesa anche ai lavoratori del settore privato - non ha funzionato perché nessuno si fida nel venire a raccontare quello che vede mettendoci il nome e il cognome. Il problema di fondo è tuttavia che questa tutela non esiste in quanto il denunciato alla fine può essere messo a conoscenza di chi lo ha denunciato [...] Denunciare è un impegno difficile che andrebbe, come in America, incentivato riconoscendo una percentuale del maltolto» (responsabile della prevenzione corruzione).

La diffusione di comportamenti e atteggiamenti eticamente corretti e legali nasce anche dal senso di appartenenza, da trattamenti economici e normativi giusti i cui effetti si ripercuotono sul benessere dei lavoratori, da contesti lavorativi che premiano il merito. In questo senso, alcuni intervistati evidenziano l'importanza (aldilà degli aspetti più strettamente retributivi) di processi di riqualificazione, di sviluppi di carriera, di formazione professionale permanente per adattarsi alle innovazioni tecnologiche e ai cambiamenti organizzativi, di flessibilità delle mansioni, di meccanismi di partecipazione ai profitti e di un'efficace comunicazione interna capace di rendere partecipi i lavoratori degli obiettivi aziendali.

«Se non si ha un atteggiamento di cura nei confronti di chi ti cura, perdi in efficacia sul piano dell'azione terapeutica e anche sul piano economico. In sanità, a differenza di tutti gli altri settori, le evidenze dimostrano che quasi mai l'efficienza è efficace, nel senso che l'efficienza è un dato di natura economica ma in sanità non è sempre vero che la cosa meno costosa, pertanto più efficiente, è quella più efficace dal punto di vista della salute la quale è un prodotto complesso. Essa non può ridursi solo a una prestazione

tecnica in un certo tempo. Se la riduci a questo, non riuscirai mai a fare la prevenzione: se ad esempio paghi i dentisti per il numero di carie che curano, non riuscirai mai a prevenire le carie; piuttosto bisogna trovare il metodo per pagarli in modo diverso. Devi occuparti dei professionisti garantendogli una gratificazione professionale ed economica ma evitare che, come sempre più spesso capita nelle strutture private, vengano curati pazienti sani di malattie inesistenti solo al fine di intascare i DRG. Se uso la filosofia del 'care' nelle organizzazioni, il personale è motivato, il turn-over dei lavoratori diminuisce così come l'assenteismo e i costi di gestione del personale diminuiscono. Il fenomeno dei 'magnet hospital' registrato in America è un dato di fatto: si tratta di ospedali che riescono ad attrarre e trattenere pazienti e personale perché al loro interno il lavoro ha un senso, un valore e una vera utilità per il paziente, mentre là dove non esiste questa filosofia i pazienti si sentono alienati, incastrati così pure i lavoratori, aumenta il turn-over, l'assenteismo, la conflittualità, gli indicatori clinici peggiorano e dilaga la corruzione» (infermiera sanità privata).

«Per me il benessere organizzativo e il far stare bene le persone sul luogo di lavoro rappresentano una delle prime misure di lotta alla corruzione: purtroppo la realtà è molto diversa e spesso i lavoratori, dipendenti e no, non hanno il senso per così dire della 'maglia' e di quello che fanno. Nel momento in cui la PA fosse in grado di far 'sentire la maglia' ai suoi dipendenti probabilmente questo inciderebbe su una maggiore integrità e una migliore amministrazione che si ripercuoterebbe anche sugli altri lavoratori ma, allo stato attuale, non è così o è così solo in poche realtà» (responsabile della prevenzione).

«Quando un'azienda non applica correttamente il contratto di lavoro per cui ci sono abusi nell'elaborazione delle buste paga (mancato pagamento della malattia, irregolarità nelle trasferte, mancato o ritardato pagamento delle retribuzioni per mesi) è evidente che lì nasce il malessere, un malessere interno perché i rapporti di lavoro nascono da diritti e doveri: il

diritto dei lavoratori a percepire la giusta retribuzione e il dovere del datore di lavoro di pagare le retribuzioni.

La legalità parte da questo: alcuni comportamenti da parte dei lavoratori che possono essere definiti di malamministrazione, non di corruzione, sono spesso dovuti alla perdita di fidelizzazione nei confronti dell'azienda e questi eventi capitano soprattutto nelle esternalizzazioni quando l'ente pubblico appalta dei servizi» (sindacalista A).

Viepiù, i sindacalisti evidenziano che i lavoratori delle cooperative, degli studi associati (con partita IVA) e in parte delle agenzie di somministrazione operanti all'interno delle strutture, si trovano ad operare con queste tipologie contrattuali non per scelta consapevole ma perché non avevano altre alternative, venendo a godere di minori garanzie rispetto ai lavoratori strutturati e di condizioni di lavoro meno vantaggiose.

«Se c'è una buona organizzazione, il lavoratore si sente tutelato: ad esempio se elaboro la turnazione per 6 mesi o un anno, il lavoratore si può programmare la propria vita invece ci sono programmazioni di 15 giorni in 15 giorni. Questa programmazione, ad esempio, porta chi gode di maggiori garanzie ad un maggiore assenteismo e chi non ne ha (partite IVA o collaboratori) o ne ha poche (lavoratori delle cooperative) ad un profondo malessere che però non può far valere per timore di perdere il lavoro» (sindacalista A).

«All'interno della struttura inoltre operano i lavoratori delle cooperative e degli studi associati con partita IVA che vanno a coprire le turnazioni più difficile: questo è lo strumento che adoperano le amministrazioni anche per arginare il fenomeno dell'assenteismo. Si preferisce l'agenzia, la cooperativa, lo studio professionale per avere garantite le ore pattuite risultanti dall'appalto. L'operatore professionista deve lavorare ma nel tempo si rende conto dei rischi di uno sfruttamento della propria professionalità. Tutti i lavoratori meno sindacalizzati pagano il prezzo sulla

parte economica, sullo stress e a lungo andare non possono andare avanti con potenziali ripercussioni sulla qualità dei servizi.

Se le norme prevedono che un operatore lavori al massimo 48 ore con un riposo di 11 ore tra un turno all'altro questo deve valere anche per i liberi professionisti che operano nelle strutture altrimenti c'è un calo psico-fisico. Sul banco degli imputati deve andare chi stabilisce il contratto e chi deve vigilare su queste cose perché le conseguenze ricadono sui pazienti e sulla qualità.

Le amministrazioni oggi giorno sono molto attente ai costi e tendono a fare accordi al minore prezzo, accordi che quindi si ripercuotono sui lavoratori in particolare delle cooperative» (sindacalista B).

La disparità di trattamento che ricade sui lavoratori, per così dire, esterni al settore pubblico nell'affidare un crescente numero di servizi viene avvertita dagli stessi lavoratori quale fonte di malessere che in ultima istanza incide sulla qualità del servizio.

«Il problema è che l'unico criterio adoperato per gestire i lavori in sanità, gli appalti e subappalti, è quello economico, legale e formale ma non c'è un vero criterio etico. Ci sarebbe la possibilità di farlo: le politiche che adotti non possono essere solo delle declaratorie devono essere sostanziate da scelte concrete, precise e misurabili non da compromesso di interessi economici... Ovviamente scegliendo i lavoratori al minor costo, trovi persone disponibili a fare lo stesso lavoro ma con qualifiche inferiori, il rischio è quindi quello del demansionamento della professione degli infermieri» (infermiera sanità privata).

«Il costo del lavoro viene ... a ridursi; infatti gli operatori che vengono assunti dall'impresa privata per la gestione dei servizi hanno una retribuzione mediamente inferiore del 20%, 30%, 40% in meno rispetto la contrattazione pubblica. È un modo per risparmiare e per decentrare responsabilità amministrative a discapito anche della qualità del prodotto.

Infatti quel lavoratore della cooperativa che gestisce un pezzo del servizio ha in genere, come si diceva una volta, una qualifica professionale più bassa dell'analogo operatore pubblico che magari lavora di fianco, uno con una qualifica e l'altro con un'altra. Aldilà dell'aspetto retributivo che è comunque fondamentale, vi è anche un salto e una rimessa in termini di qualità professionale: se prima il SSN metteva un infermiere professionale diplomato, il privato invece ci mette un operatore senza la qualifica» (sindacalista C).

La diffusa insoddisfazione dei lavoratori nei confronti di trattamenti diversificati (retribuzione inferiore, irregolarità nell'elaborazione delle buste paga, ritardi nei pagamenti delle retribuzioni, orari e turni più pesanti, maggiore flessibilità in uscita, mancata formazione, percorsi di carriera inesistenti) in base al contratto di lavoro che hanno firmato (giustificato, d'altra parte, dalle diverse necessità e interessi delle aziende), seppur non collegati con quelli che in futuro si potrebbero concretizzare in casi di vera e propria corruzione, purtuttavia costituiscono la "spia" di un malessere che da latente può divenire diffuso e tramutarsi in condotte illecite o di malamministrazione.

«Appena laureata ho iniziato a lavorare tramite un'agenzia interinale in una grande azienda ospedaliera di Torino, dove tuttavia non crescevo professionalmente e non avevo nessuna possibilità di essere assunta. Mi hanno poi lasciata a casa.

La necessità di ottenere il permesso di soggiorno (che ti rilasciano solo se possiedi un contratto a tempo indeterminato o una partita IVA) mi ha quindi costretto ad indirizzarmi verso la libera professionale. Dopo quasi un anno di disoccupazione, ora lavoro con la partita IVA per uno studio associato di infermieri presso una RSA della provincia di Torino. Qui spesso copro i turni notturni e talvolta mi capita di saltare il riposo; mi è capitato un paio di volte di rifiutarmi perché fisicamente è molto pesante tuttavia loro trovano sempre qualcuno disposto a farlo, che gli va bene perché hanno bisogno di lavorare o perché hanno paura di esporsi. Non puoi più di tanto

lamentarti perché altrimenti ti riducono le ore e tu non lavori e non guadagni. Poi se partono i controlli si rischia anche che la struttura dove lavori venga chiusa a danno di noi lavoratori e dei pazienti» (infermiera con partita IVA).

«La prima esperienza è stata davvero pesante: ero l'unica infermiera [con partita IVA] operante nella casa di riposo con una trentina di ospiti. Mi occupavo di tutti gli aspetti: dalla somministrazione di farmaci e terapie (su indicazione del medico che veniva tre volte alla settimana) alla pulizia personale, assieme ad un'altra OSS, dipendente della struttura. Facevo molte ore che rendicontavo alla struttura e venivo pagata in base a quelle. Per i turni di notte, definiti di settimana in settimana, mi alternavo con un infermiere in pensione (anche lui con partita IVA) e mi veniva richiesto di provvedere, in quelle ore, a lavare per terra nella sala pranzo e di attivare le lavatrici con i vestiti degli ospiti. Me ne sono andata perché il lavoro era tanto e della retribuzione - sebbene sembrasse alta in realtà, al netto delle tasse che ho dovuto versare e della parte che mettevo da parte in un fondo per la pensione e l'assicurazione contro la malattia e il rischio biologico - mi rimaneva ben poco. Ma soprattutto non mi sentivo per nulla tutelata. Non capivo nemmeno bene come mi rendicontassero la mia attività: mi è capitato di stare male qualche giorno e mi hanno decurtato l'importo della fattura. In caso di infortunio non so come si sarebbero comportati» (infermiera, socio lavoratore di una cooperativa).

Anche soluzioni decisamente più innovative, in parte mutate da paesi come la Francia e il Belgio dove hanno ottenuto buoni risultati, quale i *voucher* (sperimentati in alcune regioni), possono nascondere preoccupanti rischi sia per i lavoratori che per i fruitori dei servizi, se non opportunamente gestiti.

«In altre regioni (ad esempio la Lombardia) hanno adottato un sistema ancora differente: se il cittadino ha diritto ad usufruire di alcuni servizi (penso all'assistenza domiciliare) gli viene dato un voucher che può

spendere come vuole. Viene dato il diritto ed è il singolo ad esercitarlo: da una parte questo sistema porta la libertà da parte del cittadino di scegliere da chi essere assistito ma dall'altra si scarica a valle il problema.

È come se il cittadino potesse avere una posizione simmetrica con il fornitore del servizio. Questo però è vero solo se sono in grado di valutare: in questo caso uso il voucher in un certo modo. Ma se sono un soggetto debole, fragile o con pochi strumenti culturali può essere un pericolo perché mi posso far condizionare. Per dire che ogni soluzione può avere dei rischi: il voucher o l'assegno di cura responsabilizzano la persona ma come viene utilizzato? Le verifiche vengono fatte sulla base del contratto della badante che si è assunta per assistere un genitore anziano e disabile ma poi, se mancano i controlli, la badante la puoi utilizzare per diverse altre cose, le pulizie di casa, per accompagnare i figli a scuola, scaricando a valle i problemi e non occupandoti del vero problema, la disabilità e l'assistenza. Inoltre si può verificare una contrattazione asimmetrica tra badante e famiglia. Mentre oggi le OSS che vanno a domicilio per l'assistenza domiciliare hanno alle spalle una struttura pubblica che ha affidato ad una cooperativa la gestione del servizio per cui c'è un capitolato, un progetto, una richiesta del committente che garantisce che l'OSS deve essere inviata per occuparsi dell'igiene personale e accompagnamento, se questo non ci sarà più viene lasciato tutto alla libera scelta della famiglia che a parità di importo elargito riterrà più conveniente (ottenendo più ore di lavoro) assumersi una badante privatamente piuttosto che tramite una cooperativa che deve garantire l'applicazione del CCNL» (responsabile cooperativa A).

Infine c'è chi, tra i fornitori dei servizi, volontariamente fornisce garanzia di eticità della propria filiera produttiva e del proprio ciclo produttivo attraverso il meccanismo della certificazione del sistema di responsabilità sociale (*Social Accountability SA8000*), rilasciata da una terza parte indipendente e con un meccanismo analogo a quello utilizzato per i sistemi di gestione per la qualità o di gestione ambientale. Tale sistema garantisce da una parte la piena trasparenza nei

confronti di soggetti esterni sulle condizioni di lavoro, di sicurezza e remunerazione del personale. Dall'altra si garantiscono condizioni di lavoro più sicure che rendono il personale dell'azienda più motivato, più produttivo, meno soggetto al *turn over* e un processo produttivo di maggiore qualità percepita.

«la nostra cooperativa è in fase di certificazione ISO (UNI SA8000) sulla responsabilità di impresa che prevede una serie di comportamenti della cooperativa nei confronti dei fornitori e degli interlocutori che ti danno da gestire i servizi rispetto agli approvvigionamenti, alle forniture, ai materiali di consumo e al personale. Ad esempio non adopero nei servizi palloni prodotti da minorenni o non uso carta prodotta da un produttore che inquina. Per quanto riguarda i lavoratori, in particolare, viene richiesto di rispettare il CCNL e di curare la formazione e informazione dei lavoratori sul piano della sicurezza del lavoro, della contrattualistica e del supporto professionale con formazione e supervisione. Questo sarà un ulteriore strumento a nostra disposizione per fornire al committente di gara, di appalto, di concessione la garanzia –certificato da un terzo – che il nostro sistema aziendale risponde nel concreto sul piano operativo alle indicazioni della normativa sulla responsabilità di impresa. Le stazioni appaltanti possono decidere se inserire tale certificazione tra i requisiti per partecipare ad una gara o, nel caso non venga richiesto, potrebbe essere oggetto di valutazione all'interno del progetto quando i criteri della PA ritengono di dare un merito a tali aspetti, anche se nella situazione attuale la PA si preoccupa solamente di portare a casa il minore costo per cui siamo all'interno di una logica al contrario perché certificarsi rappresenta un costo per cui non tutte le cooperative lo fanno e la PA non può obbligarle a certificare» (responsabile cooperativa B).

3.3.3 Il ruolo dei controlli interni e esterni al SSN

Il sistema delineato dalla normativa, si fonda essenzialmente su un controllo nelle P.A. di tipo interno, formale e documentale, sembra invece assente un apparato

efficiente di controlli sostanziali, che però non riguarda i controlli successivi affidati alla magistratura, la quale interviene inevitabilmente solo nel momento patologico. Alcuni degli intervistati hanno messo in evidenza alcune criticità nell'implementazione delle misure anticorruzione. In particolare, è stata ipotizzata l'adozione puramente formale del modello predisposto in quanto alcuni strumenti sarebbero applicati (il sistema di denuncia e la rotazione dei compiti) e attuati solo nell'ambito pubblico.

In particolare, quest'ultima percezione si estende anche ai controlli e alle misure disciplinate dalla legge, con riferimento alle quali si è rilevata una non chiara comprensione del ruolo e dell'utilità della loro presenza, l'assenza della cultura del controllo nell'amministrazione

Anche lo strumento della rotazione del personale sarebbe di difficile applicazione, soprattutto nel caso di figure specializzate, presenti normalmente in numero limitato e pertanto impossibilitati a realizzare l'alternanza richiesta.

«L'ottimo passo compiuto con la legge 190 che le nostre realtà territoriali hanno applicato in termini positivi e operativi nella sua attuazione, mette tuttavia in evidenza alcune criticità: se per il settore pubblico si sono adottate precise e restrittive norme in tema di anticorruzione, non altrettanto è stato fatto nel settore privato. A fronte di procedure di crescente controllo e verifiche all'interno delle strutture della sanità pubblica, altrettanto non è nei confronti degli operatori e dei pezzi di servizi che vengono appaltati e dati alle imprese private, una criticità che dovrà sicuramente essere superata» (sindacalista C).

«Per quanto riguarda i controlli quelli fatti fino ad oggi sono di tipo amministrativo, bisognerebbe cambiare la natura dei controlli la cui accezione è sempre stata negativa. Nell'ASL di [...] si è tentato ad esempio di integrare le attività di controllo delle procedure amministrative con le altre tipologie di controllo interno, valorizzando un approccio tra pari e collaborativo, teso al miglioramento, piuttosto che un atteggiamento ispettivo e punitivo.

Sono quindi state accentuate le modalità di autocontrollo dei processi, favorendo l'utilizzo di liste di autovalutazione, le valutazioni periodiche tra pari (audit clinico e organizzativo), la responsabilizzazione diffusa sui punti critici di controllo. Questo approccio richiede il coinvolgimento di tutti i lavoratori, non solo di quelli dipendenti del SSN, con cui vanno condivisi i risultati dei controlli in modo da valorizzare l'attività. Come ha detto recentemente Nando Dalla Chiesa in occasione di Expo 2015, vanno chiusi tutti i varchi possibili di infiltrazione della corruzione facendo tutti i controlli che devono essere fatti» (responsabile della prevenzione della corruzione).

«I controlli nel garantire la legalità e la buona amministrazione sono presenti ma solo sulla carta. E la maggior parte degli infermieri intervistati attraverso un questionario, nemmeno questo sapevano. Comunque ritengo che i controlli più che sul personale andrebbero fatti sui vertici» (rappresentante IPASVI).

«L'unica via sono i controlli: anche le centrali delle cooperative sono state chiamate ad entrare maggiormente nel merito, verificando se le assemblee vengono convocate, quante volte l'anno, chi partecipa» (coordinatore cooperativa A).

Inoltre viene evidenziata la necessità nel prossimo futuro di sviluppare nuovi sistemi di rimborso degli ospedali che permettano di superare i limiti dell'attuale sistema (a DRG), che premia i volumi di attività prodotta, per tendere invece a premiare la qualità delle cure sanitarie offerte e, soprattutto, l'efficacia dei servizi resi.

«I controlli che vengono effettuati sono formali e documentali sull'applicazione formale delle norme mentre pochi sono i controlli sostanziali, gli indicatori di risultato ci sono ma possono essere manipolati perché quasi mai vengono confrontati con gli indicatori di esito e di

appropriatezza: il classico esempio che viene riportato è quello dell'intervento che è perfettamente riuscito, peccato però che poi il paziente è morto oppure i pazienti che vengono mandati a casa hanno le piaghe da decupido. Formalmente è tutto perfetto» (infermiera sanità privata).

Sebbene c'è chi mette in evidenza che pur prevedendo maggiori e migliori controlli non sia così facile stanare le situazioni poco trasparenti, per questo andrebbe dedicata più attenzione anche ai cosiddetti segnali deboli, ovvero indicatori secondari ma che possono essere indice di situazioni poco trasparenti:

«...non sono rintracciabili elementi certi per poter essere sicuri che quella cooperativa che si iscrive alla centrale stia operando in maniera opaca: se i revisori dei conti certificano i bilanci, se la cooperativa ha anche una serie di certificazioni e codici etici, come puoi capirlo?

Forse qualche segnale lo hai quando vedi che il presidente della cooperativa viaggia con una macchina da cento mila euro o il CdA prende dei gettoni di presenza da cinquemila euro per seduta: la legge non vieta nulla di ciò, formalmente è tutto a posto perché approvato in assemblea....

Inoltre, in molte cooperative l'essere socio è obbligatorio per poter lavorare, anche per coloro che vengono assunti a tempo determinato che è un controsenso: divenire socio è un punto di arrivo che maturi strada facendo. Poi molte volte ai lavoratori viene chiesto di aprire la partita IVA anche se funzionalmente sono inseriti nell'organizzazione oppure di lavorare con i voucher sia presso le cooperative che presso i centri di riabilitazione. [...] Ma non solo, a molti lavoratori viene trattenuta dalla busta paga un importo di cinque euro per l'elaborazione della busta paga oppure una quota sociale a fondo perduto» (responsabile cooperativa).

Così, ad esempio, nell'area degli appalti, individuata tra quelle a più alto rischio corruzione dalla stessa normativa, c'è chi evidenzia che

«una buona politica anti corruzione [...] va sempre più nella direzione di una presa di coscienza che il lavoro effettivo deve avvenire sull'esecuzione dei contratti ovvero mettere in campo tutta una serie di attività che vanno concretamente a capire quello che viene fornito alla pubblica amministrazione anche in termini di rinnovo degli appalti, in una sorta di ciclo continuo. Fino ad oggi la maggior parte delle amministrazioni si accontentava di far bene la parte relativa all'affidamento degli appalti mentre c'era molto meno attenzione sull'esecuzione.

In quest'ottica diventa quindi fondamentale l'ascolto dei lavoratori che, al fondo di una lunga catena, operano nella fase di esecuzione dell'appalto perché vedono tante cose e disfunzioni, magari piccole o poco significanti prese singolarmente, e le possono raccontare» (responsabile della prevenzione della corruzione).

Su questo punto risultano interessanti anche le considerazioni espresse da parte di chi è chiamato a gestire i servizi dati in appalto o, più spesso, in concessione. Da una parte viene evidenziato il rischio che addirittura le nuove procedure possano costituire un limite per lo sviluppo delle imprese del territorio facendo ricadere sui lavoratori, con il sistema dei sub-appalti, i maggiori margini di risparmio ottenuti. Infatti nel mercato degli appalti pubblici si registra una forte tendenza all'aggregazione della domanda da parte dei committenti pubblici, al fine di ottenere economie di scala, ad esempio prezzi e costi delle transazioni più bassi nonché un miglioramento e una maggior professionalità nella gestione degli appalti. Questo obiettivo può essere raggiunto concentrando gli acquisti in termini di numero di amministrazioni aggiudicatrici coinvolte, oppure in termini di fatturato e di valore nel tempo. Tuttavia, l'aggregazione e la centralizzazione delle committenze dovrebbero essere attentamente monitorate al fine di evitare un'eccessiva concentrazione del potere d'acquisto e collusioni, nonché di preservare la trasparenza e la concorrenza e la possibilità di accesso al mercato per le piccole e medie imprese radicate sul territorio.

«Non bisogna ... generalizzare: bisogna capire se il servizio che viene erogato è di qualità e alla collettività costa meno. Allora perché dovresti farlo pagare di più perché vuoi che sempre sia tutto pubblico? Il pubblico, come vediamo, spesso è assenteismo e disaffezione al lavoro, ma al suo interno ha del bene e del male, così come le cooperative e le imprese private. Anziché lottare per tutto pubblico o tutto privato, la strada da percorrere sarebbe quella di fare insieme, non con un ente for profit che ha chiaramente degli interessi diversi dall'ente no profit ma l'ente pubblico con la cooperazione e le fondazioni costruire insieme la sanità e l'assistenza del domani anche in termini di progettualità perché spesso l'ente pubblico è rigido, auto centrato e auto referenziale e arriva dopo ai bisogni dei cittadini.

Devi però cambiare mentalità, non vedere nella cooperativa un fornitore ma un partner. Ma questo non è agevolato proprio dalla procedura CONSIP, nata per far risparmiare l'ente pubblico: infatti spesso le cooperative non hanno i requisiti minimi richiesti per partecipare ad appalti molto grandi. Lo si è iniziato a vedere con gli appalti di pulizia: prima c'erano tante cooperative medio-piccole del territorio che collocavano i disabili della psichiatria o i tossico dipendenti di quell'Asl come inserimenti lavorativi. Ora queste vengono tagliate fuori e chi vince non conosce il territorio e non ha alcun obbligo di inserire dei disabili anche se, in ultima analisi, fa fare il lavoro alle stesse cooperative, subappaltando il servizio. Vi è di più, il disabile psichiatrico ora te lo ritrovi nei servizi come utente, perché prima avendo un lavoro aveva un po' di autonomia, ora diviene un costo per la collettività. Sui servizi bisognerebbe avere una visione più ampia» (responsabile cooperativa).

Dall'altra, con la diffusione delle concessioni, il rischio è che le situazioni di opacità si modifichino, aumentino o, paradossalmente, non si vedano nemmeno più se non, a distanza di tempo e in termini differenti con ricadute successive sul SSN:

«Le ASL sempre più stanno andando sulle concessioni più che sugli appalti: ad esempio le case di riposo di proprietà dell'Asl o dei comuni che fino a qualche anno fa erano date in appalto per 5-20 anni lasciavano una parte dei rischi (manutenzione straordinaria dell'immobile, adeguamenti, mancati incassi) sul committente ora, invece, vengono date in concessione. Con la concessione si ottengono due risultati: da una parte, certezza di bilancio e di introito per il committente tramite l'affitto per l'immobile che viene pagato da chi ottiene la concessione, dall'altra si toglie tutte le grane perché per quel periodo è come se fosse del concessionario che si deve preoccupare di avere la struttura utilizzata, che le persone ricoverate lo paghino, di pagare l'affitto, di provvedere alla manutenzione degli immobili e di ottenere degli utili. Il rischio è che si aggravino le situazioni di opacità - addirittura non vedi più nemmeno le cose - perché i fini non sono più pubblici ma di profitto: per cui si verificano dilatazioni dei tempi di cura, false dimissioni per poi far rientrare i pazienti e godere di rimborsi maggiori o altre anomalie. A questo si aggiunge che la normativa sulle RSA della Regione impone di darle in concessione ma se la concessione è di cinque anni non è una vera concessione perché se in cinque anni devo recuperare quanto ti ho pagato per gli affitti, ancora di più esaspero questa cosa. Normalmente la concessione deve essere per un periodo temporale più lungo (ad esempio noi abbiamo due strutture per disabili costruite con il project financing che abbiamo in concessione per quarant'anni): così è evidente che l'investimento che hai fatto programmi di recuperarlo con quarant'anni di lavoro al contrario con tempi troppo stretti, la richiesta di pagare un affitto, di fare i lavori di manutenzione e adeguamento, magari di cambiare gli arredi e dopo cinque anni la vuoi indietro, la tendenza sarà a fare il meno possibile. Se la concessione viene data per pochi anni il rischio è che le cooperative non partecipano più alle gare di assegnazione perché non hanno i margini per starci dentro oppure chi vi partecipa e ti dà tanto, fa emergere qualche domanda: si sono fatti i conti che in quei cinque anni si porteranno a casa quello che avevano previsto di portarsi a casa» (responsabile cooperativa).

Il rischio, già emerso dalle considerazioni dei responsabili della prevenzione tramite il questionario on-line ma avvertito da più parti, è che gli adempimenti sulla prevenzione della corruzione vengano ridotti a mera attività burocratica e di facciata, continuando a prosperare nella sostanza. Difficilmente si contrasta l'illegalità solo attraverso la revisione o la definizione di nuove norme, pur necessarie.

Pertanto le azioni che si ritengono utili proporre sono, da una parte, la promozione di una cultura della trasparenza dal basso, tesa ad impegnare tutti i lavoratori operanti nelle amministrazioni; dall'altra la creazione di condizioni coerenti di trasparenza dall'alto, per semplificare, coordinare e ottimizzare i servizi.

«In generale, a prescindere dagli esempi specifici, all'interno di un servizio che produce un'attività sanitaria pubblica se agiscono matrici di impresa diverse che hanno ovviamente una loro autonomia perché quel servizio è appaltato ad un consorzio, l'altro è appaltato ad una cooperativa e così via è evidente che il meccanismo di controllo e di coordinamento della catena produttiva è molto più complesso anche perché le centrali di responsabilità sono difficilmente unificabili. Il responsabile del servizio pubblico risponde poco di quello che produce un altro arrivando fino a dove è di sua competenza: più c'è decentramento, più c'è difficoltà di coordinamento di qualità e di controllo sulla trasparenza e sulla regolarità del processo del lavoro e del prodotto che si propone. La tendenza da parte del settore pubblico è di tenere sulla carta e nelle sue mani il meccanismo di controllo e dei risultati però in realtà decentra, deresponsabilizzandosi, la gestione di servizi più a rischio. Questo è un meccanismo in diffusione che si sta allargando al settore pubblico 'scimmiottando' il sistema di decentramento dei rami produttivi che è in allarmante espansione anche nei principali settori produttivi privati» (sindacalista C).

Anche meccanismi previsti dalla legge come quello della rotazione dei dirigenti sulle posizioni sensibili può ridursi a uno scambio di poltrone e promozione di

clientele. Addirittura, può diventare lo strumento 'legale' per rimuovere funzionari scomodi, non allineati. Infine, ammesso che la rotazione dei dirigenti riduca il rischio corruttivo, va messo in conto l'aumento del rischio di incompetenza, in quelle funzioni, spesso strategiche, caratterizzate da specifico contenuto professionale.

3.3.4 Il ruolo della formazione e informazione nella promozione dell'integrità

Ad oggi, l'approccio adottato nella maggior parte delle aziende è stato legato all'applicazione formale delle disposizioni previste dalle norme in materia di anticorruzione, piuttosto che alla volontà di diffondere all'interno delle varie realtà organizzative e del pensiero collettivo dei dipendenti pubblici una vera e radicata mentalità incentrata sull'etica, sulla prevenzione e sulla repressione dei fenomeni corruttivi e dei comportamenti impropri.

«Secondo me, vi è la necessità di riparte dall'etica, non da quella predicata ma da quella praticata, e ci sono metodologie precise per praticare l'etica. Anche quando si sceglie di fare formazione sull'etica, questa è completamente teorica e tecnica e finisce nel giuridico, ma questa non è vera etica ... Ad esempio cito, una per tutte, la metodologia di Paolo Freire la pedagogia del dialogo che sostiene la formazione degli adulti a partire dalle situazioni reali che poi vengono analizzate in termini non solo scientifici ma anche etici. Ad esempio anch'io ho fatto la formazione sull'etica, sul codice etico e la carta etica ma è stata una vetrina, una facciata: non è stata fatta la sostanza. La discriminante reale se lavori sull'etica sta nel capire per quali valori lavori, come ci lavori e quali sono i risultati in termini precisi ... » (infermiera presso struttura privata).

«La formazione su tematiche etiche è fondamentale e dovrebbe essere obbligatoria per tutti i livelli anche a chi non è dipendente pubblico ma contribuisce al servizio. Ad esempio nella nostra azienda è stata fatto un

corso telematico sulla trasparenza che tuttavia trova il tempo che trova perché su queste tematiche è bene confrontarsi e non solo apprendere meccanicamente delle nozioni.

La formazione e l'informazione non puramente normativa ma sui temi etici con analisi di casi concreti e discussioni di gruppo potrebbero rappresentare il punto di partenza di un'effettiva azione promozionale e di contrasto ai numerosi e diversificati fenomeni di opacità. Bisognerebbe ripartire dall'educazione civica nelle scuole» (coordinatore infermieristico).

«Una buona pratica che abbiamo adottato nella nostra realtà e il progetto sarà implementato ulteriormente nel 2016 è l'aver impostato la nostra attività formativa e informativa sul tema dell'etica - molto apprezzata dalle persone - puntando sui casi concreti» (responsabile della prevenzione corruzione).

«Secondo noi tutti, la formazione è l'elemento essenziale che va praticato, rafforzato, qualificato... Per quanto riguarda la formazione, il primo passo è stato quello di introdurre questo bisogno/obbligo di formazione, dopo di che, ci sono dieci modi diversi per fornirla. A questo riguardo sarebbe fondamentale la possibilità a livello di territori più vasti, penso al nostro livello regionale o al livello territoriale vasto, periodicamente riuscire a mettere in rete tra i vari responsabili dell'anticorruzione e tra i dirigenti le esperienze positive e le buone pratiche per un confronto e capire dove è il meglio che faccio io e il meglio che fai tu, in modo da migliorare, eliminare e superare gli errori di ciascuno. A tal proposito abbiamo chiesto di fare, e la legge 190 non lo prevede ma non lo nega nemmeno, di prevedere a livello provinciale dei tavoli permanenti per mettere a confronto e a fattor comune queste buone pratiche tra le diverse amministrazioni per migliorare e fare meno burocrazia e cose inutili [...]. La scommessa da giocare sta nella formazione dei lavoratori e nel loro coinvolgimento oltre che nel coinvolgimento delle associazioni esterne tra cui il sindacato» (sindacalista C).

«Formazione e informazione hanno un ruolo fondamentale nel promuovere l'integrità soprattutto a partire da chi ha ruolo di dirigenza: è importante che si conoscano non solo gli aspetti tecnici-organizzativi ma anche l'approccio filosofico e, ad esempio, i valori della cooperazione sociale. Ad esempio noi abbiamo fatto un percorso di formazione per riflettere su quale è la mission di una cooperativa sociale, le cui finalità sono orientate al domani, al futuro» (responsabile cooperativa).

Investire in istruzione e cultura richiede più tempo per ottenere dei risultati e spesso nelle amministrazioni, soprattutto in periodi di crisi e di riduzione dei finanziamenti come quello attuale, non viene fatta progettazione di lungo periodo e di ampia visione che tenga conto e coinvolga tutti i lavoratori operanti nelle strutture.

«Ci deve essere un'attività di informazione diretta che deve arrivare direttamente a loro: si pensi al codice di comportamento, strumento poco letto e poco conosciuto anche tra gli stessi dipendenti del SSN, se viene semplicemente inviato alle imprese affidatarie non ho la certezza che queste provvedono alla sua diffusione e conoscenza o se questo avviene in modo puramente formale o tramite una mail. Sarebbe interessante prevedere già nei contratti di appalto che l'azienda sanitaria possa riservarsi uno spazio per informare, aggiornare ed ascoltare anche i lavoratori delle imprese affidatarie: lo spazio c'è perché stiamo ragionando di migliorare la qualità del lavoro che viene fornito» (responsabile della prevenzione corruzione).

«Mettere nelle condizioni tutti i lavoratori di venire a conoscenza di queste tematiche etiche: bisognerebbe forse certificare la formazione dei singoli professionisti e poi c'è un discorso di responsabilità personale» (sindacalista B).

«È evidente che tale formazione dovrebbe essere estesa ed integrata anche al crescente numero di lavoratori che gravitano nelle aziende a cui vengono affidati gli appalti e le strutture in convenzione. Questo è un capitolo aperto perché la legge 190 è un bel passo ma si rivolge all'ambito pubblico trascurando chi invece non è lavoratore pubblico ma agisce e opera nel settore pubblico. Su questo aspetto ci stiamo in parte lavorando e nell'attesa che Roma intervenga nella modifica della normativa stiamo provando a definire delle iniziative. Nello specifico si sta definendo con la Regione [...] il cosiddetto Testo Unico per la legalità, che dovrebbe andare in porto nelle prossime settimane in quanto già maturo e essere sottoscritto oltre che dalla regione, dall'associazione dei comuni, da tutte le organizzazioni del mondo sociale (sindacati, confindustria, associazioni datoriali) coinvolgendo il pubblico e il privato. Un punto importante contenuto nel Testo Unico riguarda proprio la gestione dell'anticorruzione e della trasparenza: il nostro obiettivo come sindacato è quello di riuscire a coinvolgere anche le rappresentanze private dell'imprenditoria che sono sempre più coinvolte nella gestione di alcuni pezzi di servizi in sanità e non solo. L'ideale sarebbe poter pensare che tra sei mesi nel circuito della formazione, che oggi è obbligatoria per i dipendenti pubblici appartenenti a un certo servizio, potrebbero essere coinvolti anche i lavoratori delle imprese che hanno in appalto quel pezzo di attività e che oggi, in teoria, sono esclusi» (sindacalista C).

Inoltre c'è anche chi, avvertendo il cambiamento dei tempi, inizia a preoccuparsi di formare i futuri lavoratori del settore in modo che siano preparati e capaci di valutare le nuove opportunità lavorative che si stanno diffondendo:

«Negli ultimi anni l'università di [...] ha organizzato dei seminari con gli studenti del terzo anno di scienze infermieristiche per far conoscere il mondo del lavoro non come dipendente pubblico: gli studenti, infatti, durante i tre anni di università fanno i tirocini nel settore pubblico (negli ospedali e nei servizi pubblici), ma quando escono da lì scoprono che

lavoro nel pubblico non c'è ne e si trovano a doversi rivolgere alle cooperative e agli studi associati, scoprendo una realtà diversa e soprattutto capendo cosa chiedere quando vanno a fare i colloqui. Se una cooperativa mi propone di diventare socio devo sapere che ho diritto di leggere il regolamento e lo statuto perché se firmo e accetto di diventare socio ma nel regolamento c'è scritto che rinuncio a prendere la tredicesima, alle ferie e ai giorni di malattia è come firmare una lettera in bianco» (responsabile cooperativa).

I lavoratori sono senza dubbio l'elemento più importante nella fornitura di assistenza sanitaria e socio-sanitaria: la formazione, la valorizzazione delle competenze e la professionalità dei lavoratori incidono in modo significativo sul funzionamento del sistema e il raggiungimento dei risultati attesi. A tal riguardo c'è chi sottolinea la necessità di un cambio di paradigma, passando da una visione di stampo fordista ad una visione multidisciplinare e integrata che sappia valorizzare le competenze e i percorsi professionali dei singoli lavoratori (anche attraverso la certificazione) e sia capace di superare più o meno espliciti interessi di categoria che ostacolano e ingessano il sistema:

«gli infermieri italiani non si specializzavano, come nel resto d'Europa, ad esempio, nell'assistenza al paziente con problemi respiratori ma sull'utilizzo della tecnica di un apparecchio. La cultura è stata quindi prevalentemente tecnica esecutiva, poco qualificata per avere infermieri generici. Anche il sindacato è stato su questo aspetto complice: l'idea dell'infermiere come operaio, l'idea dell'ospedale come fabbrica, l'idea dell'infermiere polivalente senza alcun vero progetto professionale alle spalle [...]. Questo è dimostrato anche dai numeri, dal rapporto tra infermieri e medici e dal rapporto degli infermieri rispetto la popolazione che in Italia è il più basso di tutti [...]. Se uno non vuole vedere o minimizza queste evidenze è perché vuole coprire degli interessi specifici. Anche dal punto di vista della carriera per gli infermieri è prevista esclusivamente una carriera organizzativa e non una carriera clinica: sembra che per far

carriera gli infermieri debbano allontanarsi dai pazienti. Gli infermieri che hanno più studiato e che hanno più esperienza sono quelli che vanno o negli uffici amministrativi oppure vanno sulle cattedre mentre gli infermieri più giovani e meno esperti sono quelli che stanno vicino ai pazienti. Questo è un problema grave che penalizza non solo i pazienti, che non hanno un'assistenza infermieristica adeguata e spesso non ne sono nemmeno consapevoli perché non l'hanno mai avuta, ma anche gli stessi infermieri che si trovano ad affrontare un percorso senza alcuna possibilità di una vera carriera sul piano clinico [...]» (infermiera dipendente sanità privata).

Parallelamente, sarebbe necessaria un'informazione capace di comunicare quanto di buono, efficiente e di qualità viene erogato quotidianamente al fine di valorizzare le eccellenze che operano all'interno delle strutture, tralasciando di mettere in risalto, sempre e solo, quello che c'è di negativo o di mal funzionante:

«Anche sul ruolo rivestito dall'informazione dovremmo riflettere un po' di più: a mio avviso non sempre è utile. Quando l'informazione, come troppo spesso capita, affronta questi aspetti in termini scandalistici e meno attenta invece sulle novità positive, su quel poco o quel tanto che si fa in termini di potenziamento dell'attività di trasparenza e dell'anticorruzione. L'informazione dovrebbe dire, raccontare ed informare il cittadino sia degli scandaletti che purtroppo sempre più spesso vengono portati alla ribalta ma anche su quello che quotidianamente viene messo in campo per attuare nuove procedure, per attuare l'attività di trasparenza, per coinvolgere di più i lavoratori, perché si apre uno sportello rivolto ai cittadini per raccogliere informazioni, segnalazioni e sospetti...un'informazione così, potrebbe aiutare di più» (sindacalista C).

CONCLUSIONI**LAVORATORI ORGANIZZATI DIVERSAMENTE, RISCHI AGGIUNTIVI?**

Nel corso di questa trattazione si è cercato di analizzare il settore sanitario dal punto di vista dell'evoluzione del mercato del lavoro e dell'urgenza (particolarmente avvertita nel settore) di promuovere una maggiore integrità a fronte dei crescenti casi di corruzione, malamministrazione e malcostume al suo interno. Il tentativo è stato quello di cercare di leggere la realtà del fenomeno da un punto di vista diverso, ovvero partendo dal mercato del lavoro e dai lavoratori, dal ruolo che può avere anche l'organizzazione aziendale nel promuovere l'integrità attraverso la fidelizzazione, il benessere organizzativo, la valorizzazione della persona e delle sue competenze.

Quello sanitario, come descritto nel primo capitolo, è un mercato del lavoro particolarmente interessante da diversi punti di vista: è un mercato in espansione (che offre e offrirà possibilità lavorative anche in un contesto come quello attuale di profonda crisi) ed è un mercato caratterizzato da diversi dualismi (lavoratori standard e lavoratori flessibili, atipici, autonomi; lavoratori pubblici e lavoratori privati, esternalizzati o somministrati; lavoratori professionalmente molto qualificati e lavoratori esecutivi con basse competenze) che rispecchiano molto bene la grande trasformazione del lavoro in atto, anticipando - in parte - le nuove opportunità/rischi offerti dallo *smart-working* e le nuove problematiche emergenti della *sharing economy*. Le trasformazioni dei modelli economici hanno aperto a nuovi inaspettati scenari anche nel mercato del lavoro, mettendo in crisi il tradizionale paradigma subordinazione-sicurezza a vantaggio di un modello di relazione improntato per così dire all'imprenditorialità, evidenziando una crescente autonomia dei lavoratori.

D'altra parte, già oggi nel settore sanitario e socio-sanitario ci sono gli spazi per l'esercizio (genuino, ma spesso fittizio) di professioni in termini di lavoro autonomo (si pensi soprattutto ai medici, sebbene il fenomeno cominci a riguardare in modo crescente anche i lavoratori paramedici ed ausiliari) che ben evidenzia come per alcune professioni sia sempre più labile il confine esistente tra lavoro subordinato e lavoro autonomo. Inoltre, come già è avvenuto in altri settori (autotrasporto e edilizia), la

rigidità del lavoro subordinato, incapace di rispondere alle nuove richieste organizzative, ha messo in atto un ampio processo di ricorso all'*outsourcing* (appalti e sub-appalti) e a fenomeni sommersi o patologici come le false partiva IVA e i falsi tirocini formativi, il part-time fittizio e involontario, l'abuso dei *voucher* e l'intermediazione irregolare di lavoratori che, potenzialmente, potrebbe ancora condurre all'estrema patologia dell'inserimento anche nel mercato del lavoro socio-sanitario di lavoratori distaccati e forniti da agenzie di somministrazione dell'Est Europa, la cui normativa lavoristica, previdenziale e in materia di salute e sicurezza è meno stringente di quella italiana, o arruolando *freelancer* (più o meno professionali) grazie alle piattaforme dell'*economy on demand*, creando vantaggi in termini di incontro della domanda e offerta di prestazioni ma anche nuovi rischi in termini di concorrenza al ribasso (salari, tutele, fidelizzazione) ovvero di abbattimento dei costi attraverso comportamenti elusivi di sfruttamento nel divario dei costi del lavoro o, ancora, di amplificazione dei comportamenti opportunistici tipicamente legati all'asimmetria informativa di queste professioni che comportano l'impossibilità da parte degli utenti / pazienti (ma anche delle aziende) di controllare l'appropriatezza e la qualità delle cure ⁽⁶⁰⁾.

Il recupero dell'efficienza del sistema sanitario sembra dipendere più dal blocco dei livelli occupazionali nel settore pubblico e dalla precarizzazione dei lavori (anziché da un'effettiva capacità di flessibilizzazione organizzativa e da un miglioramento della produttività - la cui misurazione tuttavia richiede grande cautela per non innescare logiche perverse - attraverso valorizzazione e incentivazione, eliminazione di ruoli ridondanti o inutili), dal ricorso al lavoro privato la cui gestione è più flessibile e forse economicamente più vantaggiosa ma, in alcuni casi, meno controllabile, e da una generalizzata destrutturazione delle forme e dell'organizzazione del lavoro per

⁽⁶⁰⁾ Primo fra tutti, quello di indurre la domanda di prestazioni che in condizioni di simmetria informativa non sarebbero richieste: i professionisti del settore (più di ogni altro settore economico) sono infatti incentivati ad indurre la domanda aumentando il numero delle prestazioni per vedere aumentare la propria retribuzione o il proprio prestigio/reputazione. I professionisti del settore sanitario decodificano il bisogno e definiscono la domanda, quindi erogano il servizio, confondendo i ruoli e i momenti della domanda e dell'offerta che, a differenza di altri settori economici, sono separati e svolti da attori diversi. Si rimanda sul punto a C. DE PIETRO, op. cit., qui p. 50.

l'incapacità del pubblico di interpretare in modo corretto la flessibilità richiesta dalla modernità del lavoro.

Una de-standardizzazione e frammentazione dei modi di organizzare il lavoro che, inevitabilmente, conduce ad una crescente 'solitudine e isolamento relazionale' dei lavoratori interessati, le cui esigenze di sicurezza, formazione, sostegno al reddito, ricollocamento rischiano di rimanere senza ascolto perché difficilmente si organizzano o si identificano in un sindacato, incapace peraltro di interpretare e dare risposte ai fenomeni emergenti.

Destinatari di politiche di *downsizing* poco attente alla valorizzazione del personale, questi lavoratori transitati dal pubblico o dalla grande impresa di stampo fordista a differenti gestioni, rischiano di rimanere esclusi non solo oggi (in caso di disoccupazione, maternità, di malattia, infortunio, orari di lavoro, minimi salariali) ma anche in futuro (in caso di disabilità e vecchiaia) dal *welfare* previdenziale e assistenziale. Inseriti in un'economia dove la competizione si gioca sul basso costo e sfruttamento del lavoro e in un mercato del lavoro non di qualità, sono indotti ad accettarlo per la scarsità di opportunità lavorative o per il rischio di perdere il lavoro, innescando meccanismi pregiudizievoli alla motivazione, alla lealtà, alla creatività e alla produttività, tensioni e conflitti che in ultima istanza vanno incidere sulla qualità dei servizi. Le scadenti condizioni lavorative e professionali hanno un impatto negativo sul reclutamento e nel trattenere lavoratori qualificati, sulla produttività, sulla qualità delle *performance* erogate dalle strutture e sui risultati di salute dei pazienti con un conseguente aumento della spesa sanitaria complessiva. Il malessere, l'insoddisfazione, l'alienazione e la perdita del senso di quello che si fa, del lavoro proprio e di gruppo rappresentano anche il terreno fertile per atteggiamenti poco integri e/o meno coscienziosi: «*chi vive molte mortificazioni, è più esposto ai corteggiamenti*»⁽⁶¹⁾.

Sul fronte della promozione dell'integrità, tema approfondito nel secondo capitolo, si è cercato di evidenziare come la (relativamente) recente disciplina normativa, che tenta di regolamentare e prevenire il fenomeno della corruzione, abbia avuto di fatto uno scarso grado di effettività visto il dilagare nel settore sanitario di casi corruttivi (intesi in senso

⁽⁶¹⁾ Considerazione emersa durante l'incontro organizzato da IPASVI Torino, *L'integrità nella professione infermieristica. Conoscenza, responsabilità e impegno*, ottobre 2016.

anche lato), malamministrazione e sprechi, puntualmente (e talvolta inopportunamente) riportati alla ribalta dalle cronache.

Infatti la sanità attira su di sé le attenzioni di molti interessi per il giro di affari che offre e, per sue caratteristiche intrinseche, risulta essere un ambito particolarmente esposto a fenomeni corruttivi e poco trasparenti.

Quello che si è quindi voluto evidenziare, è se la gestione della materia potrebbe essere complicata o venire gestita diversamente per la crescente diffusione di tipologie contrattuali non-standard (lavoratori flessibili, atipici, autonomi e pseudo-autonomi, tirocinanti), tipologie di lavoro senza un contratto (*voucher*, lavoro nero) e di nuovi modelli di organizzazione del lavoro che portano a ridurre il perimetro del lavoro pubblico (su cui è centrata la l. n. 190/2012) a vantaggio di altri rapporti di lavoro, sia di natura subordinata che autonoma, più flessibili, meno costosi e meno garantiti rispetto al rapporto di lavoro pubblico e, più in generale, rispetto al lavoro subordinato. Infatti il contratto di lavoro subordinato comporta, da un lato, una serie di diritti e, dall'altro, obblighi e responsabilità (civili, amministrativo-contabili, disciplinari). Nel caso invece del lavoro autonomo (medici, infermieri e professionisti del settore socio-sanitario) o dei nuovi lavori emergenti, che dovrebbero caratterizzarsi per una grande flessibilità, discrezionalità ed autonomia nella scelta delle modalità e dei tempi di esecuzione della prestazione, questi profili sono, o potrebbero, essere attenuati.

Si pensi, ad esempio, alla crescente diffusione dei servizi territoriali a domicilio e al *voucher* di cura: questo è un chiaro esempio di come nuove modalità di prestazione – quand'anche non rientranti in vere e proprie nuove tipologie contrattuali – presentano nuovi e insospettati rischi in termini di sprechi, di cattiva gestione e, finanche, di corruzione che potrebbero non essere pienamente governabili con gli strumenti regolativi esistenti. Si riporta la testimonianza di un intervistato « *...se il cittadino ha diritto ad usufruire di alcuni servizi (penso all'assistenza domiciliare) gli viene dato un voucher che può spendere come vuole....viene dato il diritto ed è il singolo ad esercitarlo: da una parte porta la libertà da parte del cittadino di scegliere da chi essere assistito ma dall'altra si scarica a valle il problema. È come se il cittadino potesse avere una posizione simmetrica con il fornitore del servizio: questo è vero se sono in grado di valutare, allora il voucher lo uso in un certo modo ma se sono un soggetto debole, fragile o con pochi strumenti culturali può essere un pericolo perché*

mi posso far condizionare... come viene utilizzato? Le verifiche vengono fatte sulla base del contratto della badante che si è assunta per assistere un genitore anziano e disabile ma poi, se mancano i controlli, la badante la puoi utilizzare per diverse altre cose, le pulizie di casa, per accompagnare i figli a scuola, scaricando a valle i problemi, una contrattazione asimmetrica tra badante e famiglia...».

Si tratta solo di un caso ma la considerazione non è priva di rilevanza se si valuta che su circa 1 milione e 800 mila lavoratori operanti nel settore (allargato) sanitario e socio-sanitario italiano, solo poco più di un terzo è dipendente del SSN o enti pubblici, con contratti di lavoro che garantiscono ampie tutele, mentre la restante parte sono liberi professionisti e lavoratori della sanità privata convenzionata, ma anche pseudo autonomi, lavoratori esternalizzati che, spesso, godono di minori garanzie e di più ampi margini di insicurezza. Lavoratori che, pur non dipendendone funzionalmente, spesso prestano la propria opera nelle strutture del SSN o per conto di queste, nelle strutture private in regime di accreditamento o semplicemente le loro prescrizioni sono imputabili economicamente al SSN, il cui esercizio appare idoneo ad essere controllato o diretto dal datore di lavoro pubblico, mancando ogni tipo di subordinazione sia nel caso dei liberi professionisti che nel caso dei lavoratori esternalizzati. Questo aspetto non è di poco conto al fine di scongiurare abusi, sprechi ed inefficienze nella spesa pubblica sanitaria, se si pensa (in prospettiva) soprattutto ai nuovi scenari che potrebbero venirsi a creare con il diffondersi dei nuovi fenomeni quali la *sharing/on-demand economy* anche in ambito socio-sanitario.

Non esistono studi che evidenzino una correlazione tra il rischio di pratiche corruttive, illegali o di malamministrazione all'interno di un'azienda e le diverse tipologie contrattuali o i diversi modelli organizzativi, né la presente ricerca ambiva a trovarne. La letteratura si è invece diffusamente interrogata sulla diversa efficacia della gestione pubblica o privata dei servizi pubblici, nonché sull'opportunità dei processi di esternalizzazione e privatizzazione rispetto alla produzione *in house*. Più i contratti sono in grado di prevedere tutte le situazioni che verranno a crearsi e di precisare tutti gli aspetti qualitativi e gli impegni reciproci, tanto più le due diverse gestioni permettono di ottenere risultati analoghi, riducendo i costi senza alcun scadimento della qualità ⁽⁶²⁾.

⁽⁶²⁾ Cfr. in particolare O. HART, A. SHLEIFER, R. VISHNY, *The proper scope of government. Theory and an application to prisons*, op.cit., qui pp. 1157-1158.

Oltre a queste considerazioni, vi è comunque la diffusa consapevolezza che tutti i lavoratori (comunque inquadrati all'interno del sistema sanitario e socio-sanitario) siano chiamati a promuovere la legalità e a contrastare le opacità attraverso prassi trasparenti e responsabili a partire innanzitutto dalla PA quale soggetto responsabile del ciclo del contratto, le cui scelte ricadono quindi sull'esterno, a garanzia di una libera competizione fra le imprese e di un mercato del lavoro di qualità. Se il potere (di delega e di controllo) in mano alla PA viene esercitato male, questo avrà le sue ripercussioni a valle, nella scelta ed esecuzione del contratto. Su questo fronte, è stata quindi evidenziata l'importanza strategica dei controlli (interni ed esterni) e della loro reale efficacia nel garantire la legalità, con particolare riferimento al ruolo dell'Ispettorato del lavoro i cui sforzi devono essere indirizzati a contrastare violazioni di carattere sostanziale, che compromettono l'effettiva tutela dei diritti dei lavoratori e distorcono la corretta competizione tra le imprese, «*distinguendo ciò che è realmente patologico e come tale da sanzionare pesantemente, da ciò che invece è illegale solo perché ancora non trova un'adeguata rappresentazione giuridica*»⁽⁶³⁾.

In compenso esistono studi (riportati nella *Literature Review*) che evidenziano una stretta correlazione tra corruzione e salari e, interpretando in modo estensivo, tra integrità e benessere organizzativo: infatti le evidenze empiriche dimostrano che nelle aziende in cui i lavoratori ritengono equa la propria paga, si sviluppa un clima più produttivo, senso di appartenenza e vi è maggiore lealtà nei confronti dell'azienda, cosicché ognuno vigila sull'operato degli altri al fine di promuovere comportamenti orientati all'integrità. Non solo, quando i lavoratori operano in contesti equi e socialmente responsabili sono tendenzialmente motivati ad elargire maggiore impegno nel loro lavoro e disposti ad accettare salari più bassi rispetto al valore di mercato perché sono moralmente compensati dalla consapevolezza che il lavoro svolto sia utile e soddisfa i loro valori personali (in ambito ospedaliero è interessante il caso dei cosiddetti *magnet hospital*). Al contrario, dove i compensi sono relativamente bassi, le condizioni di lavoro sono poco tutelate, i turni e gli orari di lavoro pesanti, le opportunità di crescita professionale poche o inesistenti, questo è avvertito come un torto che inficia sui livelli di produttività, crea un ambiente ostile all'azienda e in cui i

⁽⁶³⁾ Cfr. M. TIRABOSCHI, *Intraprendere nel lavoro e nella impresa*, op. cit., qui p. 14.

lavoratori non hanno motivazioni per agire in modo integro e trasparente e finiscono per colludere con chi agisce in modo scorretto e illegale.

Questo disagio è avvertito tra i lavoratori del settore pubblico (un settore tradizionalmente già con maggiori garanzie) ma agli occhi del *management* aziendale socio-sanitario dovrebbe essere maggiormente oggetto di indagine la situazione di incertezza che possono avvertire i lavoratori che svolgono un lavoro per brevi periodi o quei lavoratori che non fanno parte di una precisa realtà aziendale, che si trovano a dover cambiare frequentemente ambienti, turni e orari di lavoro: la perdita del senso di appartenenza verso l'organizzazione sanitaria in cui operano e della motivazione per il lavoro possono condurre ad una scarsa diffusione dei principi dell'etica e ad una scarsa percezione dei rischi di corruzione e illegalità. Allo stesso modo salari troppi bassi, condizioni di lavoro pesanti, compiti monotoni, faticosi o ripetitivi, possono causare disaffezione per il lavoro ed aumentare il disinteresse per le tematiche etiche e il mancato rispetto delle norme di condotta per disattenzione, negligenza, mancanza di controllo, soprattutto laddove il datore di lavoro o il committente sono pubblici e i soldi impiegati sono quelli della collettività. Tutto questo a discapito della qualità dei servizi di salute offerti.

Le informazioni raccolte attraverso la ricerca empirica (nonostante la diffidenza generalmente avvertita nel trattare l'argomento), pur nella consapevolezza dell'impossibilità di generalizzare i risultati all'universo delle aziende sanitarie e dei lavoratori e nei limiti insiti nello strumento di ricerca impiegato (campione non ragionato e non statistico), consentono di fornire alcune prime considerazioni su un tema estremamente delicato ed ulteriori spunti di riflessione rispetto a quanto già emerso nei primi due capitoli di costruzione del quadro teorico.

La normativa anti-corruzione ha catalizzato l'attenzione degli studiosi e degli esperti della materia sugli adempimenti formali (comunque fondamentali) che questa prevede con il rischio di relegare l'ambito di applicazione ad aspetti puramente giuridici e accademici ma, forse, perdendo di vista altri aspetti e sottovalutando l'importanza di alimentare e diffondere tra tutti i lavoratori una maggiore consapevolezza, comprensione e riconoscimento dell'utilità della legge, un maggiore senso civico, una più pervasiva integrità e trasparenza a tutti i livelli per recuperare efficienza e qualità, ridurre sprechi e opacità, a partire dal mercato del lavoro. Quasi come se la questione

non interessasse anche i lavoratori ma solo gli alti vertici, la politica, gli accademici o come se i lavoratori non siano, o difficilmente, testimoni di condotte improprie.

Al contrario, come si è visto nella trattazione del lavoro, per contrastare efficacemente la corruzione e le condotte improprie, la sanità - e più in generale l'amministrazione pubblica - si deve dotare di lavoratori eticamente coscienti, preparati ed efficienti perché il fulcro di ogni organizzazione sono le persone e, pertanto, la maggior parte dei problemi organizzativi sono di fatto problemi di persone.

Con il presente lavoro si è quindi inteso sostenere che la prevenzione della corruzione debba reggersi su strumenti che sappiano prevedere non solo regolazione ed efficienza di mercato, ma anche responsabilità etica, condivisione della *mission*, partecipazione e coinvolgimento dei lavoratori accompagnate da strutturati sistemi di controlli e sanzioni nonché da valide politiche attive di ricollocazione (inserimento e/o reinserimento) e politiche di valorizzazione delle persone quale fattore non solo competitivo ma quale fattore di fidelizzazione che favorisce l'occupabilità dei lavoratori più deboli, al di là del contratto di lavoro applicato che, oramai, difficilmente può garantire opportunità di inserimento stabile, ed incentiva condotte trasparenti e corrette eticamente, non solo legalmente.

Infatti la soluzione al problema (se esiste) non necessariamente passa da ulteriori interventi legislativi, ma potrebbe derivare da un mercato del lavoro di qualità, equo, trasparente, capace di valorizzare i talenti di ciascuno, di tutelare le competenze, di garantire un livello professionale spendibile sul mercato, di responsabilizzare i lavoratori, di dare senso e dignità a quello che fanno. Riprendendo ancora una volta in prestito le parole di M. Biagi, «*la qualità del lavoro è la nuova dimensione su cui riflettere [...] non si tratta [solo] di aumentare la produttività dei lavoratori sui posti di lavoro occupati, bensì di potenziare il loro capitale umano in generale, al fine di renderli più forti nel mercato del lavoro*»⁽⁶⁴⁾. In questa prospettiva assumono un ruolo strategico gli investimenti in formazione (da intendersi non solo quale semplice strumento di adeguamento delle professionalità alle esigenze del mercato ma quale vero e proprio diritto della persona e fattore unificante⁽⁶⁵⁾), valide politiche di formazione

⁽⁶⁴⁾ M. BIAGI, Libro Bianco sul mercato del lavoro, 2001, qui pp. X e 25.

⁽⁶⁵⁾ Cfr. A. RUSSO, *Problemi e prospettive nelle politiche di fidelizzazione del personale. Profili giuridici*, op. cit., qui p. 176.

lungo tutto l'arco della vita, politiche di fidelizzazione dei lavoratori in un'ottica di medio-lungo periodo, modelli di cooperazione che vedono i fornitori come *partner* al fine di mantenere alti standard di integrità nella fase dell'esecuzione dei contratti, creando reciproci rapporti affidabili piuttosto che focalizzarsi, esclusivamente, sul raggiungimento del profitto immediato; da un vero dialogo interno e confronto sociale da cui poi discendano soluzioni condivise.

Un dialogo tra politica, *management*, lavoratori e cittadini che deve essere di effettivo ascolto e disponibilità nei confronti di quanto viene comunicato, che tenga conto delle opinioni sul funzionamento organizzativo, dei consensi ma anche dei dissensi.

Come da qualche tempo hanno già fatto le aziende private – sempre pronte, per una questione di sopravvivenza sui mercati, a cogliere le sfide imposte dai mutamenti economici e sociali di un mercato sempre più globalizzato – anche alla macchina pubblica viene chiesto con urgenza di adattarsi ai nuovi contesti. Nella convinzione di fondo che la strategia più profittevole è di capire e governare al meglio gli attuali processi in atto nel mercato del lavoro, ormai inarrestabili, e non il cercare di ostacolarli.

Ovviamente per le finalità che persegue (la tutela dell'interesse pubblico), per le risorse economiche impiegate (quelle della comunità) e per i meccanismi meno stringenti di concorrenza e di selezione del mercato, il settore pubblico è diverso da quello privato ma da questo dovrebbe prendere in prestito i concetti per una maggiore agilità, efficienza e produttività, pena l'ulteriore fuga dal perimetro pubblico di servizi cruciali.

A questo si aggiunge, come si è già avuto modo di sottolineare, una generalizzata propensione del mercato del lavoro verso una corsa al minor costo che ha generato dualismi e nuove frammentazioni senza riuscire ad interpretare correttamente la modernità dei tempi. Riprendendo un'idea suggestiva contenuta nel libro di L. BIAGI, *Corruzione*, Edizioni Messaggero, 2014 si potrebbe dire che anche la gestione dei lavoratori viene trattata alla stregua di una merce, orientata a quel consumismo che 'corrompe': viene comprata, usata velocemente e poi cambiata. Nel breve periodo queste politiche consentono di avere costi del personale competitivi (a discapito di tutele più attenuate), probabilmente, lavoratori più produttivi (ma anche lavoratori che non creano legami con le aziende per cui operano): questi scenari si prestano però a forme di manipolazione dell'interesse aziendale o pubblico, a seconda del settore, in

nome del perseguimento di interessi esclusivamente personali di breve periodo che innescano logiche viziose e corrotte.

Viceversa per attivare logiche virtuose risulta certamente necessaria una maggiore partecipazione e consapevolezza dei rischi corruttivi raggiungibile tramite adeguati programmi di formazione e informazione di tutti i lavoratori, che alimentano il dialogo e valorizzano le responsabilità di ciascuno. In questo senso quindi la formazione potrebbe avere un ruolo importante, non solo come occasione di stimolo e di confronto per risvegliare le coscienze ma soprattutto come una moderna forma di assicurazione sociale in termini di *employability* (o occupabilità), soprattutto per quei lavoratori che scontano crescenti ed elevati rischi occupazionali ed instabilità professionale che li rilegano in una condizione di svantaggio nelle diverse transazioni occupazionali. Allo stesso modo la certificazione delle competenze consente, soprattutto a quei lavoratori con carriere che si snodano nel tempo in una molteplicità di lavori, la ricostruzione delle carriere reali dei lavoratori e della loro professionalità, indipendentemente dalla condizione contrattuale, il riconoscimento dei percorsi lavorativi e la leggibilità delle competenze acquisite⁽⁶⁶⁾. In tal senso, anche operare in una logica di rete (pubblico-pubblico e pubblico-privato) può fornire un contributo positivo, sulla base di un approccio socialmente responsabile, che apre la strada ad opportunità di riqualificazione e ricollocazione dei lavoratori. Questo presuppone però la necessità di prendere in considerazione gli interessi e le preoccupazioni dei lavoratori coinvolti dai cambiamenti, attraverso canali di comunicazione e un dialogo aperto con le rappresentanze sindacali che potrebbero anche assumere il ruolo di «*catalizzatori delle segnalazioni facendo in modo che siano essi ad esporsi nel denunciare casi di corruzione o, più in generale, di malamministrazione: i lavoratori si fidano di questi corpi intermedi e temono di meno parlarne con loro anziché esporsi direttamente con una segnalazione. Questo darebbe anche ai sindacati la possibilità di valorizzare maggiormente il loro ruolo in un momento come quello attuale in cui non godono di grande seguito*» (così si esprime un intervistato).

Si precisa che le considerazioni svolte in queste pagine si proponevano di condividere un confronto e riportare alcune riflessioni avute con interlocutori sensibili

⁽⁶⁶⁾ Sul punto si rinvia a L. CASANO, *Transizioni occupazionali e certificazione delle competenze*, in *Rivista Formazione Lavoro Persona*, n. 12, 2014.

all'argomento. È del tutto evidente che la ricerca non può che fermarsi qui, sottolineando che non ha alcuna pretesa di dimostrare alcunché se non di elevare il livello complessivo di sensibilità al problema e di evidenziare alcune criticità e potenziali rischi, riconducibili ad un'applicazione puramente formale della normativa e all'inserimento nell'organizzazione produttiva del sistema sanitario e socio-sanitario di lavoratori con contratti di breve durata, parasubordinati, somministrati, esternalizzati o occasionali, o di lavoratori senza alcun contratto (in nero o con *voucher*) che potrebbero essere maggiormente esposti alle ricadute di comportamenti illeciti ma anche potenziali autori di condotte improprie e connivenze proprio (e forse ancor più) come i lavoratori pubblici. A fronte di queste considerazioni, viene evidenziata la necessità di un approccio maggiormente 'sostanzialistico' che estenda *effettivamente* il campo di applicazione della normativa non solo ai soggetti che rivestono forme organizzative pubblicistiche, ma anche ai quei soggetti formalmente privati che però assumono incarichi di pubblico servizio.

Come sempre, è da evitare nel modo più assoluto la generalizzazione ma il sottoporre le questioni permette di ragionare e analizzare fenomeni di così difficile definizione, identificazione e quindi contrasto, anche se meramente potenziali e, magari nei fatti, inesistenti. Sta quindi alla capacità e responsabilità professionale di chi è chiamato a vigilare evitare ogni confusione, che gioverebbe solo all'illegalità, e di prestare, invece, adeguata attenzione ai fenomeni e segnali che davvero possono risultare pericolosi.

Si tratta anzitutto delle difficoltà derivanti dalla mancanza di una adeguata informazione sulla normativa anti-corruzione e sui settori a maggiore rischio. L'adempimento dell'obbligo di informazione ai lavoratori avviene spesso in modo sommario e affrettato oppure non viene proprio fornito in quanto la normativa non lo prevede, per la sottovalutazione della sua importanza o forse per la necessità di un rapido inserimento nell'attività dei lavoratori per così dire esternalizzati o ancora per i leciti dubbi legati alla mancanza di subordinazione di questi lavoratori all'azienda pubblica, che porta a fornire un'informazione e una formazione superficiale sui comportamenti da tenere e sui segnali di rischio eventualmente da evidenziare.

Da una parte la mancanza di informazioni adeguate, la sottovalutazione e la minore percezione dei rischi da parte dei lavoratori 'non strutturati', dall'altra l'insufficiente formazione di questi lavoratori sulla normativa anti-corruzione e su tematiche etiche,

concorrono – potenzialmente - ad esporre maggiormente i lavoratori a situazioni non trasparenti e a non percepire i segnali utili per un'identificazione dei fenomeni illeciti o delle condotte improprie per mancanza di sensibilità sul tema. Formazione sulla quale i datori di lavoro e, a maggior ragione i committenti pubblici, possono essere restii ad investire, in considerazione della non remuneratività del costo e alla precarietà del loro rapporto.

In aggiunta, un atteggiamento per così dire 'rassegnato' dei lavoratori stessi, che ritengono il fenomeno talmente pervasivo che difficilmente loro possono contribuire a risolverlo. Questo è ancora più sentito dai lavoratori che possiamo definire 'non standard': proprio per la precarietà e atipicità della loro situazione lavorativa, questi nutrono maggiori timori nell'esporsi e nel denunciare eventuali condotte illecite.

Secondo alcuni testimoni, infatti, essi rappresentano esclusivamente l'anello debole della filiera su cui ricadono le conseguenze dei comportamenti corruttivi e di mala gestione. Spesso questi lavoratori godono, rispetto ai lavoratori pubblici, di un minor controllo sull'organizzazione del lavoro e sull'orario (venendo, ad esempio, a ricoprire mansioni inferiori e turni più pesanti in termini di quantità e distribuzione oraria), sono più frequentemente adibiti a lavori poco strategici e più faticosi, sono meno inseriti nel contesto lavorativo, sia per quanto riguarda le relazioni con i superiori e i colleghi di lavoro, sia sotto il profilo delle relazioni collettive. Tutti elementi che da una parte fanno pensare ad un minore potenziale di opportunità e di esposizione a condotte illecite ma dall'altra ad un maggiore malessere che potrebbe tradursi in scarsa produttività e qualità del servizio, in minor senso di squadra e soddisfazione verso il proprio lavoro per le maggiori incertezze per il futuro e, in ultima analisi, in occasione per adottare condotte improprie o poco produttive che l'azienda pubblica non è in grado di verificare. Il lavoro degradato (che non significa solo precario), privo di responsabilità, di opportunità, di prospettive e di legami fiduciari, può diventare così l'alveo ideale per irregolarità più o meno gravi ed illegali.

I lavoratori più giovani e quelli con più esperienza (ovvero quelli maggiormente strutturati dal punto delle viste delle competenze e con più prospettive e possibilità di poter facilmente cambiare lavoro) sono anche quelli più propensi a segnalare situazioni di malessere e di irregolarità, non necessariamente di illegalità.

Di contro, i lavoratori più deboli e meno disposti a segnalare criticità perché più facilmente ricattabili sono i lavoratori stranieri (che oltre alle difficoltà legate alla comprensione linguistica, potrebbero non avere o avere una diversa percezione dei fenomeni), quelli non stabilmente inseriti nelle strutture e quelli che hanno più difficoltà a collocarsi sul mercato del lavoro o che hanno bisogni più impellenti da soddisfare (ottenimento del permesso di soggiorno e mantenimento di una famiglia), prevalentemente immigrati o adulti. Sono anche quei lavoratori che tendono ad accettare, in silenzio, le proprie pesanti condizioni di lavoro e a non segnalare le eventuali irregolarità che riscontrano per timore di esporsi e perdere il lavoro. Potrebbe trattarsi di quella «*manodopera a poco prezzo, di gente disponibile a tutto e facilmente controllabile e ricattabile*» di cui si parla già nel 1994 nella relazione svolta dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia e sulle altre associazioni criminali similari.

Tuttavia l'art. 1 comma 8 della l. 190/2012 prevede espressamente che il responsabile della prevenzione della corruzione, entro il 31 gennaio di ogni anno, definisca procedure appropriate per selezionare e formare sui temi dell'etica e della legalità i lavoratori dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, con esplicita previsione che le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale di cui al comma 11 (dipendenti pubblici). Nulla dice con riferimento a chi opera nel settore pur non dipendendone formalmente.

Se si estende la concezione di corruzione ad una nozione più ampia, così come ha già fatto l'ANAC con la recente determina n. 12 del 2015 chiarendo che vanno tenuti in conto e analizzati anche «*atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse*», appare evidente che la questione interessa anche i lavoratori non dipendenti pubblici e operanti presso le diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie. La precisazione appare utile, in quanto consente di delineare con maggiore chiarezza la portata della definizione dei comportamenti illeciti e l'inclusione di lavoratori che, pur non direttamente dipendenti, svolgono attività di pubblico interesse.

Il dibattito sul tema non pare essere rilevante, adeguatamente conosciuto e percepito, soprattutto in tempi di crisi e di ristrettezze economiche come quelle attuali: tutte le attenzioni sono rivolte al rispetto formale della normativa che tende ad oscurare altri aspetti e sfaccettature di un fenomeno così diffuso e in particolare a non prendere in considerazione come la modernità del lavoro (non solo maggiore flessibilità e precarietà del lavoro ma anche un'organizzazione del lavoro su frequenti cambi di turno, sottoposizione a pesanti orari di lavoro serali e notturni, minori possibilità di carriera, carichi di lavoro maggiori e meno qualificanti) possa essere potenziale fattore di condotte improprie (minore produttività e minore attaccamento all'azienda, maggiori livelli di stress che a loro volta portano a maggiore assenteismo, malattie e infortuni) che contribuiscono ad alimentare un clima aziendale poco trasparente ed integro. Il rischio è anche quello che si finisca per concedere ulteriori tutele a chi ne ha già e non prevederne per chi invece non ne ha.

La scarsa conoscenza, l'inadeguatezza, talora l'incapacità e il deficit 'culturale', la tolleranza, la disattenzione, la sottovalutazione dei fenomeni sembrano essere rischi comuni che non contribuiscono ad avere un sistema sanitario e socio sanitario, più in generale una PA, efficiente, di qualità e trasparente.

Se i fenomeni di opacità, mala gestione e corruzione hanno preso così piede nel sistema sanitario e socio-sanitario così come sta emergendo in questi ultimi anni dalle inchieste della magistratura (rappresentando solo l'iceberg di un fenomeno ben più ampio e radicato) ciò non può essere dovuto solo a casualità ma, più probabilmente, a una scarsa attenzione e comprensione dei fenomeni e dei segnali, complice una frammentazione esasperata dei processi organizzativi e dei lavoratori, così da non riuscire ad ostacolare seriamente la diffusione del fenomeno. Come evidenziato, più di vent'anni fa, nella relazione svolta dalla Commissione parlamentare d'inchiesta (1994) riguardante le risultanze dell'attività del gruppo di lavoro incaricato di svolgere accertamenti su insediamenti e infiltrazioni di soggetti ed organizzazioni di tipo mafioso in aree non tradizionali, occorre *«elevare il livello complessivo di sensibilità al problema, perché solo da una convinta partecipazione non solo delle strutture dello stato, ma anche di tutte le forze che operano nel campo istituzionale e sociale e nella società civile, potrà scaturire un'efficace linea di difesa contro una aggressione che, per il fatto di essere spesso subdola ed insinuante, non è per questo meno virulenta e pericolosa»* (qui p. 4).

Allo stesso modo, ciò che emerge dalle testimonianze è la consapevolezza che solo una combinazione di fattori - etica, prevenzione, partecipazione, conoscenza, educazione civica, controlli, sanzioni, e soprattutto una forte consapevolezza di responsabilità da parte dei lavoratori che vi operano - può produrre qualche risultato contro la corruzione. Se è vero che la corruzione è una malattia infettiva, è anche vero che le malattie infettive spesso si sviluppano da virus che sembrano innocui e, in quanto tali, vanno riconosciuti, evidenziati ed isolati per evitare che da pericoli diventino veri e propri rischi ⁽⁶⁷⁾.

⁽⁶⁷⁾ Considerazione emersa durante l'incontro organizzato da IPASVI Torino, *L'integrità nella professione infermieristica. Conoscenza, responsabilità e impegno*, ottobre 2016.

Allegato 1 – Il questionario on-line

Il presente questionario si inserisce nell'ambito di una ricerca dal titolo "*Lavoratori e promozione dell'integrità nel sistema sanitario*" condotta dalla Dott.ssa Viale Gabriella all'interno di un percorso di dottorato di ricerca dell'Università di Bergamo (Formazione della persona e mercato del lavoro, responsabile scientifico Prof. M. Tiraboschi) in collaborazione con *Illuminiamo la salute*, un progetto per la promozione dell'integrità nelle aziende sanitarie e del sociale promosso da Libera, Avviso Pubblico, Coripe e Gruppo Abele.

L'idea alla base del progetto è che il cambiamento per un sistema sanitario più efficiente, efficace ed integro non possa essere affidato esclusivamente ad adempimenti puramente formali ma richiede uno sforzo corale in termini di investimento nel capitale umano, nella sua formazione e diffusione delle tematiche etiche, necessitando, come sostiene Raffaele Cantone – Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, di un profondo cambiamento culturale.

La ricerca si propone pertanto di rilevare la diffusione delle attività informative e di alcune procedure previste dai Piani di Prevenzione della Corruzione non solo tra i lavoratori dipendenti ma anche tra i lavoratori che, sempre più diffusamente, operano all'interno delle pubbliche amministrazioni e delle strutture sanitarie in forza di contratti di somministrazione da parte di agenzie autorizzate e tramite appalti di servizi. Obiettivo del presente questionario è inoltre quello di monitorare la percezione, dal punto di vista dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione, se la diffusione di lavoratori con contratti 'non standard' possa rappresentare un limite organizzativo che può incidere sull'integrità del sistema stesso, dando lo spunto per una riflessione sull'argomento.

Prima di entrare nel merito delle domande più direttamente riguardanti l'oggetto della ricerca, i rispondenti sono invitati a fornire alcune informazioni che, pur non consentendo in alcun modo l'identificazione, contribuiranno a rendere più agevole l'analisi delle risposte.

1. Sesso

- Maschio
- Femmina

2. Qualifica

- Dirigente
- Posizione organizzativa
- Impiegato
- Sindacalista
- Altro, specificare _____

3. Da quanti anni lavora?

- meno di 10 anni
- tra 11 e 20 anni
- tra 21 e 30 anni
- oltre 30 anni

4. Area geografica di lavoro (Regione)

5. Numero lavoratori dipendenti occupati nell'azienda in cui opera

6. In generale, nella Sua Azienda, quanto è efficace il Piano Anticorruzione nel prevenire i fenomeni corruttivi? Da 1 (per nulla efficace) a 5 (molto efficace)

1	2	3	4	5
per nulla efficace	poco efficace	abbastanza efficace	efficace	molto efficace

7. Secondo Lei, quanto i vari soggetti sono in grado di promuovere in un'azienda comportamenti improntati alla legalità ed eticamente corretti?

	poco	abbastanza	molto
i direttori generali			
i dirigenti e le posizioni organizzative			
i lavoratori senza incarichi dirigenziali			
le organizzazioni sindacali			
le autorità pubbliche di controllo (guardia di finanza, ispettorato del lavoro, ecc.)			
il governo nazionale e regionale			

8. L'azienda sanitaria per cui lavora ha organizzato giornate di formazione sulla promozione della legalità e la prevenzione della corruzione?

- Sì
 No

9. Se SI, sono stati interessati anche i lavoratori a tempo determinato, lavoratori dipendenti delle ditte appaltatrici e lavoratori interinali?

- Sì, ma solo lavoratori a tempo determinato
 Sì, anche i lavoratori interinali
 Sì, anche i lavoratori dipendenti delle ditte appaltatrici
 No

10. Al personale interinale e dipendente delle aziende appaltatrici è stato consegnato il codice di comportamento?

- No
 Sì

Se SI, con quale modalità?

11. L'azienda sanitaria per cui lavora ha adottato una specifica procedura sul tema del "whistleblowing" (ovvero la segnalazione di condotte illegali, irregolari, illegittime, pericolose o immorali avvenute in azienda)?

- Si
- No

12. Se SI, a questa procedura possono accedere anche i lavoratori interinali e dipendenti delle ditte appaltatrici che operano presso l'azienda sanitaria?

- No
- Si

Se SI, come?

13. Secondo la sua esperienza, ritiene importante che anche il personale a tempo determinato, interinale e dipendente delle ditte appaltatrici partecipi a delle giornate di formazione sulla promozione della legalità?

- Si
- No

Perché?

14. Nel suo ente sono stati adottati degli strumenti di prevenzione che hanno riguardato il personale interinale ed personale dipendente di imprese appaltatrici?

- Si
- No

Se SI, quali strumenti sono stati adottati?

15. Nel suo ente il fatto che alcuni servizi vengano affidati in appalto ad aziende esterne può rappresentare un rischio in termini di illegalità e corruzione?

- No
- Si

Se SI, In che termini?

16. In generale, quali misure di prevenzione potrebbero essere messe in campo per affrontare questi rischi?

17. Note e commenti a conclusione del questionario

GRAZIE per la collaborazione.

Allegato 2 – Le domande delle interviste

Il seguente elenco di domande rappresenta esclusivamente una traccia che, a seconda dell'interlocutore (Responsabili della Prevenzione della Corruzione, sindacalisti, rappresentanti datoriali e degli ordini professionali, lavoratori), potrà essere rivista e modificata nel corso dell'incontro.

Breve presentazione (facoltativa)

Quanto e come incide l'integrità dei lavoratori nel contribuire a prevenire la corruzione e l'illegalità nel SSN?

Secondo lei, tra i lavoratori si sta affermando una maggiore consapevolezza della necessità di maggiore integrità per prevenire la corruzione e la mala amministrazione? Quali strumenti ritiene essere più idonei per tale scopo?

A suo parere, i lavoratori c.d. *atipici* (lavori a tempo determinato, lavori interinali e lavori forniti da cooperative o società tramite appalti) che ruolo rivestono nel favorire o contrastare la corruzione e la mala amministrazione? In altre parole, i lavoratori rappresentano esclusivamente l'*anello debole* del sistema o rivestono un ruolo? In che termini?

A suo parere, la dissoluzione in forme *non standard* dei rapporti di lavoro (caratterizzati, per così dire, da uno sdoppiamento della titolarità della figura datoriale) e la "*precarietà*" delle condizioni lavorative incidono sull'integrità e sulla buona amministrazione? In quale misura e in quali termini?

Le scelte organizzative incidono sulla qualità e integrità del servizio finale offerto? In che termini e quali sono i settori più a rischio?

A suo parere, esiste un legame tra malessere organizzativo (ad esempio, carenza di personale, turni pesanti, mancata valorizzazione della professionalità e competenza) dei lavoratori (dipendenti e interinali / esternalizzati) e integrità del sistema? Perché e in che termini?

È a conoscenza del fatto che esistano dei controlli nel garantire la legalità e la buona amministrazione? Quale tipo di controlli vengono attuati?

Ritiene importante che vengano effettuati controlli – interni ed esterni - sulla prevenzione della corruzione anche sul personale somministrato e dipendente delle ditte esterne a cui vengono appaltati i servizi? Sono già previsti e in che termini?

Quale ruolo rivestono informazione e formazione nella promozione dell'integrità?

Ha dei casi da riportare quale esempio di approfondimento dal punto di vista etico e di codice di comportamento.

Ha altri suggerimenti da dare per evitare che la promozione dell'integrità e la prevenzione della corruzione rappresenti solo un formalismo o suggerire delle misure di prevenzione che potrebbero essere utilmente applicate.

Allegato 3 – Le risposte integrali alle interviste

Il sindacato

G.S., sindacalista FP CGIL (sindacalista A)

Sicuramente c'è un legame molto stretto tra l'integrità dei lavoratori e la legalità nasce anche da trattamenti economici e normativi giusti: nel senso che nel momento in cui un lavoratore nel suo posto lavoro e la sua azienda non applica correttamente il contratto di lavoro per cui ci sono abusi nell'elaborazione delle buste paga (mancato pagamento della malattia, mancato o ritardato pagamento delle retribuzioni per mesi) è evidente che lì nasce il malessere, un malessere interno perché i rapporti di lavoro nascono da diritti e doveri, diritto dei lavoratori a percepire la giusta retribuzione e il dovere del datore di lavoro di pagare le retribuzioni. La legalità parte da questo per cui ci possono essere comportamenti da parte dei lavoratori che non possono essere definiti corruttivi ma sicuramente si perde la fidelizzazione dell'azienda, queste modalità e questi eventi capitano soprattutto nelle esternalizzazioni quando l'ente pubblico appalta dei servizi.

Il nostro sindacato si batte da anni affinché allo stesso lavoro venga riconosciuto la stessa retribuzione, affinché ci sia un contratto unico di settore e non 12 contratti che operano nel settore del socio-assistenziale educativo privato e 3 contratti nel settore della sanità privata (Aris, Aiop, Don Gnocchi) che prevedono ad esempio orari contrattuali completamente differenti. Sicuramente ci sono forti disparità tra dipendente strutturato e lavoratore esternalizzato ma il problema va oltre la distinzione tra lavoratori pubblici e privati, non tanto la professionalità di queste persone va al di là dei trattamenti economici retributivi: sia il lavoratore pubblico che quello del privato hanno una responsabilità nell'operare quotidianamente molto professionale.

Il problema invece nasce nei confronti delle imprese: da una parte c'è l'ente pubblico che di fatto tutela il suo lavoratore - come datore di lavoro - perché ha delle regole ben precise, dettate da legge e contratti e orari di lavoro, dall'altro abbiamo il settore del privato, in particolare nel mondo della cooperazione, dove il lavoratore oltre ad essere dipendente subordinato e anche socio lavoratore della cooperativa, in questo caso è l'impresa che pur di mantenere il fatturato d'impresa interviene sul lavoro dei propri lavoratori. Se l'ente pubblico, pertanto, chiede una diminuzione di ore per eseguire un

certo servizio dato in appalto oppure se affida all'impresa la gestione solo dei turni notturni, l'impresa procede per non perdere l'affidamento dei lavori per cui alla diminuzione d'ore dell'appalto e fa il turno de, perché c'è l'idea se non accompagniamo il sostegno economico all'impresa a quello retributivo ed economico dei lavoratori, salta tutto.

I lavoratori non hanno consapevolezza della necessità di una maggiore integrità: la profonda crisi che ha investito il mercato del lavoro di questi ultimi anni, i lavoratori sono molto preoccupati di perdere il loro posto di lavoro e quindi accettano tutto. Il lavoratore che ha 50 anni, indipendentemente dalla nazionalità, entra oggi nel mercato del lavoro con le regole del *Job Acts* è un lavoratore debole in partenza e ha difficoltà a venire da noi e confrontarsi con noi. Questo aspetto sta emergendo in modo dirompente, ma attenzione, anche gli stessi lavoratori del pubblico impiego non sono più quelli più tutelati: noi siamo una Regione in piano di rientro [...]

I lavoratori atipici e precari, proprio per la loro natura, non rivestono alcun ruolo nella prevenzione della corruzione o nella promozione della legalità, anzi proprio per questo, noi come sindacato dobbiamo costruire relazioni e una figura che li garantisca. I lavoratori atipici sono talmente deboli se lo Stato non li tutela, è ovvio che è la PA ad essere responsabile e deve garantire attraverso le verifiche, i controlli, attraverso la costituzione di un organismo, e poi che ci siano sanzioni efficaci.

Se c'è una buona organizzazione, il lavoratore si sente tutelato: ad esempio se elaboro la turnazione per 6 mesi o un anno, il lavoratore si può programmare la propria vita invece ci sono programmazioni di 15 giorni in 15 giorni. Questa programmazione, ad esempio, porta chi gode di maggiori garanzie ad un maggiore assenteismo e chi gode di nessuna (partite IVA o collaboratori) o poche tutele (lavoratori delle cooperative) ad un profondo malessere che però non può far valere per timore di perdere il lavoro.

Mettere insieme delegati sindacali del privato le RSU pubbliche, informare e formazione verticale che deve partire dall'alto. Si è perso il senso civico, è chi tenta di fare qualcosa fuori dal recinto è quello che paga.

Far rispettare le regole.

Per arrivare ad un pareggio di bilancio, si spostano capitoli di spesa creando precarietà.

A.P., sindacalista UIL (sindacalista B)

L'integrità dei lavoratori parte dalla testa ovvero dai dirigenti e dalla direzione. La norma anticorruzione è relativamente recente e già nelle sue prime applicazioni ha avuto delle difficoltà in quanto già nell'individuare il dirigente evidenziando forte incompatibilità nell'applicare la norma, garantendone l'autonomia. Già si è partiti male. Si hanno poi delle difficoltà da parte dei lavoratori a denunciare delle situazioni di corruzione, non necessariamente un reato ma anche solo legato ad una semplice informazione che possono favorire delle condizioni che potrebbero sconfinare in atteggiamenti non genuini. I lavoratori hanno la necessità perché si trovano ad essere soggetti ad una gerarchia e quando hanno qualcosa da dire, che va al di là del lavoro ordinario, su supposti illeciti hanno paura di esporsi e sottoporre la questione al diretto responsabile.

Gli interinali nascevano per sostituire maternità e malattie in realtà sono in forza da anni, da noi sono in forza 80 persone, di fatto sono andate a supplire le carenze delle piante organiche coprendo non solo 3-6 mesi ma da anni sono inseriti nell'azienda.

All'interno della struttura inoltre operano i lavoratori delle cooperative e degli studi associati con partita IVA che vanno a coprire le turnazioni più difficili: questo è lo strumento che adoperano le amministrazioni anche per arginare il fenomeno dell'assenteismo. Si preferisce l'agenzia, la cooperativa, lo studio professionale per avere garantite le ore pattuite, risultanti dall'appalto.

L'operatore professionista deve lavorare ma nel tempo si rende conto dei rischi di uno sfruttamento della propria professionalità. Tutti i lavoratori meno sindacalizzati pagano il prezzo sullo stress, sulla parte economica e che lungo andare non possono andare avanti, avendo potenziali ripercussioni sulla qualità dei servizi. Se le norme prevedono che un operatore lavori al massimo 48 ore con un riposo di 11 ore tra un turno all'altro questo deve valere anche per i liberi professionisti che operano nelle strutture altrimenti c'è un calo psico-fisico. Sul banco degli imputati deve andare chi stabilisce il contratto e chi deve vigilare su queste cose perché le conseguenze ricadono sui pazienti e sulla qualità. Le amministrazioni oggi sono molto attente ai costi e tendono a fare accordi al minore prezzo, accordi che quindi si ripercuotono sui lavoratori in particolare delle cooperative. La *spending review* ha previsto il taglio del 5% sui fornitori ma i

rischi ricadono sui servizi penalizzando la qualità dei servizi stessi e riducendo il costo del lavoro del 5%. Le scelte organizzative incidono sulla qualità.

C'è indubbiamente una connessione tra integrità e benessere operativo del lavoratore che se viene meno, da parte del lavoratore viene meno il suo attaccamento al lavoro...

Controllo della gestione quotidiana e poi ci sono dei controlli che possono essere periodici.

Non posso dirglielo con certezza ma direi che i lavoratori delle cooperative e somministrati non sono stati coinvolti nelle giornate formative...

Un suggerimento è quello di mettere nelle condizioni tutti i lavoratori di venire a conoscenza di queste tematiche etiche forse certificando la formazione dei singoli professionisti e poi, soprattutto, c'è un discorso di responsabilità personale.

F. Z., coordinatore legalità e sicurezza (sindacalista C)

In generale il lavoratore e chiunque agisca in un qualsiasi posto di lavoro, a costo di fare un'affermazione che può apparire banale, anzi lo è ma è l'ABC, vive tutto quello succede: può quindi vedere, percepire, intuire e vivere, nel bene e nel male, il processo di lavoro. È chiaro che gli operatori sanitari più in particolare l'operatore che lavora nei reparti, negli ambulatori, negli uffici amministrativi vivono in diretta tutti i grandi benefici e risultati del nostro SSN ma possono vedere e vivere anche ciò che alla fine non torna. Il mondo del lavoro è pertanto, quello che una volta era definito, un osservatorio di massa che se ben orientato, formato e utilizzato, in termini positivi, può essere una fonte molto interessante di trasparenza. Tuttavia se il lavoratore opera nell'ambito socio-sanitario, entro e fuori le strutture, negli enti territoriali o centralizzati, però non è un dipendente stabile del servizio scatta un meccanismo assolutamente comprensibile ed esteso di indebolimento della sua attenzione, rischiando di diventare un anello debole della catena. Questo d'altra parte vale anche ovviamente per gli addetti delle imprese di servizi a cui vengono esternalizzate molte attività. Anziché sentirsi un operatore del SSN, si sente un lavoratore in attesa di riconferma, facendo scattare dei meccanismi di subordinazione ed indebolimento della sua apertura di occhi e orecchie perché meno garantito e più esposto a ricatti ("se fai il furbo, non ti rinnoviamo il contrattino") e quindi più indotto ad eseguire e a tacere.

L'ottimo passo compiuto con la legge 190 che le nostre realtà territoriali hanno applicato in termini positivi e operativi nella sua attuazione, mette tuttavia in evidenza alcune criticità: se per il settore pubblico si sono adottate precise e restrittive norme in tema di anticorruzione, non altrettanto è stato fatto nel settore privato. A fronte di procedure di crescente controllo e verifiche all'interno delle strutture della sanità pubblica, altrettanto non è nei confronti degli operatori e dei pezzi di servizi che vengono appaltati e dati alle imprese private, una criticità che dovrà sicuramente essere superata.

C'è una consapevolezza diffusa tra gli utenti ma, soprattutto, tra i lavoratori e gli operatori del SSN che la sanità, oltre ad offrire certamente un grande servizio alla società, certamente è un nido potente per possibili affari e favori, quindi più esposta di altri settori pubblici a fenomeni poco trasparenti. Ormai vi è una percezione abbastanza diffusa tra il cittadino medio che una forte quota del bilancio pubblico sia a livello nazionale che locale è investita nel SSN, si sa che c'è un grosso giro di affari quindi anche la possibilità di fare favori e irregolarità. Per cui tra gli strumenti per rendere più idonea questa consapevolezza da parte dei lavoratori vanno previsti un maggior coinvolgimento del personale, a qualsiasi livello, partendo da quelli dirigenziali e intermedi, a quelli più operativi, per accentuare e rendere più spesso quello che chiamiamo la responsabilizzazione e il coinvolgimento dell'operatore nel destino complessivo e nella consapevolezza di operare per un servizio pubblico importante e fondamentale in cui la trasparenza e la regolarità devono essere all'ordine del giorno. Ci pensano poi i fatti della quotidianità e della cronaca a sottolineare questi aspetti scandalistici.

È evidente che il lavoratore se si sente tutelato nella sua giornata lavorativa, nel suo mese lavorativo e nel suo futuro lavorativo può essere un forte alleato e quindi un lavoratore attivo e propositivo nella procedura di trasparenza e regolarità, di contro se il lavoratore si sente lui stesso un anello debole allora è un soggetto che ha timori, si sente più ricattabile (un termine che si può usare, anche se forse è un po' pesante) e quindi guarda più dentro di sé e al suo domani piuttosto che guardare fuori, alla sua squadra dove lavora, alle procedure, al piacere di lavorare. Quando non c'è tranquillità scattano dei meccanismi di difesa e autodifesa che indeboliscono il guardare 'fuori'. Questo lo percepisci concretamente con mano durante le assemblee con i lavoratori precari: se si

confronta il profilo dei problemi che emergono dalle riunioni con i precari con il profilo di quello che esce dalle assemblee dei lavoratori per così dire stabili ti rendi conto che ci sono profili di sensibilità e di esplicitazione di problematiche che spesso sono divergenti, le une di più basso profilo e le altre più aperte e di più alto profilo, se uno sa che tra 6 mesi o un anno scade il suo contratto di lavoro è chiaro che sarà preso da altre preoccupazioni. Ad esempio nei nostri territori, anche come sindacato abbiamo cercato di affrontare e accendere qualche 'led' e riflettore su questo terreno della regolarizzazione e della legalità, soprattutto a partire dal settore degli appalti. Prima dell'uscita della legge 190, in questi territori abbiamo concorso direttamente e fattivamente a costruire l'osservatorio provinciale sugli appalti pubblici nella sanità, nei comuni e in tutti gli enti pubblici che operano nel territorio per un monitoraggio vero sulle procedure degli appalti pubblici, sui comportamenti delle stazioni appaltanti e mettendo in campo percorsi di formazione per gli operatori direttamente impegnati nelle procedure dei bandi. Poi con l'uscita della legge 190, ci siamo impegnati ulteriormente come sindacato, almeno nella parte che riguarda il pezzo che ci coinvolge direttamente, sul versante della formazione del personale impiegato nei servizi e settori più esposti ma in generale anche nella formazione obbligatoria rivolta a tutti gli operatori che sono comunque a contatto con l'utente. È evidente che tale formazione dovrebbe essere estesa ed integrata anche al crescente numero di lavoratori che gravitano nelle aziende a cui vengono affidati gli appalti e le strutture in convenzione. Questo è un capitolo aperto perché la legge 190 è un bel passo ma si rivolge all'ambito pubblico trascurando chi invece non è lavoratore pubblico ma agisce e opera nel settore pubblico. Su questo aspetto ci stiamo in parte lavorando e nell'attesa che Roma intervenga nella modifica della normativa stiamo provando a definire delle iniziative. Nello specifico si sta definendo con la Regione [...] il cosiddetto Testo Unico per la legalità, che dovrebbe andare in porto nelle prossime settimane in quanto già maturo e essere sottoscritto oltre che dalla regione, dall'associazione dei comuni, da tutte le organizzazioni del mondo sociale (sindacati, confindustria, associazioni datoriali) coinvolgendo il pubblico e il privato. Un punto importante contenuto nel Testo Unico riguarda proprio la gestione dell'anticorruzione e della trasparenza: il nostro obiettivo come sindacato è quello di riuscire a coinvolgere anche le rappresentanze private dell'imprenditoria che sono sempre più coinvolte nella gestione di alcuni pezzi di servizi in sanità e non solo.

L'ideale sarebbe poter pensare che tra sei mesi nel circuito della formazione, che oggi è obbligatoria per i dipendenti pubblici appartenenti a un certo servizio, potrebbero essere coinvolti anche i lavoratori delle imprese che hanno in appalto quel pezzo di attività e che oggi, in teoria, sono esclusi.

In generale, a prescindere dagli esempi specifici, all'interno di un servizio che produce un'attività sanitaria pubblica se agiscono matrici di impresa diverse che hanno ovviamente una loro autonomia perché quel servizio è appaltato ad un consorzio, l'altro è appaltato ad una cooperativa e così via è evidente che il meccanismo di controllo e di coordinamento della catena produttiva è molto più complesso anche perché le centrali di responsabilità sono difficilmente unificabili. Il responsabile del servizio pubblico risponde poco di quello che produce un altro arrivando fino a dove è di sua competenza: più c'è decentramento, più c'è difficoltà di coordinamento di qualità e di controllo sulla trasparenza e sulla regolarità del processo del lavoro e del prodotto che si propone. La tendenza da parte del settore pubblico è di tenere sulla carta e nelle sue mani il meccanismo di controllo e dei risultati però in realtà decentra, deresponsabilizzandosi, la gestione di servizi più a rischio. Questo è un meccanismo in diffusione che si sta allargando al settore pubblico 'scimmiottando' il sistema di decentramento dei rami produttivi che è in allarmante espansione anche nei principali settori produttivi privati [...]. Non esiste più l'impresa grande e leader di 10-15 anni fa, oggi quelle stesse imprese leader o nel settore della ceramica o del settore meccanico o dell'agroalimentare hanno sub affittato, sub appaltato interi settori produttivi, con l'obiettivo di risparmiare sul costo del lavoro. Questo meccanismo è stato importato nel sistema sanitario pubblico e non solo, si pensi ai servizi sociali per anziani e per l'infanzia. Il costo del lavoro viene così a ridursi infatti gli operatori che vengono assunti dall'impresa privata per la gestione dei servizi hanno una retribuzione mediamente inferiore del 20%, 30%, 40% in meno rispetto la contrattazione pubblica: è un modo per risparmiare e per decentrare responsabilità amministrative a discapito anche della qualità del prodotto. Infatti quel lavoratore della cooperativa che gestisce un pezzo del servizio ha in genere, come si diceva una volta, una qualifica professionale più bassa dell'analogo operatore pubblico che magari lavora di fianco, uno con una qualifica e l'altro con un'altra. Aldilà dell'aspetto retributivo che è comunque fondamentale, vi è anche un salto e una rimessa in termini di qualità professionale: se

prima il SSN metteva un infermiere professionale diplomato, il privato invece ci mette un operatore senza la qualifica.

Come sindacato abbiamo spinto e lavorato affinché fossero introdotti controlli, venissero potenziati e qualificati nei settori più esposti degli acquisti e delle forniture centralizzate, la nostra regione inoltre ha anticipato rispetto altre regioni il meccanismo del prezzario, cercare di unificare le centrali di acquisto e fornitura, abbiamo lavorato perché i responsabili dell'anticorruzione non siano lasciati da solo. Questo è stato possibile nell'ambito pubblico, mentre tutto è molto più chiuso, più difficile e in salita nel settore privato a cui sono stati esternalizzati pezzi del sistema. Magari a rischio di banalizzare, ma anche dal punto di vista del sindacato si avverte la stessa difficoltà: mentre per il sindacato è più facile e naturale essere presente nell'ambiente di lavoro pubblico, per lo stesso sindacato è estremamente più difficile essere presente ed essere accolto in una struttura privata che ha in appalto un pezzo di produzione del pubblico perché ci sono molti modi per convincere e spingere i lavoratori a tenersi lontano dal sindacato [...]. Sono meccanismi quotidiani: quante volte riceviamo telefonate da parte di questi lavoratori delle cooperative alle nostre camere del lavoro, per dire, non della Puglia, che chiedono, in premessa, di tenere l'anonimato. Questi aspetti fanno riflettere rispetto alla qualità e alla trasparenza di un certo pezzo del mercato del lavoro di oggi rispetto a qualche anno fa.

Secondo noi tutti, la formazione è l'elemento essenziale che va praticato, rafforzato, qualificato. Anche sul ruolo rivestito dall'informazione dovremmo riflettere un po' di più: a mio avviso non sempre è utile. Quando l'informazione, come troppo spesso capita, affronta questi aspetti in termini scandalistici e meno attenta invece sulle novità positive, su quel poco o quel tanto che si fa in termini di potenziamento dell'attività di trasparenza e dell'anticorruzione. L'informazione dovrebbe dire, raccontare ed informare il cittadino sia degli scandaletti che purtroppo sempre più spesso vengono portati alla ribalta ma anche su quello che quotidianamente viene messo in campo per attuare nuove procedure, per attuare l'attività di trasparenza, per coinvolgere di più i lavoratori, perché si apre uno sportello rivolto ai cittadini per raccogliere informazioni, segnalazioni e sospetti...un'informazione così, potrebbe aiutare di più.

Per quanto riguarda la formazione, il primo passo è stato quello di introdurre questo bisogno/obbligo di formazione, dopo di che, ci sono dieci modi diversi per fornirla. A

questo riguardo sarebbe fondamentale la possibilità a livello di territori più vasti, penso al nostro livello regionale o al livello territoriale vasto, periodicamente riuscire a mettere in rete tra i vari responsabili dell'anticorruzione e tra i dirigenti le esperienze positive e le buone pratiche per un confronto e capire dove è il meglio che faccio io e il meglio che fai tu, in modo da migliorare, eliminare e superare gli errori di ciascuno. A tal proposito abbiamo chiesto di fare, e la legge 190 non lo prevede ma non lo nega nemmeno, di prevedere a livello provinciale dei tavoli permanenti per mettere a confronto e a fattori comune queste buone pratiche tra le diverse amministrazioni per migliorare e fare meno burocrazia e cose inutili [...]. La scommessa da giocare sta nella formazione dei lavoratori e nel loro coinvolgimento oltre che nel coinvolgimento delle associazioni esterne tra cui il sindacato.

Responsabili

M. B. responsabile della prevenzione della corruzione

Nel settore sanitario l'integrità dei lavoratori è un aspetto fondamentale che contribuisce a prevenire la corruzione ma è difficile esprimere in termini quantitativi la sua incidenza. In questo settore ancora rivestono un ruolo strategico gli aspetti relazionali e il rapporto del professionista nel fornire il servizio; rispetto ad altri settori che sono stati intensamente robotizzati mentre nel settore sanitario c'è ancora una rilevante presenza del fattore umano quindi una buona prevenzione della corruzione passa attraverso il cambiamento di percezione e mentalità dei lavoratori, sia interni che esterni ovvero sia dei lavoratori dipendenti sia tutti quelli che collaborano con il sistema pur non dipendendo direttamente alle aziende sanitarie dal punto di vista giuridico.

Ad esempio, per quanto riguarda i medici recentemente è stato approvato l'accordo con i medici specialisti ambulatoriali interni (c.d. sumaisti) che hanno introdotto nel loro codice di comportamento l'applicazione della normativa anticorruzione. Questo era un settore scoperto in quanto essi non sono dipendenti ma sono collaboratori del sistema sanitario. Un altro settore scoperto ma che verrà normato nei prossimi mesi è quello dei medici di medicina generale che non sono dipendenti ma collaboratori del SSN con ampi poteri proprio perché gestiscono i percorsi di cura e assistenziali dei pazienti. La sanità, positivamente, si sta spostando dall'ospedale verso il territorio: in molte realtà regionali stanno sviluppandosi le 'case della salute' e la medicina di iniziativa per i

malati cronici o per quel target di popolazione potenzialmente a rischio per cui i medici di medicina generale saranno sempre più al centro di un modello di sanità sostenibile. Inoltre, sul territorio si sta assistendo ad un crescente fenomeno di outsourcing con l'affidamento in appalto di servizi anche clinici che genera non poche difficoltà organizzative: nelle case della salute, si trovano infermieri che non fanno parte del SSN ma che operano all'interno di uno team di lavoro in cui i lavoratori rispondono a datori di lavoro diversi.

All'ASL di [omissis] è stato predisposto un questionario on line e anonimo per tutti i lavoratori il cui obiettivo era di valutare la percezione della corruzione, raccogliere suggerimenti per migliorare la nostra organizzazione e, non ultimo, verificare l'efficacia della formazione. La maggior parte dei lavoratori (il 92%) percepiscono il problema delle illegalità e della corruzione come un problema importante o molto importante sebbene la maggior parte di essi non conosce la legge 190/2012. Però i lavoratori conoscono molto di più il codice di comportamento che racchiude una sintesi della legge stessa. Una buona pratica che abbiamo adottato nella nostra realtà e il progetto sarà implementata ulteriormente nel 2016 è l'aver impostato la nostra attività formativa e informativa sul tema dell'etica - molto apprezzata dalle persone - puntando sui casi concreti.

C'è in generale una grande voglia da parte dei lavoratori di affrontare questi temi e di partecipare. Il primo pezzo fondamentale di una buona politica anti-corruzione deve essere perciò quello dell'ascolto dei lavoratori. Nella mia esperienza di responsabile dell'anti-corruzione e di molti altri responsabili la tutela che, ad oggi, prevede la legge sul *whistleblowing* al lavoratore che fa una denuncia - estesa anche ai lavoratori del settore privato - non ha funzionato perché nessuno si fida nel venire a raccontare quello che vede mettendoci il nome e il cognome. Il problema di fondo è tuttavia che questa tutela non esiste in quanto il denunciato alla fine può essere messo a conoscenza di chi lo ha denunciato per il principio costituzionale che la difesa ha diritto di sapere il denunciante. Denunciare è un impegno difficile che andrebbe, come in America, incentivato riconoscendo una percentuale del maltolto.

Come progetto con Illuminiamo la salute e con i sindacati, in particolare la CGIL, sul tema del *whistleblowing* stiamo valutando come rendere i sindacati e gli ordini professionali, tipo l'IPASVI, catalizzatori delle segnalazioni facendo in modo che siano

essi ad esporsi nel denunciare casi di corruzione o, più in generale, di malamministrazione: i lavoratori si fidano di questi corpi intermedi e temono di meno parlarne con loro anziché esporsi direttamente con una segnalazione. Questo darebbe anche ai sindacati la possibilità di valorizzare maggiormente il loro ruolo in un momento come quello attuale in cui non godono di grande seguito.

Una buona politica anti corruzione in termini di appalti va sempre più nella direzione di una presa di coscienza che il lavoro effettivo deve avvenire sull'esecuzione dei contratti ovvero mettere in campo tutta una serie di attività che vanno concretamente a capire quello che viene fornito alla pubblica amministrazione anche in termini di rinnovo degli appalti, in una sorta di ciclo continuo. Fino ad oggi la maggior parte delle amministrazioni si accontentava di far bene la parte relativa all'affidamento degli appalti mentre c'era molto meno attenzione sull'esecuzione. In quest'ottica diventa quindi fondamentale l'ascolto dei lavoratori che, al fondo di una lunga catena, operano nella fase di esecuzione dell'appalto perché vedono tante cose e disfunzioni, magari piccole o poco significanti prese singolarmente, e le possono raccontare. [...] Ci deve essere un'attività di informazione diretta che deve arrivare direttamente a loro: si pensi al codice di comportamento, strumento poco letto e poco conosciuto anche tra gli stessi dipendenti del SSN, se viene semplicemente inviato alle imprese affidatarie non ho la certezza che queste provvedono alla sua diffusione e conoscenza o se questo avviene in modo puramente formale o tramite una mail. Sarebbe interessante prevedere già nei contratti di appalto che l'azienda sanitaria possa riservarsi uno spazio per informare, aggiornare ed ascoltare anche i lavoratori delle imprese affidatarie: lo spazio c'è perché stiamo ragionando di migliorare la qualità del lavoro che viene fornito.

Soprattutto negli anni passati c'è stata una forte spinta verso il *project financing* (che in realtà non è ancora finita) da parte delle pubbliche amministrazioni di affidare per 20-30 anni la gestione di interi servizi al settore privato dopo che essi si sono occupati della progettazione e costruzione di edifici degli ospedali, così la parte clinica rimane alla struttura sanitaria mentre la parte non clinica è in gestione a delle ATI. Anche in questo caso i lavoratori esterni saranno sempre più da coinvolgere.

Ci sono diversi esempi. Ivan Cicconi che è una dei più grandi esperti (associazione ITACA) sono molto critici rispetto questo strumento perché fondamentalmente in Italia non si è stato capaci di gestire questo strumento nell'interesse della pubblica

amministrazione. Anche in questo caso i lavoratori ‘esterni’ dovrebbero essere assolutamente coinvolti in modo diretto dal momento che essi erogano servizi di pulizia, di mensa, di sterilizzazione. Nell’azienda ASL di [omissis] c’era questo grande appalto con la società [omissis] e l’azienda sanitaria ha creato un’unità operativa dedicata al monitoraggio della qualità dei servizi erogati da questa ditta esterna. Si tratta di una buona pratica in quanto non sono servizi come tutti gli altri ma legati alla qualità degli esiti dell’assistenza ospedaliera. I *project* sono dei contratti e già nella fase di definizione del contratto stesso di appalto dovresti esplicitare cosa mi chiedi, cosa mi dai e come te lo valuto. Il modo con cui eseguo il controllo dovrebbe già essere contenuto nel contratto, pensiamo ad esempio al servizio di lavanderia per le lenzuola. Il criterio sulla cui base è possibile fare dei controlli può essere vario: controlli su quanti chilogrammi di lenzuola escono, controlli sulla qualità della pulizia delle lenzuola o controlli su eventuali furti. [...] Un altro tema importante è poi quello delle penali sugli appalti: nel momento in cui un appalto non viene eseguito bene già nel contratto stesso deve essere prevista una penale nella fase di assegnazione dell’appalto. Anche qui ci può essere discrezionalità da parte della PA se e come applicare queste penali quindi nuovamente entrano in gioco i lavoratori che erano in servizio perché sono loro che hanno materialmente fornito il servizio.

Per me il benessere organizzativo e il far stare bene le persone sul luogo di lavoro rappresenta una delle prime misure di lotta alla corruzione: purtroppo la realtà è molto diversa e spesso i lavoratori, dipendenti e no, non hanno il senso per così dire della ‘maglia’ e di quello che fanno. Nel momento in cui la PA fosse in grado di far ‘sentire la maglia’ ai suoi dipendenti probabilmente questo inciderebbe su una maggiore integrità e una migliore amministrazione che si ripercuoterebbe anche sugli altri lavoratori ma, allo stato attuale, non è così o è così solo in poche realtà.

Per quanto riguarda i controlli quelli fatti fino ad oggi sono di tipo amministrativo, bisognerebbe cambiare la natura dei controlli la cui accezione è sempre stata negativa. Nell’ASL di [omissis] si è tentato ad esempio di integrare le attività di controllo delle procedure amministrative con le altre tipologie di controllo interno, valorizzando un approccio tra pari e collaborativo, teso al miglioramento, piuttosto che un atteggiamento ispettivo e punitivo.

Sono quindi state accentuate le modalità di autocontrollo dei processi, favorendo l'utilizzo di liste di autovalutazione, le valutazioni periodiche tra pari (audit clinico e organizzativo), la responsabilizzazione diffusa sui punti critici di controllo. Questo approccio richiede il coinvolgimento di tutti i lavoratori, non solo di quelli dipendenti del SSN, con cui vanno condivisi i risultati dei controlli in modo da valorizzare l'attività. Come ha detto recentemente Nando Dalla Chiesa in occasione di Expo 2015, vanno chiusi tutti i varchi possibili di infiltrazione della corruzione facendo tutti i controlli che devono essere fatti.

B. C., rappresentante IPASVI

Sicuramente l'integrità dei lavoratori ha un suo valore importante nel contribuire a prevenire la corruzione e l'illegalità nel SSN. Purtroppo, però, i fattori esterni, a mio avviso, incidono pesantemente su modelli di integrità interni. Ad esempio: l'essere collocati gerarchicamente in posizione di dipendenza non facilita una forte presa di posizione contro comportamenti corruttivi. Il timore di ripercussioni, postume ad eventuali segnalazioni, rende ancor più difficile un distanziamento reale dalla connivenza con essi.

Oggi sicuramente si parla, più di un tempo, del fenomeno corruttivo (sui giornali, libri ecc.). Si è avviato un processo di lettura, con lenti diverse, di comportamenti ritenuti fino a ieri "normali". L'aspetto inquietante è che anche chi è indagato per corruzione (..) continua a gestire la *res pubblica*. Questi esempi fanno male e portano a dire che a nulla serve essere integri...anzi.....

Gli infermieri, nella stragrande maggioranza dei casi, rappresentano l'anello debole; specie se stranieri e quindi, comunque, meno permeati nella nostra cultura. Per loro tramite, infatti, vi sono boss che si arricchiscono. Ma senza arrivare in alto, vista anche la contrazione nell'offerta del lavoro, è evidente la facilità con cui si possa scendere a piccoli compromessi pur di non perdere il proprio lavoro. Non è infrequente che all'infermiere, all'atto dell'"assunzione", venga presentata una lettera di dimissioni pre compilata sulla quale manca solo la firma del neo assunto.... un messaggio chiaro passa: o fai come dico io o te ne vai! Ritengo a questo proposito che esista uno stretto legame tra malessere organizzativo ed integrità del sistema: non potendo scegliere mi accontento; nell'accontentarmi accetto qualsiasi condizione!

Credo proprio che non ci sia la volontà di mettere in ordine il nostro paese. Esistono tanti e tanti contratti di “assunzione” che è difficile persino mapparli. E poi i tirocini extracurricolari, l'apprendistato con pagamento con voucher....Questa confusione, appositamente non governata, in questo periodo storico, non può che far lievitare un sottobosco di comportamenti vessatori che alimentano di fatto la mala gestione della cosa pubblica.

Più che le scelte organizzative credo che siano le persone ad incidere sulla qualità del servizio offerto. Tendiamo spesso a far ricadere su modelli organizzativi imperfetti la causa di tutti i mali; in realtà anche un modello organizzativo perfetto, abitato da soggetti “malati” non può che produrre esiti malati.

I settori più a rischio sono quelli che appaltano i servizi; che fanno vincere le gare: a titolo di esempio, una gara che si basa solo sul prezzo NON può produrre qualità, quand'anche ci fosse un'organizzazione perfetta.

I controlli nel garantire la legalità e la buona amministrazione sono presenti ma solo sulla carta. E la maggior parte degli infermieri intervistati attraverso un questionario, nemmeno questo sapevano. Comunque ritengo che i controlli più che sul personale andrebbero fatti sui vertici.

Purtroppo informazione e formazione nella promozione dell'integrità non rivestono un ruolo rilevante. Ciò che serve sono gli esempi: abbiamo bisogno di esempi! Di valorizzazione, di esempi di buona gestione. Abbiamo bisogno di controlli! Di punizioni!

Per dire: in un ospedale, una mia amica dovendosi operare per problemi ad un ginocchio, è andata dall'impiegata che si occupa di prenotazioni (sua amica) che senza problema alcuno l'ha inserita in lista operatoria in pochi giorni. In cambio la mia amica le ha portato dei dolci e del caffè. Questo comportamento pare essere molto frequente da parte dell'impiegata in questione. Ma chi tra le due è più “malata”? Chi per due biscotti ti sistema (sfoggiando pure un potere non da poco) o chi consegna i biscotti per avere il posto subito? Su questo dovremmo ragionare. Ma se con dei biscotti ottieni un posto in poco tempo, vuol dire che c'è un medico compiacente con l'impiegata golosa.... Divideranno i dolci? Oppure l'impiegata faciliterà il traghettamento di alcuni cittadini presso la struttura privata in cui opera il goloso ortopedico? La formazione su questi comportamenti, quale effetto sortirebbe? ZERO!

Ma siccome tutti, prima o poi, abbiamo fatto ricorso all'impiegata golosa....non ci resta che guardare in silenzio...(l'impiegata golosa, dimenticavo, è stata collocata in quel ruolo da un medico "politicizzato").

Rappresentanti del mondo cooperativo

A.S., responsabile cooperativa B

Per quanto ci riguarda, quello che abbiamo assistito in questi anni è che i piccoli comuni non fanno più gli appalti da soli, per mancanza di una struttura interna in grado di garantire la correttezza della procedura, e si aggregano, così come permette la normativa, ad altri comuni più grandi nelle sue vicinanze per indire una gara. Questo da una parte è un vantaggio ma dall'altra può rappresentare un rischio in quanto nella commissione c'è il segretario comunale competente affinché venga rispettata la forma, c'è l'amministrativo che si occupa della procedura ma spesso non c'è nessuno competente nella materia, un tecnico che conosce il servizio che deve essere appaltato. Il dubbio che sorge, e che nella pratica puoi vederne le ricadute, è quindi se sia certo che quel lavoro e la gara vengano affidate all'azienda migliore. Magari viene affidata a quella che formalmente è stata ritenuta avere il punteggio migliore ma non è detto che sia quella qualitativamente e con le competenze migliori. Quindi un primo aspetto che ritengo importante evidenziare è come vengono scelti i partecipanti alle commissioni, quanto sono competenti. Se capisco poco o niente di un servizio e non conosco il contesto, il rischio è che si guarda tutto con la lente di chi presta attenzione solo alla forma e di chi fa il ragioniere. Addirittura, dovendo i comuni fare le gare sulla base di criteri qualità/prezzo individuando l'offerta economicamente più vantaggiosa, ma dovendo far pareggiare i bilanci, spesso capita che la commissione dà a tutti un punteggio molto simile sulla qualità, dando poco scarto tra un'offerta e l'altra, e la gara in realtà si decide sul prezzo e la partita vera si gioca sul costo. Spesso vengono utilizzate delle formule per calcolare il punteggio sul prezzo che qualche volta premiano poco o al ribasso, altre volte invece lo condizionano talmente tanto che la gara si gioca sul prezzo. Quindi anche se in una gara l'incidenza nella valutazione della qualità e del prezzo è di 70 (qualità) a 30 (prezzo), in realtà pesa di più qual 30 che non il 70.

Un secondo aspetto che avviene ma che non so bene dove mettere e come inquadrare è questo. Se il direttore sanitario di una RSA o qualsiasi altro interlocutore che si occupa e influisce sulla gestione di un servizio che offri, ti dice che un parente o un amico è fisioterapista, infermiera, piuttosto che medico e che sta cercando un lavoro, prendi il suo curriculum, eventualmente lo chiami in una selezione e se lo ritieni valido lo assumi in un'altra struttura, cercando di gestire nel modo più trasparente possibile la cosa. Apparentemente non c'è alcuna conflittualità in realtà mi domando se i codici etici delle aziende non dovrebbero prevedere il fatto: infatti mentre è previsto che tu non possa accettare denaro o regali di una certa importanza dall'appaltatore a cui hai affidato il lavoro, o non ti possano pagare un corso di formazione o un viaggio, l'assunzione di un parente o di un amico non è contemplata. In questo caso non circola né denaro né regali, hai solo facilitato l'assunzione di una persona che non è quello che ti ha dato il lavoro ma è quello che lo controlla. Si possono fare un sacco di leggi però la certezza assoluta che si operi nella trasparenza e nella legalità non si ha: tutto è talmente sottile e viscido che allora bisogna agire su aspetti interni alle persone, sull'etica.

Ad esempio noi come cooperativa abbiamo una regola per cui i dirigenti della cooperativa non possono proporre l'assunzione di propri familiari perché le relazioni condizionano le scelte: nessuno ci obbligava anche perché in un'azienda privata è abbastanza naturale che si assuma figli, nipoti e amici di cui si ha fiducia. Noi del resto siamo un'azienda privata e il rapporto fiduciario è prioritario ma la cooperativa è un'azienda in cui la proprietà è distribuita e nessuno deve potersi avvantaggiare della posizione che occupa per i propri interessi. L'aspetto societario dovrebbe essere predominante rispetto l'aspetto organizzativo. Queste regole però te li dai tu senza che ci siano leggi o obblighi.

Rispetto ai lavoratori quindi più uno occupa una posizione apicale nell'azienda più puoi avere occasioni e modalità per trarne dei vantaggi o essere condizionato. Chi ha dei ruoli di responsabilità e dirigenza può avere, nei confronti del proprio committente, la tentazione di trovare un modo per condizionarlo ma nello stesso tempo può essere condizionato. Tornando all'esempio dei curriculum, può capitare che ti venga sottoposto all'attenzione quello di un'amica/o di un direttore (se si trattasse di un parente la questione sarebbe ancora più spinosa), tu lo prendi e magari lo assumi anche perché è una persona valida con le competenze e la professionalità richiesta per quel

profilo. Devi a questo punto prestare molta attenzione in quale servizio collocarla perché si crea un senso di profondo debito nei confronti della persona che ti ha proposto il curriculum, in più non sai se questa persona risponde a te quale suo responsabile o a quell'altra persona che ti ha dato il curriculum e che vigila e coordina il servizio, cercando un meccanismo di dipendenza. Forse la cosa migliore è quindi adottare una selezione come tutti gli altri per non discriminare e penalizzare, però poi sarebbe importante che almeno nella scelta della collocazione nei servizi si tenesse conto di questi rapporti. Dall'altra per la cooperativa è fondamentale sapere se si può fidare o no di quella persona in quanto ci possono essere delle difficoltà organizzative o delle cose che non vanno tanto bene, non chissà che, anche solo del malumore all'interno oppure litigi tra gli operatori dell'equipe, per la cooperativa può essere un problema se vengono riferite al direttore sanitario della struttura, il committente che ha il mandato di vigilare e dare un giudizio al lavoro.

Il lavoratore che opera in corsia al massimo può ricevere un pacchetto di caffè mentre è sparita l'abitudine delle mance. Questo è un aspetto su cui abbiamo riflettuto quando abbiamo iniziato ad operare nell'ospedale. Sono due cose ben diverse portare una scatola di cioccolatini appena io o un mio familiare arriviamo in ospedale oppure alla fine del ricovero: se li porto appena arrivato in ospedale è perché voglio in qualche modo condizionare il trattamento creando un atteso che, anche se non detto a parole, implica l'aspettativa di un certo comportamento (mi guardi meglio e ti prendi più cura). Se la stessa scatola di cioccolatini viene data alla fine, assume tutt'altro significato: è un modo per ringraziare perché ti senti in debito. Non so se questa cosa è ancora sentita, ma tra i più anziani, pur sapendo che hanno usufruito di un servizio all'interno di una struttura pubblica pagata con la fiscalità generale, spesso si sentono comunque in debito, di doversi sdebitare con chiunque dal primario all'operatore di corsia. Su questo ulteriore aspetto abbiamo inserito nel regolamento che il denaro non può essere accettato a titolo di mancia mentre lasciamo al buon senso delle persone accettare piccoli regali perché in alcuni casi non farlo assume quasi il significato di un'offesa ed essere interpretato come "se hai solo da darmi un caffè, puoi anche portartelo via". Mentre da parte di chi te lo offre vuole significare qualcosa di più, un ringraziamento per aver ricevuto un'assistenza inaspettata, educata, competente e professionale, aver

ricevuto qualcosa di più rispetto a quanto ti capita di leggere sui giornali molto più indirizzati a riportare casi di inefficienza e cattiva sanità che non casi di buona sanità.

Nella nostra cooperativa si è iniziato ad avere una maggiore consapevolezza su queste tematiche soprattutto dopo gli avvenimenti di Mafia Capitale: all'interno della cooperativa c'è stato inizialmente un momento di confronto e poi sono state organizzate delle giornate formative per i dirigenti. Dopo di che ne abbiamo parlato nelle assemblee che abbiamo fatto: quello che è emerso è che episodi come questi danneggiano tutto il sistema delle cooperative e il loro buon lavoro perché la gente tende a generalizzare e a estendere le conclusioni. Ci si è quindi posti la domanda: i nostri organi di rappresentanza, le centrali cooperative, ma cosa hanno fatto fino ad oggi? È vero d'altra parte che non sono rintracciabili elementi certi per poter essere sicuri che quella cooperativa che si iscrive alla tua centrale stia operando in maniera opaca: se i revisori dei conti certificano i bilanci, se la cooperativa ha anche una serie di certificazioni e codici etici come puoi capirlo? Forse qualche segnale lo hai quando vedi che il presidente della cooperativa viaggia con una macchina da cento mila euro o il CdA prende dei gettoni di presenza da cinquemila euro per seduta: la legge non vieta nulla di ciò, formalmente è tutto a posto perché approvato in assemblea. Il 'sistema' porta utili a tutti; ai soci lavoro e retribuzioni pagate ogni fine mese che in tempi di crisi non è cosa da poco. Purtroppo c'è una idea diffusa che rubano tutti, per cui chi è in alto ruba tanto e chi è in basso ruba poco.

Inoltre, in molte cooperative l'essere socio è obbligatorio per poter lavorare, anche per coloro che vengono assunti a tempo determinato che è un controsenso: divenire socio è un punto di arrivo che maturi strada facendo. Poi molte volte ai lavoratori viene chiesto di aprire la partita IVA anche se funzionalmente sono inseriti nell'organizzazione oppure di lavorare con i voucher sia presso le cooperative che presso i centri di riabilitazione. Noi lo abbiamo toccato di mano ora che dovremo gestire il servizio di fisioterapia per l'ASL ... Ma non solo, a molti lavoratori viene trattenuta dalla busta paga un importo di cinque euro per l'elaborazione della busta paga oppure una quota sociale a fondo perduto.

Negli ultimi anni l'università di [...] ha organizzato dei seminari con gli studenti del terzo anno di scienze infermieristiche per far conoscere il mondo del lavoro non come dipendente pubblico: gli studenti, infatti, durante i tre anni di università fanno i tirocini

nel settore pubblico (negli ospedali e nei servizi pubblici), ma quando escono da lì scoprono che lavoro nel pubblico non c'è ne e si trovano a doversi rivolgere alle cooperative e agli studi associati, scoprendo una realtà diversa e soprattutto capendo cosa chiedere quando vanno a fare i colloqui. Se una cooperativa mi propone di diventare socio devo sapere che ho diritto di leggere il regolamento e lo statuto perché se firmo e accetto di diventare socio ma nel regolamento c'è scritto che rinuncio a prendere la tredicesima, alle ferie e ai giorni di malattia è come firmare una lettera in bianco.

Le ASL sempre più stanno andando più che sugli appalti, sulle concessioni: ad esempio le case di riposo di proprietà dell'Asl o dei comuni che fino a qualche anno fa erano date in appalto per 5-20 anni lasciavano una parte dei rischi (manutenzione straordinaria dell'immobile, adeguamenti, mancati incassi) sul committente ora, invece, vengono date in concessione. Con la concessione si ottengono due risultati: da una parte, certezza di introito per il committente e il suo bilancio tramite l'affitto per l'immobile che viene pagato da chi ottiene la concessione, dall'altra si toglie tutte le grane perché per quel periodo è come se fosse del concessionario che si deve preoccupare di avere la struttura utilizzata, che le persone ricoverate ti paghino, pagare l'affitto e ottenere degli utili. Il rischio è che si aggravino le situazioni di opacità -addirittura non vedi più nemmeno le cose- perché i fini non sono più pubblici ma di profitto: per cui si verificano dilatazioni dei tempi di cura, false dimissioni per poi far rientrare i pazienti e godere di rimborsi maggiori o altre anomalie. A questo si aggiunge che la normativa sulle RSA della Regione impone di darle in concessione ma se la concessione è di cinque anni non è una vera concessione perché se in cinque anni devo recuperare quanto ti ho pagato per gli affitti, ancora di più esaspero questa cosa. Normalmente la concessione deve essere per un periodo temporale più lungo (ad esempio noi abbiamo due strutture per disabili costruite con il *project financing* che abbiamo in concessione per quarant'anni): così è evidente che l'investimento che hai fatto programmi di recuperarlo con quarant'anni di lavoro ma con tempi troppo stretti, la richiesta di pagare un affitto, di fare i lavori di manutenzione e adeguamento, magari di cambiare gli arredi e dopo cinque anni la vuoi indietro, la tendenza sarà a fare il meno possibile. Se la concessione viene data per pochi anni il rischio è che le cooperative non partecipano più alle gare di assegnazione perché non hanno i margini per starci dentro oppure chi vi partecipa e ti dà tanto, fa

emergere qualche domanda: si sono fatti i conti che in quei cinque anni si porteranno a casa quello che avevano previsto di portarsi a casa.

In altre regioni (ad esempio la Lombardia) hanno adottato un sistema ancora differente: se il cittadino ha diritto ad usufruire di alcuni servizi (penso all'assistenza domiciliare) gli viene dato un voucher che può spendere come vuole. Viene dato il diritto ed è il singolo ad esercitarlo: da una parte porta la libertà da parte del cittadino di scegliere da chi essere assistito ma dall'altra si scarica a valle il problema. È come se il cittadino potesse avere una posizione simmetrica con il fornitore del servizio: questo è vero se sono in grado di valutare il voucher lo uso in un certo modo ma se sono un soggetto debole, fragile o con pochi strumenti culturali può essere un pericolo perché mi posso far condizionare. Per dire che ogni soluzione può avere dei rischi: il voucher o l'assegno di cura responsabilizzano la persona ma come viene utilizzato? Le verifiche vengono fatte sulla base del contratto della badante che si è assunta per assistere un genitore anziano e disabile ma poi, se mancano i controlli, la badante la puoi utilizzare per diverse altre cose, le pulizie di casa, per accompagnare i figli a scuola, scaricando a valle i problemi, una contrattazione asimmetrica tra badante e famiglia. Mentre oggi le OSS che vanno a domicilio per l'assistenza domiciliare hanno alle spalle una struttura pubblica che ha affidato ad una cooperativa la gestione del servizio per cui c'è un capitolato, un progetto, una richiesta del committente per cui l'OSS deve essere inviata per occuparsi dell'igiene personale e accompagnamento, se questo non ci sarà più viene lasciato tutto alla libera scelta della famiglia che a parità di importo elargito riterrà più conveniente (ottenendo più ore di lavoro) assumersi una badante privatamente piuttosto che tramite una cooperativa che deve garantire l'applicazione del CCNL.

Non bisogna comunque generalizzare: bisogna capire se il servizio che viene erogato è di qualità e alla collettività costa meno allora perché dovresti farlo pagare di più perché vuoi che sempre sia tutto pubblico? Il pubblico, come vediamo, spesso è assenteismo e disaffezione al lavoro, ma al suo interno ha del bene e del male, così come le cooperative e le imprese private. Anziché lottare per tutto pubblico o tutto privato, la strada da percorrere sarebbe quella di fare insieme non con un ente *for profit* che ha chiaramente degli interessi diversi dall'ente *no profit* ma l'ente pubblico con la cooperazione e le fondazioni costruire insieme la sanità e l'assistenza del domani anche in termini di progettualità perché spesso l'ente pubblico è rigido, auto centrato e auto

referenziale e arriva dopo ai bisogni dei cittadini. Devi però cambiare mentalità, non vedere nella cooperativa un fornitore ma un partner. Ma questo non è agevolato proprio dalla procedura CONSIP, nata per far risparmiare l'ente pubblico: infatti spesso le cooperative non hanno i requisiti minimi richiesti per partecipare ad appalti molto grandi. Lo si è iniziato a vedere con gli appalti di pulizia: prima c'erano tante cooperative medio-piccole del territorio che collocavano i disabili della psichiatria o i tossici dipendenti di quell'Asl come inserimenti lavorativi. Ora queste vengono tagliate fuori e chi vince non conosce il territorio e non ha alcun obbligo di inserire dei disabili anche se, in ultima analisi, fa fare il lavoro alle stesse cooperative, subappaltando il servizio. Vi è di più, il disabile psichiatrico ora te lo ritrovi nei servizi come utente, perché prima avendo un lavoro aveva un po' di autonomia, ora diviene un costo per la collettività. Sui servizi bisognerebbe avere una visione più ampia.

L'unica via sono i controlli: anche le centrali delle cooperative sono state chiamate ad entrare maggiormente nel merito, verificando se le assemblee vengono convocate, quante volte l'anno, chi partecipa.

Formazione e informazione hanno un ruolo fondamentale nel promuovere l'integrità soprattutto a partire da chi ha ruolo di dirigenza: è importante che si conoscano non solo gli aspetti tecnici-organizzativi ma anche l'approccio filosofico e, ad esempio, i valori della cooperazione sociale. Ad esempio noi abbiamo fatto un percorso di formazione per riflettere su quale è la *mission* di una cooperativa sociale, le cui finalità sono orientate al domani.

R.T., responsabile cooperativa A

All'interno della nostra cooperativa abbiamo l'obbligo di rispetto della normativa nazionale contro la corruzione che traduciamo in atti e comportamenti della cooperativa costituita dai soci-lavoratori i quali in assemblea vota, oltre al bilancio e al consiglio di amministrazione, anche la carta etica e qualunque provvedimento organizzativo che riguardi l'integrità morale della cooperativa. I singoli soci-lavoratori, pertanto, sono singolarmente competenti e responsabili del rispetto della normativa vigente in tema di responsabilità di impresa e delle indicazioni che la nostra cooperativa fornisce in materia di etica e deontologia nelle relazioni con gli interlocutori con i quali si interfacciano, che possono essere i cittadini (utilizzatori dei servizi) e le stazioni

appaltanti dei servizi (consorzi, ASL, comuni). La responsabilità di impresa è a capo del presidente della cooperativa dal punto di vista giuridico ma dal punto di vista materiale è un'informazione e un modo di comportamento che abbiamo tracciato nei confronti di tutti i singoli lavoratori a tutti i livelli, compresi i dirigenti, i responsabili delle unità operative dei diversi servizi e gli operatori.

Già al momento dell'assunzione ai lavoratori viene consegnata la carta etica che indirizza i lavoratori nelle regole etiche della cooperativa. Inoltre la nostra cooperativa è in fase di certificazione ISO (UNI SA9000) sulla responsabilità di impresa che prevede una serie di comportamenti della cooperativa nei confronti dei fornitori e degli interlocutori che ti danno da gestire i servizi rispetto agli approvvigionamenti, alle forniture, ai materiali di consumo e al personale. Ad esempio non adopero nei servizi palloni prodotti da minorenni o non uso carta prodotta da un produttore che inquina. Per quanto riguarda i lavoratori, in particolare, viene richiesto di rispettare il CCNL e di curare la formazione e informazione dei lavoratori sul piano della sicurezza del lavoro, della contrattualistica e del supporto professionale con formazione e supervisione. Questo sarà un ulteriore strumento a nostra disposizione per fornire al committente di gara, di appalto, di concessione la garanzia –certificato da un terzo – che il nostro sistema aziendale risponde nel concreto sul piano operativo alle indicazioni della normativa sulla responsabilità di impresa. Le stazioni appaltanti possono decidere se inserire tale certificazione tra i requisiti per partecipare ad una gara o, nel caso non venga richiesto, potrebbe essere oggetto di valutazione all'interno del progetto quando i criteri della PA ritengono di dare un merito a tali aspetti, anche se nella situazione attuale la PA si preoccupa solamente di portare a casa il minore costo per cui siamo all'interno di una logica al contrario perché certificarsi rappresenta un costo per cui non tutte le cooperative lo fanno e la PA non può obbligarle a certificare.

I lavoratori

L.P., coordinatore infermieristico sanità pubblica

L'integrità dei lavoratori incide moltissimo perché è un fattore prima di tutto culturale e di educazione della persona, ovviamente credo che se un lavoratore è informato ed culturalmente etico più difficilmente cade in fenomeni corruttivi. Soprattutto nella PA sta emergendo poiché il sistema e le persone in questi ultimi decenni ha perso un po'

quello che era una volta il senso di servire lo Stato, il dipendente pubblico ha un ruolo fondamentale e in quanto tale dovrebbe avere un certo comportamento etico, non ci sono più stati controlli e di vigilanza (se le persone non vengono controllate deragliano) e questo ha permesso di

Ci sono gli abituali delle malattie, persone che fanno il meno possibile ma che vengono pagati allo stesso modo. Il sistema sanitario pubblico va salvaguardato ma dal privato dovrebbe mutuarne la gestione privata all'interno. Ci sono sprechi enormi perché non ci sono controlli, bisogna iniziare a valutare la qualità che viene data e il risultato sulla salute del paziente, dare la cura giusta al paziente giusto perché il più delle volte standardizziamo e questo spesso non è corretto. Bisogna tornare alla medina di qualche decennio di anni fa che si preoccupava di valutare se la cura era adeguata per quel paziente al contrario da quando sono stati inseriti i DRG c'è stato purtroppo una corsa alla ricerca del denaro: più prestazioni tu dai, più soldi ti vengono dati e più evidenza hai.

I controlli si possono fare e devono valutare, ad esempio, in una divisione chirurgica quali sono i tempi di degenza, quale tipologie di interventi, quanti sono i re-interventi, quante sacche di sangue.

Ma bisogna formare le persone anche sui profili etici. Il grosso problema della sanità è che purtroppo troppo nomine sono politiche e non basate sulla capacità manageriale dei ruoli che ricoprono, persone non messe per il colore politico ma per le loro competenze e possano andare avanti anche degli anni, non solo per 3 anni (anche se la legge ora prevede che ogni tre anni vadano fatti ruotare): infatti il contesto del sistema sanitario italiano è tale per cui se ogni 3 anni cambi, non dai continuità al lavoro e ai progetti che hai iniziato. In tre anni non si costruisce nulla: per poter costruire una mentalità positiva ci vuole del tempo se invece nel giro di tre anni vieni spostato hai i primi sei mesi di tempo per insediarti e capire, un anno e mezzo per lavorare sugli obiettivi e accattivarti le simpatie di qualche politico per trovare una situazione migliore per il dopo per cui i progetti iniziano ma spesso non vengono poi portati avanti perché chi viene dopo distrugge tutto quello che è stato fatto prima e quindi non si va mai avanti.

Faccio un esempio che mette in evidenza quello che dico: non si tratta di corruzione ma è un esempio che mette in evidenza alcuni atteggiamenti per così dire 'mafiosi' che incidono fortemente nella quotidianità e danno vita a favoritismi, nepotismi e privilegi

che non garantiscono la trasparenza e a tutti la stessa possibilità. Due anni fa l'amministrazione ha deciso di riorganizzare la struttura per intensità di cura, sulla base di direttive ministeriali e regionali. Vengono fatti dei corsi all'interno dell'ospedale in cui sono stati coinvolti i diversi medici e coordinatori di area per identificare l'area a bassa, media e alta intensità di cura sulla cui base è stata decisa poi la riorganizzazione dei posti letti. Creando un'area di *week surgery* (ricoveri inferiori ai 5 giorni) e sui restanti chirurgica-medica sullo stesso piano per l'intensità medio-alto: questo avrebbe comportato una migliore gestione anche delle risorse umane perché con la chiusura nel week-end avremmo recuperato del personale da impiegare negli altri reparti ad alta-media intensità nel fine settimana. Si andava a stravolgere un equilibrio di sistema e sconquassare delle abitudini consolidate ormai da tempo. Si è quindi anche lavorato sulla formazione con dei corsi per andare a vedere quali potevano essere le criticità particolari che potrebbero sorgere in un ambito piuttosto che dall'altro.

L'inter-cambiabilità si sarebbe estesa agli infermieri non ai medici. Non c'era tuttavia la volontà e poi soprattutto i cardiologi non erano tanto pronti ad effettuare l'assistenza ospedaliera in quanto da sempre abituati a fare assistenza ambulatoriale e a delegare molte attività agli infermieri. Si è andata avanti due anni, all'inizio con difficoltà da parte soprattutto degli infermieri che hanno interpretato la riorganizzazione come la possibilità di una crescita e di avanzamento professionale anche perché le persone sapevano che cambiando il direttore sarebbe nuovamente cambiato qualcosa per cui si sono fatti andare bene l'attuale organizzazione 'ingoiano la pillola'. A distanza di due anni tutto è tornato come prima anche se c'erano stati dei buoni risultati, ottimizzazione dei posti letto, un buon riscontro per la parte chirurgica, non sono mai stati negati dei pazienti con un turn over continuo dei pazienti.

In sanità la continuità è importante sia sui primari che sui responsabili dei servizi perché non si crea la cultura del servizio del cittadino.

I lavoratori esterni, interinali o delle cooperative, devono essere inseriti e anche loro vengono messi a conoscenza delle nostre modalità operative e dei protocolli; se ben strutturati all'interno del gruppo non ci sono problemi, anzi, rappresentano una sicurezza cosa più difficile da avere con il personale dipendente, nonostante le garanzie e le tutele. Per riuscire a coprire ci vorrebbe il doppio dell'organico, loro ci sono sempre e noi abbiamo sempre il servizio coperto.

Una buona amministrazione non deve temere i controlli né interni né esterni.

La formazione su tematiche etiche è fondamentale e dovrebbe essere obbligatoria per tutti i livelli anche a chi non è dipendente pubblico ma contribuisce al servizio. Ad esempio nella nostra azienda è stato fatto un corso telematico sulla trasparenza che tuttavia trova il tempo che trova perché su queste tematiche è bene confrontarsi e non solo apprendere meccanicamente delle nozioni. Bisognerebbe iniziare dall'educazione civica nelle scuole.

M.R., infermiere sanità pubblica

L'integrità dei lavoratori contribuisce in modo decisivo alla prevenzione dell'illegalità e dei fenomeni di malamministrazione o corruzione: se una persona è integra, è capace di resistere a qualsiasi tentazione. All'interno del SSN c'è consapevolezza del fenomeno ma anche tanta rassegnazione: le cose vanno così e non possono che andare così. Posso fare tanti esempi che non necessariamente si collegano a fenomeni strettamente corruttivi ma sicuramente ad un uso non appropriato delle risorse. Nell'ospedale dove io lavoro è presente un servizio di broncologia che è attivo 24 h su 24 h e che può rivestire un carattere d'urgenza per cui è necessario eseguire una broncoscopia in fretta così ci si è dotati del fibroscopio ma il problema è che il reparto ne ha in dotazione tre, uno più all'avanguardia dell'altro.

Non solo, anche nel nostro ospedale esiste un reparto di radiologia che dista 50 metri dal nostro reparto: quando avevi bisogno di una radiografia toracica veniva il tecnico e te la faceva. Poi è stato rifatto il reparto di rianimazione nuovo ed è stata comprata una macchina per fare i raggi X per essere mantenuta appositamente nel nostro reparto di rianimazione.

Così è tantissimo il materiale costoso che vediamo scadere, non mi riferisco solo ai farmaci, ma anche ad esempio a set di tastocromie del valore di 200-250 euro ma forse anche più che arrivano in reparto ma che non vengono usati e fatti scadere. Non c'è mai nessuno che risponderà di quei soldi buttati via ... magari sono solo all'oscuro di certe dinamiche per cui invece quei set sono stati regalati.

Quando ci siamo trasferiti dal vecchio al nuovo reparto ho buttato via sacchi interi di un set particolare di monitoraggio che valeva centinaia di euro. Mi domando come sia possibile che nessuno vigili su questi ordini e su questi quantitativi smisurati di prodotti

che arrivano e che non vengono utilizzati. Il responsabile della prevenzione della corruzione un giorno mi fece notare che se un primario va dall'amministrativo che fa gli ordini e gli dice a me serve questo tipo di canula e non un'altra e me ne serve in questa quantità, l'amministrativo si deve fidare di quello che gli dice perché non ha gli strumenti e le conoscenze per valutare.

Quello che più infastidisce è vedere reparti con un eccesso e altri che fanno fatica a trovare le risorse: questa distribuzione delle risorse è difficile da giustificare se non sulla base delle influenze dei primari ma un discorso del genere non dovrebbe avere un senso nella pubblica amministrazione, invece funziona così.

I lavoratori mancano di fiducia, hanno paura di esporsi e difficilmente denunciano fatti illeciti o piccole disfunzioni. A me è capitato di segnalare un'anomalia che mi era saltata agli occhi all'interno del reparto al responsabile anticorruzione: un sedativo che viene normalmente utilizzato solo nei reparti (per intenderci non è commercializzato in farmacia) fino a poco tempo fa arrivava in una scatola il cui prezzo era di pochi euro, a un certo punto lo stesso sedativo con le stesse caratteristiche è arrivato in una confezione che riportava un prezzo di 96 euro. Ho provveduto a segnalare l'incongruenza e dopo le verifiche il responsabile mi ha spiegato che gli acquisti venivano effettuati dalla centrale unica e il sedativo era stato pagato meno che in passato. Quindi tutto era a posto ma quel prezzo riportato sulla scatola mi ha lasciato perplesso: se una casa farmaceutica lo riporta vuol dire che a qualcuno lo venderà a quel importo. Mi fa pensare perciò che le strutture convenzionate probabilmente acquistano gli stessi sedativi ad importi decisamente diversi e più alti rispetto a quelli del pubblico ma quei costi - in ultima analisi - ricadono sul bilancio della Regione. Ma a chi potrei segnalarlo?

Prima di vincere il concorso da infermiere, ho lavorato per un'associazione professionale effettuando delle prestazioni infermieristiche a domicilio. Mi capitava di cambiare delle canule la cui provenienza era da un ospedale dei dintorni dove lavorava un'infermiera che collaborava con l'associazione. Il comportamento venne segnalato alla guardia di finanza che procedette alle verifiche del caso.

P., infermiera dipendente sanità privata

L'integrità rappresenta quasi tutto nella prevenzione della corruzione e dell'illegalità: spesso si dà per acquisito nella nostra società e nel nostro ordinamento un certo livello di leggi che tutelano interessi e valori, poi queste norme sono da applicare non perché ci sono solo le sanzioni ma perché c'è un'adesione ai valori che sostengono le leggi. Se non c'è questa adesione, salta tutto: questo vale a tutti i livelli e qualifiche. Sono noti i fatti che, ad esempio, l'usciera può determinare l'esito dei voti di esame così come la segretaria può determinare investimenti e appalti [...]. Non è determinante il livello organizzativo ma la natura delle relazioni che si stabiliscono all'interno dei luoghi di lavoro: se uno ha un atteggiamento del tipo, arraffa e prendi tutto quello che puoi e scappa [...] dove va a finire un'organizzazione? Saltano tutti i principi organizzativi minimali mentre alcuni principi saltano perché ci sono norme che le fanno saltare.

Ad esempio in sanità ci sono due elementi organizzativi di cui nessuno parla: i medici possono fare la libera professione, lavorando sia nel pubblico che nel privato. Questa è un'anomalia solo italiana che favorisce e sostiene la corruzione, andando nello studio privato avrai l'accesso alle liste d'attesa...sono cose note e all'ordine del giorno da anni ma la politica non risponde su questo o meglio risponde agli interessi di quei gruppi di medici che determinano questo andamento. Non bisogna tuttavia generalizzare, perché esistono numerosi medici contrari a questo comportamento nelle dichiarazioni e nella pratica. Il secondo aspetto di cui nessuno parla e di cui non esiste alcuna evidenza scientifica e culturale, è il fatto che una persona solo per il semplice fatto di possedere un titolo o di appartenere ad una categoria entra all'interno di un'organizzazione come dirigente, mentre in Italia i medici entrano nel SSN come dirigenti. Questo aspetto non ha nessuna razionalità economica, organizzativa, è solo un'affermazione di potere che apre alla corruzione e non risponde ai bisogni dei cittadini. Ultimo esempio recente è quello dell'ordine dei medici di [omissis] che ha sospeso altri medici [omissis] perché hanno favorito quello che loro ritengono l'abuso della professione del medico: infatti ci sono dei protocolli firmati dai dirigenti del SSN e approvati dalle regioni che consentono ad infermieri - appositamente addestrati, formati e sotto la supervisione dei medici - di svolgere delle pratiche (come l'intubazione) che invece alcuni medici ritengono essere di loro esclusiva competenza. Quando si dice che la sanità è stata costruita intorno ai bisogni dei medici e non ai bisogni di salute dei cittadini questo ha delle evidenze scientifiche che sono sotto gli occhi di tutti quelli che lo vogliono

leggere, non sono fatti che vedi nelle corsie degli ospedali ma sono documenti, finanziamenti, sistemi di organizzazione assolutamente evidenti ma che nessuno evidenzia [...]. La cultura infermieristica di *nursing* è arrivata in Italia solo negli anni '70 con grande ritardo rispetto ad altre realtà come quella inglese che già dagli anni '20 hanno cominciato a introdurre la filosofia del *nursing*: durante la fase di sviluppo tecnologico della sanità negli anni '60, gli infermieri italiani non si specializzavano come nel resto d'Europa, ad esempio, nell'assistenza al paziente con problemi respiratori ma sull'utilizzo della tecnica di un apparecchio. La cultura è stata quindi prevalentemente tecnica esecutiva, poco qualificata per avere infermieri generici. Anche il sindacato è stato su questo aspetto complice: l'idea dell'infermiere come operaio, l'idea dell'ospedale come fabbrica, l'idea dell'infermiere polivalente senza alcun vero progetto professionale alle spalle [...]. Questo è dimostrato anche dai numeri, dal rapporto tra infermieri e medici e dal rapporto degli infermieri rispetto la popolazione che in Italia è il più basso di tutti [...]. Se uno non vuole vedere o minimizza queste evidenze è perché vuole coprire degli interessi specifici. Anche dal punto di vista della carriera per gli infermieri è prevista esclusivamente una carriera organizzativa e non una carriera clinica: sembra che per far carriera gli infermieri debbano allontanarsi dai pazienti. Gli infermieri che hanno più studiato e che hanno più esperienza sono quelli che vanno o negli uffici amministrativi oppure vanno sulle cattedre mentre gli infermieri più giovani e meno esperti sono quelli che stanno vicino ai pazienti. Questo è un problema grave che penalizza non solo i pazienti, che non hanno un'assistenza infermieristica adeguata e spesso non ne sono nemmeno consapevoli perché non l'hanno mai avuta, ma anche gli stessi infermieri che si trovano ad affrontare un percorso senza alcuna possibilità di una vera carriera sul piano clinico [...]. Queste condizioni favoriscono la corruzione, anche piccola: negli ultimi anni questo fenomeno è sceso dai tavoli dei dirigenti, agli sgabelli degli operatori magari si tratta di piccole truffe come il fatto che gli infermieri bollano tutti assieme il cartellino con l'autorizzazione del capo sala e poi le denunce arrivano dagli utenti.

Per mia scelta me ne sono andata via dal settore pubblico perché in quel contesto dovevi stare a certe regole per una questione di sopravvivenza, adeguandoti a questo clima con un livello culturale ossequioso e subalterno a un certo tipo di situazione in cui la dimensione del potere viene mantenuta da chi l'ha sempre avuta, ovvero dai medici.

Secondo me, vi è la necessità di ripartire dall'etica ma non da quella predicata ma da quella praticata e ci sono metodologie precise per praticare l'etica e anche quando si sceglie di fare formazione sull'etica, questa è completamente teorica e tecnica e finisce nel giuridico, ma questa non è vera etica ... Ad esempio cito, una per tutte, la metodologia di Paolo Freire della pedagogia del dialogo che sostiene la formazione degli adulti a partire dalle situazioni reali che poi vengono analizzate in termini non solo scientifici ma anche etici. Ad esempio anch'io ho fatto la formazione sull'etica, sul codice etico e la carta etica ma è stata una vetrina, una facciata: non è stata fatta la sostanza. La discriminante reale se lavori sull'etica sta nel capire per quali valori lavori, come ci lavori e quali sono i risultati in termini precisi ...

L'impressione che ho per le esperienze di lavoro precedente, i lavoratori atipici rappresentano la merce più che gli agenti di corruzione: il problema è che l'unico criterio adoperato per gestire i lavori in sanità, gli appalti e subappalti, è quello economico, legale e formale ma non c'è un vero criterio etico. Ci sarebbe la possibilità di farlo: le politiche che adottate non possono essere solo delle declaratorie devono essere sostanziate da scelte concrete, precise e misurabili non da compromesso di interessi economici. Basta fare un'analisi del genere in un progetto partendo dalla bibliografia: se in essa non trovi alcune cose, è solo una facciata per fare soldi in modo occulto e il tempo mi dà ragione, la magistratura prima o poi interverrà ...

Ovviamente scegliendo i lavoratori al minor costo, trovi persone disponibili a fare lo stesso lavoro ma con qualifiche inferiori, il rischio è quindi quello del demansionamento della professione degli infermieri. Così allo stesso modo, e questo è ancora più vero in sanità, se non si ha un atteggiamento di cura nei confronti di chi ti cura, perdi in efficacia sul piano dell'azione terapeutica e anche sul piano economico. In sanità, a differenza di tutti gli altri settori, le evidenze dimostrano che quasi mai l'efficienza è efficace, nel senso che l'efficienza è un dato di natura economica ma in sanità non è sempre vero che la cosa meno costosa, pertanto più efficiente, è quella più efficace dal punto di vista della salute la quale è un prodotto complesso non può ridursi a una prestazione tecnica in un certo tempo. Se la riduci a questo, non riuscirai mai a fare la prevenzione: se ad esempio paghi i dentisti per il numero di carie che curi, non riuscirai mai a prevenire le carie; piuttosto bisogna trovare il metodo per pagarli in modo diverso. Devi occuparti dei professionisti garantendo una gratificazione professionale ed

economica ma evitare che, come sempre più spesso capita nelle strutture private, vengano curati pazienti sani di malattie inesistenti solo al fine di intascare i DRG. Se uso il *care* nelle organizzazioni, il personale è motivato, il turn-over del personale diminuisce così come l'assenteismo, i costi di gestione del personale diminuiscono. Il fenomeno dei '*magnet*' *hospital* registrato in America è un dato di fatto: si tratta di ospedali che riescono ad attrarre e trattenere pazienti e personale perché il mio lavoro ha un senso, un valore per il paziente e sento di essere veramente utile per il paziente, mentre là dove non esiste questa filosofia i pazienti si sentono alienati, incastrati così pure i lavoratori, aumenta il turn-over, l'assenteismo, la conflittualità e gli indicatori clinici peggiori e dilaga la corruzione, che rappresenta la ciliegina su un mondo che la fa nascere. Inoltre i controlli che vengono effettuati sono formali e documentali sull'applicazione formale delle norme mentre pochi sono i controlli sostanziali, gli indicatori di risultato ci sono ma possono essere manipolati perché quasi mai vengono confrontati con gli indicatori di esito e di appropriatezza: il classico esempio che viene riportato è quello dell'intervento che è perfettamente riuscito, peccato però che poi il paziente è morto oppure i pazienti che vengono mandati a casa con le piaghe da decupido, ma formalmente è tutto perfetto. Il sistema sanitario deve essere sano per scelta politica e i dirigenti devono essere i responsabili del benessere organizzativo, perché nel benessere organizzativo la corruzione non cresce. Se invece c'è malessere e disorganizzazione la corruzione dilaga, si scelgono dei responsabili sulla base non di criteri di merito ma fedeli e magari ignoranti, riuscendo così a raggiungere i propri fini personali e mimetizzandosi. Anche la formazione periodica e l'aggiornamento devono essere accompagnati da progetti di evoluzione e di sviluppo organizzativo per il miglioramento continuo, altrimenti sono solo chiacchiere.

C.V., infermiera con partita IVA

Mi sono laureata nel 2013 e ho 25 anni. Da quasi un anno lavoro presso una RSA tramite uno studio associato di infermieri con partita IVA. So che la RSA paga la mia prestazione 24 ore all'ora mentre io vengo pagata 13 euro all'ora per le ore diurne e 14 euro per i turni di notte. Ho ricevuto recentemente dall'Agenzia delle Entrate una cartelle esattoriale per delle somme che non sapevo di dover versare.

All'interno della struttura operano sei infermieri dipendenti e tre, tra cui io, infermieri associati dello studio. Le nostre attività sono analoghe a quelle dei dipendenti e i nostri turni vengono predisposti dalla capo sala della struttura, dipendente della struttura stessa. Nella mia breve vita lavorativa non sono venuta a conoscenza di veri e propri fatti corruttivi, tuttavia ho sperimentato sulla mia pelle una situazione di forte malessere. La facente funzione di capo sala della struttura nel definire le turnazioni del personale adottava dei criteri molto personali e 'discutibili': in base ai piaceri che le infermiere erano più o meno disponibili a concederle, i turni erano più vantaggiosi per qualcuno e meno per altri. Solo grazie al fatto che noi giovani abbiamo fatto gruppo e abbiamo avuto il sostegno delle infermiere dipendenti siamo riuscite a portare alla direzione il problema però se fossi stata da sola probabilmente avrei subito la situazione e a lungo andare mi sarei ritrovata nella condizione di dimettermi, intanto come dicono loro, dietro la porta c'è una fila di gente che attende di lavorare.

Inoltre, grazie sempre allo spirito di gruppo che si è venuto a creare tra il personale, abbiamo segnalato alla direzione il fatto che esisteva un esubero di medicinali all'interno del magazzino dovuto al mancato aggiornamento delle cure e medicinali da somministrare ai pazienti ricoverati.

Secondo me solo la collaborazione e il confronto con gli altri può contribuire a prevenire fatti poco trasparenti.

D.E., infermiera con partita IVA

Sono peruviana e ho 25 anni. Ho preso la laurea in scienze infermieristiche in Italia. Appena laureata ho iniziato a lavorare, tre anni fa, tramite un'agenzia interinale in una grande azienda ospedaliera di Torino, dove tuttavia non crescevo professionalmente e non avevo nessuna possibilità di essere assunta. Mi hanno poi lasciata a casa.

La necessità di ottenere il permesso di soggiorno (che ti rilasciano solo se possiedi un contratto a tempo indeterminato o una partita IVA) mi ha quindi costretto ad indirizzarmi verso la libera professionale. Dopo quasi un anno di disoccupazione, ora lavoro con la partita IVA per uno studio associato di infermieri presso una RSA della provincia di Torino. Qui spesso copro i turni notturni e talvolta mi capita di saltare il riposo; mi è capitato un paio di volte di rifiutarmi perché fisicamente è molto pesante tuttavia loro trovano sempre qualcuno disposto a farlo, che gli va bene perché hanno

bisogno di lavorare o perché hanno paura di esporsi. Non puoi più di tanto lamentarti perché altrimenti ti riducono le ore e tu non lavori e non guadagni. Poi se partono i controlli si rischia anche che la struttura dove lavori venga chiusa a danno di noi lavoratori e dei pazienti.

M.D.V., infermiera con partita IVA

La mia è un'esperienza che ben evidenzia come il comportamento e le scelte del lavoratore possano contribuire a prevenire la cattiva gestione. Appena arrivata in Italia dalla Romania ho iniziato a lavorare tramite un'agenzia interinale in una struttura pubblica, di cui sono poi diventata dipendente vincendo un concorso. Ero infermiera di sala.

La struttura per la quale lavoravo, per carenza di personale, mi chiedeva di coprire dei turni in qualità di strumentista, ruolo per il quale ero consapevole non avere idonea esperienza e conoscenza, temevo di fare dei danni ai pazienti. Ho segnalato più volte il problema e ho chiesto di tornare a svolgere la mia vecchia mansione ma non sono stata mai ascoltata. Mi hanno messa nella condizione di licenziarmi e ora, per scelta, faccio la libera professionista e consulente con partita IVA.

L'esperienza che ho vissuto mi ha fatto capire che è importante per tutti i lavoratori conoscere il quadro normativo e gli strumenti a disposizione per poter correttamente denunciare i fatti. A tal riguardo la formazione e il confronto con altre persone che hanno vissuto il tuo stesso caso o casi analoghi rivestono un ruolo importante nella promozione della legalità.

S.B., infermiera socio lavoratore di una cooperativa

Mi sono laureata qualche anno fa in scienze infermieristiche e, fortunatamente, dopo una prima esperienza presso una casa di riposo come libera professionista con partita IVA, ho iniziato a lavorare come socio di una cooperativa presso una residenza per anziani.

La prima esperienza è stata davvero pesante: ero l'unica infermiera operante nella struttura con quasi una trentina di ospiti. Mi occupavo di tutti gli aspetti: dalla somministrazione di farmaci e terapie (su indicazione del medico che veniva tre/quattro volte alla settimana) alla pulizia personale, assieme ad un'altra OSS, dipendente della

struttura. Facevo molte ore che rendicontavo alla struttura e venivo pagata in base a quelle. Per i turni di notte, definiti settimanalmente, mi alternavo con un infermiere in pensione (anche lui con partita IVA) e mi veniva richiesto di provvedere, in quelle ore, a lavare per terra nella sala pranzo e di attivare le lavatrici con i vestiti degli ospiti. Me ne sono andata perché il lavoro era tanto e la retribuzione sebbene sembri alta perché arrivavo a circa 1.800 euro al mese in realtà, al netto delle tasse che ho dovuto versare e della parte che mettevo da parte in un fondo per la pensione e l'assicurazione contro malattia e rischio biologico, mi rimaneva ben poco. Ma soprattutto non mi sentivo per nulla tutelata. Non capivo nemmeno bene come mi rendicontassero la mia attività: mi è capitato di stare male qualche giorno e mi hanno decurtato l'importo della fattura. In caso di infortunio non so come si sarebbero comportati.

Così appena sono riuscita ho lasciato quel lavoro perché nel frattempo sono stata assunta dalla cooperativa. È tutto un altro mondo. Ogni mese ricevo il piano dei turni così riesco ad organizzare anche la mia vita personale e tutte le ore che faccio in più mi vengono retribuite e se sono assente per malattia o per infortunio ho delle tutele che prima non avevo.

Sono convinta che il cambiamento inizia dalle persone, dalle coscienze individuali e per attuarlo è necessario andare in cerca di un bene più prezioso del "profitto privato", cioè il benessere collettivo. In base alla mia esperienza personale, sono anche certa che difficilmente i lavoratori sono protagonisti di fenomeni di corruzione vera e propria, i lavoratori chiedono solo di lavorare.

Paradossalmente però è anche vero che meno un lavoratore ha garanzie, più lavora e meno si lamenta. Mi spiego meglio, quando sei con una partita IVA hai il timore di essere lasciata a casa per cui cerchi di assentarti il meno possibile, non ti lamenti per i turni che ti vengono dati e qualunque cosa ti venga chiesto di fare, lo fai perché più lavori più guadagni. Questa situazione ti espone in un certo senso ad accettare tutto senza poter ribattere.

Dall'altro il fatto di avere delle tutele maggiori con un contratto di lavoro ti mette in un certo senso nella condizione di 'rilassarti': io l'ho avvertito nel momento in cui sono entrata a lavorare nella RSA come socia della cooperativa. Con me lavorano altri soci della cooperativa e alcuni dipendenti della struttura: ci si assenta con molta più

ALLEGATI

frequenza per malattia e i turni notturni vengono affidati prevalentemente a noi soci della cooperativa.

RINGRAZIAMENTI

«Il lavoro inteso non solo come scambio o fonte di sostentamento ma anche come strumento di valorizzazione della dignità della persona, elemento integrante della propria identità, presente e futura»⁽⁶⁸⁾. Il lavoro come opportunità di formazione e di crescita continua. Questo dovrebbe anche essere il lavoro.

Un percorso, quello della Scuola di dottorato, che ha rappresentato un'opportunità e una crescita: grazie innanzitutto a tutte le persone incontrate in ADAPT e, primo tra tutti, al Professor Michele Tiraboschi che mi ha offerto l'opportunità di prendere parte e condividere una passione, un progetto e un'ampia visione del lavoro, aperta a metodi ed approcci non solo giuridici ma anche pedagogici, sociologici ed economici. Quindi un sentito ringraziamento al Dott. Davide Venturi che mi ha seguito in questi anni, fondamentale punto di riferimento e di confronto per la mia attività di ricerca, sempre disponibile ed attento ad ascoltarmi e consigliarmi. Al gruppo 'Illuminiamo la salute' e, in particolare, al Dott. Massimo Brunetti che con il suo entusiasmo ha rappresentato un forte stimolo ad andare avanti nei momenti di perplessità su un argomento così delicato. A tutte le persone che ho incontrato in questo mio percorso: i lavoratori, i sindacalisti, i diversi responsabili che si sono resi disponibili alle interviste e a condividere pensieri ed opinioni su un tema di non facile trattazione. Grazie anche al Ministero del lavoro e al Dott. Angelo Serina.

Ultimo ma non per questo meno importante ringraziamento, va indubbiamente al mio piccolo Giacomo, fonte inesauribile di tenerezza, vivacità ed energia, e a tutta la mia famiglia che mi ha sostenuto nei momenti più impegnativi di questo percorso, soprattutto a mamma e a papà che, nel frattempo, è stato chiamato a percorrere il cammino più lungo...

⁽⁶⁸⁾ Cfr. M. TIRABOSCHI, F. SEGHEZZI, *Il carcere rieduca se il lavoro è vero*, in *Avvenire.it* del 30/12/2015.