

L'ANTICORRUZIONE POSSIBILE. UN DECALOGO PER LA SANITÀ

Frode sprechi

Corruzione

Servizio sanitario nazionale

Sostenibilità Etica regole

Anticorruzione merito

www.ispe-sanita.it
www.spazioetico.com

**Per LEA intendiamo qui Livelli Essenziali Anticorruzione, cioè standard che devono essere assicurati per creare le condizioni per poter garantire il raggiungimento di un determinato obiettivo "anticorruzione".*

AUTORI

Massimo Di Rienzo, @spazioetico

Marcello Faviere, ESTAR (Ente di Supporto Tecnico-Amministrativo Regionale) Toscana

Andrea Ferrarini, @spazioetico

Giacomo Galletti, ARS (Agenzia Regionale di Sanità) Toscana

Marco Magheri, ISPE Sanità

COORDINAMENTO

Fabio Fantoni, ISPE Sanità



Quest'opera è distribuita con

Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale 4.0 Internazionale.

L'ANTICORRUZIONE POSSIBILE. UN DECALOGO PER LA SANITÀ. 10 "LIVELLI ESSENZIALI ANTICORRUZIONE" A DIFESA DEL SSN.

In questi ultimi 4 anni, l'attività di ISPE Sanità – Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità si è concentrata sul fare formazione etica e valoriale sul campo, "curando" corruzione, sprechi e inefficienze in sanità. In sintesi, abbiamo ascoltato e ci siamo confrontati con dirigenti e operatori di ASL e AO di buona parte dei 20 Sistemi sanitari regionali impegnati ad adempiere le direttive provenienti dalla legge 190/2012 ("*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*"), pur facendo questi fronte a realtà organizzative, normative, culturali e di risorse umane e finanziarie spesso differenti e distanti.

Il confronto avuto con la sanità pubblica sul campo – da Trento a Bari, da Potenza a Padova, da Siena a Napoli – ha fatto però emergere la percezione concreta che l'anticorruzione sia dovunque possibile. E che, soprattutto, lo sia rimanendo nel quadro legislativo vigente, senza nuove norme o costi aggiuntivi ma, certamente, tenendo conto delle molteplici differenze - vincoli ma anche opportunità - regionali. È da questa considerazione che ISPE Sanità ha formulato l'idea dei *Livelli Essenziali Anticorruzione*, prendendo a prestito una sigla già nota ma dandone qui il significato di *standard che devono essere assicurati per creare le condizioni di poter garantire il raggiungimento di un determinato obiettivo "anticorruzione"*.

Trova perciò ragione d'essere, l'aver pensato e scritto un **Decalogo per la Sanità** italiana a cura di ISPE Sanità e @Spazioetico e che qui presentiamo. Un documento che – proprio sulla base dell'esperienza formativa condotta sul territorio – vuole essere **strumento operativo di riflessione per la sanità italiana in riferimento a corruzione, sprechi e inefficienze. 10 proposte o direzioni di lavoro**, a legislazione vigente, per migliorare l'efficacia dell'attività anticorruzione in sanità. Lavorando fianco a fianco con gli operatori sanitari, abbiamo raccolto ed elaborato alcune *best-practices*, mettendole a sistema e formalizzandole appunto in un "**Decalogo**": **10 Proposte di "Livelli Essenziali Anticorruzione", ovvero livelli minimi a garanzia dell'integrità**.

Con il "**Decalogo**", il messaggio che si vuole indirizzare a chiunque si senta di guardare in faccia la corruzione in sanità - è l'urgenza di cambiare approccio culturale, strumento indispensabile da porre a fianco delle autorità inquirenti e della magistratura. In breve, individuare e mettere a disposizione le condizioni in primo luogo organizzative e culturali affinché si inneschi un significativo "cambio di passo" verso una gestione integra, trasparente ed efficace dei servizi sanitari al cittadino.

Ringraziamo quindi gli autori delle 10 voci del "Decalogo": in primo luogo, la sua anima pensante, **Massimo Di Rienzo**, fondatore di @spazioetico e responsabile scientifico della formazione per ISPE Sanità; **Marcello Faviere**, ESTAR (Ente di Supporto Tecnico-Amministrativo Regionale) Toscana; **Andrea Ferrarini**, @spazioetico; **Giacomo Galletti**, ARS (Agenzia Regionale di Sanità) Toscana; **Marco Magheri**, ISPE Sanità.

Francesco Macchia
Presidente di ISPE Sanità

Fabio Fantoni
Segretario generale ISPE Sanità

INDICE

1. LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE È UN CHIARO OBIETTIVO DI MANDATO POLITICO.	Pag. 5
2. UN UNICO SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO.	Pag. 7
3. RETI DI RESPONSABILI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE PER CONTRASTARE L'ISOLAMENTO E SVILUPPARE COMPETENZE E BUONE PRASSI.	Pag. 9
4. IL "FENOMENO" CORRUZIONE: QUESTO SCONOSCIUTO.	Pag. 11
5. LA GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI: PIÙ CULTURA E "GOVERNANCE", MENO MODULI.	Pag. 14
6. COMBINARE <i>COMPLIANCE</i> + ETICA: VERSO UNA FORMAZIONE "COMPL+ETICA".	Pag. 17
7. <i>WHISTLEBLOWING</i> . APPLICHIAMO GLI STANDARD DELLA NUOVA DIRETTIVA EUROPEA.	Pag. 19
8. TRASPARENZA, COMUNICAZIONE, REPUTAZIONE.	Pag. 22
9. MENO REGOLE DI CONDOTTA, PIÙ RESPONSABILITÀ E PARTECIPAZIONE.	Pag. 25
10. <i>LEADERSHIP</i> ETICA, OVVERO QUALITÀ DELLA FUNZIONE DIRIGENZIALE.	Pag. 26

1. LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E' UN CHIARO OBIETTIVO DI MANDATO POLITICO.

Nei primi cinque anni di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione nelle organizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a partire dall'approvazione il 6 novembre del 2012 della legge 190/12, l'atteggiamento che le varie componenti (politica, dirigenziale amministrativa e sanitaria e professionale) hanno tenuto nei confronti dell'architettura "anticorruzione" si è consolidata all'interno dei 5 passaggi illustrati nella seguente immagine:



Il comparto della sanità pubblica ha dimostrato di saper cogliere la sfida. L'aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione del 2017 riconosce che: *"I risultati del monitoraggio per comparto mostrano un andamento disomogeneo. L'esperienza maggiormente positiva è quella delle aziende sanitarie, che hanno sperimentato un trend crescente in quasi tutti i punti esaminati"*. La maggioranza delle organizzazioni, a nostro avviso, si posiziona tra il centro del processo, nella posizione di "adempiere" al dettato normativo e il primo step verso destra che corrisponde al "cogliere l'occasione". In linea generale significa che le organizzazioni del SSN hanno già da tempo nominato un responsabile della prevenzione della corruzione, elaborato un piano triennale con una mappatura di base delle aree più esposte al rischio di corruzione. Infine, hanno adottato le misure di carattere obbligatorio e generale che il Piano Nazionale (con i suoi vari aggiornamenti, 2015, 2016 e 2017) ha puntualmente individuato. Ma un certo numero di organizzazioni (ASL e Ospedali) si sono spinte più avanti, sperimentando una mappatura evoluta delle aree a rischio anche grazie ad un gruppo di referenti consolidato e consapevole, alcune hanno adottato misure organizzative *ad hoc*; alcune, ad esempio, hanno

realizzato attività formative non convenzionali, alcune hanno condiviso la propria esperienza costituendo reti a carattere locale (regionale). Sul tema del *whistleblowing*, inoltre, sono state proprio le aziende sanitarie ad adottare i primi regolamenti interni che poi sono stati ampiamente diffusi in gran parte delle amministrazioni italiane. Avendo assistito a questo processo fin dall'inizio, abbiamo avuto la possibilità di comprendere come il passaggio cruciale dalla posizione di "adempiere" a quella di "cogliere l'occasione" dipenda, in maniera prevalente, dall'atteggiamento della componente politica che nelle organizzazioni del SSN viene ricoperta dal Direttore Generale. Se l'intera *governance* aziendale non viene, in qualche modo, positivamente inquinata da obiettivi consapevolmente posti dalla *leadership* politica, la strategia di prevenzione della corruzione non uscirà mai dallo "stallo" dell'adempimento burocratico. A sua volta, il Direttore Generale viene individuato dagli Assessorati regionali alla Sanità e, pertanto, a questi ultimi compete "ispirare", attraverso chiari obiettivi di mandato, una dinamica virtuosa che, progressivamente, porti ad una "visione" della prevenzione della corruzione come elemento cardine dell'integrità aziendale, dove per "integrità" si fa riferimento, da una parte, alla conformità legale (*compliance*) dei processi organizzativi e, dall'altra, all'integrità delle condotte degli agenti che la rappresentano.

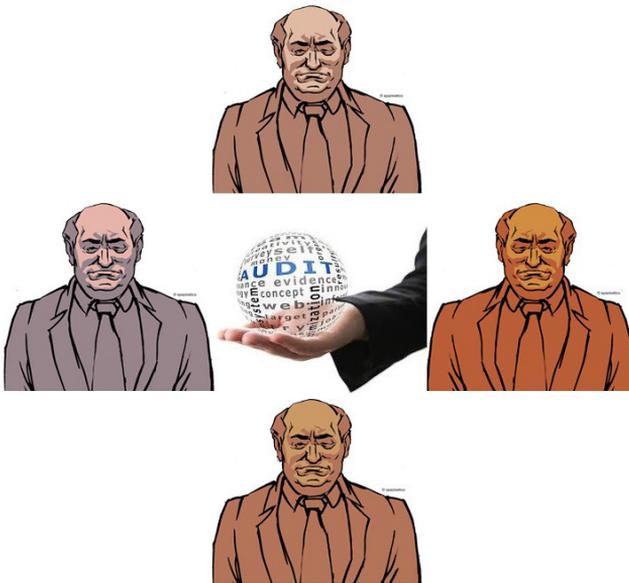
COSA SI PUO' FARE A LEGISLAZIONE VIGENTE. PROPOSTA LEA* (Livelli Essenziali Anticorruzione) N. 1

Il raggiungimento di elevati *standard* di integrità dovrebbe essere un chiaro obiettivo che i governi regionali assegnano ai Direttori Generali nel momento in cui essi vengono nominati.

- **OBIETTIVI DI INTEGRITÀ.** All'atto di nomina dovrebbero essere esplicitati e condivisi pubblicamente a quali obiettivi di mandato in termini di "integrità" sia legato il Direttore Generale.
- **COMPETENZE SPECIFICHE.** I Direttori Generali dovrebbero avere competenze specifiche in materia di prevenzione della corruzione; questo elemento deve essere valutato ai fini dell'assegnazione dell'incarico come requisito "essenziale".
- **MONITORAGGIO.** Il raggiungimento degli obiettivi dovrebbe essere monitorato *in itinere* da parte degli Assessorati che coordinano, attraverso apposite "cabine di regia", l'implementazione degli *standard* di integrità per avere livelli omogenei di applicazione.
- **VALUTAZIONE.** Il raggiungimento degli obiettivi dovrebbe essere valutato al termine del mandato anche attraverso un coinvolgimento delle organizzazioni civiche più rappresentative sul territorio.

2. UN UNICO SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO.

L'obiettivo comune deve essere l'uscita progressiva dallo "stallo" dell'adempimento burocratico. Il primo "movimento in avanti", che in realtà la stessa legge 190/2012 richiede, è un'attività di controllo sui processi e sulle politiche dell'organizzazione, che deve essere integrata con gli altri controlli interni (*Risk management* clinico, controllo di gestione, *Auditing*, controlli di regolarità amministrativa, Protezione dei dati, Sistema di qualità, OIV, Collegi sindacali, certificazione del bilancio, ecc...). Occorre superare l'idea che l'anticorruzione costituisca un corpo estraneo, un sistema ispettivo da subire - ma iniziare a considerarlo un supporto che, attraverso la promozione della cultura del rischio, sostenga la direzione nell'assunzione di decisioni strategiche ed operative nella gestione aziendale. Questo cambiamento nella cultura organizzativa potrebbe trovare una efficace leva nella creazione di un sistema unitario o coordinato di controlli interni.



Occorre cioè combinare le previsioni normative sui controlli interni (dal D.Lgs. 286/99, D.Lgs. 150/2009, D.Lgs. 165/2001, ecc.) con le elaborazioni scientifiche ed i modelli organizzativi che le scienze aziendalistiche hanno contribuito a diffondere negli ultimi decenni: si pensi al *CO.S.O. Report* (2004) o al *Enterprise risk Management* (ERM 2014) che offrono utili indicazioni di metodo e contenuto per la strutturazione di controlli di processo ed organizzativi fondati sull'apprezzamento del rischio.

La gestione del rischio corruttivo, inteso come rischio da *cattiva-amministrazione*, ne costituisce parte integrante, accanto ai rischi amministrativo, finanziario, contabile, di *compliance*, reputazionale, ecc.

I vari attori che presidiano i diversi livelli di attività e di controllo dovrebbero avere, all'interno dell'azienda,

un riferimento unitario che sappia ottimizzare le varie attività, eviti duplicazioni e sappia trasformarle in valore aziendale.

Tale sistema non può prescindere dalla costruzione di validi ed efficaci canali informativi. Stimolare lo sviluppo della contabilità analitica per centri di costo, ad esempio, potrebbe risultare un valido strumento per consentire ai decisori aziendali se l'andamento della gestione corrente è sano, da cambiare o è in perdita, eliminare sprechi ed ottimizzare risorse così da poter apportare dei correttivi alle strategie gestionali messe in atto.

COSA SI PUO' FARE A LEGISLAZIONE VIGENTE. PROPOSTA LEA* (Livelli Essenziali Anticorruzione) N. 2

Ogni organizzazione del SSN dovrebbe dotarsi di una regolamentazione sul Sistema di controllo interno ed individuare un ufficio dedicato alla integrazione ed armonizzazione dei diversi sistemi di controllo interno:

- **REGOLAMENTO SUL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO (S.C.I.):** una ricostruzione del sistema di controlli multilivello che, a partire da quelli di processo, combini l'azione dei vari organismi interni verso il contenimento del rischio, favorisca la costruzione di un idoneo ambiente di controllo inteso anche come identità etica dell'organizzazione, organizzi i mezzi di diffusione e comunicazione di tale consapevolezza e disciplini i necessari monitoraggi anche attraverso la strutturazione di un servizio di *audit* interno ed infine sviluppi flussi informativi qualificati che mirino alla responsabilizzazione dei vari livelli di decisione (ad esempio attraverso la contabilità analitica);
- **COSTITUZIONE DI UN "INTEGRITY BUREAU"**, all'interno di questo complessivo sistema prevedere un ufficio costituito da una pluralità di competenze multidisciplinari per affrontare al meglio la sfida della complessità e dovrebbe avere uno specifico ed esclusivo mandato istituzionale.

3. RETI DI RESPONSABILI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE PER CONTRASTARE L'ISOLAMENTO E SVILUPPARE COMPETENZE E BUONE PRASSI.

Il settore sanitario presenta caratteristiche di specificità, complessità e originalità anche dal punto di vista della prevenzione della corruzione. Di fronte alla gestione di un sistema di prevenzione all'interno della propria organizzazione, i responsabili per la prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT) rischiano di trovarsi isolati, non adeguatamente supportati sia nella molteplicità dei compiti che sono loro attribuiti, sia alle relazioni collaborative che devono instaurare attraverso le diverse funzioni aziendali. Le competenze giuridiche, organizzative, gestionali e comunicative richieste per il consolidamento di un sistema di prevenzione della corruzione non sempre possono riscontrarsi in un singolo responsabile o gruppo di lavoro incaricato di tradurre le indicazioni normative in interventi organizzativi.

Laddove lo sforzo di sistema, poi, è rivolto alla diffusione di una cultura dell'integrità piuttosto che al mero adempimento tecnico-burocratico dei requisiti di legge, la situazione appare ancora più complessa. Se sono vere le premesse, se il quadro dell'ambiente in cui il responsabile dell'anticorruzione si trova ad operare risulta descritto in modo sufficientemente preciso, non è irrealistico pensare che egli possa trovarsi nella condizione di chiedere aiuto. Ma a chi chiedere aiuto? E come?



Strutturare una rete tra RPCT significa creare opportunità di confronto con i responsabili di altre aziende. Tale strategia da una parte finisce per valorizzare il lavoro della singola persona, dall'altra crea un valore aggiunto a livello regionale attraverso la promozione e condivisione delle buone pratiche che rendono i processi condivisi più efficaci ed efficienti. Se questo aspetto vale in generale, le "3 C", Chiedere, Condividere e Comunicare, sono le azioni che contraddistinguono un approccio di rete sistemico ai temi della prevenzione della corruzione in sanità.

Con il supporto di una rete, i RPCT "chiedono" riconoscimento e rappresentanza: rivolgono con maggior forza le proprie richieste sia all'interno della propria Azienda, in termini di riconoscimento del valore delle proprie funzioni e del supporto di cui necessitano, che verso gli interlocutori esterni, in

termini di rappresentanza di ruoli specifici, interessi comuni e strumenti condivisi, verso i referenti delle Istituzioni e della Società civile. La rete diventa così il luogo dove condividere i metodi e gli strumenti di lavoro, le valutazioni sulle singole esperienze, le buone pratiche e gli atteggiamenti etici più opportuni. Lavorare in rete consente di elaborare gli “standard di risposta” più adatti ai requisiti normativi nella predisposizione della modulistica, nella metodologia di definizione dei Piani triennali, nella definizione dei criteri di valutazione dei rischi e nella predisposizione delle misure preventive.

Condividere metodi e strumenti significa infine condividere gli sforzi, alleggerendo il peso delle attività più complesse e le responsabilità che gravano sui singoli ruoli. Infine, la rete facilita la possibilità di comunicare verso le controparti istituzionali e verso la società civile le proposte e i problemi emerse dal confronto tra i partecipanti, dando rilevanza alle istanze e potenziando il ruolo della rete come referente istituzionale per i temi sull'anticorruzione in sanità.

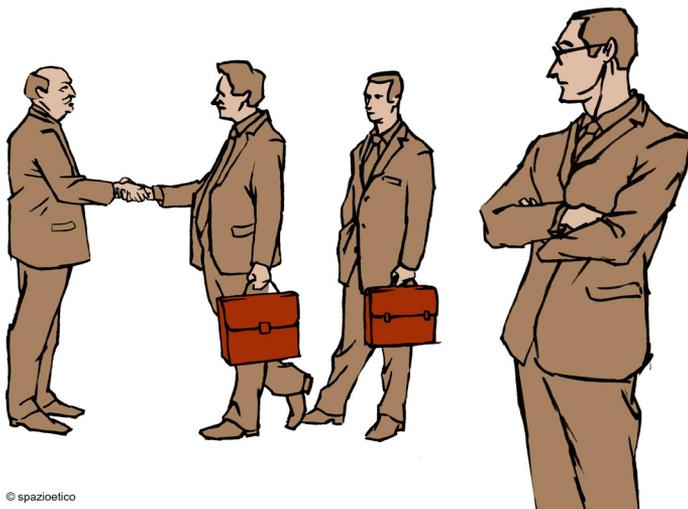
COSA SI PUO' FARE A LEGISLAZIONE VIGENTE. **PROPOSTA LEA* (Livelli Essenziali Anticorruzione) N. 3**

- **FORMALIZZAZIONE A LIVELLO REGIONALE DI UN COORDINAMENTO DI RESPONSABILI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.**
La missione di questo organismo deve coprire, almeno, le funzioni tipiche del RPCT, e cioè:
 - supporto metodologico e condivisione delle metodologie di gestione del rischio,
 - analisi di contesto condivise (vedi, anche, punto 4),
 - aggiornamenti normativi,
 - coordinamento della formazione specialistica.
- **COMPARABILITÀ.** Individuare tra gli scopi della rete l'uniformità e la standardizzazione dell'analisi di processi e rischi allo scopo di rendere comparabili le diverse realtà aziendali.

4. IL “FENOMENO” CORRUZIONE: QUESTO SCONOSCIUTO.

Piani, relazioni, adempimenti: certo, ma stiamo perdendo di vista il “fenomeno corruzione”. Gli agenti pubblici non sanno categorizzare con esattezza i meccanismi che sono alla base del fenomeno corruttivo e che generano il rischio.

Le ASIMMETRIE INFORMATIVE (quella PRIMARIA tra principale e agente e quella SECONDARIA tra agente e destinatario dell'azione amministrativa), l'ASIMMETRIA RELAZIONALE (così presente in sanità, con particolare riferimento al rapporto medico-paziente), il CONFLITTO DI INTERESSI (vedi il punto 5), l'AZZARDO MORALE.



© spazioetico

Questi elementi costituiscono la base di ogni dinamica corruttiva e sono spesso sconosciuti non solo agli agenti pubblici in generale, ma anche a chi ha la responsabilità di realizzare una valutazione del rischio corruttivo nelle organizzazioni del SSN (non parliamo solo degli RPCT, ma anche dei referenti e della *governance* aziendale).

Questi elementi permettono di individuare la peculiarità di un processo organizzativo rispetto al rischio di corruzione. Esistono, inoltre, specifici FATTORI di RISCHIO che incrementano la vulnerabilità del processo organizzativo: per esempio, non corretta allocazione delle risorse umane, carenza di competenze da parte del personale, controlli inefficaci, scarsa chiarezza delle regole, monopoli interni, rilevanza economica, opacità del processo, interferenze di interessi (politici o economici) etc...

Le organizzazioni del SSN dovrebbero analizzare gli elementi costitutivi della dinamica corruttiva ed i fattori di rischio organizzativi con maggiore consapevolezza. Sarebbe opportuno, a questo proposito, promuovere la diffusione dei sistemi di gestione UNI ISO 37001:2016, finalizzati al controllo del rischio di corruzione dal punto di vista organizzativo.

COSA SI PUO' FARE A LEGISLAZIONE VIGENTE. PROPOSTA LEA* (Livelli Essenziali Anticorruzione) N. 4

L'individuazione e l'analisi dei fattori di rischio e delle concrete modalità con cui questi si manifestano dovrebbero esaltare il momento di analisi dei fattori abilitanti che esplicitano le vulnerabilità organizzative che, a loro volta, favoriscono comportamenti a rischio corruzione.

Tale metodologia dovrebbe essere applicata in sanità con maggiore omogeneità rispetto a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, anche sul piano organizzativo. Partendo dagli *standard* minimi contenuti nelle aree tematiche dedicate alla sanità del PNA, occorrerebbe fissare degli *standard* relativamente a:

- **ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO:** questo tipo di analisi non dovrebbe essere condotta a livello aziendale bensì a livello regionale o sub regionale (ad es. a livello di area vasta). Occorre cioè promuovere da parte degli enti regionali preposti (ad es. Assessorati o Agenzie Regionali di Sanità) la pubblicazione periodica di analisi di contesto esterno che siano fruibili dagli enti del SSR.
- **ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E VALUTAZIONE DEL CLIMA ETICO DELL'ORGANIZZAZIONE.** Il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) ha bisogno, come ogni piano di prevenzione, di informazioni qualificate e coerenti con il contesto di riferimento. In particolare, il capitolo dedicato all'analisi del contesto interno rappresenta uno degli elementi centrali dell'intero Piano e, di contro, uno degli elementi più difficili da ricostruire. Attraverso appositi questionari (1), le organizzazioni del SSN dovrebbero produrre valutazioni periodiche del clima etico per ricostruire il contesto interno e dare coerenza all'analisi e alla valutazione del rischio.
- **ESPLICITAZIONE DEI FATTORI ABILITANTI.** Ciascuna azienda, nel proprio PTPC, dovrebbe esplicitare, in un'apposita sezione, tutti i fattori organizzativi che favoriscono o, quantomeno non ostacolano, i rischi corruttivi (carenza di controlli, mancata formazione, assenza di o cattiva allocazione delle risorse, carenza o eccesso di regolazione, ecc.).
- **RED FLAGS ANTICORRUZIONE.** Dovrebbero essere promosse ricerche mirate allo sviluppo di indicatori di anomalia (*red flags*), per identificare tempestivamente i casi di corruzione attraverso l'incrocio dei dati in possesso delle organizzazioni e generati durante la gestione dei processi. La corruzione, infatti, è un reato "invisibile", che però distorce la gestione dei processi, e questa distorsione lascia delle tracce (anomalie) nei dati di processo.

(1) <https://spazioetico.com/2017/06/16/questionario-sul-clima-etico-uno-strumento-di-analisi-del-contesto-interno/>

- AZIONI ORGANIZZATIVE. Tutte le azioni di miglioramento contenute nel Piano dovrebbero contenere il riferimento ai fattori organizzativi abilitanti o almeno a quelli che generano rendita di posizione, conflitti di interessi o carenza di *accountability* ed indicare, con riferimento a questi gli obiettivi di miglioramento.
- CONTROLLI E *FOLLOW-UP* (*AUDITING* INTERNO). Ogni azienda dovrebbe dedicare al controllo del sistema anticorruzione una specifica attività di *auditing* interno pianificata attraverso *audit* di processo ed organizzativi; questa struttura verifica la tenuta del sistema di controllo creato con le azioni di miglioramento e la rispondenza dell'organizzazione agli obiettivi di contenimento del rischio.
- “NO” AGLI AGENTI PROVOCATORI ... SÌ ALLE SIMULAZIONI DI REATO. L'agente provocatore è un soggetto che simula un tentativo di corruzione per dimostrare la “disonestà” di un dipendente pubblico. Noi preferiamo, invece, mettere alla prova l'organizzazione, e testare la “sicurezza” dei processi. Proponiamo ai Responsabili della prevenzione della corruzione di promuovere, insieme ai dirigenti delle organizzazioni del SSN, delle “simulazioni di reato”, cioè di simulare (in modo controllato e tracciabile *a posteriori*) la gestione irregolare di un processo (per esempio la manipolazione di una lista di attesa a favore di un soggetto esterno “complice”, oppure l'autorizzazione di un pagamento ad un soggetto e ad un IBAN inesistenti), per testare la tenuta delle procedure di controllo interno. Ovviamente, la simulazione si interrompe, prima che venga commesso il reato!

5. LA GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI: PIÙ CULTURA E “GOVERNANCE”, MENO MODULI.

L'attuale configurazione della gestione del conflitto di interessi nel Sistema Sanitario Nazionale risulta piuttosto discutibile, tutta centrata su procedure di emersione formali e burocratiche che non prendono in alcuna considerazione né la consapevolezza degli operatori sanitari, né quella delle organizzazioni pubbliche che dovrebbero gestirli. Nella realtà, è inevitabile che i professionisti del SSN abbiano interazioni più o meno intense con il mondo degli interessi privati.



Questa circostanza, peraltro, permette alle organizzazioni del SSN di operare potendo contare su *expertise* informate e competenti. Data la complessità del sistema sanitario, occorre considerare il patrimonio di relazioni ed esperienze come un valore aggiunto della componente clinica di un'organizzazione pubblica: un patrimonio da governare. Pertanto, è sbagliato attribuire ai professionisti che sviluppano o mantengono reti di relazioni e promuovano collegamenti di interessi autonomamente da quelli promossi dall'Azienda pubblica, il marchio di “criminale”.

A patto che tali interessi siano fatti emergere e, nei casi in cui dovessero risultare anche solo potenzialmente confliggenti con l'interesse primario dell'Azienda pubblica o tendano ad influenzare in maniera inappropriata le decisioni, le attività o la reputazione dell'organizzazione, siano gestiti attraverso condotte predeterminate e trasparenti.

COSA SI PUO' FARE A LEGISLAZIONE VIGENTE. PROPOSTA LEA* (Livelli Essenziali Anticorruzione) N. 5

La vera prevenzione della corruzione in sanità si fa soprattutto attraverso una gestione consapevole dei conflitti di interessi. Si tratta di un punto centrale.

E' per questo che l'emersione dei collegamenti di interessi e la loro gestione sia da parte dei professionisti sia da parte delle organizzazioni del SSN dovrebbe rappresentare una delle attività su cui l'organizzazione investe maggiormente.

Di seguito alcuni *standard* da adottare:

- **COLLEGAMENTO DI INTERESSI.** Nei Paesi anglosassoni (ma anche in Francia), il conflitto di interessi si rapporta ad una situazione che comincia ben prima dell'emersione di un conflitto (eventi anticipatori). Dobbiamo distinguere tali «eventi anticipatori» dal conflitto di interessi, ma imparare ad osservarli con attenzione e farli emergere se sono idonei anche solo potenzialmente ad influenzare attività e decisioni in ambito pubblico. Proponiamo, pertanto, di introdurre il concetto (che nasce all'interno di una recente riforma francese) di "*collegamento di interessi*" («*lien d'interet*»). Si tratta di situazioni che prendono vita da "eventi critici" e che generano, per l'appunto, "collegamenti", che non sono (ancora) conflitti ma che devono essere comunque tenuti sotto sorveglianza da parte dei professionisti. La diversa terminologia è utile per non "criminalizzare" tali collegamenti e, in questo modo, farli emergere e, se necessario, gestirli.
- **POLICY DI GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI.** Adozione di *Policy* (Regolamenti interni) *di gestione del conflitto di interessi*, con specifiche sezioni dedicate ai processi particolarmente esposti al rischio. Si tratta di documenti e procedure che vengono ampiamente utilizzati a livello internazionale per una gestione consapevole del conflitto di interessi. Alcune ASL cominciano ad adottarli, ad esempio, la ASL 5 Liguria, Regolamento aziendale sulla gestione del conflitto di interessi (1) ha una specifica sezione dedicata alla gestione del conflitto di interessi nel Dipartimento di Prevenzione, area particolarmente a rischio di corruzione e, di contro, area che soffre in maniera particolare il "modulismo selvaggio", cioè la continua formalizzazione della presenza o assenza di conflitto di interessi attraverso dichiarazioni più o meno consapevolmente sottoscritte.
- **ORGANISMI COLLEGIALI DI VALUTAZIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI.** L'istituzione di *organismi collegiali di valutazione* del conflitto di interessi è una pratica ampiamente diffusa a livello internazionale. In Italia un unico Ospedale (il Careggi di Firenze) (2) ha intrapreso questa interessante sperimentazione. Si tratta di farla evolvere ed applicarla in contesti con elevata complessità.

(1) <http://www.asl5.liguria.it/Istituzionali/Anticorruzione/Regolamentocflittodiinteressi.aspx>

(2) www.aou-careggi.toscana.it/

- **DUE DILIGENCE.** La promozione di attività di *due diligence*, cioè controlli e valutazioni sugli interessi privati, permette di valutare con maggiore attenzione l'intensità del collegamento di interessi e di coinvolgere gli operatori privati nella valutazione e nell'adozione di misure.
- **FORMAZIONE SPECIALISTICA.** Promozione di *percorsi formativi specialistici* per aumentare la consapevolezza sui rischi, ridurre i *bias* cognitivi associati al conflitto di interessi, migliorare la qualità dell'autovalutazione da parte dei singoli professionisti e la qualità della gestione da parte delle organizzazioni.

6. COMBINARE *COMPLIANCE* + ETICA: VERSO UNA FORMAZIONE “COMPL+ETICA”.

Si tratta di combinare l'approccio basato sulle regole, sui controlli e sulla *compliance* aziendale con un approccio basato sulla responsabilità individuale degli agenti pubblici, sul sistema di valori che li guida, sulla consapevolezza nella categorizzazione delle proprie e altrui azioni, sulla lettura e corretta ricostruzione dei contesti, sulla gestione del clima etico, sull'analisi e valutazione dei collegamenti di interessi, in generale sulla piena consapevolezza del ruolo di “agente pubblico”.

In breve, un obiettivo di medio-lungo periodo che mira a costruire solide basi di integrità all'interno delle organizzazioni.



© spazioetico

COSA SI PUO' FARE A LEGISLAZIONE VIGENTE. PROPOSTA LEA* (Livelli Essenziali Anticorruzione) N. 6

Su questo punto la formazione rappresenta la misura di riferimento. Essa dovrebbe essere erogata attraverso modalità innovative che favoriscano la partecipazione ed il coinvolgimento non formale dei professionisti del SSN. Tra gli *standard* da raggiungere più urgentemente, segnaliamo:

- LA FORMAZIONE ATTRAVERSO SCENARI E DILEMMI ETICI. L'apprendimento attraverso i dilemmi etici nella prevenzione della corruzione è paragonabile all'apprendimento della storia e della filosofia nella scuola. Conoscere le misure di contrasto alla corruzione non basta, così come non basta apprendere il funzionamento di un dispositivo elettronico. Occorre comprendere come i meccanismi che sono alla base delle dinamiche corrottive, e, cioè, le vulnerabilità organizzative, la configurazione degli interessi ed i meccanismi di auto-manipolazione, influenzino l'agire degli agenti pubblici in concreto. L'uso di scenari di vita reale e la formazione attraverso "dilemmi etici" dovrebbe costituire lo *standard* di riferimento per la formazione generale con approccio valoriale. Il Policy paper (1) del progetto Curiamo la corruzione (2) raccomanda per la formazione: "*Le azioni da programmare sono l'introduzione di interventi formativi che propongano la lettura e il commento di casi di studio con i dirigenti Asl e i dirigenti dell'industria e degli altri soggetti privati coinvolti, che insieme potranno esercitarsi sui dilemmi etici posti a vari livelli di interazione tra sanità pubblica e fornitori e gestori privati*".
- LA COSTITUZIONE DI GRUPPI DI FORMATORI INTERNI (*ETHICS TRAINER*). Le organizzazioni del SSN sono state le prime a costituire e formare gruppi di formatori interni. Occorre promuovere la selezione e la formazione di *team* che conoscano in profondità gli *standard* comportamentali che l'organizzazione richiede e che sappiano gestire le aule attraverso l'ideazione e la gestione di scenari di vita reale (*real-case scenario*) e dilemmi etici.
- LA PREVISIONE DELLA FIGURA DELL'"*ETHICS ADVISOR*". La figura dell'*ethics advisor*, originariamente prevista per i programmi di ricerca finanziati dall'Unione europea, è presente in molte organizzazioni pubbliche e private del mondo anglosassone. Collabora con l'*integrity bureau* ed è risorsa di riferimento per chiunque, all'interno dell'organizzazione, si trovi di fronte ad un dilemma etico o manifesti la volontà, ad esempio, di segnalare una condotta eventualmente illecita. Attualmente questo compito viene svolto, in maniera del tutto estemporanea, dal Responsabile della prevenzione della corruzione. Si tratta, invece, di istituire una figura autorevole che, anche attraverso strumenti di *coaching*, sappia stabilire una relazione significativa con il dipendente, conosca in profondità il fenomeno corrottivo, i rischi connessi alle situazioni di conflitto di interessi, nonché la strategia di prevenzione della corruzione che l'organizzazione ha adottato (*compliance+etica*).

(1) <https://www.curiamolacorruzione.it/come-contrastare-la-corruzione-in-sanita-policy-paper-e-policy-statements/>

(2) <https://www.curiamolacorruzione.it>

7. WHISTLEBLOWING. APPLICHIAMO GLI STANDARD DELLA NUOVA DIRETTIVA EUROPEA.

Il 23 aprile 2018 la Commissione europea ha adottato un pacchetto di misure (1), con particolare riferimento alla Proposta di una nuova Direttiva (2), per rafforzare la protezione dei *Whistleblower* – *segnalatori* - in Europa. La Direttiva introduce *standard* minimi di riferimento per tutti i Paesi europei. La Direttiva dovrà essere recepita dagli Stati membri entro il 15 maggio 2021, ma come è noto, l'Italia ha adottato, a fine 2017, una legge organica (legge 30 novembre 2017, n. 179) (3) sulla materia.

Molti degli *standard* prevedono un intervento di carattere legislativo da parte del Parlamento e del Governo nazionale, mentre alcuni *standard* possono essere applicati a livello della singola organizzazione del SSN.



© spazioetico

COSA SI PUO' FARE A LEGISLAZIONE VIGENTE. PROPOSTA LEA* (Livelli Essenziali Anticorruzione) N. 7

Tra gli *standard*, sia quelli introdotti dalla Direttiva, sia quelli che raccomandiamo di essere immediatamente tradotti in azioni da parte delle organizzazioni del SSN, segnaliamo, in particolare, quelli che a nostro avviso sembrano più urgenti:

- **ADOZIONE DI POLICY DI WHISTLEBLOWING.** Le Aziende Sanitarie Locali (ASL di Cuneo e APSS di Trento, in particolare) sono state le prime organizzazioni a dotarsi di *Policy di Whistleblowing*, cioè di procedure interne chiare che si consolidano in documenti (Regolamenti o *Policy*) che permettono ai potenziali segnalatori di

(1) http://ec.europa.eu/newsroom/just/item-detail.cfm?item_id=620400

(2) https://ec.europa.eu/info/files/proposal-directive-european-parliament-and-council-protection-persons-reporting-breaches-union-law_en

(3) <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/12/14/17G00193/sg>

decidere con consapevolezza la condotta da tenere e quali canali di segnalazione utilizzare. Le *Policy* devono servire a chiarire i diversi canali di segnalazione (*standard* della Direttiva UE) e la modalità di gestione delle segnalazioni.

- **RIUSO SOFTWARE PER PIATTAFORME DI GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI.** Le Linee Guida AGID su acquisizione e riuso di *software* per le pubbliche amministrazioni stabiliscono che le PA possano riutilizzare gratuitamente programmi informatici, o parti di essi, sviluppati per conto e a spese di un'altra amministrazione, adattandoli alle proprie esigenze. A questo proposito, tra non molto, l'ANAC dovrebbe rilasciare in riuso il *software OpenWhistleblowing 1.0* con cui gestisce la propria piattaforma. Questo garantirebbe alle organizzazioni del SSN di poter contare su una piattaforma *standard* a costi assai ridotti.
- **FORMAZIONE DI BASE AI DIPENDENTI.** *Induction* a tappeto per tutti i dipendenti (*standard* della Direttiva UE), attraverso casi e scenari al fine di contrastare una percezione spesso errata della condotta di segnalazione.
- **FORNIRE STRUMENTI E RAFFORZARE LE COMPETENZE DI CHI GESTISCE LE SEGNALAZIONI.** E' necessario investire nel rafforzamento dei ruoli e delle competenze anche e soprattutto di chi si trova a gestire le segnalazioni (RPCT e superiore gerarchico). In recenti studi, infatti, è stato dimostrato come l'anello debole del sistema sia proprio il soggetto nei confronti del quale le segnalazioni vengono rivolte, che spesso risulta incapace di prendere in seria considerazione ciò che gli viene rivelato, oppure reagisce in maniera difensiva interpretando la segnalazione come una critica al proprio modo di gestire un ambiente di lavoro.
- **ETHICS ADVISOR INTERNI O ESTERNI.** Esistono condotte di segnalazione in cui è necessario attivare una **RELAZIONE** tra colui che si trova in un "dilemma etico" antecedente alla segnalazione e colui che gestirà la segnalazione. Le organizzazioni del SSN dovrebbero assicurare un accompagnamento che garantisca competenza e confidenzialità; dovrebbe essere cioè individuato un ufficio o un soggetto di riferimento (*ethics advisor*) interno oppure esterno, attraverso, ad esempio, un'intesa con le organizzazioni del privato sociale che svolgono questo compito e che garantiscano riservatezza, fondatezza e rilevanza alle segnalazioni.
- **DIAMO UN NOME AI WHISTLEBLOWER ... SENZA DARE IL LORO NOME!** La tutela dei segnalatori non deve essere solo un obbligo di legge. Deve anche scaturire da una evoluzione culturale: le persone devono capire che molti di coloro che segnalano (non tutti) non sono "delatori", ma persone coerenti, che si fanno carico di denunciare quello che gli altri vedono e decidono di ignorare (la cosiddetta "inerzia del testimone") (4). Per questo vorremmo chiedere ai dipendenti e gli utenti del SSN di usare la loro fantasia, per trovare una parola con cui tradurre "*whistleblower*" ... impresa non facile, perché questa parola ancora non c'è!

(4) <https://www.riparteilfuturo.it/blog/articoli/inerzia-del-testimone-e-altre-storie-fantastiche-sul-whistleblowing>

8. TRASPARENZA, COMUNICAZIONE, REPUTAZIONE.

Il d.lgs 97/2016 ha introdotto l'istituto dell'accesso civico generalizzato. Si tratta di una modalità di accesso a dati e informazioni prodotte o detenute dalle pubbliche amministrazioni molto più ampio rispetto al passato. L'accesso civico generalizzato riconosce a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, fatti salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento. Per le organizzazioni del SSN italiane il nuovo canale di accesso rappresenta sia un'opportunità che una sfida. Un'opportunità perché esso



apre la strada all'instaurarsi di una nuova modalità di relazione che avvicina l'Azienda ai cittadini/utenti e agli osservatori qualificati, migliorando la qualità dei processi partecipativi ed il controllo sull'operato e sui risultati. Una sfida perché il senso profondo del nuovo accesso civico generalizzato non risiede tanto nella disponibilità di un'organizzazione di "pubblicare" un'informazione o un dato o un documento, quanto piuttosto nella sua capacità di "mettersi al servizio" di chi richiede le informazioni con un atteggiamento di massima apertura. Spesso, invece, un atteggiamento comune a molte organizzazioni del SSN è quello di difendere il proprio spazio di riservatezza, soprattutto quando ci si trova sotto i riflettori dell'opinione pubblica nelle situazioni in cui è necessario far fronte al rischio di un "fallimento reputazionale", a seguito di episodi di corruzione (o di malasananità). Gestire le informazioni in occasione di eventi critici è un nodo irrisolto, spesso lasciato all'improvvisazione dei vertici politici e amministrativi. Occorre migliorare la qualità dell'interazione con i professionisti dell'informazione, media e giornalisti in particolare, al fine di alimentare un dibattito pubblico che si fondi su informazioni certe e qualificate e non su opinioni e commenti spesso viziati da atteggiamenti ideologici verso la categoria dei dipendenti pubblici.

"Ci vogliono vent'anni per costruire una reputazione e cinque minuti per rovinarla. Se pensi a questo, farai le cose in modo diverso", affermava Warren Buffett. Noi pensiamo che la reputazione vada difesa attraverso un atteggiamento di consapevolezza e professionalità che garantisca la massima trasparenza e apertura.

COSA SI PUO' FARE A LEGISLAZIONE VIGENTE.

PROPOSTA LEA* (Livelli Essenziali Anticorruzione) N. 8

Per accettare la sfida dei nuovi meccanismi di accesso, le Aziende devono adottare adeguate soluzioni organizzative, quali, ad esempio, valorizzare risorse interne che dialoghino con gli uffici che detengono i dati richiesti; raccogliere le richieste di accesso pervenute in un apposito registro; imparare a dialogare con i media che richiedono dati e informazioni attraverso una cooperazione attiva; archiviare e catalogare dati e documenti per rispondere efficacemente alle richieste senza pregiudicare l'erogazione dei servizi.

Dal punto di vista normativo, la legge 150/2000 prevede l'istituzione di strutture e il reclutamento di professionisti per la comunicazione e l'informazione proprio per avvicinare cittadini e istituzioni.

- **COORDINAMENTO E SUPPORTO INTERNO PER LA GESTIONE DELLE ISTANZE DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO.**

Il rischio di un atteggiamento "difensivo" si è evidenziato soprattutto nella gestione delle istanze di accesso civico generalizzato, che, come è noto, vengono istruite a livello di singolo ufficio. A questo proposito l'Azienda dovrebbe istituire meccanismi di coordinamento interno per dare coerenza alla metodologia di gestione e agli esiti dei procedimenti di accesso.

- **ASSUNZIONE DI CONSAPEVOLEZZA DELLA COMUNICAZIONE E DELL'INFORMAZIONE COME VALORI AZIENDALI.**

Strutturazione delle risorse organizzative deputate alla comunicazione e all'informazione come investimento aziendale teso a migliorare la qualità percepita del servizio erogato; favorire l'ascolto attivo verso i cittadini e promuovere un flusso informativo costante, al fine di alimentare una fiducia reciproca basata su trasparenza e deontologia per coltivare nella quotidianità la reputazione dell'Azienda.

- **COSTITUZIONE DI UNA TASK FORCE DI COMUNICAZIONE PER LA GESTIONE DEGLI EVENTI CRITICI.**

In occasione di eventi corruttivi o di situazioni che mettano a rischio la reputazione dell'Azienda la comunicazione e l'informazione verso l'esterno giocano un ruolo fondamentale. In assenza di specifiche professionalità e di comportamenti coerenti si rischia di far prevalere atteggiamenti che precludono un serio dibattito pubblico. Per questo riteniamo fondamentale costituire una *task force* di comunicazione istituzionale che veda la presenza di professionisti della comunicazione dell'informazione e, anche, del Responsabile della prevenzione della corruzione nel ruolo di supporto reciproco e in funzione di orientamento nei confronti dei vertici aziendali.

9. MENO REGOLE DI CONDOTTA, PIÙ RESPONSABILITÀ E PARTECIPAZIONE.

Dei tre obiettivi strategici posti dal Piano Nazionale Anticorruzione, il terzo “*creare un contesto sfavorevole alla corruzione*” è di certo quello più sfidante. Un obiettivo di medio-lungo periodo che impone un investimento in cultura organizzativa, ma soprattutto in una diversa “qualità etica” dell’amministrazione.

Per “qualità etica” intendiamo l’insieme delle condizioni necessarie per il raggiungimento di un clima etico all’interno dell’amministrazione, che riflettono la capacità dell’amministrazione stessa di stimolare una condotta coerente dei dipendenti pubblici.



Lo strumento dei codici di comportamento è la misura di prevenzione principale per il raggiungimento del suddetto terzo obiettivo, in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tal via, indirizzano l’azione amministrativa. Si tratta di una misura molto diffusa ed apprezzata anche negli altri Paesi europei e l’esperienza internazionale ne consiglia la valorizzazione. Purtroppo, esiste, da sempre in Italia, una illusoria quanto ingenua credenza che quante più regole possono essere inserite in un Codice di comportamento, tanto più efficace sarà la misura.

E' stato ampiamente dimostrato da vari studi internazionali (su tutti, citiamo gli esperimenti di KATZ-NAVON T., "*Safety climate in health care organizations. A multidimensional approach*" (2005), proprio in ambito sanitario) che le persone hanno un limite di tollerabilità alle regole e che introdurre nuove disposizioni finisce per immobilizzare la capacità decisionale delle persone (*ipengiofobia*).

E' un processo difficilmente arrestabile perché auto-rinforzante. Per le organizzazioni del SSN, la sfida è trovare il giusto equilibrio tra regole e responsabilità personale. La nostra idea è di semplificare codici e regole, adottare regole nuove solo se strettamente necessarie. Inoltre, rileviamo un secondo problema che riguarda la modalità attraverso cui le regole di condotta vengono adottate.

A tal proposito, la legge 190/2012 stabilisce che "*ciascuna pubblica amministrazione definisce, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio organismo indipendente di valutazione, un proprio codice di comportamento che integra e specifica il codice di comportamento "nazionale"*". La legge 190/2012 stabilisce, pertanto, un obbligo per le amministrazioni di elaborare le regole che integrano gli *standard* nazionali attraverso un percorso di consultazione con *stakeholder* interni. Ed è assolutamente corretto.

In effetti, un codice non rappresenta un bel niente se le regole che contiene non vengono "codificate" all'interno di un processo di ascolto, consultazione, dialogo con chi poi quelle regole deve osservarle e farle osservare (tecnicamente, recettori interni e esterni).

"A code is nothing, coding is everything" (1), così disse Muel Kaptein nel 1998 (in compagnia del suo collega Wempe), uno dei massimi esperti in codici di comportamento/codici etici. La condivisione di una regola significa che per un particolare contesto e per il tempo necessario si decide (insieme) che è opportuno adottare uno specifico comportamento (invece che altri) in ragione del fatto che quel comportamento viene largamente condiviso dalla maggioranza di coloro che lo dovranno osservare e far osservare. Per questo il processo di determinazione non può prescindere dal coinvolgimento degli attori interni all'organizzazione che decide di adottare quella regola. I processi consultivi finora attuati dalle organizzazioni del SSN, salvo rari casi, non sembrano essere stati particolarmente produttivi.

(1) <https://spazioetico.com/2014/09/10/codificare-le-regole-di-comportamento-attraverso-la-formazione-con-approccio-valoriale/>

COSA SI PUO' FARE A LEGISLAZIONE VIGENTE. **PROPOSTA LEA* (Livelli Essenziali Anticorruzione) N. 9**

Un'esperienza rilevante, a livello regionale, è di certo quella della Regione Emilia Romagna che, con Delibera Regionale 96 del 29.1.2018, ha adottato lo “*Schema tipo del Codice di comportamento per il personale operante presso le Aziende sanitarie della Regione Emilia – Romagna*”, redatto tenendo conto del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR n. 62/2013), della L.R. 9/2017, dei Codici di comportamento adottati dalle singole Aziende sanitarie e delle Linee Guida adottate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Di seguito, alcuni *standard* che dovrebbero essere adottati dalle organizzazioni del SSN:

- **SCRITTURA CONDIVISA DELLE REGOLE DI CONDOTTA.**
La formazione generale con approccio valoriale può essere utilizzata per la scrittura condivisa delle regole di comportamento. Se concepita come laboratorio aperto, dove la conoscenza si forma attraverso il contributo dei partecipanti piuttosto che da una rappresentazione parziale della conoscenza del docente, questa è l'attività giusta per ragionare insieme, almeno agli attori interni, su quali regole servano veramente per quella specifica amministrazione, a valle di un processo di codificazione già avvenuto, ma ancora aperto.
- **VIR (VALUTAZIONE DI IMPATTO REGOLATORIO) SULLE INTEGRAZIONI AGLI STANDARD NAZIONALI.**
Come è noto, il meccanismo della VIR rappresenta, per gli atti normativi del Governo, la valutazione del raggiungimento delle finalità di uno o più atti normativi, nonché della stima degli effetti prodotti su cittadini, imprese e pubbliche amministrazioni. La finalità della VIR è, dunque, di fornire, a distanza di un certo periodo di tempo dall'introduzione di una norma, informazioni sulla sua efficacia, nonché sull'impatto concretamente prodotto sui destinatari, anche al fine di valutare possibili revisioni della regolazione in vigore. Proponiamo alle organizzazioni del SSN di adottare un meccanismo analogo per le proprie regole di condotta.
- **OPEN CODING.**
Il processo di consultazione degli *stakeholder* interni ed esterni deve essere pianificato ed attuato con consapevolezza riguardo ai meccanismi della partecipazione, adottando metodologie e strumenti che esistono da molto tempo e si sono dimostrati efficaci. In particolare, si potrebbero utilizzare le occasioni di incontro con i portatori di interessi esterni costituite dalle “giornate della trasparenza” (2) per realizzare laboratori partecipativi con metodi quali l'*Open Space Technology* (o altri metodi).

(2) <https://spazioetico.com/2017/11/12/nella-giornata-della-trasparenza-parlano-i-cittadini/>

10. LEADERSHIP ETICA, OVVERO QUALITÀ DELLA FUNZIONE DIRIGENZIALE.

Il concetto di *leadership* etica sta assumendo un valore sempre più importante. Spesso si pensa che per avere una *leadership* etica sia sufficiente selezionare e mettere persone oneste alla guida di una organizzazione o di un gruppo. Tratti distintivi di una persona onesta (o persona virtuosa o impegnata) quali, ad esempio, l'integrità, l'affidabilità, sono di certo requisiti di base per poter gestire una relazione lavorativa.

Per essere un "leader etico", tuttavia, occorre qualcosa di più. Una delle caratteristiche principali di una *leadership* etica è il cosiddetto "role modelling", espressione della cultura anglosassone che può essere tradotta con "essere di esempio attraverso azioni visibili". Oltre a ciò un leader etico deve saper spiegare le ragioni delle proprie scelte, cioè, saper illustrare il sistema di valori che ha determinato una data soluzione invece che un'altra. Per avere una *leadership* etica, dunque, non basta essere delle persone integre e oneste: occorre che il leader venga percepito come "riferimento etico".



© spazioetico

La *leadership* etica si compone, pertanto, di una serie di comportamenti:

- la responsabilità di fissare le regole, di farle conoscere ai dipendenti e di integrarle laddove possibile,
- una condotta in linea con le regole fissate attraverso azioni individuali e relazioni interpersonali,
- la promozione di tale condotta presso i dipendenti attraverso una comunicazione bi-direzionale volta a far emergere eventuali dilemmi etici,
- l'utilizzo responsabile di rinforzi positivi e negativi,
- il costante riferimento alle implicazioni derivanti dai processi decisionali.

**COSA SI PUO' FARE A LEGISLAZIONE VIGENTE.
PROPOSTA LEA* (Livelli Essenziali Anticorruzione) N. 10**

PERFORMANCE ETICA. Inserire, tra gli obiettivi di *performance* individuali che vengono assegnati ai dirigenti, specifici comportamenti organizzativi che esaltino le qualità della *leadership* etica.

Dovrebbero essere introdotti anche adeguati meccanismi di valutazione dei suddetti obiettivi di *performance*, che comprendano anche la rilevazione del "clima etico" da parte dei dipendenti.

