Il presente documento è conforme all'originale e messo a disposizione da Centro Studi Antiriciclaggio & Anticorruzione

Delibera n. 958 del 7 settembre 2016

Atto di segnalazione al Governo e al Parlamento concernente la proposta di estensione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, previsti dall'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136, ai servizi sanitari e sociali erogati da strutture private accreditate

Il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione

Premessa

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (di seguito, Anac) - tenuto conto che la legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione), all'art. 1, co. 2, lett. g), prevede, tra l'altro, il compito di riferire al Parlamento sull'attività di contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione e sull'efficacia delle disposizioni vigenti in materia e che l'art. 213, co. 1, del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 (Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture), indica, tra le finalità della attività di vigilanza e il controllo sui contratti pubblici, quella di prevenire e contrastare l'illegalità e la corruzione - intende formulare alcune osservazioni e proposte in ordine all'applicazione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, previsti dall'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 (Piano straordinario contro le mafie, e delega al Governo in materia di normativa antimafia), ai servizi socio- sanitari erogati da strutture private accreditate.

1. **I servizi sanitari e sociali erogati in regime di accreditamento**

Il nuovo modello di servizio sanitario nazionale (SSN), che si è andato delineando a partire dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421), è ispirato alla coniugazione del principio di libertà dell'utente con il principio di programmazione delle prestazioni a carico del servizio pubblico. Quanto al primo profilo, la legislazione cristallizza il diritto dell'utente alla scelta della struttura di fiducia per la fruizione dell'assistenza sanitaria (art. 8-*bis*, co. 2, del d.lgs. 502/1992) riconoscendo la qualità di erogatori delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del servizio sanitario regionale a tutti i soggetti, pubblici e privati, titolari, cumulativamente, di: *i*) autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie rilasciate ai sensi dell'art. 8-*ter* del d.lgs. 502/1992 in base al possesso di requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi; *ii*) accreditamenti istituzionali di cui all'articolo 8-*quater* del d.lgs. 502/1992, subordinatamente al possesso di ulteriori requisiti di qualificazione, alla funzionalità degli stessi rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti; *iii*) accordi contrattuali stipulati con le regioni e le ASL ai sensi dell'articolo *8-quinquies* del d.lgs. 502/1992, nei quali è definita la misura quantitativa delle prestazioni erogabili e la loro remunerazione. Ai sensi del co. 3 del citato art. 8-*bis,* tale sistema vale anche per le strutture e le attività socio-sanitarie.
Il principio della necessaria programmazione sanitaria è, invece, perseguito con il criterio della funzionalità degli accreditamenti istituzionali rispetto agli indirizzi di programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato. Gli accordi contrattuali definiscono il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima ASL si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza.

Come evidenziato nella recente delibera Anac del 20 gennaio 2016, n. 32 recante "linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali", anche per l'erogazione di servizi sociali è previsto un sistema di autorizzazione e accreditamento, attraverso il quale sono individuati gli operatori economici (appartenenti al terzo settore) che possono erogare il servizio ed è sempre l'utente finale che sceglie la struttura cui rivolgersi, sulla base della qualità del servizio offerto (art. 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328).
Gli enti accreditati sono inseriti nella rete dei servizi sociali e possono ricevere contributi e sovvenzioni per lo svolgimento di attività rivolte al pubblico. In particolare, l'amministrazione può concedere *voucher*o assegni di cura ai cittadini da spendere presso le strutture accreditate per l'acquisto di prestazioni. Tale sistema è molto diffuso nelle realtà regionali e comunali e, pertanto, può essere considerato il modello classico e tradizionale di organizzazione dei servizi alla persona[1].
Quanto all'inquadramento giuridico del rapporto intercorrente tra l'ente pubblico e le strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate, un consolidato orientamento giurisprudenziale lo riconduce alle concessioni di servizio pubblico, dal momento che il sistema si impernia su di un provvedimento traslativo di una quota del SSN cui segue un contratto di servizio, volto a disciplinare gli obblighi di servizio pubblico ed il rapporto patrimoniale (tra le ultime, Cass. civ. sez. un., 14 gennaio 2015, n. 473, Cass. civ. sez. un., 20 giugno 2012, n. 10149; Cons. st., sez. III, 18 aprile 2012, n. 2269).
Inoltre, è stato evidenziato che «l'articolo 8-bis del d.lgs. n. 502 del 1992 precisa che l'esercizio di attività sanitarie per conto ed a carico del SSN è subordinato non solo all'autorizzazione per la realizzazione e l'esercizio della struttura sanitaria ed al suo accreditamento istituzionale, ma anche alla "stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art.8-quinquies". Tale ultima norma pone il rapporto di accreditamento su una base saldamente negoziale: al di fuori del contratto la struttura accreditata non è obbligata a erogare prestazioni agli assistiti del SSN, e, per converso, l'amministrazione sanitaria non è tenuta a pagare la relativa remunerazione» (Cons. st., 14 giugno 2011, n. 3610).

2. Gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari

Come noto, le disposizioni sulla tracciabilità dei flussi finanziari, previste dall'art. 3 della l. 136/2010, hanno la finalità specifica di rendere trasparenti le operazioni finanziarie relative all'utilizzo del corrispettivo dei contratti pubblici, in modo da consentire un controllo a posteriori sui flussi finanziari provenienti dalle amministrazioni pubbliche e intercettare eventuali usi degli stessi da parte di imprese malavitose.
Gli obblighi connessi all'istituto della tracciabilità si articolano, essenzialmente, in tre adempimenti principali in capo agli operatori economici: *i*) utilizzo di conti correnti bancari o postali dedicati alle commesse pubbliche, anche in via non esclusiva; *ii*) effettuazione dei movimenti finanziari relativi alle commesse pubbliche esclusivamente mediante lo strumento del bonifico bancario o postale ovvero attraverso l'utilizzo di altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni; *iii*) indicazione negli strumenti di pagamento relativi a ogni transazione del codice identificativo di gara (CIG) e, ove obbligatorio ai sensi dell'art. 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, del codice unico di progetto (CUP).

La questione dell'applicazione degli obblighi di tracciabilità ai servizi socio-sanitari erogati in regime di accreditamento è stata affrontata, in precedenza, dall'Autorità, nella determinazione del 7 luglio 2011, n. 4 (paragrafo 4.5.), con la quale si è inteso dare risposta ai numerosi quesiti sorti in ordine all'individuazione dell'ambito di applicazione dell' art. 3 della l. 136/2010.
In merito, dopo aver acquisito il parere del Ministero dell'Interno e dell'Avvocatura Generale dello Stato, l'Autorità ha ritenuto che le tali prestazioni non potessero essere ricondotte nell'ambito del contratto di appalto o di concessione, così come definiti dal decreto legislativo 12 aprile 2006, n.163 (ora sostituito dal d.lgs. 50/2016) e, di conseguenza, non potessero essere sottoposte agli obblighi di tracciabilità di cui all'art. 3 della l. 136/2010, il cui ambito di applicazione era appunto ricondotto, attesa la formulazione letterale della norma, a tali fattispecie contrattuali tipiche[2].
Nella suddetta determina, tuttavia, si prendeva atto dell'esistenza di un orientamento giurisprudenziale non concorde e si sottolineava che, in ogni caso, dovessero sempre essere tracciate le prestazioni in esame, qualora queste fossero erogate in forza di contratti di appalto o di concessione, così come intesi dal Codice dei Contratti pubblici.
In linea con tali disposizioni l'Autorità, nella recente delibera del 20 gennaio 2016, n. 32, recante le "Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali", ha chiarito che, con riferimento alle sovvenzioni o contributi erogati a soggetti del terzo settore per lo svolgimento di attività d'interesse sociale ritenute utili per la collettività, i provvedimenti

di concessione dei benefici economici sono soggetti agli obblighi di trasparenza e di tracciabilità (par. 10) e che la disciplina sulla tracciabilità dei flussi finanziari si applica anche agli acquisti e agli affidamenti di servizi sociali nonché agli affidamenti alle cooperative sociali di tipo B ex art. 5 della l. 381/1991 (par. 16).
I servizi erogati in regime di accreditamento non sono stati, invece, richiamati nell'ambito di applicazione degli obblighi di tracciabilità, in considerazione dell'espressa esclusione prevista dalla suddetta determinazione n. 4/2011 per i servizi socio-sanitari.

Tanto premesso, occorre verificare se non sia opportuno mutare il suddetto orientamento e ritenere applicabili gli obblighi di tracciabilità anche quando l'acquisizione dei servizi socio-sanitari venga effettuata, per la specialità del settore, con modalità diverse rispetto a quelle disciplinate dalla normativa specifica sui contratti pubblici di matrice europea di cui, in precedenza, il d.lgs. 163/2006 ed ora il d.lgs. 50/2016, anche tenuto conto delle recenti modifiche apportate dalla legge 28 dicembre 2015, n. 20 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)" all'art. 32 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, in merito all'estensione delle misure straordinarie di gestione, sostegno e monitoraggio, alle imprese operanti nel settore sanitario, in base agli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del d.lgs. 502/1992.

3. **Motivi dell'intervento dell'Autorità**

Come sopra esposto, la tracciabilità dei flussi finanziari è stata introdotta dalla l. 136/2010 al fine di arginare la penetrazione economica delle organizzazioni mafiose nelle commesse pubbliche. Al riguardo, non può non osservarsi che, al di là della considerazione che ha condotto il Legislatore a prevedere specificatamente per i contratti pubblici tale strumento di prevenzione e controllo sulle erogazioni pubbliche, l'istituto della tracciabilità dovrebbe assurgere a principio ordinatore dell'azione amministrativa o, quanto meno, essere riguardato alla stregua di una diretta conseguenza dei principi sanciti dall'art. 1 della legge 7 agosto 1990, n. 241 sul procedimento amministrativo che, a sua volta, costituisce diretta applicazione dei principi di buon andamento ed imparzialità ex art. 97 della Costituzione. Tali disposizioni impongono, infatti, che l'attività amministrativa persegua i fini determinati dalla legge e sia retta da criteri di economicità, efficacia, imparzialità, pubblicità e trasparenza. Lo strumento della tracciabilità dovrebbe, quindi, poter essere utilmente utilizzato anche in altri ambiti d'intervento pubblico, dove altrettanto rilevanti sono le risorse pubbliche coinvolte e gli interessi pubblici tutelati. Come, infatti, rilevato da studi di settore[3] e confermato dalla cronaca giudiziaria, la capacità di infiltrazione e di condizionamento della criminalità organizzata sulla pubblica amministrazione si esercita, prevalentemente, a livello locale, dove la contiguità è maggiore e su quelle attività più remunerative, dove si concentra la spesa pubblica; dunque, ne sarebbero coinvolti non solo gli appalti pubblici, ma i finanziamenti comunitari, e tutti quei settori, *in primis* quello sanitario, dove si concentra maggiormente la spesa pubblica in capo alle regioni.
Per altri versi, è dimostrato il crescente utilizzo, da parte delle associazioni criminali di stampo mafioso, del metodo corruttivo-collusivo per raggiungere i propri scopi. Le indagini e i processi penali confermano, infatti, che corruzione e mafia sono spesso facce della stessa medaglia[4] .
La lotta alle infiltrazioni mafiose quindi presenta specificità ma anche analogie con la più generale ma non meno importante lotta alla corruzione. Gli schemi criminali della corruzione, infatti, hanno abbandonato i vecchi modelli prestazione- tangente, indirizzandosi verso circuiti di prestazioni circolari tra più soggetti, che rendono più complicato ricostruire il patto criminale alla base. Come sottolineato nel report "*corruzione e sprechi in sanità*", pubblicato da Transparency International Italia nel 2013[5], "Con la corruzione non si acquista più un singolo atto illecito, ma il credito-debito viene "cartolarizzato" e ceduto ad altri soggetti che partecipano al sistema sotto diverse forme (ad es. opere, prestazioni in natura, assunzioni, polizze assicurative, vacanze e servizi…)". Il fenomeno corruttivo è quindi divenuto più sofisticato.
Tutto ciò riguarda direttamente il tema degli accreditamenti con i privati, che è stato individuato, dall'Autorità, come una specifica area di rischio nell'ambito del settore sanitario sia perché rappresenta una componente significativa del sistema sanitario[6] sia perché in esso si concentrano importanti flussi finanziari[7].
Pertanto, nella consapevolezza che la prima operazione, anche in ordine cronologico, per ridurre l'incidenza della corruzione, è di tipo preventivo, nella determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 di aggiornamento del PNA 2013-2016, nell'ambito della sezione di approfondimento dedicata alla sanità, sono stati esaminati i vari fenomeni patologici che possono intervenire nelle diverse fasi di cui si

compone il rapporto di accreditamento con le strutture private (autorizzazione, accreditamento vero e proprio e convenzioni). Particolare attenzione è stata riservata alla fase di gestione degli accordi contrattuali, in cui si sono riscontrati fenomeni patologici comuni alla fase di esecuzione di un appalto (ritardi nell'erogazione dei compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti, liquidazione di fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrafatturazione e/o fatturazione di prestazioni non svolte, pagamenti effettuati senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamenti tra i creditori dell'ente ecc.).
In relazione a tali fenomeni, l'Autorità, con il suddetto aggiornamento al PNA 2013-2016 e, ancor più approfonditamente, nel nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016, approvato con Delibera n. 831 del 3 agosto 2016, ha suggerito le misure di prevenzione più adeguate per gestire e prevenire lo specifico rischio corruttivo.
Tuttavia, come la cronaca giudiziaria ha recentemente dimostrato, tale misure non sono sufficienti ad evitare condotte illecite da parte di coloro che sono investiti, anche indirettamente, della cura di interessi pubblici. È significativo, al riguardo, come il Legislatore (art. 1, co. 704, della l. 20/2015) abbia ritenuto opportuno estendere l'istituto delle misure straordinarie di gestione, sostegno e monitoraggio, di cui art. 32 del d.l. 90/2014 originariamente concepito solo nell'ambito dei contratti pubblici di appalto e di concessione - al settore sanitario, introducendo nell'ordinamento giuridico la possibilità di "commissariare" la parte contrattuale di attività sanitaria che i soggetti privati accreditati svolgono a favore della collettività in regime di convenzione, per conto e a carico del SSN.
La ragione ispiratrice della novella del 2015 è - in analogia con la *ratio* originaria - quella di voler salvaguardare l'esercizio, in regime di convenzione con il SSN, dell'attività sanitaria a favore della popolazione richiedente, mediante la previsione di misure volte a garantire che le indagini della magistratura possano svolgersi senza interrompere o ritardare l'erogazione di prestazioni sanitarie indispensabili per la tutela del diritto fondamentale alla salute, nonché di evitare che la prosecuzione dell'accordo contrattuale di cui all'articolo 8 *quinquies* del decreto legislativo n. 502/1992 possa tradursi nell'attribuzione di un indebito profitto per l'impresa incriminata o esposta ad infiltrazione mafiosa, con conseguente aggravamento del danno patrimoniale a carico del SSN, ponendo tale accordo al riparo da ulteriori condizionamenti illeciti.
Ugualmente, il Legislatore - avvertendo l'urgenza di individuare i presupposti che giustificano l'adozione delle misure straordinarie - ha espressamente richiesto la sussistenza di "condotte illecite o eventi criminosi posti in essere ai danni del Servizio sanitario nazionale", con ciò riferendo lo spirito del proprio intervento alla esigenza primaria di razionalizzazione e controllo della spesa pubblica che caratterizza l'intero settore della sanità, al fine di tutelare la corretta erogazione di prestazioni di carattere sanitario imputabili economicamente al SSN in regime di accreditamento e scongiurare sprechi e abusi a danno dello stesso Servizio sanitario.
Le circostanze suscettibili di dare luogo ai provvedimenti amministrativi di cui all'articolo 32, co. 1, del citato d.l. 90/2014, infatti, debbono essere individuate non solo in fatti riconducibili a reati contro la pubblica amministrazione, ma anche a vicende e situazioni che sono propedeutici alla commissione di questi ultimi o che comunque sono ad esse contigue. Si pensi, a titolo esemplificativo, ai reati di truffa aggravata (art. 640-*bis* c.p.), di riciclaggio (art. 648-*bis* c.p.), a quelli di dichiarazione fraudolenta mediante uso di fatture o altri documenti per operazioni inesistenti ovvero con altri artifici, l'emissione di fatture e altri documenti per operazioni inesistenti, l'occultamento o la distruzione di documenti contabili finalizzata all'evasione fiscale (artt. 2, 3, 8 e 10 del d.lgs. n. 74/2000), i delitti di false comunicazioni sociali (artt. 2621 e 2622 c.c.).

4. **Conclusioni**

Come sopra esposto, gli strumenti introdotti dall'art. 32 del d.l. 90/2012, estesi dalla legge di stabilità 2016 al settore sanitario, sono stati intesi come misure di natura cautelare, preordinati ad evitare che a fronte di indagini giudiziarie su fatti illeciti connessi alla gestione del contratto pubblico, si possano verificare ritardi o pregiudizi nella prestazione di servizi, soprattutto laddove si tratti di servizi indifferibili, come quelli socio-sanitari, ai quali deve essere garantita la necessaria continuità; gli stessi, quindi, appaiono come rimedi straordinari, destinati ad operare a fronte di un'accertata inefficacia dei presidi di legalità esistenti nel prevenire, nel caso concreto, l'illecito.
È in tale contesto, quindi, che si inserisce l'esigenza di un rafforzamento delle misure di controllo della spesa con finalità di ordine pubblico anche nel delicato settore dei servizi socio-sanitari gestiti dai privati. Ciò posto, appare certamente opportuno che gli obblighi di tracciabilità siano applicabili anche ai servizi sanitari e sociali erogati da strutture private accreditate, in modo da anticipare, il più a monte possibile, la soglia di prevenzione, creando meccanismi che consentano di intercettare i fenomeni di intrusione criminale nei flussi finanziari provenienti dagli enti pubblici.

Un'evoluzione in questo senso dello strumento della tracciabilità sarebbe, del resto, pienamente giustificata dalla constatazione che anche in questo settore, come in quello degli appalti pubblici, frequentemente le infiltrazioni della criminalità organizzata finiscono per saldarsi con i fenomeni corruttivi e di *mala gestio* della cosa pubblica. Alla luce di tali considerazioni, anche al fine di superare i problemi interpretativi sorti in relazione all'esatto inquadramento giuridico dei servizi socio-sanitari erogati in regime di accreditamento, si propone una modifica dell'art. 3 della l. 136/2010 in modo da ricomprendere, espressamente e in maniera inequivoca, tali servizi nell'ambito di applicazione della norma.

1 *Nella prassi si è osservato che nel settore dei servizi sociali l'istituto dell'accreditamento ha trovato attuazione in ambito regionale attraverso tre diversi modelli: l) modello del governo pubblico, caratterizzato dalla limitazione nel numero dei soggetti accreditabili sulla base della programmazione regionale e locale del fabbisogno; 2) modello dell'accreditamento libero, caratterizzato dalla concessione dell'accreditamento a tutte le strutture che ne facciano richiesta e siano in possesso dei requisiti, il cui apporto al servizio pubblico sarà definito da accordi contrattuali senza nessuna garanzia di accesso ai fondi; 3) modello degli accordi contrattuali in cui l'accreditamento viene sostituito da accordi negoziali con i soggetti erogatori dei servizi.*

2 *Ciò che, infatti, caratterizza, nell'ambito degli affidamenti pubblici, la nozione europea di concessione (trasfusa nel d.lgs. 163/2006 ed ora nel d.lgs. 50/2016) è la ripartizione del rischio tra amministrazione e concessionario; tale elemento difficilmente è ravvisabile nel modello di accreditamento delle strutture private al SSN. Analizzando nello specifico la fattispecie, si osserva, infatti, che innanzitutto difetterebbe il "rischio della domanda" di prestazioni sanitarie, in quanto l'accreditamento è legato all'individuazione di uno specifico e reale fabbisogno che, seppur stimato sulla base di dati storici, riduce sensibilmente l'alea sulla richiesta di prestazioni. Parallelamente, non sembra sussistere un vero e proprio "rischio di disponibilità", in quanto il sistema di accreditamento è basato sull'erogazione di standard minimi qualitativi, che costituiscono, quindi, un requisito di accesso all'accreditamento e qualora venissero meno comprometterebbero la permanenza della struttura all'interno del SSN.*

3 *Cfr. "Il condizionamento delle mafie sull'economia, sulla società e sulle istituzioni del Mezzogiorno", Censis, 2009. Nel suddetto studio, realizzato su incarico della Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia, istituita con legge 4 agosto 2008, n. 132, vengono indicate alcune delle specifiche modalità in cui si realizza l'infiltrazione delle mafie nel settore della sanità, per cui: il forte potenziale di occupazione del settore viene sfruttato per assicurare posti di lavoro attraverso rapporti di tipo clientelare, i fondi per le spese sanitarie vengono intercettati dalle organizzazioni criminali, i proventi delle attività illecite vengono reinvestite in strutture private che poi saranno accreditate.*

4 *Per un'ampia disamina dell'evoluzione del fenomeno mafioso e del progressivo abbandono dell'utilizzo del meccanismo tradizionale della forza di intimazione del vincolo associativo verso l'utilizzo del metodo collusivo-corruttivo, si rinvia alla relazione annuale del Procuratore nazionale antimafia 2016. Particolarmente suggestiva è la dimostrazione, ivi contenuta, circa l'identità degli effetti che i due metodi ottengano: violazione delle regole fondamentali dell'ordinamento e sopraffazione ed assoggettamento della società civile. Se ne riporta un breve passaggio: « (…)Ottenuta l'assoluta e piena complicità dei PPUU, il sodalizio delega, poi, loro la scelta del meccanismo tecnico più adatto a raggiungere lo scopo di assicurarsi il governo completo ed effettivo di un settore economico. E qui la sopraffazione del prossimo (cioè il suo assoggettamento) seppure ottenuta con sistemi apparentemente meno violenti, non per questo è meno penetrante, paralizzante ed umiliante per chi la subisce, che, dal suo punto vista, percepisce a pieno l'intrinseca mafiosità di questo fenomeno(…).*

5 *Report realizzato da Transparency International Italia e RiSSC, nell'ambito del progetto "Unhealthy Health System" co-finanziato dalla Commissione Europea e dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.*

6 *Secondo i dati risultanti da un'indagine condotta da Agenas nel 2010, le strutture private che al 31 maggio 2010 lavoravano in nome e per conto del SSN sono risultate 13.224, differentemente distribuite nelle diverse aree geografiche. Le strutture più numerose sono le residenze socio-*

sanitarie, che rappresentano il 48% delle strutture (6.348) e comprendono residenze per anziani e demenze senili (21%), strutture di riabilitazione, ex art. 26 della legge 833/78 e le residenze per disabili fisici e psichici (16%), le strutture per dipendenze patologiche (5%), strutture per persone con problemi psichiatrici (6%). Il 47% (6.204) delle strutture è rappresentato dalla specialistica ambulatoriale: ambulatori di radiologia (8%), laboratori analisi (19%), altri ambulatori (20%). Gli ospedali e le residenze per malati di AIDS rappresentano una quota minima, con 111 strutture private complessive, pari all'1% del totale. Il 4% (543) è rappresentato dalle Case di Cura.

7 In Italia, su un totale di 1.200 ospedali, circa 550 sono strutture di cura private accreditate, che rappresentano quasi 48.178 posti letto, su un totale di circa 251.023, nei quali vengono ricoverati ogni anno circa 1 milione e 400mila italiani. Il numero di ricoveri privati accreditati corrisponde al 23% del totale nazionale con differenze significative tra regione e regione: vanno dal 48% nel Lazio al 2% in Basilicata. Queste strutture danno lavoro a oltre 83.277 addetti tra cui 20.596 medici e 24.632 infermieri con una spesa complessiva pari al 19% della spesa sanitaria totale (dati tratti dal report "corruzione e sprechi in sanità", realizzato da RiSSC e Transparency International nel novembre 2013).

Approvato dal Consiglio nella seduta del 7 settembre 2016
Depositato presso la Segreteria del Consiglio in data 13 settembre 2016

Il Segretario, Maria Esposito

Il Presidente
Raffaele Cantone