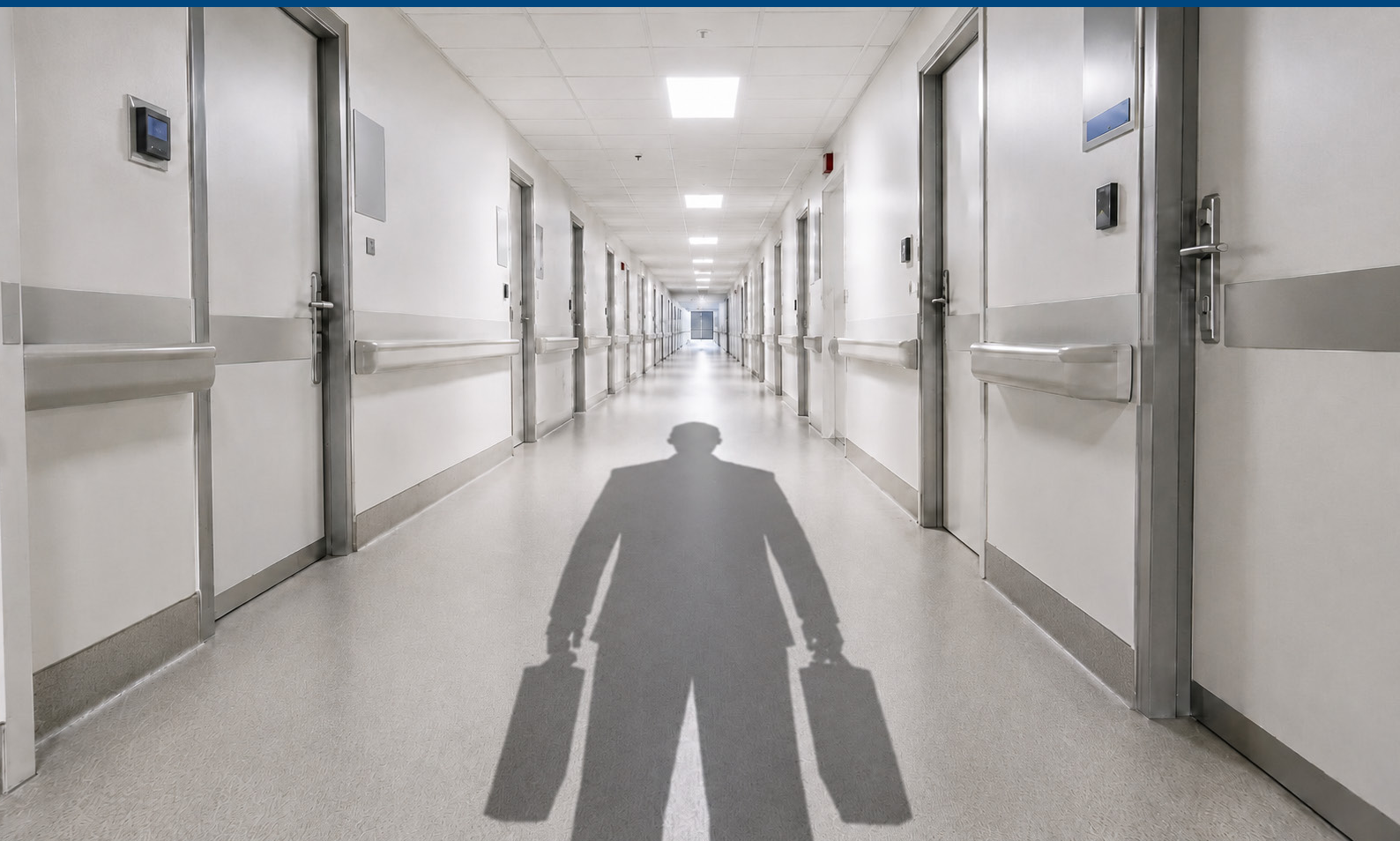


Report Osservatorio GIMBE 3/2026
Frodi e abusi in sanità



Report Osservatorio GIMBE 3/2026

Frodi e abusi in sanità

Questo report è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE
senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

L'indipendenza è la nostra forza, il tuo sostegno è prezioso.
Aiutaci a realizzare nuovi report per difendere i tuoi diritti.

www.sostienigimbe.it

AUTORI

Antonino Cartabellotta, Roberto Luceri, Marco Mosti, Elena Cottafava, Tiziano Innocenti.

CITAZIONE

Report Osservatorio GIMBE n. 3/2026. Frodi e abusi in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, maggio 2026. Disponibile a: www.gimbe.org/frodi-abusi. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il Report Osservatorio GIMBE n. 3/2026. "Frodi e abusi in sanità" è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

DISCLOSURE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione non profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nel report.

Il presente Report è stato realizzato nell'ambito del protocollo di intesa stipulato con l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), siglato il 7 aprile 2025 (www.anticorruzione.it/en/-/protocollo-d-intesa-tra-anac-e-fondazione-gimbe-7-aprile-2025)

Il Report è stato presentato presso la sede dell'ANAC il 19 maggio 2026.

DISCLAIMER

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente report.

L'editing del Report è stato curato dalla Fondazione GIMBE. Eventuali refusi e inesattezze possono essere segnalati all'indirizzo e-mail info@gimbe.org.

L'ultimo aggiornamento di dati, fonti e normative è stato effettuato il 15 maggio 2026.

Indice

1. Premessa	1
2. Background	4
3. Obiettivi	8
4. Metodi.....	9
5. Risultati.....	12
5.1. Definizione	12
5.2. Classificazione.....	17
5.3. Tassonomia di frodi e abusi in sanità.....	22
A. Policy-making e governance del sistema sanitario.....	25
B. Regolamentazione del sistema sanitario	25
C. Ricerca clinica.....	27
D. Marketing e promozione di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie ...	28
E. Acquisto di beni e servizi	29
F. Distribuzione e stoccaggio di prodotti sanitari.....	32
G. Gestione delle risorse finanziarie.....	32
H. Gestione delle risorse umane	34
I. Erogazione dei servizi sanitari	35
5.4. Fattori determinanti e favorenti	37
5.5. Impatto sulla salute	41
5.6. Impatto economico	48
5.7. Strategie di prevenzione e contrasto.....	50
5.8. Opzioni per i decisori politico-istituzionali	53
5.9. Governance e strumenti di contrasto nel Servizio Sanitario Nazionale	55
6. Limiti.....	62
7. Conclusioni	63

1. Premessa

Negli ultimi decenni i sistemi sanitari hanno progressivamente modificato i propri riferimenti culturali: dall'efficacia clinica alla *evidence-based medicine*, dalla qualità e sicurezza delle cure alla sostenibilità economica. Nel XXI secolo il concetto che più di altri consente di integrare queste dimensioni è quello di valore (*value*). Secondo la definizione originaria di Michael Porter¹, il valore in sanità esprime il rapporto tra gli outcome di salute rilevanti per il paziente e i costi sostenuti per ottenerli. In questa prospettiva, una spesa sanitaria genera valore solo quando produce benefici misurabili per pazienti, cittadini e comunità, mentre consuma risorse in modo inefficiente quando non contribuisce a migliorare gli esiti di salute.

Negli ultimi anni questa impostazione si è ampliata. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha ricondotto il valore in sanità a quattro dimensioni complementari: il valore personale, riferito alla capacità di rispondere agli obiettivi e alle preferenze dei pazienti; il valore tecnico, che riguarda il miglioramento degli esiti con le risorse disponibili; il valore allocativo, relativo alla distribuzione equa delle risorse; il valore sociale, inteso come contributo del sistema sanitario alla coesione, alla fiducia e alla partecipazione della comunità². Questo consente di collegare il tema degli sprechi non solo all'efficienza, ma anche all'equità, alla trasparenza e alla sostenibilità complessiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Su queste basi si è sviluppato il crescente interesse per la *value-based healthcare* (VBHC), che nell'ultimo decennio ha attirato l'attenzione di ricercatori^{3,4,5} e istituzioni internazionali, con la produzione di specifici report, tra cui quelli dell'OMS Europa in collaborazione con l'*European Observatory on Health Systems and Policies*⁶ e la Commissione Europea⁷. Recenti revisioni sistematiche confermano che la VBHC rappresenta un approccio promettente per contribuire alla sostenibilità dei servizi sanitari⁸, anche se la sua piena implementazione⁹ resta condizionata da barriere di natura culturale, normativa e tecnologica¹⁰. In questo contesto, il

¹ Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363:2477-81.

² WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789290220121. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

³ Gray M. Value based healthcare. *BMJ* 2017;356:j437.

⁴ Porter, ME, Lee, TH. From volume to value in health care: the work begins. *JAMA* 2016;316:1047-1048.

⁵ Tsevat, J. and C. Moriates, Value-Based Health Care Meets Cost-Effectiveness Analysis. *Ann Intern Medicine* 2018;169:329-332.

⁶ World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, PC Smith, A Sagan, L. Siciliani, et al. (2020). Building on value-based health care: towards a health system perspective. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponibile a: <https://iris.who.int/handle/10665/336134>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁷ European Commission. Defining value in "value based healthcare". Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019. Disponibile a: https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁸ Fernández-Salido M, Alhambra-Borrás T, Casanova G, et al. Value-Based Healthcare Delivery: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2024;21:134. Disponibile a: www.mdpi.com/1660-4601/21/2/134. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁹ van Staalduinen DJ, van den Bekerom P, Groeneveld S, et al. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2022;22:270. Disponibile a: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07489-2>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁰ Zanotto BS, Etges APBDS, Marcolino MAZ, et al. Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. *J Healthc Manag* 2021;66:340-365.

recente report OMS sulla *Value-Based Care*¹¹ sottolinea come la riduzione di sprechi e inefficienze rappresenti una leva imprescindibile per aumentare il *value for money* dei sistemi sanitari.

Considerato che il *value* viene misurato dal rapporto tra outcome di salute rilevanti per il paziente e costi sostenuti, per definire gli sprechi il presente report adotta la definizione di Taiichi Ohno – padre del sistema di produzione della Toyota – secondo cui «*gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare valore*»¹². In sanità, dunque, il *value for money* viene eroso da sprechi e inefficienze che consumano risorse senza migliorare gli outcome di salute, anche quando la loro esistenza è giustificata da nobili motivazioni: occupazione, qualità percepita, consenso professionale e sociale, etc.

La Fondazione GIMBE ha adattato al contesto italiano la tassonomia proposta da Don Berwick¹³, identificando sei categorie di sprechi e inefficienze in sanità:

- **Sovra-utilizzo:** prescrizione/erogazione di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) i cui potenziali rischi superano i benefici (valore negativo), i cui benefici sono minimi rispetto ai costi sostenuti (valore basso) oppure i cui benefici non sono noti (valore sconosciuto).
- **Sotto-utilizzo:** costi generati dal peggioramento degli esiti di salute a causa del sotto-utilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) dal valore elevato: efficaci, appropriati e dal costo adeguato rispetto alle alternative.
- **Inadeguato coordinamento dell'assistenza:** inefficienze intra- e inter-aziendali e/o scarsa integrazione tra diversi setting assistenziali o servizi dello stesso setting.
- **Inefficienze amministrative:** processi non clinici (gestionali e amministrativi) che assorbono una quantità eccessiva di risorse rispetto al valore generato.
- **Acquisti a costi eccessivi:** acquisti di beni e servizi a costi non standardizzati, superiori al valore di mercato e con ingiustificate differenze regionali e locali.
- **Frodi e abusi:** risorse erose direttamente o indirettamente da fenomeni corruttivi e/o da comportamenti opportunistici condizionati da conflitti di interesse, che non necessariamente configurano reato o illecito amministrativo.

Questa tassonomia consente di leggere gli sprechi lungo l'intera filiera del sistema sanitario, dalla programmazione alla regolazione, dagli acquisti all'erogazione delle prestazioni, dalla gestione amministrativa alle decisioni cliniche.

Parallelamente, il report OCSE *Tackling Wasteful Spending on Health*¹⁴ distingue tre grandi aree di spreco: la *wasteful clinical care*, riconducibile al sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie; l'*operational waste*, che include inefficienze organizzative e amministrative e la *governance-related waste*, legata a cattiva amministrazione, opacità decisionale, debolezza dei controlli, frodi e pratiche abusive e acquisti a costi eccessivi. Rispetto a questa classificazione, la tassonomia GIMBE introduce anche il sotto-utilizzo, perché il mancato accesso o la mancata

¹¹ WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789290220121. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹² Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production, Productivity Press Inc, 1995.

¹³ Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

¹⁴ OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: OECD Publishing; 2017. Disponibile a: www.oecd.org/en/publications/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en.html. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

erogazione di interventi dal valore elevato genera costi indiretti rilevanti in conseguenza del peggioramento degli esiti di salute.

Frodi e abusi e acquisti a costi eccessivi rappresentano due categorie di sprechi, ma al tempo stesso permeano tutte le altre. Possono infatti condizionare il policy-making, la regolazione, la ricerca biomedica, il marketing di farmaci e dispositivi medici, gli acquisti di beni e servizi, la distribuzione dei prodotti, la gestione delle risorse finanziarie, la gestione del personale e l'erogazione delle prestazioni sanitarie. In questa prospettiva, non si limitano alla sottrazione diretta di risorse, ma alterano priorità, incentivi, decisioni cliniche e organizzative, producendo effetti negativi su qualità dell'assistenza, equità di accesso, sostenibilità economica e fiducia dei cittadini nelle istituzioni.

Il settore sanitario è particolarmente vulnerabile a frodi e abusi per ragioni strutturali. La complessità dei processi decisionali, l'asimmetria informativa tra professionisti, pazienti, fornitori e istituzioni, la difficoltà di misurare in modo sistematico qualità ed esiti, l'elevata discrezionalità clinica e amministrativa, il peso economico degli acquisti pubblici, la presenza di conflitti di interesse e la frammentazione dei sistemi informativi creano condizioni favorevoli alla proliferazione di comportamenti opportunistici. Tali comportamenti non necessariamente configurano reati o illeciti amministrativi, ma risultano comunque rilevanti per il SSN quando sottraggono risorse, distorcono decisioni, riducono il valore prodotto dalla spesa sanitaria o compromettono l'interesse pubblico, finendo per rappresentare un ostacolo sistemico alla creazione di valore. Per contrastarli, l'OCSE raccomanda di rafforzare i meccanismi di accountability, implementare sistemi digitali trasparenti per la tracciabilità dei flussi finanziari e delle forniture e adottare pratiche di procurement *value-based* basate su contratti chiari e verificabili. In questa prospettiva, la lotta a frodi e abusi non è soltanto una questione etica, ma una strategia per liberare risorse da reinvestire in prestazioni e tecnologie dal valore elevato. Peraltro, l'Italia occupa posizioni poco invidiabili nelle classifiche internazionali sulla corruzione in ambito economico e produttivo: il *Transparency Corruption Perceptions Index 2025* assegna al nostro Paese uno score di 53 su 100, collocandolo al 19° posto tra i 27 Stati membri dell'Unione Europea e al 52° su 182 a livello globale, con un trend in peggioramento rispetto all'anno precedente¹⁵.

In definitiva, affrontare frodi e abusi significa agire su una delle aree più critiche degli sprechi in sanità. Non si tratta soltanto di identificare condotte illecite o sanzionare responsabilità individuali, ma di riconoscere e correggere le condizioni organizzative, amministrative, professionali, culturali e sociali che determinano la dispersione di risorse pubbliche. Di conseguenza, il presente report analizza frodi e abusi come fenomeni sistemici che incidono sul valore prodotto dal SSN, con l'obiettivo di fornire una tassonomia operativa, descriverne determinanti e impatto e individuare strumenti di prevenzione, rilevazione e contrasto coerenti con una sanità pubblica trasparente, equa e orientata al valore.

¹⁵ Transparency International. Corruption perceptions index 2025. Disponibile a: www.transparency.org/en/cpi/2025. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

2. Background

Nota terminologica. Il termine “corruzione” non viene utilizzato esclusivamente nella sua accezione penalistica o strettamente giuridica. Nella letteratura internazionale di ambito sanitario, il termine viene infatti riferito ad un insieme più ampio di pratiche corruttive, abusive, fraudolente, informali o caratterizzate da conflitti di interessi, che possono compromettere integrità, equità, qualità e sostenibilità dei sistemi sanitari, anche quando non configurano necessariamente un reato. Per questa ragione, la Fondazione GIMBE adotta la formula “frodi e abusi in sanità” per descrivere in modo unitario un insieme di condotte che sottraggono risorse, distorcono decisioni e producono effetti negativi per pazienti, cittadini e istituzioni.

I fenomeni corruttivi rappresentano un problema universale per i sistemi sanitari. Nonostante il loro impatto sugli esiti di salute, sull’equità, sulla sostenibilità economica e sulla fiducia dei cittadini, vengono spesso considerati una questione marginale oppure un tema troppo delicato, complesso o radicato per essere affrontato in modo efficace¹⁶. Anche quando esiste una chiara volontà politica di intervenire, le evidenze scientifiche sulle modalità per contrastare questi fenomeni in maniera sistematica restano limitate. In quanto minaccia sistemica, la corruzione compromette le fondamenta dei sistemi sanitari, colpendo soprattutto le persone povere e i gruppi più vulnerabili. Inoltre, nelle situazioni di crisi – pandemie, conflitti, disastri naturali o emergenze umanitarie – tende a prosperare, sfruttando l’indebolimento dei meccanismi di controllo, l’urgenza nella distribuzione delle risorse e la necessità di assumere decisioni rapide in condizioni di incertezza¹⁷. Ecco perché attribuire priorità al contrasto della corruzione nei sistemi sanitari è essenziale non solo per garantire una buona governance, ma anche per migliorare la salute, rafforzare i sistemi sanitari e promuovere maggiore equità. Sistemi trasparenti e responsabili risultano inoltre più resilienti nelle crisi e maggiormente in grado di preservare la fiducia pubblica: un’esigenza particolarmente rilevante nel contesto attuale, segnato da polarizzazione e vulnerabilità alla disinformazione.

La corruzione non è un fenomeno marginale: in molti Paesi rappresenta uno dei principali ostacoli al raggiungimento della copertura sanitaria universale¹⁸. *Transparency International* la definisce, in senso ampio, come “l’abuso di un potere affidato per ottenere un vantaggio privato”¹⁹. In ambito sanitario, questa definizione deve essere interpretata in modo estensivo, includendo non solo la corruzione in senso stretto, ma anche appropriazione indebita, frodi negli appalti, assenteismo, pagamenti informali, conflitti di interessi, favoritismi e altre

¹⁶ Balabanova D, Spicer N, Hutchinson E, Stoeva P, McKee M. How can we better prepare health systems to resist corruption? Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2026. Disponibile a: <https://iris.who.int/handle/10665/385274>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁷ U4. Health emergencies and pandemics. Disponibile a: www.u4.no/topics/health-emergencies/basics. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁸ Clarke D. Changing the Conversation, Why We Need to Reframe Corruption as a Public Health Issue. Comment on “We Need to Talk About Corruption in Health Systems”. *Int J Health Policy Manag* 2020;9:257–9.

¹⁹ Transparency International. What is corruption? Disponibile a: www.transparency.org/en/what-is-corruption. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

pratiche abusive o non etiche. Tali comportamenti sottraggono risorse già limitate, alterano gli incentivi, distorcono le decisioni cliniche, organizzative e allocative e compromettono sia la qualità dell'assistenza sia l'accesso alle cure.

Le conseguenze di frodi e abusi in sanità possono essere rilevanti. Prodotti medici sub-standard o falsificati, forniture assegnate in modo improprio, risorse sottratte ai servizi essenziali, prescrizioni condizionate da interessi commerciali e cure negate o ritardate a chi non è in grado di sostenere pagamenti informali possono determinare un aumento di morbilità, mortalità evitabile e diseguaglianze di salute. Inoltre, frodi, abusi e pratiche corruttive minano la fiducia nei sistemi sanitari, scoraggiano il ricorso tempestivo ai servizi e indeboliscono il patto tra cittadini, professionisti e istituzioni.

Nonostante la loro portata, questi fenomeni non vengono ancora affrontati in modo adeguato da decisori politici, agenzie nazionali e, in parte, dagli stessi sistemi sanitari. Questo fallimento dipende da diversi fattori interconnessi. Il primo è rappresentato dai forti incentivi ad agire in modo corruttivo o abusivo. In molti contesti, pratiche informali, scambi di favori e condotte illecite sono incorporati nel funzionamento ordinario dei sistemi sanitari, a più livelli. I politici possono utilizzare i bilanci sanitari per rafforzare reti clientelari; i processi di approvvigionamento possono essere orientati per favorire soggetti collegati a tali reti; professionisti e operatori sanitari, soprattutto se sottopagati o pagati in ritardo, possono sollecitare pagamenti informali per integrare retribuzioni inadeguate. In questi contesti, interventi anticorruzione semplicistici difficilmente producono risultati significativi. Se, ad esempio, il personale sanitario percepisce salari insufficienti o discontinui, il contrasto all'assenteismo può aumentarne la presenza sui luoghi di lavoro, ma può parallelamente incentivare il ricorso a pagamenti informali per garantire un reddito ritenuto dignitoso²⁰. In questi casi, la sfida non risiede solo nella resistenza agli interventi anticorruzione, ma anche nell'assenza di alternative conformi alle regole. Anche pazienti e cittadini possono sostenere misure anticorruzione e, al tempo stesso, ricorrere per necessità a pagamenti informali. Alcuni possono persino preferire contesti in cui tali pagamenti garantiscono accesso più rapido, maggiore attenzione o una qualità dell'assistenza percepita come migliore. Ciò implica che, per essere efficaci e socialmente accettabili, le strategie anticorruzione devono affrontare problemi sistemici più profondi: sottofinanziamento, scarsa qualità dei servizi, lunghi tempi di attesa, opacità decisionale e debolezza dei meccanismi di accountability. Solo in questo modo i cittadini smetteranno di percepire le pratiche informali come una concreta possibilità per una migliore accessibilità a servizi e prestazioni sanitarie.

Il secondo fattore riguarda il ruolo delle dinamiche politiche, industriali e commerciali. Frodi, abusi e pratiche corruttive sono spesso sostenuti da attori dotati di potere politico, amministrativo o economico, nonché da reti che traggono vantaggi dalla conservazione dello status quo. In questi casi, i soggetti che avrebbero il mandato o la volontà di contrastare tali pratiche possono non disporre dell'autonomia, delle risorse o del potere necessario per intervenire efficacemente²¹.

²⁰ Demirgüç-Kunt A et al. Effects of public sector wages on corruption: Wage inequality matters. *Journal of Comparative Economics* 2023;51:941-59.

²¹ Søreide T. Drivers of corruption: A brief review. Washington (DC): The World Bank, 2014. Disponibile a: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/5e637211b8c8db34563be1c6cf44d2d2-0260012014/original/Drivers-of-corruption.pdf>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

Il terzo fattore è rappresentato dalla debolezza e dalla frammentazione dell'accountability. Molti attori della sanità pubblica concentrano l'attenzione soprattutto sul corretto uso delle risorse e sul rischio di una loro gestione impropria. Tuttavia, la sfida dell'accountability è più ampia: riguarda anche la chiarezza delle responsabilità, dei processi decisionali e dei meccanismi di controllo lungo l'intera catena istituzionale. I sistemi sanitari coinvolgono numerosi attori, collocati a diversi livelli del sistema sanitario e dell'amministrazione pubblica, spesso in presenza di finanziamenti esterni, processi decisionali decentrati, sistemi assicurativi complessi e rapporti articolati tra pubblico, privato e non profit²². Questa complessità rende difficile il coordinamento, frammenta le responsabilità e indebolisce vigilanza e controllo²³. A differenza di altri settori pubblici, i sistemi sanitari devono inoltre adattarsi continuamente a bisogni variabili e shock inattesi, come focolai epidemici, crisi umanitarie o emergenze ambientali. Queste caratteristiche rendono più complessa la supervisione e possono ampliare gli spazi per condotte opportunistiche, frodi e abusi.

Il quarto fattore è rappresentato dallo stigma e dal silenzio. Parlare apertamente di corruzione può essere politicamente sensibile e comportare rischi professionali, reputazionali o personali. Professionisti e operatori sanitari possono temere ritorsioni; funzionari pubblici e governi possono preoccuparsi delle conseguenze reputazionali; istituzioni e organizzazioni possono preferire non esporre le proprie vulnerabilità. Di conseguenza, i fenomeni corruttivi vengono spesso descritti con eufemismi quali "sprechi", "inefficienze", "criticità organizzative" o "problemi di governance", invece di essere nominati e riconosciuti esplicitamente²⁴.

Il quinto fattore è la limitata disponibilità di evidenze robuste. Restano insufficienti i dati sull'entità, la natura, le cause, le conseguenze e la distribuzione dei fenomeni corruttivi nei sistemi sanitari, così come sull'efficacia degli interventi di prevenzione e contrasto. Queste lacune rendono più difficile progettare misure mirate, valutare i risultati, confrontare esperienze diverse e convincere i decisori dell'urgenza del problema.

Tutti questi elementi contribuiscono a far percepire frodi, abusi e pratiche corruttive come fenomeni troppo radicati per poter essere contrastati²⁵. Decisori politici, manager e professionisti sanitari possono riconoscerne l'esistenza, ma ritenere che non vi siano strumenti concreti per intervenire. A rafforzare questa convinzione contribuiscono il fatalismo e l'idea, fuorviante, che le pratiche corruttive configurino un habitus culturale immutabile, anziché un problema sistemico generato da incentivi, rapporti di potere, debolezze istituzionali e opacità organizzative.

Negli ultimi anni, tuttavia, si sono moltiplicati gli appelli all'azione²⁶. La *Lancet Global Health Commission on Anti-Corruption in Health* è stata istituita per sviluppare misure innovative e, al tempo stesso, istituzionalmente e politicamente praticabili, capaci di sostenere il progresso

²² Bigdeli M et al. Health systems governance: the missing links. *BMJ Global Health* 2022;5:e002533.

²³ Gatome-Munyua A et al. Reducing fragmentation of primary healthcare financing for more equitable, people-centred primary healthcare. *BMJ Global Health* 2025;10:e015088.

²⁴ Hutchinson E et al. We Need to Talk About Corruption in Health Systems. *Int J Health Policy Manag* 2019;8:191-4.

²⁵ Hoffmann LK, Patel RN. *Collective Action on Corruption in Nigeria: A Social Norms Approach to Connecting Society and Institutions*. London: The Royal Institute of International Affairs. Chatham House Report, 2017. Disponibile a: www.chathamhouse.org/sites/default/files/publications/research/2017-05-17-corruption-nigeria-hoffmann-patel-final.pdf. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

²⁶ United Nations General Assembly 2023. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. Disponibile a: <https://docs.un.org/en/A/RES/78/4>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

verso la copertura sanitaria universale²⁷. La pandemia da COVID-19 ha inoltre sgretolato l'illusione che la corruzione sia un problema marginale o confinato ad alcuni Paesi a basso reddito, mettendo in luce la fragilità dei sistemi sanitari a livello globale e la facilità con cui frodi, abusi e pratiche corruttive possono compromettere le risposte alle emergenze: dai contratti sovradimensionati ai fornitori fittizi, dalla sottrazione di vaccini alla manipolazione dei dati, dalla distribuzione opaca di risorse alla circolazione di prodotti non conformi, la pandemia ha mostrato che la corruzione può assumere i caratteri di una vera emergenza di sanità pubblica. Non si tratta soltanto di un problema di legalità o di buona amministrazione: quando altera l'accesso alle cure, riduce la qualità dell'assistenza, sottrae risorse e mina la fiducia, la corruzione produce conseguenze dirette sulla salute individuale e collettiva.

La crisi pandemica ha però anche aperto una finestra di opportunità. È cresciuta l'indignazione pubblica verso frodi, abusi e opacità decisionali; al tempo stesso, nuovi strumenti digitali, sistemi informativi e infrastrutture di tracciabilità offrono possibilità concrete per aumentare la trasparenza, monitorare i flussi finanziari, identificare anomalie e valutare le performance. Sta inoltre emergendo una maggiore consapevolezza del fatto che l'anticorruzione non serve soltanto a punire i responsabili, ma a costruire sistemi sanitari più equi, resilienti e degni di fiducia.

L'attuale crisi globale del finanziamento della sanità rende questa urgenza ancora più evidente. Con il progressivo restringimento dello spazio fiscale destinato alla salute, governi e finanziatori internazionali sono sottoposti a una pressione crescente per fare di più con meno risorse. In questo scenario, contrastare frodi, abusi e fenomeni corruttivi diventa una priorità imprescindibile: risorse già limitate rischiano infatti di essere sottratte proprio ai contesti e alle popolazioni per cui sarebbero più necessarie. Rafforzare efficienza, integrità e accountability dei sistemi sanitari non è dunque soltanto una questione di governance, ma una condizione centrale per il raggiungimento della copertura sanitaria universale in un'epoca segnata da bilanci pubblici compressi, crisi finanziarie, instabilità geopolitica e crescente domanda di assistenza. Contrastare frodi, abusi e pratiche corruttive nei sistemi sanitari significa proteggere risorse essenziali, ridurre le diseguaglianze e migliorare la capacità dei sistemi sanitari di rispondere ai bisogni della popolazione, soprattutto dei gruppi più vulnerabili. Sistemi trasparenti, responsabili e capaci di apprendere dai propri errori sono inoltre più resilienti nelle crisi e più capaci di mantenere la fiducia pubblica: un'esigenza particolarmente urgente nel contesto attuale, segnato da polarizzazione, disinformazione e crescente sfiducia verso le istituzioni.

²⁷ Balabanova D, McKee M, Hutchinson E, Stoeva P, Spicer N. Announcing the Lancet Global Health Commission on anti-corruption in health: a call for a novel approach. *Lancet Glob Health* 2025;13:e1341-e1342.

3. Obiettivi

L'obiettivo generale del presente report è fornire un quadro organico su frodi e abusi in sanità, intesi come l'insieme dei fenomeni corruttivi, fraudolenti, abusivi, informali o caratterizzati da conflitti di interessi che sottraggono risorse al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), peggiorano gli esiti di salute, ostacolano l'accesso equo alle cure e compromettono la fiducia dei cittadini nelle istituzioni.

In particolare, il report si propone di:

- analizzare le principali definizioni e classificazioni internazionali dei fenomeni corruttivi in sanità, ricostruendone il perimetro concettuale e l'evoluzione nel tempo;
- definire la tassonomia di frodi e abusi in sanità;
- analizzarne i principali fattori determinanti e favorenti;
- valutarne l'impatto su salute, accesso alle cure, qualità dell'assistenza, equità e fiducia nelle istituzioni;
- riportare le stime disponibili sull'impatto economico, evidenziandone limiti metodologici, robustezza e comparabilità;
- descrivere le principali strategie per prevenire e contrastare frodi e abusi in sanità;
- fornire opzioni generali per i decisori politico-istituzionali;
- offrire una panoramica sulle attuali modalità di gestione di frodi e abusi nel SSN, identificandone criticità e possibili azioni di miglioramento.

4. Metodi

Il presente report è stato elaborato secondo l'approccio metodologico delle *scoping reviews*^{28,29}, particolarmente indicato per mappare in modo ampio e sistematico fenomeni complessi e frammentati, identificandone le principali dimensioni concettuali, le determinanti, gli impatti e le strategie di risposta. Rispetto a una *scoping review* formale, la metodologia è stata adattata alle finalità del report, che richiede l'integrazione tra letteratura scientifica indicizzata, documenti istituzionali (*grey literature*) e casistiche giurisprudenziali nazionali. Il ricorso strutturato alla letteratura grigia segue le raccomandazioni della Cochrane Collaboration³⁰, che ne riconosce il ruolo essenziale nelle revisioni che trattano tematiche di policy, aspetti regolatori e sanità pubblica, dove una quota rilevante di evidenze risiede in documenti non indicizzati nelle banche dati biomediche.

Quesiti di ricerca. Coerentemente con gli obiettivi del report (§ 3), sono stati definiti i seguenti quesiti:

1. Quali sono le principali definizioni e classificazioni dei fenomeni corruttivi in sanità adottate nella letteratura scientifica e dai principali organismi internazionali?
2. Quali categorie tassonomiche consentono di classificare in modo esaustivo e tendenzialmente distinti, pur nella consapevolezza di possibili sovrapposizioni, i fenomeni di frodi e abusi in sanità?
3. Quali sono i principali fattori determinanti e favorenti delle frodi e degli abusi nei sistemi sanitari?
4. Quali sono le evidenze disponibili sull'impatto di frodi e abusi su salute, accesso alle cure, qualità dell'assistenza, equità e fiducia nelle istituzioni?
5. Quali stime sono disponibili sull'impatto economico di frodi e abusi in sanità e con quali metodologie e limiti sono state prodotte?
6. Quali sono le principali strategie per prevenire e contrastare frodi e abusi in sanità, quali evidenze ne supportano l'efficacia e quali implicazioni ne derivano per i decisori politico-istituzionali?
7. Quali sono gli strumenti di governance di frodi e abusi nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)?

Fonti di informazione. La selezione delle fonti ha privilegiato i documenti istituzionali prodotti da organismi nazionali e internazionali competenti in materia di sanità pubblica, anticorruzione e contrasto alle frodi, integrandoli con la letteratura scientifica indicizzata e con le casistiche nazionali.

- **Fonti internazionali.** Sul piano internazionale, sono stati consultati i documenti tecnici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con particolare riferimento al

²⁸ Pollock D, Evans C, et al. "How-to": scoping review? J Clin Epidemiol. 2024;176:111572.

²⁹ Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018 Oct 2;169(7):467-473. doi: 10.7326/M18-0850. Epub 2018 Sep 4. PMID: 30178033.

³⁰ Lefebvre C, Glanville J, et al. Chapter 4: Searching for and selecting studies [last updated March 2025]. In: Higgins JP, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al, editor(s). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.5, 2025.

framework sugli sprechi correlati alla *governance* e ai documenti sul costo della corruzione in sanità, i report dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), nonché i documenti prodotti dall'*European Healthcare Fraud & Corruption Network* (EHFCN), da *Transparency International* (con specifico riferimento alla sezione *Global Health* e al *Corruption Perceptions Index*), dall'*United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), dal *Department of Health and Human Services* statunitense attraverso il suo *Office of Inspector General*, dai *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) e dalla *National Health Care Anti-Fraud Association* (NHCAA).

- **Fonti nazionali.** Sul fronte nazionale, le fonti istituzionali consultate includono i Piani Nazionali Anticorruzione, le delibere e le linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), i documenti tecnici dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), gli atti di indirizzo del Ministero della Salute e i protocolli d'intesa siglati tra queste istituzioni. Sono state inoltre consultate le relazioni annuali della Corte dei conti sul Servizio Sanitario Nazionale, i rapporti operativi della Guardia di Finanza relativi alle frodi in danno del servizio sanitario e la documentazione resa disponibile dall'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) in materia di contrasto al crimine farmaceutico. Dati di contesto sono stati acquisiti dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e da altri enti di ricerca pubblici.
- **Letteratura scientifica.** La letteratura scientifica è stata ricercata nelle principali banche dati biomediche e multidisciplinari: PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science e Cochrane Library. La scelta di queste banche dati riflette la prassi consolidata nelle revisioni in ambito *health policy* e consente un'ampia copertura sia della letteratura clinica sia di quella gestionale ed economico-sanitaria.
- **Casistiche giurisprudenziali.** Le casistiche giurisprudenziali – sentenze della Corte di Cassazione, pronunce dei giudici di merito e della magistratura contabile – sono state utilizzate a fini esemplificativi per illustrare la fenomenologia delle frodi in sanità. Analogo utilizzo, con esclusive finalità di contestualizzazione, è stato fatto per le inchieste giornalistiche di rilievo nazionale.

Strategie di ricerca bibliografica. La ricerca sulle banche dati scientifiche è stata condotta fino ad aprile 2026. Sono state utilizzate le seguenti stringhe di ricerca, adattate alla sintassi di ciascuna banca dati mediante operatori booleani (AND, OR) e, ove pertinente, *Medical Subject Headings* (MeSH):

- Blocco 1. Termini principali: “healthcare fraud” OR “medical fraud” OR “health insurance fraud” OR “health care abuse” OR “healthcare corruption” OR “fraud and abuse”
- Blocco 2. Ambito sanitario: “healthcare system” OR “health system” OR “national health service” OR “public health” OR “medicare” OR “medicaid”
- Blocco 3. Aree tematiche specifiche: “upcoding” OR “phantom billing” OR “kickback” OR “procurement fraud” OR “waiting list manipulation” OR “informal payment” OR “research misconduct” OR “disease mongering” OR “conflict of interest”
- Blocco 4. Impatto e determinanti: “health outcomes” OR “mortality” OR “morbidity” OR “patient safety” OR “health inequity” OR “economic burden” OR “financial loss” OR “determinants” OR “risk factors” OR “governance” OR “accountability” OR “transparency”
- Blocco 5. Prevenzione e contrasto: “fraud detection” OR “fraud prevention” OR “anti-corruption” OR “whistleblowing” OR “audit” OR “compliance”

Le stringhe sono state combinate nella forma: (Blocco 1) AND (Blocco 2 OR Blocco 3 OR Blocco 4 OR Blocco 5).

La ricerca è stata integrata con tre strategie complementari: la consultazione manuale (*hand searching*) dei siti istituzionali sopra elencati; lo *snowballing*, ovvero l'analisi delle bibliografie dei documenti più rilevanti individuati nella prima fase; infine, la consultazione di *scoping reviews* recenti sul tema, utilizzata sia come fonte di riferimenti aggiuntivi, sia come termine di confronto per la validazione della tassonomia rispetto al quadro internazionale.

Criteri di inclusione ed esclusione. Sono stati inclusi nel report i documenti che definiscono, classificano o descrivono fenomeni di frodi e abusi in ambito sanitario; ne analizzano determinanti, modalità operative e attori coinvolti; riportano stime di impatto economico o evidenze di impatto su salute, accesso alle cure, qualità, equità o fiducia nelle istituzioni; propongono o valutano strategie di prevenzione, rilevazione o contrasto; descrivono assetti di governance, strumenti normativi o esperienze istituzionali pertinenti. Sono state inoltre incluse le casistiche giurisprudenziali italiane con provvedimenti definitivi o di rilievo sistemico.

Sono stati esclusi i documenti relativi esclusivamente a frodi in ambito assicurativo non sanitario, gli studi focalizzati su singoli algoritmi di *fraud detection* privi di implicazioni tassonomiche o di policy, nonché gli *opinion paper* e i commenti editoriali privi di base documentale o metodologica.

Estrazione e sintesi dei dati. Da ciascun documento incluso sono state estratte, mediante matrice di sintesi in foglio elettronico, le seguenti informazioni: tipologia e anno della fonte, contesto geografico, categoria di frode o abuso, attori coinvolti (decisori politici, funzionari pubblici, professionisti sanitari, produttori e fornitori, pazienti, ricercatori), fase della filiera sanitaria interessata, eventuali dati quantitativi di impatto economico o sanitario e strumenti di prevenzione o contrasto proposti. La sintesi è stata condotta secondo un approccio di analisi tematica narrativa, privilegiando la costruzione di categorie tendenzialmente distinte, pur nella consapevolezza di possibili sovrapposizioni.

Costruzione della tassonomia. La tassonomia è stata elaborata attraverso un processo iterativo articolato in quattro fasi. La prima fase è consistita nella mappatura preliminare delle categorie ricorrenti nella letteratura internazionale e nei documenti istituzionali, con particolare attenzione ai framework proposti da OMS, Transparency International e UNODC, che articolano i fenomeni corruttivi in sanità lungo l'intera filiera del sistema. La seconda fase ha riguardato l'adattamento al contesto italiano, integrando le specificità del SSN che configurano fenomenologie di frode e abuso peculiari rispetto ad altri sistemi sanitari, tra cui l'attività libero-professionale intramuraria, la gestione delle liste d'attesa, le esenzioni ticket per reddito, le quote capitarie e i rapporti con il privato accreditato. La terza fase ha previsto la validazione interna mediante confronto incrociato con i framework di riferimento di ANAC, Agenas, OMS e Transparency International. La quarta fase ha comportato la definizione operativa di ciascuna categoria, corredata da esempi desunti dalla letteratura, dai documenti istituzionali e dalle casistiche nazionali.

La tassonomia finale è articolata su due livelli: nove categorie coprono l'intera filiera sanitaria, e includono 65 tipologie di frodi e abusi che descrivono le manifestazioni concrete (§ 5.3). Questa struttura risponde all'esigenza di coniugare completezza classificatoria e applicabilità operativa, consentendo l'utilizzo della tassonomia sia a fini di prevenzione e vigilanza sia come strumento di analisi istituzionale.

5. Risultati

5.1. Definizione

La classificazione di determinate pratiche come corruttive riflette inevitabilmente valutazioni normative, politiche e pragmatiche e può essere influenzata anche dagli stessi strumenti adottati per contrastarle. In questa prospettiva, le definizioni di corruzione non si limitano a descrivere il fenomeno, ma ne orientano l'analisi, delimitando il perimetro di ciò che viene riconosciuto come corruttivo e contribuendo a definire priorità e strategie di prevenzione. Molte pratiche corruttive si collocano infatti in una zona grigia tra legalità e illegalità, modellata da norme, valori e standard etici propri dei diversi contesti istituzionali, professionali e sociali.

La Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata nell'ambito dello *United Nations Office on Drugs and Crime (UNCAC)* non propone una definizione generale di corruzione, ma individua una serie di condotte che i Paesi dovrebbero qualificare come illecite perché riconducibili al fenomeno corruttivo³¹. Questa scelta riflette la difficoltà di ricondurre la corruzione a una nozione univoca e universalmente condivisa: definizioni, percezioni e soglie di tollerabilità variano infatti tra Paesi e, talvolta, anche all'interno dello stesso Paese. Le pratiche corruttive possono assumere la forma di reati gravi sino a inserirsi in sistemi criminali organizzati o su larga scala, ma possono anche collocarsi in aree meno definite, al confine tra irregolarità amministrativa, abuso di funzione, conflitto di interessi e comportamento non etico³².

Non tutte le condotte informali, tuttavia, possono essere automaticamente qualificate come corruttive. In alcuni contesti, sistemi e pratiche informali possono emergere come risposte pragmatiche alle difficoltà di garantire l'assistenza in sistemi sanitari gravemente sottofinanziati³³, un fenomeno ricondotto alla cosiddetta "corruzione di sopravvivenza"³⁴. Distinguere le pratiche corruttive da comportamenti informali, non etici, irregolari o illegali è quindi complesso, anche perché tali pratiche non producono sempre, almeno nell'immediato, evidenti conseguenze negative. Come osserva Glynn, *"la corruzione non comprende soltanto condotte che nella maggior parte dei Paesi sono illegali, ma anche quelle che possono ragionevolmente essere considerate non etiche e che, quando diventano pervasive, indeboliscono i sistemi sanitari e alimentano la sfiducia nei loro confronti"*³⁵.

³¹ United Nations Office on Drugs and Crime. United Nations Convention against Corruption. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2024. Disponibile a: www.unodc.org/documents/brussels/UN_Convention_Against_Corruption.pdf. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

³² Hussmann K. Demystify False Dilemmas to Speak About Corruption in Health Systems: Different Actors, Different Perspectives, Different Strategies. Comment on "We Need to Talk About Corruption in Health Systems". *Int J Health Policy Manag* 2019;8:620-2.

³³ Hutchinson E, Naher N, Roy P, et al. *BMJ Glob Health* 2020;5:e003092.

³⁴ Gaitonde R. Corruption - Taking a Deeper Dive. Comment on "We Need to Talk About Corruption in Health Systems". *Int J Health Policy Manag* 2019;8:672-4.

³⁵ Glynn EH. Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach. *Front Public Health* 2022;10:910073.

Negli ultimi quarant'anni, le definizioni di corruzione si sono progressivamente ampliate. L'attenzione inizialmente rivolta alle condotte dei singoli individui titolari di funzioni pubbliche si è estesa al riconoscimento dei fattori sistemici che favoriscono e amplificano il fenomeno, nonché alla consapevolezza che pratiche corruttive possano manifestarsi anche nel settore privato e in quello non profit. La figura 5.1 illustra l'evoluzione del modo in cui la corruzione è stata concettualizzata nel tempo: da fallimento morale o deviazione individuale a fenomeno sistemico, adattativo e radicato nei contesti istituzionali, organizzativi e sociali. La figura evidenzia inoltre il progressivo spostamento delle strategie anticorruzione da approcci prevalentemente repressivi e standardizzati verso interventi più sensibili al contesto, orientati alla prevenzione e, in ambito sanitario, coerenti con una prospettiva di sanità pubblica.

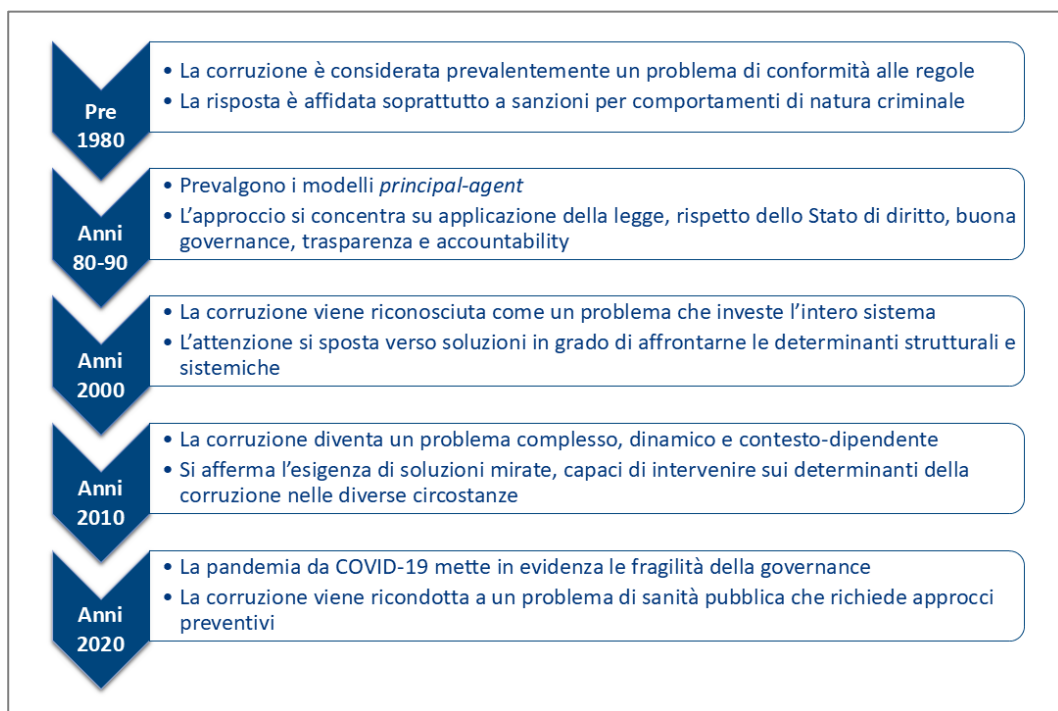


Figura 5.1. Evoluzione del concetto di corruzione e delle strategie anticorruzione in sanità

Organizzazioni e analisti adottano spesso un approccio pragmatico alla definizione di corruzione, privilegiando formulazioni coerenti con i propri obiettivi, mandati istituzionali o ambiti di intervento, oppure volte a mettere in evidenza gli aspetti ritenuti più rilevanti in uno specifico contesto³⁶. Questa eterogeneità nelle definizioni pone una questione centrale per la salute globale: quale definizione di corruzione risulta più adeguata per analizzare i sistemi sanitari, orientare le politiche di prevenzione e individuare interventi efficaci?

La definizione proposta dalla *World Bank*³⁷ – “l’abuso di una carica pubblica per ottenere un vantaggio privato” – ha avuto ampia diffusione nella letteratura sulla corruzione ed è stata utilizzata anche negli studi sul fenomeno in ambito sanitario. In una prospettiva analoga, Vian sostiene che “la corruzione si verifica quando funzionari pubblici, ai quali è affidata l’autorità di

³⁶ Kurer O. Definitions of corruption. In: Heywood P, ed. Routledge Handbook of Political Corruption. London: Routledge, 2014: 30–41.

³⁷ World Bank. World development report 2004: Making services work for poor people. Washington (DC): World Bank and Oxford University Press, 2003. Disponibile a: <http://documents.worldbank.org/curated/en/832891468338681960>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

*perseguire obiettivi di interesse generale, utilizzano invece la propria posizione e il proprio potere per avvantaggiare sé stessi o persone a loro vicine*³⁸. Secondo questa prospettiva, l'abuso di potere può derivare dall'interazione tra pressioni esterne, opportunità disponibili e capacità degli individui di razionalizzare il proprio comportamento. La definizione della Banca Mondiale è stata tuttavia criticata perché circoscrive la corruzione all'abuso di una funzione pubblica, coglie solo parzialmente il ruolo del potere nel generare e riprodurre pratiche corruttive e non considera adeguatamente le forme di corruzione che si manifestano nel settore privato. Anche per queste ragioni, ha acquisito crescente rilevanza la definizione più ampia proposta da Transparency International: *“l'abuso di un potere affidato per ottenere un vantaggio privato”*³⁹. Si tratta di una formulazione estensiva, che consente di ricondurre al fenomeno pratiche diverse, osservabili in molteplici settori e contesti: pubblica amministrazione, imprese private, organizzazioni non profit e società civile. In questa prospettiva, la corruzione include un ampio spettro di condotte, tra cui abuso d'ufficio, appropriazione indebita, favoritismi, conflitti di interessi e influenze indebite. Tali pratiche possono manifestarsi a diversi livelli, dalla “piccola corruzione” che coinvolge operatori e funzionari in prima linea, fino alla “grande corruzione” associata a figure politiche, amministrative o economiche di alto profilo. Anche questa definizione, tuttavia, presenta alcuni limiti: pur avendo il merito di superare una concezione strettamente pubblicistica della corruzione, non coglie pienamente la natura relazionale, sistemica e contestuale del fenomeno, che è spesso modellato da assetti di potere, norme sociali, incentivi istituzionali e valutazioni pragmatiche. Le interpretazioni più recenti tendono quindi ad ampliare la nozione di abuso di potere affidato, ponendo maggiore attenzione ai contesti istituzionali e sociali che favoriscono l'emergenza, l'accettazione e la persistenza delle pratiche corruttive.

Accanto a queste definizioni si colloca la teoria *principal-agent*, che ha ispirato molti quadri d'azione fondati sulla buona governance. Questa impostazione assume che la corruzione possa essere contenuta limitando la discrezionalità e l'opportunismo dei singoli attraverso il rafforzamento dello Stato di diritto, dell'accountability, della compliance e della trasparenza⁴⁰. In questa prospettiva, gli interventi anticorruzione mirano a trasformare governi e apparati burocratici rendendo più difficile l'abuso della funzione pubblica. Il limite di tale approccio è la tendenza a concentrare l'attenzione sull'illecito commesso dai singoli “agenti”, trascurando due elementi cruciali: da un lato, il fatto che la corruzione possa essere promossa o tollerata dagli stessi “principali”, a vantaggio di gruppi, organizzazioni o reti politiche; dall'altro, la possibilità che essa sia radicata nei sistemi istituzionali, organizzativi e sociali⁴¹. In ambito sanitario, gli interventi anticorruzione costruiti prevalentemente sulla logica *principal-agent* hanno spesso sottovalutato la complessità delle relazioni tra attori, incentivi e contesti che attraversano i diversi livelli di un sistema sanitario nazionale. Hanno inoltre considerato in modo insufficiente la dimensione dell'azione collettiva, decisiva quando la corruzione non è percepita come deviazione individuale, ma come pratica diffusa, tollerata o funzionale al mantenimento di determinati equilibri.

³⁸ Vian T. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. Health Policy Plan 2008;23:83-94.

³⁹ Transparency International. What is corruption? Disponibile a: www.transparency.org/en/what-is-corruption. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁴⁰ Marquette H, Peiffer C. Grappling with the “real politics” of systemic corruption: Theoretical debates versus “real-world” functions. Governance 2018;31:499-514.

⁴¹ Gaitonde R, Oxman AD, Okebukola PO, Rada G. Interventions to reduce corruption in the health sector. Cochrane Database Syst Rev 2016(8):CD008856

Da questi limiti è derivato lo sviluppo di nuovi quadri concettuali. Richiamandosi alla teoria dei *political settlements*, Khan sostiene che la comprensione degli incentivi degli attori e della distribuzione del potere sia essenziale per elaborare strategie mirate contro specifiche forme di corruzione⁴². Questo approccio consente di individuare non solo chi trae beneficio dalle pratiche corruttive, ma anche i soggetti che possono avere interesse a contrastarle, rispettare le regole e impedire che altri le violino.

In parallelo, è cresciuta l'attenzione per il ruolo delle reti sociali e delle consuetudini locali che possono contribuire alla normalizzazione e alla riproduzione della corruzione⁴³. Nei sistemi sanitari, il concetto di *developmental governance* si è affermato in relazione al crescente interesse per i determinanti politici dello sviluppo e del cambiamento istituzionale di lungo periodo. In questa prospettiva, gli interventi anticorruzione dovrebbero essere sensibili alle specificità dei diversi contesti nazionali e tenere conto, in particolare, del modo in cui il potere è distribuito all'interno delle reti di attori e tra di esse⁴⁴.

Questi nuovi modi di interpretare la corruzione in ambito sanitario richiedono schemi analitici capaci di riconoscere esplicitamente le determinanti sistemiche, organizzative e istituzionali. Applicare alla corruzione un approccio fondato sui sistemi sanitari significa considerare questi ultimi come sistemi sociali complessi, nei quali gli interventi anticorruzione non producono necessariamente effetti lineari e possono generare adattamenti, resistenze o conseguenze indesiderate. In questa prospettiva, diversi autori hanno richiamato la necessità di adottare un approccio di sanità pubblica alla corruzione, orientato all'identificazione precoce dei rischi, alla prevenzione e all'intervento sulle cause profonde che rendono le pratiche corruttive possibili, tollerate o ricorrenti⁴⁵.

Alcuni autori hanno sostenuto che questa evoluzione implichi un vero e proprio cambiamento di paradigma: la corruzione non viene più interpretata soltanto come una somma di condotte individuali illecite, ma come un insieme di pratiche che riflettono complessità istituzionali, politiche e organizzative. In questa direzione, la revisione sistematica di Gaitonde utilizza in modo più esplicito una prospettiva di sistema sanitario⁴⁶. Hutchinson et al. hanno quindi ridefinito la corruzione come *"l'abuso, o la complicità nell'abuso, di una posizione, di un potere o di un'autorità, pubblica o privata, a beneficio proprio, di un gruppo, di un'organizzazione o di altri soggetti vicini; benefici che possono essere finanziari, materiali o immateriali"*⁴⁷.

Questa definizione amplia il perimetro concettuale della corruzione, riconoscendo che essa può coinvolgere attori pubblici e privati, produrre vantaggi non soltanto individuali ma anche collettivi o organizzativi e assumere forme non necessariamente riconducibili a benefici economici diretti. Inoltre, mette in evidenza il profondo impatto dei fenomeni corruttivi sulle

⁴² Khan M et al. Anti-Corruption in Adverse Contexts: A Strategic Approach. DSA Conference, Oxford, 13 September 2016. Disponibile a: <https://thepolicypractice.com/sites/default/files/2022-09/74210261.pdf>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁴³ de Sardan J-PO. Practical norms: informal regulations within public bureaucracies (in Africa and beyond). In: De Herdt T, de Sardan J-PO, eds. Real governance and practical norms in Sub-Saharan Africa. London: Routledge, 2015: pp. 19–62.

⁴⁴ Khan M et al. Anti-Corruption in Adverse Contexts: A Strategic Approach. DSA Conference, Oxford, 13 September 2016. Disponibile a: <https://thepolicypractice.com/sites/default/files/2022-09/74210261.pdf>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁴⁵ Clarke D. Changing the Conversation, Why We Need to Reframe Corruption as a Public Health Issue. Comment on "We Need to Talk About Corruption in Health Systems". Int J Health Policy Manag 2020;9:257–9.

⁴⁶ Gaitonde R, Oxman AD, Okebukola PO, Rada G. Interventions to reduce corruption in the health sector. Cochrane Database Syst Rev 2016(8):CD008856

⁴⁷ Hutchinson E et al. We Need to Talk About Corruption in Health Systems. Int J Health Policy Manag 2019;8:191–4.

istituzioni e sulla loro capacità di perseguire i propri obiettivi fondamentali, rafforzando così la necessità di affrontarla come una priorità per i sistemi sanitari.

La definizione adattata a partire dal lavoro di Gaitonde tiene conto anche dell'argomento critico avanzato da Marquette e Peiffer⁴⁸, secondo cui, in alcuni contesti e per alcuni soggetti, la corruzione può funzionare come una risposta pragmatica a problemi concreti. Ciò implica che criminalizzazione e divieti formali, pur necessari, possono risultare insufficienti quando non affrontano le condizioni che rendono le pratiche corruttive funzionali, tollerate o socialmente accettate. In alcuni casi, interventi anticorruzione disegnati senza considerare il contesto possono persino produrre effetti controproducenti, soprattutto se nel breve periodo compromettono l'erogazione dei servizi o l'accesso all'assistenza per i gruppi più vulnerabili.

Il documento dell'*United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) richiama l'attenzione sulle relazioni tra gli attori dei sistemi sanitari e sul modo in cui tali relazioni possono generare opportunità, vulnerabilità e rischi di fenomeni corruttivi⁴⁹. In questa prospettiva, Glynn distingue quattro principali gruppi di stakeholder: governi e funzionari pubblici; operatori sanitari; pazienti; finanziatori e fornitori. A partire da questa classificazione, vengono esaminate sei forme ricorrenti di corruzione nel settore sanitario: relazioni finanziarie improprie; fatturazioni e richieste di rimborso fraudolente; furto e deviazione di risorse; assenteismo; pagamenti informali; produzione, distribuzione o utilizzo di forniture mediche contraffatte⁵⁰.

Comprendere la natura e gli effetti delle diverse forme di corruzione è quindi essenziale per progettare risposte di policy appropriate. La cosiddetta "corruzione di sopravvivenza", distinta dalle forme intenzionali di ricerca di rendita, tende a emergere in sistemi sanitari sottofinanziati o disfunzionali, nei quali pratiche informali – come pagamenti non ufficiali, scambi di favori o soluzioni organizzative volte ad aggirare ostacoli quotidiani – possono contribuire, almeno temporaneamente, a garantire l'erogazione dei servizi in assenza di alternative praticabili. Ciò non significa che tali pratiche siano prive di rischi: anche quando rispondono a bisogni immediati, possono compromettere equità, qualità dell'assistenza, trasparenza e fiducia nelle istituzioni.

In sintesi, le definizioni più recenti di corruzione in sanità superano una lettura centrata esclusivamente sui comportamenti individuali e riconoscono la natura sistemica, relazionale e contestuale del fenomeno. Trasparenza, accountability e compliance restano strumenti essenziali, ma devono essere integrate con strategie capaci di agire sulle determinanti, sui fattori abilitanti e sulle conseguenze delle pratiche corruttive nei diversi sistemi sanitari.

⁴⁸Marquette H, Peiffer C. Grappling with the "real politics" of systemic corruption: Theoretical debates versus "real-world" functions. *Governance* 2018;31:499-514.

⁴⁹ United Nations Office on Drugs and Crime. *A Prescription for Health - Assessing and managing corruption risks in public health system organizations*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2023. Disponibile a: www.unodc.org/documents/corruption/Publications/2023/UNODC_A_Prescription_for_Health_2023.pdf. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁵⁰ Glynn EH. Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach. *Front Public Health* 2022;10:910073.

5.2. Classificazione

La variabilità delle definizioni e delle interpretazioni della corruzione ha prodotto numerosi approcci di classificazione, utili non tanto a fissare confini rigidi, quanto a ordinare un insieme eterogeneo di pratiche secondo dimensioni differenti: scala, motivazioni, grado di formalità, legalità, livello organizzativo e impatto. Queste classificazioni consentono di distinguere fenomeni corruttivi di estrema gravità, spesso riconducibili a reati e a forme organizzate di criminalità, da pratiche informali più o meno normalizzate nei diversi contesti sociali e istituzionali. Tuttavia, nessuna classificazione è di per sé sufficiente a descrivere la complessità del fenomeno nei sistemi sanitari: ciascuna coglie una dimensione specifica e deve essere letta come parte di un quadro interpretativo più ampio.

La corruzione su scale differenti: “piccola” e “grande”. Una prima distinzione riguarda la scala alla quale si manifesta la corruzione. Nel lessico delle organizzazioni internazionali, la distinzione tra *petty corruption* e *grand corruption* è stata ampiamente utilizzata per separare le pratiche corruttive di basso valore economico unitario, spesso osservabili nelle interazioni quotidiane tra cittadini e servizi, dagli abusi di potere di alto livello, generalmente associati a decisioni politiche, grandi contratti pubblici, allocazione di risorse e cattura delle istituzioni. La Banca Mondiale, nel proprio indicatore di controllo della corruzione, considera sia le forme “piccole” sia quelle “grandi” di corruzione⁵¹, oltre ai fenomeni di *state capture* da parte di élite e interessi privati. Transparency International⁵² descrive la *grand corruption* come abuso di potere di alto livello che avvantaggia pochi soggetti a danno di molti.

Questa classificazione rimane utile, ma presenta un limite rilevante: rischia di sottovalutare l’impatto cumulativo della cosiddetta “piccola” corruzione: infatti, in sanità, pagamenti informali, favoritismi, accessi privilegiati possono apparire marginali se considerati singolarmente. Tuttavia, come rilevato da Garcia, la cosiddetta “piccola” corruzione ha in realtà implicazioni molto rilevanti, perché milioni di interazioni che si ripetono tra cittadini, professionisti e servizi producono effetti rilevanti sull’equità di accesso, sulla qualità dell’assistenza e sulla fiducia nel sistema sanitario⁵³. In altre parole, anche se i singoli episodi non comportano il trasferimento di somme rilevanti di denaro, accumulandosi nel tempo finiscono per costituire una barriera rilevante al raggiungimento della copertura sanitaria universale.

Motivazioni della corruzione: avidità e bisogno. Una seconda classificazione, proposta da Bauhr⁵⁴, sposta l’attenzione dalla scala del fenomeno alle motivazioni che alimentano lo scambio corruttivo. La distinzione tra *need corruption* e *greed corruption* non riguarda primariamente il valore economico dell’atto, ma la ragione per cui un soggetto paga o offre un vantaggio indebito. La corruzione legata al bisogno si verifica quando il pagamento o lo scambio vengono utilizzati per ottenere un servizio al quale l’utente avrebbe diritto (es. accesso a una prestazione sanitaria). La corruzione legata all’avidità si verifica invece quando il pagamento o lo scambio servono a ottenere vantaggi non dovuti, come trattamenti

⁵¹ World Bank. World development report 2004: Making services work for poor people. Washington (DC): World Bank and Oxford University Press, 2003. Disponibile a: <http://documents.worldbank.org/curated/en/832891468338681960>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁵² Transparency International. Grand corruption. Disponibile a: www.transparency.org/en/our-priorities/grand-corruption. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁵³ Garcia PJ. Corruption in global health: the open secret. *Lancet* 2019;394:2119-24.

⁵⁴ Bauhr M. Need or greed? Conditions for collective action against corruption. *Governance* 2017;30:561-81.

preferenziali, aggiudicazioni indebite, benefici regolatori o rendite economiche. Bauhr distingue inoltre le due dinamiche sul piano relazionale: la *need corruption* tende a fondarsi su coercizione o estorsione, mentre la *greed corruption* è più spesso collusiva, meno visibile e più difficile da percepire come un problema collettivo capace di suscitare indignazione pubblica e mobilitazione sociale.

Questa distinzione è particolarmente rilevante per i sistemi sanitari. La corruzione motivata dal bisogno può risolvere temporaneamente problemi concreti di accesso, soprattutto in contesti nei quali i servizi sono sottofinanziati, disfunzionali o incapaci di garantire prestazioni essenziali in tempi adeguati: ciò non ne elimina la natura problematica, ma aiuta a comprenderne la funzione adattativa. La corruzione motivata dall'avidità, al contrario, tende a produrre effetti immediatamente poco percepibili dai cittadini, ma potenzialmente più profondi: distorce l'allocazione delle risorse, indebolisce le istituzioni, altera la concorrenza e può erodere nel tempo la fiducia pubblica. Proprio perché meno visibile e più distribuita nei costi che genera, questa forma di corruzione determina tendenzialmente minore mobilitazione sociale, pur avendo conseguenze sistemiche più gravi.

Corruzione tra pratiche legali e illegali, formali e informali. Una terza dimensione riguarda il rapporto tra corruzione, legalità e informalità. Le pratiche corruttive possono collocarsi in una zona grigia tra legalità e illegalità: alcune configurano reati gravi e forme organizzate di criminalità, altre si presentano come irregolarità amministrative, conflitti di interesse, comportamenti non etici o pratiche informali tollerate⁵⁵. Nei sistemi sanitari gravemente sottofinanziati o disfunzionali⁵⁶, alcune pratiche informali possono emergere come soluzioni pragmatiche per garantire continuità all'erogazione dei servizi, dando luogo a quella che è stata definita "corruzione di sopravvivenza"⁵⁷. Hutchinson et al. richiamano proprio la difficoltà di definire la corruzione nei sistemi sanitari e osservano che alcune pratiche corruttive possono funzionare, in specifici contesti, come modalità attraverso cui sistemi disfunzionali continuano a operare⁵⁸.

Sebbene non tutte le pratiche informali abbiano lo stesso impatto, alcune – specialmente se molto frequenti – possono compromettere equità, qualità dell'assistenza, trasparenza e fiducia. In questa prospettiva, la matrice di priorità per la valutazione del rischio di frodi e abusi in sanità (figura 5.2) rappresenta uno strumento utile per definire le priorità di intervento nei diversi contesti. Mappando i comportamenti in base alla probabilità di accadimento e al potenziale impatto – economico, sanitario e sull'equità di accesso – la matrice consente di distinguere pratiche che richiedono interventi repressivi e correttivi tempestivi da fenomeni informali che, in specifiche circostanze, possono essere regolati, monitorati o progressivamente ricondotti entro procedure formali. Questo approccio consente di evitare una criminalizzazione indiscriminata delle strategie di sopravvivenza e, al tempo stesso, di promuovere una governance adattiva, proporzionata e sensibile al contesto.

⁵⁵ Hussmann K. Demystify False Dilemmas to Speak About Corruption in Health Systems: Different Actors, Different Perspectives, Different Strategies. Comment on "We Need to Talk About Corruption in Health Systems". Int J Health Policy Manag 2019;8:620-2.

⁵⁶ Hutchinson E, Naher N, Roy P, et al. Targeting anticorruption interventions at the front line: developmental governance in health systems. BMJ Glob Health 2020;:e003092.

⁵⁷ Gaitonde R. Corruption - Taking a Deeper Dive. Comment on "We Need to Talk About Corruption in Health Systems". Int J Health Policy Manag 2019;8:672-4.

⁵⁸ Hutchinson E, Balabanova D, McKee M. We Need to Talk About Corruption in Health Systems. Int J Health Policy Manag 2019;8:191-194.

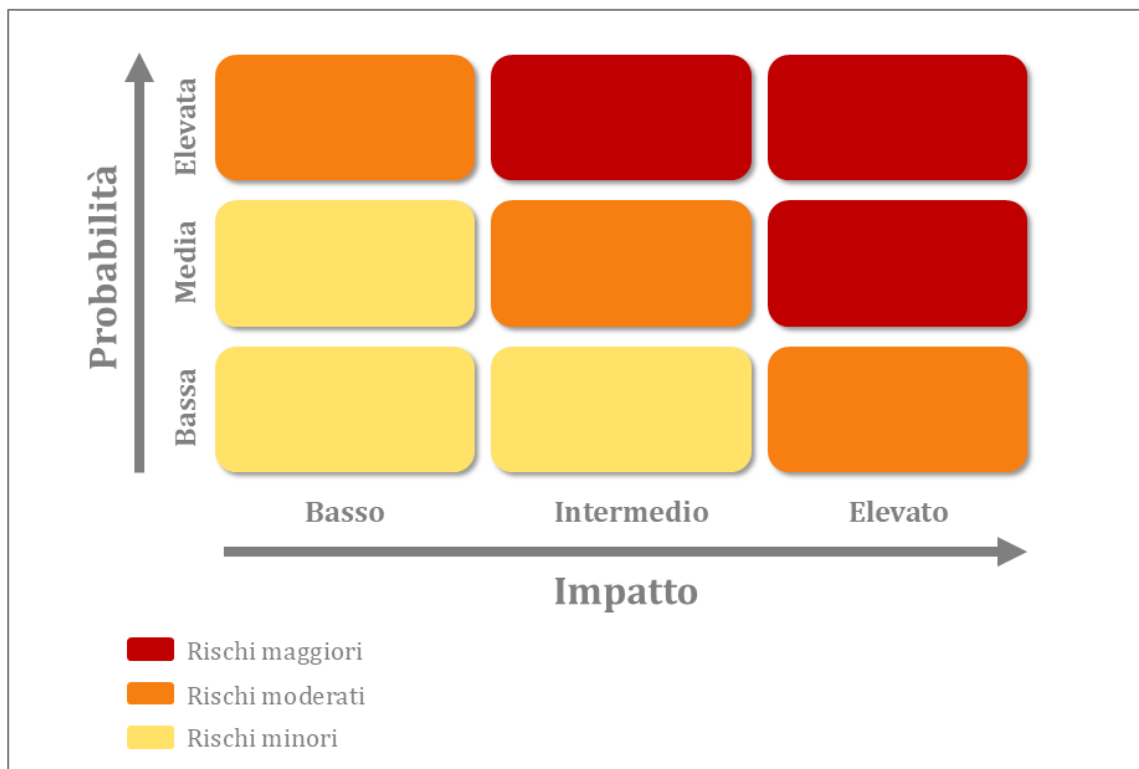


Figura 5.2. Matrice per la valutazione del rischio di frodi e abusi

All'estremo opposto, numerose forme di corruzione sono chiaramente illegali e possono assumere una dimensione organizzata e sistemica. In diversi Paesi ad alto reddito, reti criminali hanno sfruttato la vulnerabilità dei sistemi sanitari e dei sistemi di welfare (es. assetti di governance decentrati, controlli deboli e inefficienze burocratiche) per ottenere vantaggi economici, infiltrarsi nei servizi, alterare gli appalti o accedere indebitamente a risorse pubbliche. In Italia, l'infiltrazione mafiosa nel settore sanitario si manifesta attraverso differenti modalità: condizionamento delle nomine, interferenze nei processi decisionali, manipolazione degli appalti esternalizzati e sfruttamento delle inefficienze amministrative. La letteratura e le analisi specialistiche segnalano, in particolare, la vulnerabilità dei servizi affidati a fornitori esterni – raccolta e smaltimento dei rifiuti, ristorazione, pulizie, sicurezza, lavanderia, servizi funebri, centri di prenotazione e altre attività complementari – oltre al rischio che il sistema sanitario venga utilizzato per garantire protezione, consenso sociale o vantaggi economici a reti criminali, celare identità, costruire reti di protezione e aggirare i controlli⁵⁹.

Livelli ai quali si manifesta la corruzione: micro, meso e macro. Una quarta classificazione riguarda il livello del sistema sanitario al quale la corruzione si manifesta. A livello micro, cioè nelle interazioni individuali o di prossimità tra cittadini, operatori e servizi, rientrano ad esempio pagamenti informali, favoritismi, assenteismo e doppio impiego. A livello meso, cioè nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, dei meccanismi di finanziamento, dei flussi amministrativi e delle relazioni tra erogatori, finanziatori e fornitori, si collocano fenomeni come fatturazioni fraudolente, rendicontazione di prestazioni mai erogate, "pazienti fantasma" e "lavoratori fantasma". A livello macro, infine, la corruzione coinvolge le regole, le

⁵⁹ Piraino M. Catch Me If You Can: Mafia's Infiltration into Italy's Healthcare System. RUSI, 2024. Disponibile a: www.rusi.org/networks/shoc/informer/catch-me-if-you-can-mafias-infiltration-italys-healthcare-system. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

politiche, le istituzioni e gli assetti di potere del sistema: rientrano in questa dimensione le frodi negli approvvigionamenti, la manipolazione di gare e contratti, le interferenze politiche nella programmazione sanitaria e i fenomeni di influenza indebita da parte di gruppi di interesse⁶⁰. Questa classificazione richiama la distinzione proposta da Huss tra corruzione individuale, organizzativa e sistemica, che consente di collegare le pratiche corruttive ai rispettivi meccanismi, beneficiari e livelli di responsabilità⁶¹. È tuttavia importante evitare di interpretare questi livelli come compartimenti separati: molte pratiche corruttive si generano proprio nell'interazione tra micro, meso e macro. Un pagamento informale può rappresentare il sintomo di carenze organizzative; una frode nella fatturazione può essere favorita da incentivi distorti di sistema; una nomina condizionata politicamente può produrre effetti a cascata sugli appalti, sulle priorità gestionali e sui controlli interni.

Classificazione dei fenomeni corruttivi nell'ordinamento giuridico italiano. Le condotte riconducibili a frodi e abusi in sanità possono essere classificate in base alla loro rilevanza giuridica e al livello di gravità. Nel settore sanitario, la distinzione tra illecito penale, illecito amministrativo e comportamenti non etici è fondamentale per comprendere la natura e la gravità delle diverse condotte che possono determinare un uso improprio delle risorse pubbliche o una distorsione dei processi assistenziali. Queste categorie non sono sovrapponibili, ma delineano livelli differenti di rilevanza giuridica e di impatto sul sistema.

L'illecito penale rappresenta la forma più grave di violazione, in quanto la condotta integra una fattispecie di reato prevista dall'ordinamento, come corruzione, falso o peculato. In tali casi, oltre al danno economico e organizzativo, si configura una lesione diretta dell'interesse pubblico che attiva la risposta repressiva dello Stato attraverso l'autorità giudiziaria.

Gli illeciti amministrativi si collocano su un piano intermedio: riguardano violazioni delle norme che disciplinano il corretto funzionamento delle attività amministrative e gestionali, senza raggiungere la soglia del reato. Possono derivare, ad esempio, da irregolarità nei procedimenti autorizzativi, nelle procedure di gara o nella gestione delle risorse, e comportano sanzioni di natura pecuniaria o interdittiva. Pur non avendo la stessa rilevanza del penale, contribuiscono comunque a generare inefficienze, distorsioni allocative e perdita di valore per il servizio sanitario.

I comportamenti non etici costituiscono un'area più ampia e meno definita sul piano giuridico, ma non per questo meno rilevante. Si tratta di condotte che, pur non comportando necessariamente una violazione di legge, sono mosse da opportunismo, conflitti di interesse o scarsa integrità professionale e determinano un utilizzo improprio delle risorse o una deviazione dai principi di appropriatezza ed equità. In ambito sanitario, questi comportamenti possono influenzare scelte cliniche, organizzative o gestionali, contribuendo all'erogazione di prestazioni non necessarie o alla perdita di fiducia dei cittadini.

La figura 5.3 riporta le principali terminologie con cui l'ordinamento giuridico italiano, le organizzazioni internazionali e i ricercatori classificano i fenomeni corruttivi in sanità. Come sopra riportato, i criteri utilizzati non sono omogenei: essi riguardano, di volta in volta, la qualificazione giuridica delle condotte, il grado di informalità, la scala del fenomeno, il livello interessato o la tipologia di comportamento.

⁶⁰ Transparency International. The Ignored Pandemic. How corruption in healthcare service delivery threatens Universal Health Coverage. 2019. Disponibile a: <https://ti-health.org/wp-content/uploads/2019/03/IgnoredPandemic-WEB-v2.pdf>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁶¹ Huss R. Our Blind Spots in the Fight Against Health Systems Corruption. Comment on "We Need to Talk About Corruption in Health Systems". Int J Health Policy Manag 2020;9:34-8.

Ordinamento giuridico	Condotte non etiche	Illeciti amministrativi	Reati
GIMBE	Abusi		Frodi
WHO	Pratiche informali e condotte non etiche		Reati
World Bank	Piccola corruzione		Grande corruzione
Huss P et al	Livello micro	Livello meso	Livello macro

Figura 5.3. Classificazioni dei fenomeni corruttivi in sanità

In definitiva, tutte le classificazioni sono utili, ma parziali. La distinzione tra piccola e grande corruzione aiuta a cogliere l'entità del fenomeno; quella tra bisogno e avidità ne chiarisce le motivazioni; la distinzione tra pratiche formali, informali, legali e illegali consente di valutare il rapporto tra danno, tollerabilità e risposta di policy; la classificazione micro/meso/macro colloca le pratiche nei diversi livelli del sistema sanitario. Tuttavia, proprio perché ciascuna classificazione illumina solo una dimensione, è necessario disporre di una tassonomia più articolata, capace di ordinare le diverse condotte secondo criteri operativi, coerenti con il nostro ordinamento giuridico e con le specificità del Servizio Sanitario Nazionale. La tassonomia GIMBE, di seguito riportata, utilizza la locuzione omnicomprensiva "frodi e abusi in sanità".

5.3. Tassonomia di frodi e abusi in sanità

La tassonomia è stata elaborata a partire dal report di *Transparency International* del 2016⁶², quindi aggiornata e integrata con le revisioni della letteratura più recenti^{63,64,65}. Ciascuna tipologia di frodi e abusi è documentata dalla letteratura internazionale e/o da casistiche giurisprudenziali nazionali e include anche comportamenti non etici, spesso condizionati da conflitti di interesse, che non configurano necessariamente reati o illeciti amministrativi.

Nella consapevolezza delle interazioni tra i vari fenomeni e delle possibili aree di sovrapposizione, le 65 tipologie di frodi e abusi identificate sono state classificate in 9 categorie (box 5.1):

- A. Policy-making e governance del sistema sanitario
- B. Regolamentazione del sistema sanitario
- C. Ricerca clinica
- D. Marketing e promozione di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie
- E. Acquisto di beni e servizi
- F. Distribuzione e stoccaggio di prodotti sanitari
- G. Gestione delle risorse finanziarie
- H. Gestione delle risorse umane
- I. Erogazione dei servizi sanitari

⁶² Petkov M, Cohen D. Diagnosing corruption in health care. Transparency International, October 2016. Disponibile a: <https://ti-health.org/content/diagnosing-corruption-healthcare>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁶³ Najjar AV, Alizamani L, Zarqi M, Hooshmand E. A global scoping review on the patterns of medical fraud and abuse: integrating data-driven detection, prevention, and legal responses. *Arch Public Health* 2025;83:43.

⁶⁴ Qudah AMA, Al-haddad L, Aljabali, AAA. Combatting medical corruption: A global review of root causes, consequences, and evidence-based interventions. *International Journal of Innovative Research and Scientific Studies* 2025; 8:968-985.

⁶⁵ Hudson A. Corruption in health systems: Context, incentives and the political economy of reform. SOAS-ACE & GI-ACE Synthesis Paper: March 2026. Disponibile a: <https://ace.soas.ac.uk/wp-content/uploads/2026/03/ACE-HealthSynthesisPaper-2026-Final.pdf>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

Box 5.1. Tassonomia di frodi e abusi in sanità**A. Policy-making e governance del sistema sanitario**

- A.1. Influenze indebite sulle politiche sanitarie (*capture of health policy*).
- A.2. Omessa, ritardata o attuazione selettiva delle politiche sanitarie.
- A.3. Influenze indebite sulle politiche non sanitarie (resistenza al principio "health in all policies").

B. Regolamentazione del sistema sanitario

- B.1. Approvazione impropria o accelerata di prodotti.
- B.2. Ritardata, omessa o irregolare sospensione di prodotti sanitari.
- B.3. Manipolazione dei processi di negoziazione e rimborsabilità di farmaci.
- B.4. Ispezione inadeguata della qualità dei prodotti e delle buone pratiche di fabbricazione.
- B.5. Selezione inappropriata di prodotti in prontuari, listini, repertori o cataloghi.
- B.6. Attestazione impropria di qualifiche professionali.
- B.7. Accredimento o autorizzazione irregolare di strutture sanitarie private.

C. Ricerca clinica

- C.1. Utilizzo improprio dei fondi assegnati alla ricerca.
- C.2. Conduzione di studi non autorizzati o in violazione dei principi etici.
- C.3. Fabbricazione, falsificazione e plagio (*research misconduct*).
- C.4. Pratiche di ricerca discutibili (*questionable research practices*).
- C.5. Registrazione, reporting e disseminazione distorta dei risultati.

D. Marketing e promozione di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie

- D.1. Promessa, offerta, corresponsione, sollecitazione o accettazione di utilità indebite da parte di professionisti sanitari.
- D.2. Promessa, offerta, corresponsione, sollecitazione o accettazione di utilità indebite da parte di funzionari pubblici.
- D.3. Finanziamenti o altre utilità indebite a società scientifiche e associazioni di pazienti.
- D.4. Finanziamento condizionante della formazione continua.
- D.5. Utilizzo improprio di studi post-marketing.
- D.6. Affermazioni false, incomplete o fuorvianti su farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie.
- D.7. Modifiche improprie delle soglie di malattia.
- D.8. *Disease mongering*.

E. Acquisto di beni e servizi

- E.1. Acquisti non necessari, inappropriati o sovradimensionati.
- E.2. Manipolazione dei requisiti della gara d'appalto.
- E.3. Frazionamento artificioso delle acquisizioni.
- E.4. Ricorso indebito alla somma urgenza o ad altre deroghe emergenziali.
- E.5. Selezione preferenziale dell'aggiudicatario.
- E.6. Collusione tra i partecipanti alla gara.
- E.7. Revoca, annullamento o riedizione strumentale della procedura di affidamento.
- E.8. Varianti improprie in corso di esecuzione del contratto.
- E.9. Proroghe tecniche indebite.
- E.10. Difforme, incompleta o fraudolenta esecuzione delle prestazioni contrattuali.
- E.11. Capitolati, clausole o soluzioni tecniche con effetto *lock-in*.
- E.12. Valutazioni improprie della fungibilità di beni e servizi.
- E.13. Comodati d'uso, valutazioni in prova e donazioni strumentali.

F. Distribuzione e stoccaggio di prodotti sanitari

- F.1. Appropriazione indebita, sottrazione o deviazione di prodotti sanitari.
- F.2. Immissione o reimmissione sul mercato di prodotti contraffatti, adulterati o non conformi.
- F.3. Riconfezionamento, rietichettatura o ricondizionamento improprio di prodotti sanitari.

G. Gestione delle risorse finanziarie

- G.1. Appropriazione indebita, distrazione o sviamento di fondi pubblici.
- G.2. Appropriazione indebita, distrazione o sviamento di erogazioni liberali.
- G.3. Gestione inadeguata o distorta del patrimonio immobiliare.
- G.4. Spacchettamento tariffario indebito (*unbundling*).
- G.5. Corrispettivi informali o pagamenti non tracciati.
- G.6. Trattamenti preferenziali nell'accesso alle prestazioni sanitarie.
- G.7. Indebita fruizione di esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.
- G.8. Utilizzo indebito di identità, tessere o credenziali sanitarie altrui.
- G.9. Rilascio, avallo o utilizzo di false certificazioni sanitarie.
- G.10. Fatturazioni false, indebite o non documentate.
- G.11. Falsificazione o codifica opportunistica della scheda di dimissione ospedaliera (*upcoding*).
- G.12. Omesso o tardivo aggiornamento degli elenchi degli assistiti.

H. Gestione delle risorse umane

- H.1. Selezione, conferimento o mantenimento indebito di incarichi e progressioni di carriera.
- H.2. Rimozione arbitraria o penalizzazione di personale non gradito.
- H.3. Condizionamento indebito delle attività lavorative.
- H.4. Assenteismo, negligenza o inadempimento dei doveri di servizio.
- H.5. Esercizio abusivo di professione sanitaria.

I. Erogazione dei servizi sanitari

- I.1. Manipolazione e falsificazione della documentazione sanitaria.
- I.2. Utilizzo a fini privati di strutture, attrezzature, beni di consumo e ore di lavoro.
- I.3. Favoritismi.
- I.4. Erogazione di servizi di qualità inferiore.
- I.5. Manipolazione degli indicatori.
- I.6. Dirottamento dei pazienti verso strutture private.
- I.7. Utilizzo improprio dell'attività libero-professionale intramuraria (ALPI).
- I.8. Manipolazione delle liste d'attesa.
- I.9. Consulto specialistici e prestazioni non necessari.

A. Policy-making e governance del sistema sanitario

Norme, politiche, strategie e processi decisionali che incidono sul sistema sanitario possono essere concepiti, orientati, modificati o attuati in modo distorto a causa di interessi privati, influenze indebite, pressioni politiche o commerciali e conflitti di interesse. Tali condotte possono produrre effetti sistemici, alterando le priorità di salute pubblica, l'allocazione delle risorse, l'equità di accesso, la qualità dell'assistenza e la tutela della salute della popolazione.

A.1. Influenze indebite sulle politiche sanitarie (*capture of health policy*). Individui, imprese, fornitori, organizzazioni professionali, gruppi di interesse o altri soggetti influenzano indebitamente la definizione, modifica o abrogazione di norme, strategie, piani e politiche sanitarie al fine di favorire interessi particolari. Tali influenze possono condizionare l'agenda politica, la produzione normativa, la definizione delle priorità, la distribuzione delle risorse o l'adozione di specifiche misure regolatorie, anche in contrasto con l'interesse pubblico, l'equità del sistema sanitario e la tutela della salute.

A.2. Omessa, ritardata o attuazione selettiva delle politiche sanitarie. Soggetti competenti omettono, ritardano o attuano in modo parziale, selettivo o distorto norme, piani, programmi o misure di sanità pubblica e di organizzazione dei servizi sanitari. Tali condotte possono limitare o svuotare di efficacia le decisioni formalmente adottate, ridurre l'impatto delle politiche sanitarie, creare disparità territoriali o favorire specifici interessi politici, professionali, commerciali o istituzionali a scapito dell'interesse pubblico.

A.3. Influenze indebite sulle politiche non sanitarie (resistenza al principio "*health in all policies*"). Individui, imprese, settori produttivi o gruppi di interesse influenzano indebitamente normative e politiche industriali, ambientali, alimentari, sociali, urbanistiche, economiche o fiscali al fine di favorire interessi privati o settoriali. Tali condotte possono ostacolare l'integrazione della salute in tutte le politiche, indebolire misure di prevenzione primaria, ritardare interventi su determinanti ambientali, sociali o commerciali della salute e produrre effetti negativi sulla salute pubblica, anche quando le decisioni non riguardano direttamente il sistema sanitario.

B. Regolamentazione del sistema sanitario

Le regole finalizzate a proteggere i pazienti dai rischi correlati a prodotti sanitari (es. farmaci, dispositivi medici), professionisti e strutture possono essere indebitamente condizionate da interessi personali, politici, professionali, commerciali o da pressioni di imprese produttrici, fornitori e gruppi di interesse.

B.1. Approvazione impropria o accelerata di prodotti. Soggetti competenti approvano, autorizzano, certificano o accelerano indebitamente il processo di valutazione, registrazione o immissione in commercio di prodotti sanitari, quali farmaci, dispositivi medici o altre tecnologie sanitarie, in assenza dei requisiti previsti o in violazione delle procedure applicabili. Tali condotte possono derivare da relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

B.2. Ritardata, omessa o irregolare sospensione di prodotti sanitari. Soggetti competenti omettono, ritardano o adottano in modo non conforme provvedimenti di sospensione, revoca, limitazione d'uso, ritiro dal mercato o altra misura correttiva relativa a prodotti sanitari. Tali condotte possono consentire il mantenimento indebito in commercio di prodotti privi dei requisiti normativi, anche in presenza di evidenze di inefficacia, rischi per la sicurezza, difetti di qualità o non conformità regolatorie. Tali condotte possono derivare da relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

B.3. Manipolazione dei processi di negoziazione e rimborsabilità di farmaci. Soggetti competenti influenzano, orientano o alterano indebitamente i processi di valutazione scientifica, negoziazione del prezzo, classificazione, definizione della rimborsabilità o revisione delle condizioni di accesso dei farmaci. La manipolazione può consistere nell'applicazione selettiva o distorta dei criteri decisionali, nell'omissione di informazioni rilevanti, nell'uso improprio di evidenze cliniche o economiche o nella mancata trasparenza delle procedure, al fine di favorire specifici operatori economici o prodotti. Tali condotte possono derivare da relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

B.4. Ispezione inadeguata della qualità dei prodotti e delle buone pratiche di fabbricazione. Soggetti competenti rilasciano, mantengono o non revocano attestazioni, certificazioni, autorizzazioni o giudizi di conformità relativi alla qualità di prodotti sanitari, processi produttivi o buone pratiche di fabbricazione, in assenza dei requisiti previsti o in presenza di evidenze di non conformità⁶⁶. Tali condotte possono derivare da relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

B.5. Selezione inappropriata di prodotti in prontuari, listini, repertori o cataloghi. Soggetti competenti inseriscono, mantengono o favoriscono l'inclusione di un prodotto sanitario in prontuari, listini, repertori, cataloghi, formulari o altri strumenti di selezione e acquisto, in assenza di criteri oggettivi, trasparenti e documentabili. Tali condotte possono derivare da relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

B.6. Attestazione impropria di qualifiche professionali. Soggetti competenti attestano, riconoscono, convalidano o rinnovano indebitamente qualifiche, abilitazioni, autorizzazioni o requisiti professionali di un professionista sanitario in assenza dei presupposti normativi previsti. Tali condotte possono derivare da relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

B.7. Accredimento o autorizzazione irregolare di strutture sanitarie private. Soggetti competenti rilasciano, rinnovano, mantengono o non revocano autorizzazioni, accreditamenti istituzionali o altri titoli abilitativi a strutture sanitarie private in assenza dei requisiti normativi, organizzativi, tecnologici, strutturali o professionali previsti⁶⁷, in conseguenza di relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

⁶⁶ Tali condotte possono includere ispezioni superficiali, omissione di rilievi, alterazione dei verbali, mancata segnalazione di criticità o certificazione impropria di prodotti o di processi produttivi.

⁶⁷ Tali condotte possono includere verifiche omesse o superficiali, valutazioni non documentate, mancata rilevazione di carenze o applicazione selettiva dei criteri di accreditamento.

C. Ricerca clinica

Frodi scientifiche (*research misconduct*), pratiche di ricerca discutibili (*questionable research practices*) e altre violazioni dell'integrità della ricerca clinica condizionate da fenomeni corruttivi, conflitti di interesse o pressioni commerciali e accademiche possono influenzare tutte le fasi della ricerca biomedica: pianificazione, disegno dello studio, arruolamento dei partecipanti, conduzione, raccolta e analisi dei dati, interpretazione dei risultati, reporting, peer review, pubblicazione e disseminazione.

Tali condotte possono distorcere la produzione e la disponibilità delle evidenze scientifiche, favorendo l'immissione sul mercato, la rimborsabilità, la prescrizione o l'utilizzo di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie in assenza di prove affidabili di efficacia, sicurezza, appropriatezza e costo-efficacia. Possono inoltre essere finalizzate a sostenere carriere, progressioni accademiche, reputazione scientifica, finanziamenti o vantaggi competitivi di ricercatori, sponsor, istituzioni o altri soggetti coinvolti.

C.1. Utilizzo improprio dei fondi assegnati alla ricerca. Ricercatori, sponsor, enti beneficiari, istituzioni di ricerca o altri partner destinano risorse assegnate alla ricerca a finalità diverse da quelle previste, quali spese personali, attività non pertinenti, costi non ammissibili, compensi indebiti o soggetti selezionati in modo opportunistico. Tali condotte possono essere occultate o giustificate mediante rendicontazioni false, incomplete, non veritiere o non adeguatamente documentate.

C.2. Conduzione di studi non autorizzati o in violazione dei principi etici. Ricercatori, sponsor, strutture sanitarie o altri soggetti coinvolti conducono studi clinici⁶⁸ su farmaci, dispositivi medici o altre tecnologie sanitarie in assenza di un protocollo approvato dal comitato etico competente, del consenso informato dei partecipanti o delle autorizzazioni previste dalla normativa. Tali condotte possono includere violazioni dei criteri di arruolamento, delle garanzie di sicurezza, della protezione dei dati personali o dei diritti dei partecipanti alla ricerca.

C.3. Fabbricazione, falsificazione e plagio (*research misconduct*). Ricercatori, sponsor o altri soggetti coinvolti inventano, falsificano, manipolano o plagiano dati, testi, immagini, analisi, risultati o materiali scientifici, compromettendo deliberatamente l'integrità delle evidenze prodotte. Tali condotte possono includere l'utilizzo improprio di strumenti di intelligenza artificiale per generare dati, alterare immagini, manipolare dataset, produrre testi inventati o attribuire indebitamente contributi scientifici.

C.4. Pratiche di ricerca discutibili (*questionable research practices*). Ricercatori, sponsor o altri soggetti coinvolti adottano scelte metodologiche, analitiche o interpretative distorsive nel disegno, conduzione, analisi o reporting degli studi clinici⁶⁹, pur non configurando frodi scientifiche, al fine di favorire l'immissione sul mercato, la rimborsabilità, la prescrizione o l'utilizzo di farmaci, dispositivi medici o altre tecnologie sanitarie.

⁶⁸ Studi clinici e sperimentazioni su farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie, nonché studi osservazionali, studi su dati sanitari identificabili o re-identificabili e ricerche su campioni biologici.

⁶⁹ Distorsioni intenzionali nel disegno, conduzione e analisi degli studi clinici: impiego di comparatori inadeguati, modifiche non dichiarate degli outcome, adozione di end-point surrogati non validati, uso opportunistico di analisi post-hoc, selezione opportunistica dei sottogruppi, reporting selettivo dei risultati, interpretazione enfaticizzata dell'efficacia o minimizzazione di eventi avversi, mancata pre-registrazione dei protocolli, p-hacking, salami slicing e selezione opportunistica degli esiti.

C.5. Registrazione, reporting e disseminazione distorta dei risultati. Ricercatori, sponsor, editori, autori, società scientifiche o altri soggetti omettono la registrazione degli studi, registrano protocolli in modo incompleto o tardivo, occultano risultati sfavorevoli, non pubblicano studi con esito negativo o comunicano i risultati in modo selettivo, incompleto, distorto, fuorviante o tardivo⁷⁰. Possono inoltre influenzare indebitamente i processi di peer review, pubblicazione o attribuzione della paternità scientifica. Tali condotte possono alterare la percezione del profilo beneficio-rischio, dell'efficacia comparativa, della sicurezza o del valore clinico di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie.

D. Marketing e promozione di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie

Fenomeni corruttivi, influenze indebite e comportamenti opportunistici condizionati da conflitti di interesse possono orientare in modo distorto la prescrizione, l'utilizzo, l'acquisto o la raccomandazione di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie. Tali condotte possono contribuire al sovra-utilizzo (*overuse*) di interventi inefficaci, inappropriati o non necessari, con potenziali effetti negativi sulla sicurezza dei pazienti, sull'equità di accesso alle cure e sulla sostenibilità del sistema sanitario.

D.1. Promessa, offerta, corresponsione, sollecitazione o accettazione di utilità indebite da parte di professionisti sanitari. I professionisti sanitari sollecitano o accettano regalie, favori o altre utilità indebite da produttori/fornitori di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie in cambio della prescrizione, raccomandazione, utilizzo o richiesta di inserimento di un prodotto in un prontuario, listino, repertorio, catalogo o altro elenco di prodotti selezionabili o acquistabili.

D.2. Promessa, offerta, corresponsione, sollecitazione o accettazione di utilità indebite da parte di funzionari pubblici. Funzionari pubblici sollecitano o accettano regalie, favori o altre utilità da produttori/fornitori di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie in cambio dell'acquisto, della raccomandazione, della selezione o dell'inserimento di un prodotto in un prontuario, listino, repertorio, catalogo o altro elenco di prodotti selezionabili o acquistabili.

D.3. Finanziamenti o altre utilità indebite a società scientifiche e associazioni di pazienti. Società scientifiche, associazioni di pazienti o altri enti sollecitano o accettano finanziamenti, sponsorizzazioni, contributi, servizi, incarichi o altre utilità da produttori/fornitori di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie, compromettendo la propria indipendenza o orientando indebitamente le proprie attività, raccomandazioni, posizioni pubbliche, campagne informative, attività di advocacy istituzionale, con vantaggio diretto o indiretto per specifici prodotti, produttori o fornitori.

D.4. Finanziamento condizionante della formazione continua. Produttori o fornitori di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie finanziano, organizzano o influenzano indebitamente contenuti, relatori, materiali didattici, messaggi chiave o modalità di erogazione

⁷⁰ *Revisori, editor o comitati editoriali possono favorire o ostacolare la pubblicazione di articoli sulla base di interessi personali, politici o economici, compromettendo l'imparzialità del processo di valutazione scientifica; ricercatori, sponsor o intermediari possono attribuire impropriamente la paternità degli studi.*

dei programmi di formazione continua destinati ai professionisti sanitari, al fine di promuovere specifici prodotti, favorirne l'utilizzo o orientare le pratiche prescrittive e assistenziali.

D.5. Utilizzo improprio di studi post-marketing. Produttori o fornitori di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie diffondono in modo improprio studi post-marketing o post-autorizzativi, finalizzati a monitorare sicurezza, efficacia nella pratica clinica, appropriatezza d'uso o impatto organizzativo dei prodotti, ma utilizzati come strumenti promozionali, di fidelizzazione dei prescrittori o di ampliamento delle quote di mercato.

D.6. Affermazioni false, incomplete o fuorvianti su farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie. Produttori o fornitori di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie promuovono un prodotto per usi non autorizzati o non coerenti con le indicazioni approvate, oppure presentano in modo selettivo, incompleto o fuorviante le evidenze disponibili⁷¹, al fine di aumentare prescrizioni, utilizzo, acquisti o quote di mercato.

D.7. Modifiche improprie delle soglie di malattia. Società scientifiche, gruppi di esperti, agenzie governative o altri soggetti coinvolti nella definizione di criteri diagnostici, soglie di malattia o raccomandazioni cliniche modificano impropriamente tali criteri in assenza di solide basi scientifiche, adeguata trasparenza o gestione efficace dei conflitti di interesse. Tali modifiche possono aumentare il numero di persone classificate come malate, ampliare le indicazioni di trattamento o espandere il mercato di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie.

D.8. Disease mongering. Produttori o fornitori di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie promuovono campagne, messaggi o strategie comunicative finalizzate ad ampliare la percezione sociale, professionale o individuale di una condizione come malattia. Tali strategie possono indurre persone sane a ritenersi malate, persuadere persone con condizioni fisiologiche o lievi di essere affette da patologie rilevanti, o enfatizzare rischi e benefici di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie al fine di espanderne la domanda.

E. Acquisto di beni e servizi

Fenomeni corruttivi, conflitti di interesse e condizionamenti indebiti nei processi di acquisto possono determinare l'acquisizione di beni e servizi non necessari, inappropriati, sovradimensionati, qualitativamente inadeguati o economicamente svantaggiosi. Tali condotte possono alterare la concorrenza, compromettere la trasparenza delle procedure, favorire specifici operatori economici, generare inadempimenti contrattuali e determinare un uso inefficiente delle risorse destinate alla sanità.

E.1. Acquisti non necessari, inappropriati o sovradimensionati. Funzionari pubblici, amministratori, professionisti sanitari o altri soggetti coinvolti nella programmazione degli acquisti definiscono, rappresentano o sovrastimano indebitamente fabbisogni, requisiti tecnici, quantità o caratteristiche dei beni e servizi da acquisire, al fine di giustificare acquisti non necessari, inappropriati, sovradimensionati o non coerenti con le effettive esigenze assistenziali, organizzative o tecnologiche.

⁷¹ Su efficacia, sicurezza, appropriatezza, comparatori, sottogruppi di pazienti, eventi avversi o rapporto beneficio-rischio.

E.2. Manipolazione dei requisiti della gara d'appalto. Funzionari pubblici, componenti delle commissioni, tecnici incaricati o altri soggetti competenti definiscono requisiti tecnici, economici, organizzativi, professionali o prestazionali del capitolato di gara in modo sproporzionato, discriminatorio o non coerente con i principi di concorrenza, parità di trattamento e trasparenza, al fine di favorire o predeterminare l'aggiudicazione a favore di uno specifico operatore economico, in conseguenza di relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

E.3. Frazionamento artificioso delle acquisizioni. Funzionari pubblici o altri soggetti competenti frazionano artificiosamente le acquisizioni di forniture, servizi, incarichi o lotti funzionalmente unitari, al fine di eludere le soglie economiche previste dalla normativa, evitare procedure competitive o ricorrere indebitamente ad affidamenti diretti, procedure negoziate o modalità semplificate di acquisizione.

E.4. Ricorso indebito alla somma urgenza o ad altre deroghe emergenziali. Funzionari pubblici o altri soggetti competenti dispongono affidamenti diretti, procedure in deroga, accelerate o semplificate invocando indebitamente somma urgenza, emergenza, indifferibilità o necessità dell'intervento, in assenza di eventi imprevedibili, pericoli concreti e attuali, stretta necessità o limiti temporali e oggettivi. Tali condotte sono finalizzate a favorire specifici operatori economici, in conseguenza di relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

E.5. Selezione preferenziale dell'aggiudicatario. Funzionari pubblici, componenti delle commissioni o altri soggetti coinvolti in una gara, in una procedura negoziata o in altra procedura di affidamento ne orientano indebitamente l'esito a favore di un determinato operatore economico, attraverso valutazioni non imparziali, criteri applicati in modo selettivo, interpretazioni discrezionali non motivate, omissione di controlli o gestione opaca delle fasi procedurali. Tali condotte sono finalizzate a favorire specifici operatori economici, in conseguenza di relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

E.6. Collusione tra i partecipanti alla gara. Operatori economici partecipanti a una gara pongono in essere intese collusive, accordi di spartizione, offerte di comodo, rotazione concordata delle aggiudicazioni, astensioni coordinate o altre condotte anticoncorrenziali, al fine di eludere il confronto concorrenziale, alterare l'esito della procedura o mantenere artificialmente elevati i prezzi, in violazione dei principi di trasparenza, concorrenza e parità di trattamento.

E.7. Revoca, annullamento o riedizione strumentale della procedura di affidamento. Funzionari pubblici o altri soggetti competenti dispongono la revoca, l'annullamento, la sospensione o la riedizione di una procedura di affidamento in assenza di adeguati presupposti di interesse pubblico, al fine di escludere un aggiudicatario non gradito, favorire un diverso operatore economico, riconoscere indennizzi impropri o riaprire indebitamente il confronto competitivo, in conseguenza di relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

E.8. Varianti improprie in corso di esecuzione del contratto. Funzionari pubblici, direttori dell'esecuzione, responsabili del procedimento o altri soggetti competenti approvano indebitamente varianti, modifiche contrattuali, estensioni delle prestazioni, revisioni dei

prezzi o prestazioni supplementari in corso di esecuzione, in assenza dei presupposti normativi, tecnici o contrattuali previsti. Tali condotte possono consentire all'aggiudicatario di recuperare in tutto o in parte il ribasso offerto in gara, incrementare indebitamente il valore del contratto o ottenere condizioni più favorevoli rispetto a quelle originariamente aggiudicate, in conseguenza di relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

E.9. Proroghe tecniche indebite. Funzionari pubblici o altri soggetti competenti dispongono o reiterano proroghe tecniche di contratti pubblici in assenza dei presupposti di eccezionalità, temporaneità, stretta necessità e continuità del servizio, oppure omettono o ritardano l'avvio di nuove procedure di gara al fine di mantenere il rapporto contrattuale con l'operatore economico uscente, in conseguenza di relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

E.10. Difforme, incompleta o fraudolenta esecuzione delle prestazioni contrattuali. Produttori, fornitori, appaltatori, concessionari o altri operatori economici non rispettano gli obblighi contrattuali, omettendo in tutto o in parte la fornitura di beni o servizi, fornendo beni o servizi di qualità, quantità, caratteristiche tecniche o tempi di consegna inferiori a quelli previsti, sostituendo prodotti o prestazioni con alternative non autorizzate, oppure fatturando prestazioni non erogate, prodotti non forniti o servizi non conformi al contratto.

E.11. Capitolati, clausole o soluzioni tecniche con effetto lock-in. Funzionari pubblici, professionisti sanitari, tecnici incaricati o altri soggetti coinvolti nella definizione del fabbisogno o del capitolato introducono specifiche tecniche, clausole contrattuali, requisiti di interoperabilità, standard proprietari, condizioni di manutenzione, vincoli di aggiornamento o dipendenze tecnologiche tali da vincolare indebitamente la stazione appaltante a un determinato operatore economico. Tali condizioni ostacolano, limitano o rendono eccessivamente oneroso il ricorso a fornitori alternativi, riducendo la concorrenza nelle procedure successive.

E.12. Valutazioni improprie della fungibilità di beni e servizi. Funzionari pubblici, professionisti sanitari, tecnici incaricati o altri soggetti competenti qualificano indebitamente come infungibili, esclusivi o non sostituibili beni, servizi o tecnologie in realtà fungibili o comparabili, al fine di eludere il confronto concorrenziale, giustificare procedure in deroga o procedere all'acquisizione da un determinato operatore economico, in assenza di adeguata motivazione tecnico-scientifica, economica o organizzativa.

E.13. Comodati d'uso, valutazioni in prova e donazioni strumentali. Funzionari pubblici, professionisti sanitari, strutture sanitarie o altri soggetti competenti accettano comodati d'uso, valutazioni in prova, donazioni, concessioni gratuite o forniture apparentemente gratuite che determinano vantaggi economici impropri per il soggetto comodante, donante o fornitore, oppure creano vincoli tecnici, organizzativi o economici favorevoli a un operatore predeterminato. Tali condotte possono essere utilizzate per eludere le ordinarie procedure di gara, orientare futuri acquisti, generare dipendenza tecnologica o limitare la concorrenza.

F. Distribuzione e stoccaggio di prodotti sanitari

Durante le fasi di distribuzione, trasporto, conservazione e stoccaggio, farmaci, dispositivi medici e altri prodotti sanitari possono essere sottratti, deviati dalla filiera autorizzata, sostituiti con prodotti contraffatti o reimmessi sul mercato in condizioni non conformi. Tali condotte possono compromettere qualità, tracciabilità, integrità, sicurezza ed efficacia dei prodotti, con rischi diretti per i pazienti e per il sistema sanitario.

F.1. Appropriazione indebita, sottrazione o deviazione di prodotti sanitari. Funzionari pubblici, professionisti sanitari, operatori della logistica, distributori, fornitori o altri soggetti si appropriano indebitamente, sottraggono o deviano farmaci, dispositivi medici o altri prodotti sanitari durante le fasi di distribuzione, trasporto, conservazione o stoccaggio, al fine di destinarli a usi non autorizzati, rivenderli, reimmetterli sul mercato attraverso canali non ufficiali o trarne un vantaggio personale, economico o organizzativo.

F.2. Immissione o reimmissione sul mercato di prodotti contraffatti, adulterati o non conformi. Funzionari pubblici, professionisti sanitari, operatori della logistica, distributori, fornitori o altri soggetti immettono o reimmettono sul mercato farmaci, dispositivi medici o altri prodotti sanitari contraffatti, falsificati, adulterati, manomessi, privi di adeguata tracciabilità o comunque non conformi agli standard normativi, qualitativi e di sicurezza previsti.

F.3. Riconfezionamento, rietichettatura o ricondizionamento improprio di prodotti sanitari. Funzionari pubblici, professionisti sanitari, operatori della logistica, distributori, fornitori o altri soggetti riconfezionano, rietichettano o ricondizionano indebitamente farmaci, dispositivi medici o altri prodotti sanitari scaduti, deteriorati, non sterili, conservati in condizioni inadeguate, privi di adeguata tracciabilità o non conformi ai requisiti previsti, al fine di reimmetterli nella filiera distributiva o sul mercato.

G. Gestione delle risorse finanziarie

Sottrazione, distrazione, utilizzo improprio o indebita acquisizione, diretta o indiretta, di risorse economiche, patrimoniali o prestazionali destinate al finanziamento, all'organizzazione o all'erogazione dell'assistenza sanitaria. Tali condotte possono riguardare fondi pubblici, erogazioni liberali, beni patrimoniali, esenzioni, prestazioni, rimborsi, remunerazioni tariffarie o quote capitarie, determinando una riduzione delle risorse disponibili per le finalità istituzionali del sistema sanitario.

G.1. Appropriazione indebita, distrazione o sviamento di fondi pubblici. Funzionari pubblici, amministratori, professionisti sanitari o altri soggetti si appropriano indebitamente di fondi pubblici destinati alla sanità, oppure li distraggono per finalità diverse da quelle per cui sono stati stanziati, assegnati o vincolati, al fine di ottenere vantaggi personali, economici, politici, professionali o organizzativi.

G.2. Appropriazione indebita, distrazione o sviamento di erogazioni liberali. Funzionari pubblici, amministratori, professionisti sanitari o altri soggetti si appropriano indebitamente di donazioni, contributi o altre liberalità destinati alla sanità, alla ricerca o ad altre finalità istituzionali, oppure li distraggono dalle finalità per le quali sono stati erogati, al fine di ottenere vantaggi personali, economici, professionali o organizzativi.

G.3. Gestione inadeguata o distorta del patrimonio immobiliare. Funzionari pubblici, amministratori o altri soggetti competenti omettono di destinare, utilizzare o valorizzare il patrimonio immobiliare sanitario per finalità istituzionali, oppure lo alienano, concedono in uso, locazione o comodato a condizioni ingiustificatamente favorevoli, a valori inferiori a quelli di mercato o in assenza di procedure trasparenti e competitive, in conseguenza di relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

G.4. Spacchettamento tariffario indebito (*unbundling*). Strutture sanitarie, professionisti sanitari o altri soggetti erogatori frazionano artificialmente ricoveri, accessi, prestazioni, procedure o componenti assistenziali considerate unitariamente dal sistema tariffario o già comprese in una tariffa omnicomprensiva, imputando separatamente voci non autonomamente remunerabili⁷². Tali pratiche determinano un'indebita maggiorazione di tariffe, volumi remunerati o rimborsi a carico del SSN o di altri terzi paganti.

G.5. Corrispettivi informali o pagamenti non tracciati. Pazienti, familiari o altri soggetti corrispondono, oppure professionisti sanitari, strutture sanitarie o intermediari richiedono, sollecitano o accettano pagamenti per l'erogazione di prestazioni sanitarie al di fuori dei canali ufficiali e senza adeguata tracciabilità.

G.6. Trattamenti preferenziali nell'accesso alle prestazioni sanitarie. Pazienti, familiari o altri soggetti offrono denaro o altre utilità indebite, oppure professionisti sanitari o personale amministrativo li accettano o li sollecitano al fine di ottenere o garantire trattamenti preferenziali nell'accesso a prestazioni sanitarie.

G.7. Indebita fruizione di esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria. Cittadini, anche mediante autocertificazioni mendaci o omessa comunicazione della perdita dei requisiti, dichiarano falsamente il possesso dei requisiti reddituali, familiari o personali⁷³ al fine di ottenere o mantenere indebitamente l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

G.8. Utilizzo indebito di identità, tessere o credenziali sanitarie altrui. Assistiti, familiari, caregiver, intermediari o altri soggetti terzi utilizzano l'identità o le credenziali sanitarie altrui⁷⁴ senza delega o autorizzazione, al fine di accedere indebitamente a servizi e prestazioni sanitarie, ottenere prescrizioni, farmaci, esenzioni, referti o altra documentazione sanitaria, nonché rimborsi o altri vantaggi economici non spettanti.

G.9. Rilascio, avallo o utilizzo di false certificazioni sanitarie. Medici, commissioni medico-legali o altri soggetti abilitati rilasciano, avallano, attestano o utilizzano in modo consapevole certificazioni sanitarie non veritiere, incomplete o non supportate da adeguati presupposti clinici o documentali, relative a invalidità, disabilità, malattie croniche o rare, gravidanza, malattie o altre condizioni rilevanti. Tali certificazioni consentono ai soggetti interessati

⁷² *Frazionamento di un unico episodio di ricovero in più ricoveri remunerabili; separata fatturazione di attività pre o post ricovero/intervento già ricomprese nella tariffa; spacchettamento di prestazioni ambulatoriali o di accessi coperti da forfait omnicomprensivo; fatturazione congiunta o separata di prestazioni che il nomenclatore considera incluse, non associabili o non autonomamente remunerabili.*

⁷³ *In relazione al reddito del nucleo familiare fiscale, allo stato di disoccupazione, alla titolarità di assegno sociale o pensione al minimo, o alla composizione del nucleo familiare.*

⁷⁴ *Tessera sanitaria, codice fiscale, numeri di ricetta elettronica, dati anagrafici, credenziali digitali (TS-CNS/FSE), attestati o codici di esenzione, deleghe o documentazione intestati a terzi.*

l'accesso indebito a esenzioni dal ticket, prestazioni economiche, benefici assistenziali o previdenziali, permessi lavorativi o altre agevolazioni non spettanti.

G.10. Fatturazioni false, indebite o non documentate. Professionisti sanitari, strutture erogatrici o altri soggetti presentano, supportano, attestano o alterano richieste di pagamento, rendicontazioni o documentazione amministrativo-contabile false, indebite o non adeguatamente documentate. Tali condotte possono includere sovrapproduzione, doppia fatturazione, fatturazione di prestazioni non erogate, di prodotti non forniti, di prestazioni non appropriate o già remunerate, al fine di conseguire o fare ottenere agli interessati indebiti rimborsi dal SSN o da terzi paganti oppure indebite detrazioni fiscali per spese sanitarie.

G.11. Falsificazione o codifica opportunistica della scheda di dimissione ospedaliera (upcoding). Medici responsabili della dimissione o altri professionisti coinvolti nella codifica alterano, omettono o codificano in modo non veritiero⁷⁵ la scheda di dimissione ospedaliera, al fine di collocare il ricovero in un DRG più remunerativo o comunque ottenere un'indebita maggiore remunerazione a carico del SSN o di terzi paganti.

G.12. OMESSO O TARDIVO AGGIORNAMENTO DEGLI ELENCHI DEGLI ASSISTITI. Le Aziende sanitarie, gli uffici di anagrafe assistiti o altri soggetti competenti omettono o ritardano la cancellazione, la rettifica o l'aggiornamento delle posizioni degli assistiti non più in carico al SSN⁷⁶. Tale omissione può determinare l'indebita corresponsione di quote capitarie o altre forme di remunerazione a medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

H. Gestione delle risorse umane

Fenomeni corruttivi, conflitti di interesse, favoritismi e abusi di potere nella gestione delle risorse umane possono compromettere il reclutamento, la selezione, la valorizzazione e lo sviluppo professionale del personale nelle organizzazioni sanitarie. Le ricadute possono riguardare non solo i singoli lavoratori, ma l'intera organizzazione: riduzione della qualità della governance, demotivazione del personale, deterioramento del clima lavorativo, marginalizzazione di professionisti competenti, ostacolo alla segnalazione di irregolarità e assegnazione impropria di responsabilità, con effetti negativi sulla qualità e sicurezza dell'assistenza, sull'efficienza dei servizi e sull'equità di accesso alle cure.

H.1. Selezione, conferimento o mantenimento indebito di incarichi e progressioni di carriera. Funzionari pubblici, dirigenti, professionisti sanitari o altri soggetti coinvolti nei processi di selezione, valutazione, nomina o conferimento di incarichi favoriscono, ottengono o mantengono indebitamente assunzioni, incarichi, nomine, promozioni o progressioni di carriera in assenza dei requisiti previsti, in violazione di criteri di imparzialità, trasparenza, merito, delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità o degli obblighi dichiarativi. Tali condotte sono poste in essere in conseguenza di relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite⁷⁷.

⁷⁵ Selezione opportunistica della diagnosi principale; indicazione di diagnosi secondarie, comorbidità, complicanze non documentate; codifica di procedure più invasive o complesse di quelle effettivamente eseguite; discordanza intenzionale tra SDO e cartella clinica.

⁷⁶ Per decesso, trasferimento, irregolare doppia iscrizione, perdita del titolo di assistenza per mancato rinnovo o diniego del permesso di soggiorno. Per la pediatria di libera scelta, compimento del 14° anno.

⁷⁷ Modifica dei requisiti concorso, assunzione tramite agenzie interinali.

H.2. Rimozione arbitraria o penalizzazione di personale non gradito. Funzionari pubblici, dirigenti, professionisti sanitari o altri soggetti che esercitano poteri gerarchici, organizzativi, disciplinari o valutativi dispongono, promuovono o determinano l'allontanamento, la marginalizzazione o la penalizzazione professionale di personale non gradito, mediante misure dirette (licenziamento, mancato rinnovo dell'incarico, declassamento, demansionamento, trasferimento o esclusione da incarichi e progressioni di carriera) o indirette (pressioni, isolamento organizzativo, delegittimazione professionale o pratiche vessatorie). Tali condotte possono derivare da conflitti interni, finalità ritorsive, relazioni personali, condizionamenti politici o della promessa/corresponsione di denaro o altre utilità indebite.

H.3. Condizionamento indebito delle attività lavorative. Funzionari pubblici, dirigenti, professionisti sanitari o altri soggetti che esercitano un potere gerarchico, funzionale, organizzativo o valutativo condizionano, ostacolano o orientano indebitamente l'attività lavorativa di colleghi, collaboratori o subordinati, abusando della propria posizione o facendo leva su asimmetrie di potere, dipendenza professionale, timore di ritorsioni o aspettative di carriera.

H.4. Assenteismo, negligenza o inadempimento dei doveri di servizio. Funzionari pubblici, professionisti sanitari o altri soggetti si assentano indebitamente dal lavoro, attestano falsamente la propria presenza, omettono di svolgere o svolgono in modo gravemente negligente le attività dovute, pur percependo regolarmente la retribuzione o altri compensi correlati al rapporto di lavoro o di servizio.

H.5. Esercizio abusivo di professione sanitaria. Soggetti privi dei requisiti formativi, abilitativi, autorizzativi o di iscrizione all'albo esercitano, in tutto o in parte, attività riservate a professionisti sanitari, oppure si presentano indebitamente come tali, esponendo i pazienti a rischi e possibili danni per la salute.

I. Erogazione dei servizi sanitari

Fenomeni corruttivi e comportamenti opportunistici nell'erogazione dei servizi sanitari possono distorcere l'accesso, la priorità, la qualità, l'appropriatezza e la continuità dell'assistenza. Tali condotte possono determinare prestazioni non necessarie, canali preferenziali, utilizzo improprio di risorse pubbliche, erogazione di servizi di qualità inferiore o spostamento della domanda verso attività private o a pagamento, con effetti negativi su sicurezza dei pazienti, equità di accesso, sostenibilità e fiducia nel SSN.

I.1. Manipolazione e falsificazione della documentazione sanitaria. Professionisti sanitari, operatori amministrativi o soggetti erogatori formano o alterano documenti, omettono o attestano falsamente informazioni nella documentazione clinica, sanitaria o amministrativo-sanitaria, al fine di ottenere rimborsi o benefici indebiti, giustificare prestazioni non appropriate o non erogate, simulare requisiti clinici o amministrativi, occultare errori o responsabilità, o procurare altri vantaggi diretti o indiretti.

I.2. Utilizzo a fini privati di strutture, attrezzature, beni di consumo e ore di lavoro.

Professionisti sanitari destinano indebitamente a finalità private strutture, attrezzature, beni di consumo e ore di lavoro finanziati con risorse pubbliche.

I.3. Favoritismi. Professionisti sanitari riservano a categorie privilegiate di pazienti corsie preferenziali nell'accesso ai servizi e a prestazioni sanitarie, anche più innovative o ad alto costo, assicurando loro vantaggi indebiti rispetto ai criteri di priorità e appropriatezza.

I.4. Erogazione di servizi di qualità inferiore. Strutture o professionisti sanitari erogano servizi e prestazioni di qualità inferiore rispetto agli standard dichiarati, contrattualmente dovuti o economicamente remunerati.

I.5. Manipolazione degli indicatori. Funzionari pubblici o professionisti sanitari falsificano o omettono dati relativi ai processi e agli esiti assistenziali per migliorare gli indicatori di performance individuale e organizzativa.

I.6. Dirottamento dei pazienti verso strutture private. Professionisti sanitari, dopo una prima valutazione clinica in una struttura pubblica, indirizzano i pazienti verso strutture private al fine di ottenere un vantaggio economico diretto o indiretto.

I.7. Utilizzo improprio dell'attività libero-professionale intramuraria (ALPI). I medici utilizzano impropriamente l'ALPI superando i volumi previsti dall'autorizzazione, svolgendola durante l'orario di servizio, orientando in modo fuorviante i pazienti su tempi e modalità di accesso alle prestazioni pubbliche, riservando ai pazienti dell'ALPI corsie preferenziali per tempi di accesso o per prestazioni più innovative o costose.

I.8. Manipolazione delle liste d'attesa. Professionisti sanitari e/o personale amministrativo alterano indebitamente la gestione delle liste d'attesa tramite una o più delle seguenti pratiche: inserimento o esclusione selettiva di pazienti; modifica ingiustificata delle classi di priorità; gestione distorta del primo accesso o della prima data disponibile; accesso improprio o non autorizzato alle agende; blocco, chiusura o rallentamento delle prenotazioni; occultamento delle disponibilità; mancata messa a sistema di tutta l'offerta prenotabile; dirottamento dei pazienti verso attività a pagamento, quali l'ALPI o strutture private. Tali condotte sono finalizzate a rispettare in via esclusivamente formale i parametri nazionali di riferimento, a favorire specifici pazienti o a generare vantaggi economici diretti o indiretti.

I.9. Consulti specialistici e prestazioni non necessari. Professionisti sanitari o soggetti erogatori inducono, orientano o prescrivono consulti specialistici, accertamenti diagnostici, trattamenti o altre prestazioni sanitarie inappropriate o totalmente non necessarie, anche al fine di generare volumi di attività, ricavi, rimborsi o altri vantaggi diretti o indiretti

5.4. Fattori determinanti e favorenti

Vulnerabilità dei sistemi sanitari. Frodi e abusi possono manifestarsi in Paesi con qualsiasi livello di reddito e in tutti i tipi di sistemi sanitari: ben finanziati o sottofinanziati, relativamente semplici o ad alta complessità organizzativa⁷⁸. I sistemi sanitari sono particolarmente vulnerabili ai fenomeni corruttivi perché operano attraverso interazioni dinamiche tra una pluralità di stakeholder⁷⁹ – istituzioni pubbliche, finanziatori, erogatori, professionisti, imprese, intermediari e cittadini – spesso portatori di interessi, poteri e livelli di informazione differenti. A questa complessità si aggiungono l'elevato volume di risorse economiche mobilitate, l'incertezza che caratterizza molte decisioni cliniche, organizzative e allocative e le asimmetrie informative tra decisori, professionisti, fornitori e pazienti⁸⁰. Il potere decisionale è frequentemente distribuito tra attori diversi e su più livelli del sistema, mentre procedure, responsabilità e criteri di scelta possono risultare difficili da verificare. Questa combinazione di complessità, discrezionalità, opacità e disallineamento delle informazioni disponibili per i diversi attori crea molteplici opportunità per l'emersione, la normalizzazione e la riproduzione di pratiche corruttive.

I fattori che determinano e favoriscono la corruzione nei sistemi sanitari sono molteplici e interdipendenti. Ai fini dell'analisi possono essere ricondotti a quattro grandi categorie: fattori politico-istituzionali e di governance; fattori economici e connessi alla globalizzazione; fattori socio-culturali; fattori legati a crisi, emergenze e condizioni di instabilità (box 5.2).

⁷⁸ Transparency International. The Ignored Pandemic. How corruption in healthcare service delivery threatens Universal Health Coverage. 2019. Disponibile a: <https://ti-health.org/wp-content/uploads/2019/03/IgnoredPandemic-WEB-v2.pdf>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁷⁹ Glynn EH. Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach. *Front Public Health* 2022;10:910073.

⁸⁰ Savedoff WD, Hussmann K. Why are health systems prone to corruption? *Global Corruption Report* 2006:4-16. Disponibile a: www.juridice.ro/wp-content/uploads/2015/08/2006_GCR_HealthSector_EN.pdf. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

Box 5.2. Fattori che determinano e favoriscono frodi e abusi in sanità

Politico-istituzionali e di governance

- Manipolazione delle politiche per vantaggi personali o politici
- Deregolamentazione indotta dalle crisi
- Carenza di trasparenza e di controlli
- Processi burocratici inefficaci
- Debolezza delle istituzioni e mancata imparzialità del sistema giudiziario
- Reti informali e *patronage*
- Concentrazione del potere nelle élite

Economici e legati alla globalizzazione

- Dipendenza da finanziamenti esterni
- Limitate risorse pubbliche
- Bassi salari e cattive condizioni di lavoro
- Doppio impiego
- Oligopoli di mercato che gonfiano i prezzi

Socio-culturali

- Narrazioni che normalizzano la corruzione nella società
- Limitato coinvolgimento civico
- Debolezza della società civile e del controllo dei media

Connessi a crisi ed emergenze

- Domanda urgente di forniture mediche
- Allentamento della vigilanza regolatoria
- Inadeguati controlli negli approvvigionamenti
- Paradisi fiscali *offshore* e transazioni opache
- Carenza di trasparenza e di supervisione

Box 5.2. Determinanti e fattori di frodi e abusi in sanità

Fattori politico-istituzionali e di governance. Frodi e abusi in sanità sono spesso favoriti da assetti politici caratterizzati da concentrazione del potere, debolezza dei controlli istituzionali e scarsa accountability. Nei contesti in cui leader politici, alti funzionari o gruppi di interesse sono percepiti come esonerati dal rispetto delle regole comuni, le pratiche non etiche e corruttive tendono a diffondersi e a normalizzarsi. I vertici politici e amministrativi possono orientare o manipolare politiche, nomine, allocazione delle risorse, processi regolatori e procedure di acquisto per ottenere vantaggi economici, elettorali o di consenso. Le reti informali e i meccanismi di *patronage* politico indeboliscono ulteriormente l'integrità della governance sanitaria, sostituendo criteri di competenza, trasparenza e responsabilità con logiche di appartenenza, fedeltà personale o scambio di favori. In questi contesti, le relazioni personali e politiche possono prevalere sulla responsabilità giuridica e amministrativa, riducendo la capacità delle istituzioni di prevenire, identificare e sanzionare le condotte illecite.

La vulnerabilità aumenta quando le istituzioni politiche e amministrative sono deboli o scarsamente indipendenti. Debolezze nei meccanismi di garanzia dell'imparzialità della magistratura, autorità di controllo prive di autonomia effettiva, quadri normativi complessi o difficilmente applicabili e procedure burocratiche opache possono consentire ai funzionari corrotti di agire con un basso rischio di sanzione. Nei sistemi politici privi di trasparenza, controlli effettivi e adeguati meccanismi di bilanciamento dei poteri, la corruzione nel settore

sanitario tende quindi a radicarsi nelle decisioni strategiche, nei processi amministrativi e nelle relazioni tra istituzioni pubbliche, erogatori e fornitori.

Queste dinamiche diventano particolarmente evidenti nelle fasi di crisi, quando la necessità di garantire rapidità decisionale e continuità dell'assistenza può portare ad allentare controlli, derogare alle procedure ordinarie o concentrare il potere decisionale in un numero limitato di soggetti. In assenza di presidi di trasparenza, tracciabilità e controllo ex post, l'emergenza può così amplificare vulnerabilità preesistenti e creare nuove opportunità di abuso.

Fattori economici e legati alla globalizzazione. Le dinamiche economiche, incluse le politiche di austerità, la dipendenza da finanziamenti esterni e i processi di globalizzazione dei mercati, possono creare vulnerabilità rilevanti per l'integrità dei sistemi sanitari. La scarsità di risorse pubbliche e l'instabilità dei finanziamenti compromettono la capacità di governi e istituzioni di garantire un finanziamento sanitario adeguato, stabile e affidabile. Questo si riflette spesso in retribuzioni inadeguate, insicurezza occupazionale, carichi di lavoro elevati e condizioni organizzative critiche per gli operatori sanitari.

Tali condizioni possono costituire un incentivo a comportamenti opportunistici o illeciti, quali pagamenti informali, furto e rivendita di farmaci, presidi e dispositivi medici, assenteismo e doppio impiego. Pur maturando spesso in contesti caratterizzati da precarietà lavorativa, sottofinanziamento o debolezza organizzativa, queste pratiche finiscono per compromettere equità, qualità dell'assistenza, sicurezza dei pazienti e fiducia nelle istituzioni sanitarie.

Anche la struttura dei mercati sanitari può favorire pratiche corruttive o abusive. Nei settori farmaceutico, dei dispositivi medici, delle tecnologie sanitarie e di altri beni e servizi essenziali, la presenza di un numero limitato di operatori economici, la scarsa concorrenza, le asimmetrie informative e la dipendenza da fornitori specializzati possono ridurre la trasparenza dei prezzi e aumentare il rischio di rendite, accordi collusivi, sovrapprezzi e indebite pressioni sui decisori pubblici. Queste dinamiche incidono sull'accessibilità economica e sulla disponibilità di prodotti e servizi essenziali, soprattutto quando pochi soggetti controllano segmenti rilevanti del mercato o riescono a influenzare condizioni di acquisto, prezzi e priorità allocative^{81,82}.

Fattori socio-culturali. Atteggiamenti collettivi, norme sociali e livelli di tolleranza verso l'informalità influenzano la vulnerabilità dei sistemi sanitari alla corruzione. In alcuni contesti, le pratiche corruttive possono essere normalizzate e percepite come parte delle interazioni ordinarie tra cittadini, professionisti e istituzioni, riducendo la capacità di riconoscerle come comportamenti inaccettabili e di contrastarle sul piano individuale e collettivo.

Quando pagamenti informali, favoritismi o dazioni indebite diventano consuetudine, cittadini e operatori possono contribuire, anche in assenza di un'esplicita intenzione criminale, a perpetuare un contesto nel quale tali pratiche raramente vengono messe in discussione. In sanità, questo è particolarmente rilevante perché il bisogno di accedere tempestivamente alle cure può rendere i pazienti più inclini ad accettare o alimentare meccanismi informali, soprattutto quando il sistema formale è percepito come lento, opaco o inefficace.

⁸¹ Glynn EH. Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach. *Front Public Health* 2022;10:910073.

⁸² Vian T. Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. *Glob Health Action* 2020;13(suppl 1):1694744.

A questi elementi si aggiungono il limitato coinvolgimento civico e la debolezza del controllo pubblico. Quando organizzazioni della società civile, gruppi di advocacy, organismi indipendenti di vigilanza e media dispongono di risorse limitate o di scarsa autonomia o capacità di influenza, si riduce la possibilità di intercettare, denunciare e contrastare le pratiche corruttive. In assenza di scrutinio pubblico e di un'accountability effettiva, funzionari, decisori e amministratori sanitari possono operare con un minor rischio di esposizione, censura sociale o sanzione istituzionale^{83,84}.

Crisi ed emergenze. Crisi ed emergenze, incluse pandemie come quella da COVID-19, amplificano le vulnerabilità dei sistemi sanitari alla corruzione. L'aumento improvviso della domanda di beni e servizi essenziali – farmaci, dispositivi medici, dispositivi di protezione individuale, tecnologie diagnostiche, posti letto, personale e servizi logistici – può indurre governi e amministrazioni ad accelerare le procedure, ricorrere a deroghe, ridurre i controlli ex ante e concentrare il potere decisionale in un numero ristretto di soggetti.

Queste condizioni, pur spesso giustificate dall'urgenza di garantire continuità assistenziale e tempestività della risposta, possono aprire spazi a pratiche scorrette negli approvvigionamenti, nelle autorizzazioni, nella gestione dei contratti e nell'allocazione delle risorse. In tali contesti, le pratiche corruttive possono essere motivate da interessi economici, ricerca di rendite, opportunismo politico o semplice avidità, ma anche da pressioni organizzative e istituzionali volte a raggiungere rapidamente obiettivi di approvvigionamento, produttività o capacità di risposta. Il rischio aumenta quando le procedure emergenziali non sono accompagnate da requisiti stringenti di tracciabilità, pubblicità degli atti, motivazione delle deroghe, controlli indipendenti e verifiche ex post.

In assenza di quadri normativi solidi, trasparenza e organismi indipendenti di vigilanza, l'emergenza può quindi trasformarsi da condizione eccezionale a fattore abilitante di abusi, frodi e pratiche corruttive. Il fenomeno può essere ulteriormente aggravato da transazioni finanziarie opache, strutture societarie schermate, intermediari non trasparenti e circuiti finanziari *offshore*, che rendono più difficile ricostruire i flussi finanziari, identificare i beneficiari effettivi e recuperare le risorse indebitamente sottratte^{85,86}.

⁸³ Gaitonde R, Oxman AD, Okebukola PO, Rada G. Interventions to reduce corruption in the health sector. Cochrane Database Syst Rev 2016(8):CD008856

⁸⁴ Glynn EH. Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach. Front Public Health 2022;10:910073.

⁸⁵ Gaitonde R, Oxman AD, Okebukola PO, Rada G. Interventions to reduce corruption in the health sector. Cochrane Database Syst Rev 2016(8):CD008856

⁸⁶ Griffiore KA et al. Corruption risks in health procurement during the COVID-19 pandemic and anti-corruption, transparency and accountability (ACTA) mechanisms to reduce these risks: a rapid review. Global Health 2023;19:91.

5.5. Impatto sulla salute

Le evidenze disponibili indicano che frodi e abusi incidono su vari indicatori di salute individuale e collettiva: peggioramento di mortalità e morbilità; esposizione a prodotti medici substandard o falsificati; barriere economiche e organizzative all'accesso; distorsioni prescrittive e sovra-utilizzo di interventi a basso valore; perdita di fiducia nei servizi e nelle istituzioni. Vengono di seguito analizzati questi meccanismi, con attenzione agli effetti distributivi sulle popolazioni più vulnerabili.

Mortalità, morbilità e salute pubblica. La corruzione nei sistemi sanitari è associata a un peggioramento significativo di numerosi indicatori di salute. In diversi studi comparativi, livelli più elevati di corruzione risultano associati a maggiori tassi di mortalità infantile e pediatrica, aumento della mortalità sotto i cinque anni, riduzione dell'aspettativa di vita e peggioramento degli indicatori di benessere soggettivo, anche dopo aggiustamento per variabili economiche, sociali e culturali⁸⁷. Una recente revisione sistematica, analizzando con metodi econometrici i dati relativi a 102 Paesi nel periodo 2008-2018, ha documentato una relazione significativa tra corruzione e tassi di mortalità, oltre che una minore capacità fiscale, una riduzione del finanziamento pubblico alla sanità e una distorsione nell'allocazione delle risorse pubbliche. Questi dati suggeriscono che il contrasto alla corruzione debba essere riconosciuto come priorità di sanità pubblica, considerata la sua associazione con il finanziamento della sanità, l'allocazione delle risorse e la salute della popolazione⁸⁸.

Gli effetti negativi riguardano anche altri esiti di salute pubblica. La corruzione può contribuire a ridurre le coperture vaccinali, ritardare la richiesta e l'erogazione delle cure, aumentare i tempi di attesa, favorire il mancato trattamento e ridurre la soddisfazione dei cittadini per l'assistenza ricevuta⁸⁹. Questi effetti non dipendono esclusivamente dalla sottrazione diretta di risorse, ma anche dalla distorsione delle priorità allocative, dall'indebolimento dei sistemi di controllo, dalla minore qualità dei servizi e dalla perdita di fiducia nelle istituzioni sanitarie.

Gli indicatori di morbilità suggeriscono inoltre che, in diversi Paesi europei, le persone di età ≥ 50 anni presentano una maggiore prevalenza di malattie croniche nei contesti caratterizzati da livelli più elevati di corruzione, con associazioni particolarmente rilevanti per alcune condizioni cardiovascolari e gastrointestinali, incluse le ulcere⁹⁰. Gli effetti tendono a essere più marcati tra le donne e tra le persone con basso status socio-economico, confermando che la corruzione agisce anche come fattore di amplificazione delle disuguaglianze di salute.

Nei Paesi ad alto reddito, la corruzione non è assente né priva di conseguenze in ambito sanitario. Anche in questi contesti, pratiche corruttive, frodi e abusi possono compromettere la salute fisica e mentale, ridurre il benessere soggettivo e accrescere la sfiducia verso servizi, professionisti e istituzioni. Alcuni studi suggeriscono che gli effetti sul benessere percepito e sulla salute mentale possano risultare particolarmente marcati nei Paesi ad alto reddito, dove le aspettative di legalità, qualità e affidabilità dei servizi pubblici sono più elevate e la

⁸⁷ Achim MV et al. Corruption and health outcomes within an economic and cultural framework. *Eur J Health* 2020;21:195-207.

⁸⁸ Kyriopoulos I, Minos D, VANDOROS S, Mossialos E. How Corruption Influences Population Health. *Milbank Q* 2026;104:198-219.

⁸⁹ Onwujekwe O et al. Corruption in Anglophone West Africa health systems: a systematic review of its different variants and the factors that sustain them. *Health Policy Plan* 2019;34:529-43.

⁹⁰ Ferrari L, Salustri F. The relationship between corruption and chronic diseases: evidence from Europeans aged 50 years and older. *Int J Public Health* 2020;65:345-55.

percezione di corruzione può tradursi in una più forte erosione della fiducia verso le istituzioni⁹¹.

Prodotti medici substandard e falsificati. I prodotti medici substandard e falsificati rappresentano una delle manifestazioni più dannose delle vulnerabilità regolatorie, delle frodi e delle pratiche corruttive nella filiera sanitaria. Secondo l’OMS, i prodotti substandard sono prodotti autorizzati che non soddisfano gli standard o le specifiche di qualità, mentre quelli falsificati travisano deliberatamente o fraudolentemente identità, composizione o origine; entrambi possono determinare fallimento terapeutico, eventi avversi, esposizione a sostanze tossiche, aumento della resistenza antimicrobica, spreco di risorse e perdita di fiducia nei sistemi sanitari⁹².

La circolazione di questi prodotti è favorita da sistemi regolatori deboli, controlli ispettivi insufficienti, applicazione inefficace delle norme, sorveglianza post-marketing limitata, supply chain lunghe e frammentate, canali informali o online non autorizzati e scarsa capacità tecnica delle autorità competenti. L’OMS include anche la corruzione all’interno degli organismi regolatori, delle autorità di enforcement e della supply chain tra i fattori che possono facilitarne produzione e distribuzione. I profitti potenzialmente elevati, associati a una bassa probabilità di identificazione e sanzione, creano forti incentivi economici per produttori, intermediari e reti criminali. A ciò si aggiunge spesso un’insufficiente capacità, da parte di professionisti sanitari e cittadini, di riconoscere la qualità dei prodotti e i rischi associati all’acquisto attraverso canali non autorizzati.

La prevalenza stimata dei medicinali substandard e falsificati è molto variabile e dipende in larga misura dai metodi di campionamento, dai prodotti analizzati e dai contesti studiati. Una revisione sistematica con meta-analisi ha stimato, nei Paesi a basso e medio reddito, una prevalenza complessiva del 13,6% dei medicinali essenziali di scarsa qualità, con valori pari al 18,7% in Africa e al 13,7% in Asia; nello stesso studio, il 19,1% degli antimalarici e il 12,4% degli antibiotici risultavano substandard o falsificati⁹³. Le stime dell’onere economico globale rimangono ampie e incerte: l’OMS stima che i Paesi spendano circa 30,5 miliardi di dollari l’anno per prodotti medici substandard e falsificati, mentre altre stime riportano un intervallo più ampio, compreso tra 10 e 200 miliardi di dollari, con importanti limiti metodologici⁹³.

Anche livelli apparentemente contenuti di esposizione ai prodotti substandard e falsificati possono produrre danni rilevanti. I modelli disponibili indicano che possono aumentare morbilità e mortalità attraverso fallimento terapeutico, progressione della malattia, ricoveri evitabili, trasmissione prolungata delle infezioni e sviluppo di resistenze. Ad esempio, una prevalenza stimata dell’1% di antibiotici scadenti può raddoppiare il tasso di letalità della polmonite, con effetti particolarmente grave sulla mortalità infantile⁹⁴. Uno studio del 2015 ha stimato che oltre 120.000 decessi di bambini di età <5 anni in 39 Paesi dell’Africa subsahariana fossero attribuibili ad antimalarici di scarsa qualità, con la Nigeria responsabile di una quota rilevante del totale⁹⁵. Questi fenomeni aggravano inoltre le disuguaglianze: in Uganda, gli

⁹¹ Achim MV et al. Corruption and health outcomes within an economic and cultural framework. *Eur J Health* 2020;21:195-207.

⁹² World Health Organization. Substandard and falsified medical products. Disponibile a: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/substandard-and-falsified-medical-products. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁹³ Ozawa S, Evans DR, Bessias S, et al. Prevalence and Estimated Economic Burden of Substandard and Falsified Medicines in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2018;1:e181662.

⁹⁴ Salami RK et al. Health, Economic, and Social Impacts of Substandard and Falsified Medicines in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Methodological Approaches. *Am J Trop Med Hyg* 2023;109:228-40.

⁹⁵ Renschler JP, Walters KM, Newton PN, Laxminarayan R. Estimated Under-Five Deaths Associated with Poor-Quality Antimalarials in Sub-Saharan Africa. *Am J Trop Med Hyg*. 2015;92(6 Suppl):119-126.

antimalarici substandard e falsificati determinano un carico sanitario ed economico sproporzionato sulle popolazioni rurali e sui gruppi a più basso status socio-economico⁹⁶.

Le crisi e le emergenze aumentano ulteriormente la vulnerabilità a frodi e prodotti di qualità non garantita. Durante la pandemia da COVID-19, la carenza globale di dispositivi di protezione individuale, test diagnostici, vaccini e medicinali ha creato condizioni favorevoli alla diffusione di prodotti substandard, falsificati o non conformi, anche in Paesi ad alto reddito; una *rapid review* sui rischi corruttivi negli approvvigionamenti sanitari durante la pandemia ha documentato casi riguardanti vaccini, dispositivi di protezione individuale e medicinali in Paesi quali Francia, Spagna, Italia, Romania e Slovenia⁹⁷. Europol ha inoltre segnalato che la produzione e distribuzione di prodotti farmaceutici e sanitari contraffatti legati alla pandemia da COVID-19 hanno seguito rapidamente la diffusione della pandemia nei mercati dell'Unione Europea⁹⁸.

Il caso del Regno Unito è utile non tanto come esempio di medicinali falsificati, quanto come esempio di vulnerabilità negli approvvigionamenti emergenziali e di elevati costi pubblici associati a decisioni rapide, controlli deboli e acquisti sovradimensionati. Il *National Audit Office* ha documentato che nel gennaio 2022 il *Department of Health and Social Care* aveva identificato 3,6 miliardi di dispositivi di protezione individuale non idonei ai servizi di prima linea, acquistati a un costo di 2,9 miliardi di sterline; tra questi, 1,1 miliardi di articoli non utilizzabili nei servizi sanitari e sociali e 1,0 miliardi classificati come spreco non utilizzabile in alcun modo⁹⁹. Il *Public Accounts Committee* della Camera dei Comuni ha successivamente riportato svalutazioni e cancellazioni contabili per 14,9 miliardi di sterline relative a dispositivi di protezione individuali, medicinali e vaccini anti-COVID-19 nel biennio 2020-2022¹⁰⁰. Una parte rilevante del dibattito pubblico ha riguardato anche la cosiddetta "VIP lane": Transparency International UK ha richiamato i rischi connessi a questo canale preferenziale, associandolo a costi più elevati, minore fiducia pubblica e circa 1 miliardo di sterline di dispositivi giudicati non idonei allo scopo¹⁰¹.

Questi esempi mostrano come i prodotti medici substandard e falsificati, così come gli approvvigionamenti emergenziali non adeguatamente controllati, possano produrre effetti che vanno oltre il danno economico immediato: fallimenti terapeutici, eventi avversi, aumento della mortalità evitabile, maggiore esposizione degli operatori sanitari a rischi professionali, riduzione degli investimenti in interventi efficaci e perdita di fiducia nelle istituzioni. Nei sistemi sanitari già sotto pressione, tali effetti tendono a colpire in modo sproporzionato i gruppi più vulnerabili, ampliando le disuguaglianze di salute.

⁹⁶ Evans DR, Higgins CR, Laing SK, et al. Poor-quality antimalarials further health inequities in Uganda. *Health Policy Plan* 2019;34(Supplement_3):iii36-iii47.

⁹⁷ Griffore KA et al. Corruption risks in health procurement during the COVID-19 pandemic and anti-corruption, transparency and accountability (ACTA) mechanisms to reduce these risks: a rapid review. *Global Health* 2023;19:91.

⁹⁸ Europol. Viral marketing. Counterfeits, substandard goods and intellectual property crime in the COVID-19 pandemic. April 2020. Disponibile a: www.europol.europa.eu/cms/sites/default/files/documents/report_covid_19_-_viral_marketing_counterfeits.pdf. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

⁹⁹ National Audit Office. Investigation into the management of PPE contracts. Department of Health & Social Care, March 2022. Disponibile a: www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2022/03/Investigation-into-the-management-of-PPE-contracts.pdf. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁰⁰ House of Commons, Committee of Public Accounts. Department of Health and Social Care 2021-22 Annual Report and Accounts: Sixty-Second Report of Session 2022-23. House of Commons, July 2023. Disponibile a: <https://committees.parliament.uk/publications/40738/documents/198470/default>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁰¹ Transparency International. Behind the Masks: Corruption red flags in COVID-19 public procurement. Disponibile a: www.transparency.org.uk/publications/behind-masks-corruption-red-flags-covid-19-public-procurement. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

Pagamenti informali e barriere economiche all'accesso. I pagamenti informali in sanità derivano dall'interazione tra fattori legati agli operatori, ai pazienti, alle organizzazioni e al sistema di governance. Possono assumere forme diverse – denaro, doni, favori o altri benefici – e collocarsi lungo un *continuum* che spazia dal gesto di gratitudine socialmente tollerato alla richiesta estorsiva o alla tangente esplicita. In ogni caso, quando diventano condizione implicita o esplicita per ottenere assistenza, trasformano l'accesso alle cure in una transazione opaca, non regolata e potenzialmente discriminatoria.

A livello micro, salari bassi, ritardi nei pagamenti, insicurezza occupazionale e condizioni di lavoro inadeguate possono aumentare l'incentivo per alcuni professionisti sanitari a richiedere o accettare pagamenti non ufficiali. Dal lato dei pazienti, il pagamento può essere percepito come necessario per ottenere l'accesso alle cure, accelerare l'erogazione di una prestazione, ricevere maggiore attenzione, aggirare una lista d'attesa o ottenere un trattamento ritenuto migliore. Dal lato del professionista sanitario, il ricorso a pagamenti informali può essere favorito dall'interesse a non dichiarare integralmente il reddito percepito, offrendo prestazioni a un costo inferiore in assenza di fatturazione. Il paziente può accettare tale modalità per ottenere un risparmio economico immediato. In alcuni contesti, doni e pagamenti informali sono inoltre rafforzati da aspettative e consuetudini sociali che finiscono per normalizzare il comportamento, rendendo più difficile distinguerlo da una vera e propria pratica corruttiva. Le revisioni disponibili indicano che i pagamenti informali sono sostenuti da fattori di offerta, come salari bassi o irregolari e deboli meccanismi di accountability, e da fattori di domanda, come il bisogno di accedere ai servizi, saltare le code, ottenere cure di qualità più elevata o esprimere gratitudine¹⁰².

A livello meso, le modalità organizzative e finanziarie delle strutture sanitarie possono contribuire alla persistenza del fenomeno. Procedure poco trasparenti, scarsa documentazione dei pagamenti, controlli interni deboli, ambiguità sulle prestazioni gratuite o a pagamento e tolleranza verso costi aggiuntivi non ufficiali possono rendere i pagamenti informali parte del funzionamento ordinario dei servizi. A livello macro, la debole vigilanza, l'applicazione inefficace delle norme, la limitata consapevolezza dei propri diritti da parte dei pazienti e la scarsa capacità di denuncia contribuiscono a mantenere la pratica nel tempo. Le conseguenze sono rilevanti in termini di equità: i pagamenti informali introducono una barriera economica ulteriore rispetto ai costi ufficiali e colpiscono in misura sproporzionata le persone con minori risorse, costrette a rinviare le cure, rinunciare o indebitarsi per accedere a servizi che dovrebbero essere garantiti.

Le evidenze disponibili mostrano inoltre che il fenomeno può assumere dimensioni rilevanti. Una revisione sistematica e meta-analisi condotta nella Repubblica islamica dell'Iran ha stimato una frequenza complessiva dei pagamenti informali pari al 35%, mentre la quota di spesa out-of-pocket sul finanziamento sanitario risultava pari al 50%¹⁰³. Nei Paesi ad alto reddito, i pagamenti informali possono influenzare anche le decisioni cliniche e organizzative: in Ungheria, ad esempio, studi sull'assistenza ostetrica hanno collegato la diffusione dei pagamenti informali alla struttura degli incentivi economici e alla frequenza elevata di tagli cesarei, in particolare programmati¹⁰⁴.

¹⁰² Kabia E, Goodman C, Balabanova D, et al. The hidden financial burden of healthcare: a systematic literature review of informal payments in Sub-Saharan Africa. *Wellcome Open Res* 2021;6:297.

¹⁰³ Mirabedini SA et al. Out-of-pocket and informal payments in Iran's health care system: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran* 2017;31:70.

¹⁰⁴ Veroszta Z, Boros J. The impact of informal payment on Caesarean delivery rates in obstetric care in Hungary. *Eur J Public Health* 2020;30(Supplement_5):ckaa165.721.

Una revisione sulla corruzione nei sistemi sanitari dell’Africa occidentale anglofona ha identificato tra le principali forme di corruzione l’assenteismo, l’indirizzamento dei pazienti verso strutture private, gli acquisti inappropriati, i pagamenti informali e il furto di forniture mediche¹⁰⁵. Tra i fattori ricorrenti figurano la normalizzazione delle pratiche inappropriate, le asimmetrie informative, la debolezza del sistema di valori istituzionali e le cattive condizioni di lavoro del personale sanitario. In questi contesti, l’imposizione di costi aggiuntivi ai pazienti può riguardare prestazioni che dovrebbero essere gratuite, materiali di consumo, farmaci, accesso al personale o continuità dell’assistenza.

Questa dinamica tende ad autoalimentarsi. Una volta che i pagamenti informali diventano consuetudine, gli operatori possono iniziare ad aspettarseli e i pazienti possono considerarli inevitabili. In assenza di tali pagamenti, l’assistenza può essere ritardata, ridotta o negata, bloccando di fatto l’accesso alle cure per chi non è in grado di sostenere costi aggiuntivi. Le conseguenze distributive di questi meccanismi sono riprese nel paragrafo successivo.

Influenza commerciale sulle prescrizioni mediche. Le interazioni tra medici e industria farmaceutica possono influenzare il processo decisionale clinico e i comportamenti prescrittivi. Tali interazioni non configurano necessariamente fenomeni corruttivi in senso stretto, ma possono generare conflitti di interessi, condizionamenti impropri e forme di influenza commerciale capaci di orientare le scelte cliniche verso specifici prodotti. Le imprese possono utilizzare attività promozionali, visite degli informatori scientifici, sponsorizzazioni formative, regalie, pasti, campioni gratuiti e altri benefici economici o materiali per rafforzare la visibilità dei propri farmaci e aumentarne l’utilizzo, anche quando esistono alternative terapeutiche equivalenti, più appropriate o meno costose.

Le evidenze disponibili indicano un’associazione coerente tra esposizione dei medici ad attività promozionali dell’industria farmaceutica e modifiche dei comportamenti prescrittivi. Una revisione sistematica e meta-analisi ha rilevato che le interazioni tra medici e aziende farmaceutiche sono associate a un aumento delle prescrizioni dei farmaci promossi, a una inferiore qualità prescrittiva e ad un incremento dei costi; la meta-analisi ha stimato un’associazione significativa tra esposizione alle attività promozionali e comportamenti prescrittivi, con OR 2,52 (IC 95% 1,82-3,50)¹⁰⁶.

Anche incentivi di modesta entità possono essere associati a cambiamenti prescrittivi. Uno studio basato sui dati statunitensi di Open Payments e Medicare Part D, ha rilevato che la ricezione di un singolo pasto sponsorizzato dall’industria, di valore medio inferiore a 20 dollari, era associata a tassi più elevati di prescrizione del farmaco di marca promosso rispetto ad alternative della stessa classe terapeutica¹⁰⁷. Anche se gli autori precisano che si tratta di un’associazione e non di una prova causale, il dato mostra come anche benefici apparentemente marginali possano accompagnarsi a variazioni misurabili dei comportamenti prescrittivi.

Le attività formative sponsorizzate dall’industria rappresentano un ulteriore ambito critico. Le revisioni disponibili segnalano che la partecipazione a programmi di educazione continua finanziati dall’industria è stata associata, in alcuni studi, a maggiore frequenza prescrittiva,

¹⁰⁵ Onwujekwe O et al. Corruption in Anglophone West Africa health systems: a systematic review of its different variants and the factors that sustain them. *Health Policy Plan* 2019;34:529-43.

¹⁰⁶ Brax H, Fadlallah R, Al-Khaled L, et al. Association between physicians' interaction with pharmaceutical companies and their clinical practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0175493.

¹⁰⁷ DeJong C, Aguilar T, Tseng CW, et al. Pharmaceutical Industry-Sponsored Meals and Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries. *JAMA Intern Med.* 2016;176:1114-1122. Erratum in: *JAMA Intern Med* 2016;176:1411-2.

minore qualità prescrittiva o aumento dei costi delle prescrizioni¹⁰⁸. Per questo motivo, tali attività dovrebbero essere considerate non solo come strumenti di aggiornamento professionale, ma anche come potenziali veicoli di promozione commerciale, soprattutto quando sponsor, contenuti formativi e prodotti oggetto di prescrizione risultano strettamente interconnessi.

Anche la disponibilità di campioni gratuiti può influenzare la scelta tra farmaci equivalenti o alternativi. In ambito dermatologico, uno studio statunitense ha confrontato le prescrizioni per acne in un centro accademico che vietava la distribuzione di campioni gratuiti con quelle di dermatologi a livello nazionale: nel campione nazionale, il 79% delle prescrizioni riguardava farmaci di marca o equivalenti di marca, rispetto al 17% nel centro senza campioni; il costo medio stimato delle prescrizioni era più che doppio a livello nazionale, pari a circa 465 dollari rispetto a 200 dollari per visita¹⁰⁹. Un ulteriore studio di coorte retrospettivo condotto in Danimarca ha documentato un'associazione statisticamente significativa tra la visita di informatori scientifici del farmaco e la preferenza dei medici di medicina generale per il farmaco promosso¹¹⁰. La prima visita era associata a una maggiore preferenza per il farmaco commercializzato, con OR 2,39 e IC 95% 1,72-3,32; l'effetto aumentava ulteriormente dopo la seconda visita, mentre non si osservavano variazioni significative dopo la terza.

Nel complesso, queste evidenze indicano che le relazioni tra industria farmaceutica e medici possono incidere su qualità, appropriatezza e sostenibilità delle prescrizioni. Il problema non riguarda soltanto la corruzione esplicita o lo scambio illecito di utilità, ma anche forme più sottili di influenza commerciale che possono alterare le priorità cliniche, aumentare l'uso di farmaci più costosi, ridurre l'aderenza alle linee guida e generare costi evitabili per pazienti e sistemi sanitari.

Equità di accesso e copertura sanitaria universale. Frodi e abusi compromettono l'equità di accesso non solo perché sottraggono risorse al sistema sanitario, ma perché alterano i criteri con cui servizi, prestazioni e tecnologie vengono resi disponibili ai cittadini. In un sistema orientato alla copertura sanitaria universale, l'accesso dovrebbe dipendere dal bisogno clinico, dall'appropriatezza e dalla priorità assistenziale. Le pratiche corruttive sostituiscono invece questi criteri con la capacità di pagamento, le relazioni personali, l'utilizzo di canali informali, l'esposizione a pressioni commerciali o la possibilità di aggirare procedure ordinarie, colpendo in misura maggiore le persone con minori risorse economiche, minore alfabetizzazione sanitaria, minore capacità di orientarsi nel sistema e reti relazionali meno forti.

I pagamenti informali rappresentano il meccanismo più diretto: quando diventano condizione esplicita o implicita per ottenere una prestazione, anticipare un accesso, ricevere maggiore attenzione o superare una lista d'attesa, introducono una barriera economica aggiuntiva rispetto ai costi ufficiali. Le revisioni disponibili indicano che i pagamenti informali sono sostenuti sia da fattori di offerta, come basse retribuzioni, deboli controlli e scarsa accountability, sia da fattori di domanda, come il bisogno di accedere più rapidamente ai servizi o ottenere cure percepite come migliori; per questa ragione rappresentano una

¹⁰⁸ Brax H, Fadlallah R, Al-Khaled L, et al. Association between physicians' interaction with pharmaceutical companies and their clinical practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0175493.

¹⁰⁹ Hurley MP, Stafford RS, Lane AT. Characterizing the relationship between free drug samples and prescription patterns for acne vulgaris and rosacea. *JAMA Dermatol* 2014;150:487-93.

¹¹⁰ Søndergaard J, Vach K, Kragstrup J, et al. Impact of pharmaceutical representative visits on GPs' drug preferences. *Fam Pract* 2009;26:204-9.

barriera rilevante alla copertura sanitaria universale, soprattutto nei sistemi sottofinanziati o caratterizzati da debole governance¹¹¹.

L'impatto sull'equità non riguarda solo il pagamento diretto. La sottrazione di risorse, la manipolazione degli acquisti, l'approvvigionamento di prodotti non conformi, la diffusione di medicinali substandard o falsificati e la distribuzione opaca di beni essenziali riducono la disponibilità effettiva di prestazioni, farmaci e dispositivi per i pazienti che dipendono maggiormente dal sistema pubblico.

Anche le prescrizioni condizionate da interessi commerciali possono generare effetti distributivi. L'influenza dell'industria farmaceutica sulle decisioni cliniche può aumentare l'uso di farmaci più costosi, prodotti di marca o tecnologie non necessariamente superiori alle alternative disponibili, spostando risorse verso interventi a minor valore e riducendo la capacità del sistema di finanziare prestazioni efficaci, appropriate e accessibili a tutti. Quando il sovra-utilizzo di interventi a basso valore convive con il sotto-utilizzo di interventi ad alto valore, l'effetto finale è una duplice penalizzazione per i gruppi più vulnerabili: maggiore esposizione a costi evitabili e minore accesso a servizi essenziali.

Questi meccanismi incidono direttamente sugli obiettivi della copertura sanitaria universale, che richiede accesso a servizi di qualità, quando e dove necessari, senza barriere finanziarie. Secondo l'OMS, la protezione dal disagio economico generato dalla spesa out-of-pocket rappresenta una dimensione centrale della copertura universale; nel 2022, 2,1 miliardi di persone hanno affrontato difficoltà finanziarie legate alle spese sanitarie dirette, incluse 1,6 miliardi di persone già in condizioni di povertà o ulteriormente impoverite da tali spese¹¹². Le evidenze più recenti suggeriscono inoltre che la relazione tra corruzione ed equità di accesso non riguarda solo i Paesi a basso reddito. Uno studio condotto su 12 Paesi dell'Europa centrale e orientale nel periodo 2012-2020 ha riscontrato un'associazione tra corruzione percepita, maggiori pagamenti out-of-pocket e più elevata mortalità evitabile, evidenziando come anche nei sistemi formalmente universalistici la qualità della governance condizioni la protezione finanziaria e gli esiti di salute¹¹³.

In questa prospettiva, il contrasto a frodi e abusi non rappresenta soltanto uno strumento di legalità, efficienza o sostenibilità economica, ma anche una leva di equità. Ridurre pagamenti informali, favoritismi, manipolazioni delle liste d'attesa, prescrizioni condizionate, acquisti distorti e circolazione di prodotti non conformi significa riallineare l'accesso alle cure a criteri di bisogno, priorità clinica, appropriatezza e valore. Per questo, le strategie anticorruzione dovrebbero essere valutate anche in base alla loro capacità di ridurre barriere economiche e organizzative, proteggere i gruppi vulnerabili, rafforzare la fiducia nei servizi pubblici e contribuire al raggiungimento della copertura sanitaria universale¹¹⁴.

¹¹¹ Zandian H, Esfandiari A, Sakha MA, Takian A. Strategies to reduce informal payments in health systems: a systematic review. *East Mediterr Health J* 2019;25:914-922.

¹¹² World Health Organization. Universal health coverage (UHC). Fact sheet, updated 5 December 2025. Disponibile a: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-%28uhc%29. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹¹³ Varkonyi P, McKee M, Erlangga D, Balabanova D. Investigating the relationship between corruption and health system outcomes in Central and Eastern Europe. *Eur J Public Health* 2025;35:1076-1081.

¹¹⁴ Transparency International. The Ignored Pandemic. How corruption in healthcare service delivery threatens Universal Health Coverage. Transparency International Health Initiative, 2019. Disponibile a: <https://ti-health.org/content/the-ignored-pandemic>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

5.6. Impatto economico

Le stime sull'impatto economico di frodi, abusi e corruzione in sanità sono limitate e presentano rilevanti criticità metodologiche. Il fenomeno è per definizione difficile da misurare, perché molte condotte restano occulte, i confini tra frode, abuso, errore, inefficienza e cattiva gestione non sono sempre chiari, e i metodi utilizzati nei diversi Paesi non sono standardizzati né direttamente comparabili. Anche le principali organizzazioni internazionali riconoscono la rilevanza economica del fenomeno, ma sottolineano la necessità di migliorare definizioni, indicatori, fonti informative e strumenti di misurazione¹¹⁵.

Di conseguenza, le stime disponibili devono essere interpretate con cautela: non forniscono una quantificazione puntuale delle risorse effettivamente sottratte ai sistemi sanitari, ma consentono di delineare un ordine di grandezza del rischio economico associato a frodi, abusi e pratiche corruttive. Questa precisazione è essenziale per evitare sia di sottovalutare il problema, sia di utilizzare impropriamente cifre prive di sufficiente robustezza metodologica.

La stima più frequentemente richiamata in ambito europeo è quella secondo cui le perdite dovute a frodi e corruzione in sanità ammonterebbero fino a 56 miliardi di euro l'anno, pari a oltre il 5% dei bilanci sanitari nazionali. Tale cifra è stata riportata in una pubblicazione dell'*European Observatory on Health Systems and Policies/WHO Europe*¹¹⁶, ma deriva da elaborazioni precedenti riferibili all'*European Healthcare Fraud and Corruption Network* e a successive citazioni in letteratura di vari autori. Si tratta tuttavia di una stima datata, basata su fonti secondarie e caratterizzata da limiti di verificabilità e comparabilità; non a caso, lo studio della Commissione Europea sulla corruzione nel settore sanitario la qualifica esplicitamente come *highly speculative*¹¹⁷.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce che la corruzione nel settore sanitario comporta costi elevati in termini di vite perdute e risorse finanziarie sprecate, indebolisce i sistemi sanitari e ostacola il percorso verso la copertura sanitaria universale¹¹⁸. Tuttavia, l'OMS non propone una stima globale univoca dell'impatto economico della corruzione in sanità; nei documenti più recenti insiste piuttosto sulla necessità di integrare anticorruzione, trasparenza e accountability nelle valutazioni dei sistemi sanitari e di sviluppare approcci più coerenti per diagnosticare le aree di rischio¹¹⁹. Analogamente, l'*United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) affronta la corruzione nei sistemi sanitari come problema sistemico e

¹¹⁵ World Health Organization. Integrating a focus on anti-corruption, transparency and accountability in health systems assessments. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789241515177. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹¹⁶ European Observatory on Health Systems and Policies, Vincke P, Cylus J. Health care fraud and corruption in Europe: an overview. *Eurohealth* 2011;17:14-18. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-care-fraud-and-corruption>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹¹⁷ European Commission / Ecorys. Study on Corruption in the Healthcare Sector. October 2013. Disponibile a: <https://op.europa.eu/o/opportal-service/download-handler?format=pdf&identifier=7f1b284c-8adb-4c9a-85bc-189d0100d9d5&language=en&productionSystem=cellar>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹¹⁸ World Health Organization. Reducing health system corruption. Disponibile a: www.who.int/activities/reducing-health-system-corruption. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹¹⁹ World Health Organization. Cost of corruption in healthcare, measuring its impact and strengthening anti-corruption strategies. A draft for consultation purposes. 1 July 2025. Disponibile a: <https://gnacta.org/publication/cost-corruption-healthcare-measuring-its-impact-and-strengthening-anti-corruption>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

propone strumenti di identificazione e gestione del rischio, senza fornire una quantificazione economica complessiva del fenomeno^{120,121}.

In Italia, la stima istituzionale più citata è quella di Agenas, che nel 2013 indica un impatto dei fenomeni corruttivi sulla spesa sanitaria pubblica del 5,59%, pari a circa 6 miliardi di euro¹²². Tale stima è stata successivamente ripresa in una monografia da vari autori: illegalità, frodi e corruzione nel 2013 avrebbero “bruciato” il 5-6% delle risorse, cioè tra 5 e 6 miliardi di euro¹²³. La convergenza di tali valori rafforza la plausibilità dell’ordine di grandezza, ma non supera le incertezze legate ai metodi utilizzati, all’assenza di aggiornamenti sistematici e alla difficoltà di distinguere in modo netto corruzione, frodi e abusi. Anche ANAC rileva che non esiste una stima nazionale ufficiale robusta e comparabile del fenomeno¹²⁴. Per inquadrare la portata del rischio economico nel contesto italiano, è utile considerare che ANAC nel 2023 ha stimato in 70,5 miliardi di euro il valore della spesa sanitaria per affidamenti (farmaci, dispositivi medici, servizi di pulizia, macchinari per ASL e ospedali), pari al 25% del valore complessivo dei contratti pubblici. Questo dato evidenzia l’ampiezza dell’area di spesa più esposta ai rischi corruttivi nei processi di procurement¹²⁵.

In sintesi, le cifre più frequentemente citate – 56 miliardi di euro l’anno in Europa e circa 6 miliardi di euro l’anno in Italia – possono essere utilizzate solo come riferimenti di ordine generale, ma non sono utilizzabili come stime precise e aggiornate. Sono stime eterogenee per origine, metodologia di calcolo e periodo di riferimento, non verificabili in modo indipendente e non direttamente comparabili. Più che una quantificazione puntuale del fenomeno, esse offrono un’indicazione della possibile dimensione economica di frodi, abusi e corruzione in sanità. Il dato che emerge dalla letteratura e dai documenti istituzionali non è quindi una cifra definitiva, ma la necessità di sviluppare sistemi di misurazione più robusti, aggiornati e condivisi.

¹²⁰ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Thematic areas in anti-corruption: Health. Disponibile a: www.unodc.org/corruption/en/learn/thematic-areas/health.html. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹²¹ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). A Prescription for Health – Assessing and Managing Corruption Risks in Public Health System Organizations. United Nations: Vienna, 2023. Disponibile a: www.unodc.org/documents/corruption/Publications/2023/UNODC_A_Prescription_for_Health_2023.pdf. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹²² Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. L’impegno di Agenas contro la corruzione e gli sprechi. Disponibile a: www.agenas.gov.it/?catid=116&id=488%3Aagenas-contro-corruzione-sprechi&view=article. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹²³ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Trasparenza, Legalità ed Etica in sanità. Monitor 2014. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Monitor_35.pdf. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹²⁴ Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Relazione annuale 2025. Disponibile a: www.anticorruzione.it/en/-/relazione.annuale.2025. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹²⁵ Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Spesa sanitaria per affidamenti: 70,5 miliardi di euro nel 2023. Disponibile a: www.anticorruzione.it/-/news.24.09.24.spesa.sanitaria. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

5.7. Strategie di prevenzione e contrasto

Le prove di efficacia delle strategie per contrastare frodi e abusi in ambito sanitario restano limitate e metodologicamente eterogenee. La revisione Cochrane sugli interventi anticorruzione in sanità ha incluso solo nove studi e non ha identificato studi eleggibili per l'analisi primaria, confermando la debolezza della base empirica disponibile¹²⁶. Un modello di riferimento è il quadro *anti-corruption, transparency and accountability* (ACTA), considerato fondamentale per migliorare la governance degli approvvigionamenti nel settore sanitario¹²⁷. Gli interventi di governance includono *e-procurement*, *open contracting*, pubblicazione tempestiva dei contratti, criteri di aggiudicazione trasparenti, gestione dei conflitti di interessi, audit indipendenti, monitoraggio dei prezzi, tracciabilità delle modifiche contrattuali e valutazione delle performance. Tuttavia, anche revisioni recenti sugli approcci ACTA confermano che le prove di efficacia degli interventi sono ancora frammentate, sebbene alcune strategie, come il monitoraggio comunitario e i programmi di controllo delle frodi assicurative, mostrino risultati promettenti¹²⁸.

Questa fragilità riguarda soprattutto i Paesi a basso e medio reddito, dove interventi isolati, fondati esclusivamente sulla trasparenza o sulla pubblicazione di informazioni, raramente producono benefici duraturi se non agiscono anche sui fattori strutturali, istituzionali e politici che alimentano le pratiche corruttive. Le iniziative locali promosse da leader carismatici o sostenute da un forte impegno politico ai livelli decisionali più alti possono ottenere risultati nel breve periodo, ma tendono a perdere efficacia quando non vengono istituzionalizzate, quando cambiano gli equilibri politici o quando non sono integrate stabilmente nei meccanismi ordinari di governance pubblica.

Interventi normativi e regolatori. Le strategie normative e regolatorie mirano a ridurre le opportunità di frode, abuso e corruzione attraverso regole più chiare, obblighi di trasparenza, gestione dei conflitti di interessi, tracciabilità delle decisioni, standardizzazione delle procedure e rafforzamento dei controlli. Questi interventi sono particolarmente rilevanti nelle aree in cui il potere discrezionale è elevato: autorizzazioni, accreditamenti, rimborsi, acquisti, nomine, valutazioni regolatorie, rapporti con l'industria e gestione dei fondi pubblici. In generale, gli approcci preventivi risultano più coerenti con la natura sistemica del fenomeno rispetto a strategie basate esclusivamente su attività investigative e contenziosi successivi al verificarsi dei fatti.

Interventi di law enforcement. Gli interventi di applicazione della legge comprendono attività investigative, sanzioni amministrative e penali, recupero delle risorse, protezione dei segnalanti, audit ispettivi e istituzione di agenzie o unità specializzate. Questi strumenti possono svolgere una funzione deterrente e punitiva, ma la loro efficacia dipende dalla probabilità effettiva di individuazione, dalla tempestività delle sanzioni, dall'indipendenza degli organi di controllo e dalla capacità di evitare applicazioni selettive o politicamente condizionate. Da soli, tuttavia, gli interventi repressivi non sono sufficienti quando la corruzione è radicata in incentivi distorti, reti di protezione, opacità amministrativa e accountability debole.

¹²⁶ Gaitonde R, Oxman AD, Okebukola PO, Rada G. Interventions to reduce corruption in the health sector. Cochrane Database Syst Rev 2016(8):CD008856

¹²⁷ Kohler JC, Dimancesco D. The risk of corruption in public pharmaceutical procurement: how anti-corruption, transparency and accountability measures may reduce this risk. Glob Health Action 2020;13(suppl 1):1694745.

¹²⁸ Vian T. Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. Glob Health Action 2020;13(suppl 1):1694744.

Interventi di governance estesi all'intero sistema sanitario. Il rafforzamento della governance e della resilienza istituzionale rappresenta una componente centrale delle strategie anticorruzione in sanità. L'OMS propone di integrare anticorruzione, trasparenza e accountability nella valutazione dei sistemi sanitari, con l'obiettivo di identificare le aree di rischio e selezionare risposte proporzionate al contesto¹²⁹. In questa prospettiva, l'approccio ACTA non dovrebbe essere inteso come un insieme di misure isolate, ma come un quadro integrato di prevenzione, diagnosi del rischio, tracciabilità delle decisioni, responsabilizzazione degli attori e monitoraggio continuo. Gli acquisti pubblici costituiscono una delle aree più vulnerabili: l'OCSE sottolinea che il procurement pubblico è tra le attività governative più esposte a sprechi, cattiva gestione e corruzione, a causa dell'elevato valore economico delle transazioni e dell'interazione costante tra settore pubblico e operatori privati¹³⁰. Nel settore sanitario, questi rischi sono amplificati dalla complessità tecnica dei beni acquistati, dall'urgenza di garantire continuità assistenziale, dalle asimmetrie informative tra acquirenti e fornitori e dalla dipendenza da mercati altamente specializzati.

Interventi volti a influenzare i comportamenti individuali e le norme culturali. Alcune strategie mirano a modificare non solo le regole formali, ma anche le norme sociali che rendono accettabili o apparentemente inevitabili frodi e abusi. Questi interventi sono particolarmente rilevanti quando pagamenti informali, doni, scambi di favori o altre forme di reciprocità sono normalizzati nelle interazioni quotidiane tra utenti e servizi sanitari.

Considerata la scarsità di evidenze specifiche provenienti dall'ambito sanitario, è utile considerare anche quelle che derivano da altri settori, che possono contribuire a identificare prove di efficacia: sostegno istituzionale, coerenza degli incentivi, rilevanza locale, timing politico ed economico, monitoraggio degli effetti indesiderati e valutazione di lungo periodo.

Sostegno istituzionale. Il sostegno istituzionale è decisivo per evitare che interventi apparentemente razionali producano effetti controproducenti. L'aumento dei salari, ad esempio, può ridurre l'incentivo alla corruzione solo se accompagnato da controlli, sanzioni credibili e accountability. In Ghana, il raddoppio dei salari della polizia nel 2010, introdotto anche per ridurre la piccola corruzione lungo le strade, non ha prodotto l'effetto atteso e gli studi disponibili indicano che può avere aggravato le richieste di tangenti in assenza di un contestuale rafforzamento dei meccanismi di vigilanza¹³¹. Questo esempio conferma che gli incentivi economici, se isolati dal contesto istituzionale, possono essere inefficaci o controproducenti.

Incentivi rilevanti a livello locale. Gli incentivi, monetari e non monetari, devono avere significato nel contesto in cui vengono introdotti. Premi simbolici, certificati o forme di riconoscimento pubblico possono risultare inefficaci se non vengono resi noti alla comunità, se non modificano la reputazione degli attori o se non incidono sui loro incentivi reali. Un esperimento condotto nell'area del Parco nazionale di Bwindi, in Uganda, ha offerto riconoscimenti pubblici a leader locali eletti per favorire una migliore gestione dei progetti di

¹²⁹ World Health Organization - WHO. Integrating a focus on anti-corruption, transparency and accountability in health systems assessments. 25 febbraio 2019. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789241515177. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹³⁰ OECD. Preventing Corruption in Public Procurement. Paris: OECD Publishing, 2016. Disponibile a: https://baselgovernance.org/sites/default/files/2020-03/oecd_preventing_corruption_in_public_procurement_2016.pdf. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹³¹ Foltz JD, Opoku-Agyemang KA. Do higher salaries lower petty corruption? A policy experiment on West Africa's highways, International Growth Centre, 2015. Disponibile a: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08986e5274a27b2000111/89108_IGC_Foltz-Opoku-Agyemang-2016-Working-paper.pdf. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

sviluppo. Tuttavia l'intervento non ha prodotto miglioramenti significativi né nella gestione dei progetti né negli atteggiamenti dei leader verso la corruzione.¹³² Infatti, il riconoscimento simbolico, pur inizialmente percepito come desiderabile, non era sufficiente a contrastare la normalizzazione della corruzione, il senso di impotenza dei leader locali, l'assenza di incentivi materiali e i vincoli strutturali del contesto istituzionale. Al contrario, interventi di comunicazione locale possono funzionare quando mobilitano norme condivise e responsabilità collettiva: in Uganda, la diffusione di video di *edutainment* sul problema dell'assenteismo degli insegnanti ha aumentato la propensione dei cittadini ad agire collettivamente contro il fenomeno¹³³.

Rilevanza del timing e del contesto economico. La tempistica di introduzione degli interventi anticorruzione è cruciale. Recessioni economiche, crisi fiscali, shock sanitari e fasi di instabilità politica possono modificare gli incentivi degli attori, aumentare la pressione sulle risorse e ridurre la disponibilità a partecipare a programmi che non producono benefici immediati. Allo stesso tempo, alcune fasi di particolare attenzione pubblica o competizione politica possono aprire finestre di opportunità per rafforzare trasparenza e accountability.

Valutazione di lungo periodo. Molti studi sugli interventi anticorruzione hanno un orizzonte temporale breve e non consentono di stabilire se gli effetti osservati persistano dopo il cambiamento del contesto politico, economico o istituzionale. Per questo, i programmi dovrebbero includere sin dall'inizio risorse, indicatori e disegni valutativi capaci di misurare non solo gli esiti immediati, ma anche sostenibilità, istituzionalizzazione, effetti distributivi e possibili spostamenti delle pratiche corruttive verso altre aree del sistema.

Gli interventi possono produrre conseguenze indesiderate. Gli interventi anticorruzione possono produrre adattamenti comportamentali non previsti. L'esperienza della Romania nel contrasto alle frodi negli esami scolastici mostra che l'introduzione di videosorveglianza e minacce credibili di sanzione ha ridotto il fenomeno, ma ha prodotto anche effetti distributivi rilevanti, con conseguenze non uniformi tra studenti e gruppi socio-economici¹³⁴. Più in generale, quando un intervento agisce solo su una fase del processo, gli attori possono spostare le pratiche corruttive altrove. Uno studio sulle riforme del procurement finanziato dalla Banca Mondiale ha mostrato che procedure più competitive possono migliorare la fase di gara, ma anche indurre strategie evasive e concentrare il rischio corruttivo in processi non direttamente coperti dalla riforma¹³⁵.

In sintesi, per contrastare frodi, abusi e corruzione in sanità non è efficace ricorrere a singoli strumenti. Trasparenza, norme, controlli, sanzioni, digitalizzazione, partecipazione civica e interventi sui comportamenti possono contribuire alla prevenzione, ma solo se integrati in una strategia coerente con il contesto istituzionale, gli incentivi degli attori, le norme sociali e le vulnerabilità specifiche del sistema sanitario. Le evidenze disponibili suggeriscono quindi di privilegiare interventi multifattoriali, sostenuti politicamente, istituzionalizzati, valutati nel tempo e capaci di anticipare gli adattamenti opportunistici che ogni riforma può generare.

¹³² Buntaine MT et al. The limits of awards for anti-corruption: Experimental and ethnographic evidence from Uganda. *Journal of Policy Analysis and Management* 2024;43:1079-100.

¹³³ Wilke AM, Green DP & Tan B. Encouraging community action against teacher absenteeism: A mass media experiment in rural Uganda. *The Journal of Development Studies* 2022;58:915-30.

¹³⁴ Borcan O, Lindahl M & Mitrut A. Fighting corruption in education: What works and who benefits? *American Economic Journal: Economic Policy* 2017;9:180-209.

¹³⁵ Dávid-Barrett E, Fazekas M. Anti-corruption in aid-funded procurement: Is corruption reduced or merely displaced? *World Development* 2020;132:105000.

5.8. Opzioni per i decisori politico-istituzionali

I sistemi sanitari sono ecosistemi complessi, dinamici e in continua evoluzione, modellati dai rispettivi contesti politici, istituzionali, economici e culturali. Non sono strutture statiche: cambiano nel tempo, spesso in modo non lineare e talvolta imprevedibile, anche in risposta alle riforme attuate. Riconoscere questa complessità è essenziale per progettare strategie contro frodi, abusi e corruzione che siano non solo informate dalle evidenze, ma anche sensibili al contesto.

In questa prospettiva, le opzioni per i decisori politici non dovrebbero semplicemente replicare interventi adottati altrove. Infatti, strategie efficaci in un Paese o in un settore possono risultare inefficaci, o persino controproducenti, quando vengono trasferite senza tenere conto delle specificità locali: assetti istituzionali, distribuzione del potere, capacità amministrativa, norme sociali, incentivi economici, livello di fiducia pubblica, vulnerabilità del sistema sanitario. Per questo è preferibile puntare su principi guida, capaci di orientare risposte proporzionate, adattabili e sostenibili ai fenomeni corruttivi.

- **Affrontare i fenomeni corruttivi alla radice.** Gli interventi efficaci non possono limitarsi a individuare e sanzionare singole condotte scorrette. Devono agire sui fattori sistemici, organizzativi e istituzionali che consentono a frodi, abusi e pratiche corruttive di emergere, normalizzarsi e riprodursi. I decisori politici dovrebbero quindi progettare riforme capaci di modificare incentivi, responsabilità, margini di discrezionalità, meccanismi di controllo e sistemi di accountability.
- **Mappare gli attori e gli incentivi in gioco.** È essenziale comprendere chi trae beneficio dalle pratiche corruttive, chi ne subisce i danni, chi ha il potere di far rispettare le regole e dove possono emergere resistenze al cambiamento. Analisi condotte a livello micro, meso e macro possono aiutare a far emergere reti informali, conflitti di interessi, asimmetrie informative, vulnerabilità organizzative e dinamiche di potere che altrimenti resterebbero invisibili. Questa mappatura consente di disegnare interventi più mirati e realistici.
- **Concentrarsi sulle forme di corruzione più dannose.** Non tutte le forme di frode, abuso e corruzione producono lo stesso livello di danno. Alcune incidono soprattutto sulla spesa pubblica, altre compromettono direttamente accesso, qualità, sicurezza dei pazienti, equità e fiducia nelle istituzioni. I decisori dovrebbero quindi dare priorità alle pratiche che generano i maggiori effetti negativi sugli esiti di salute, sulla sostenibilità economica e sulla performance complessiva del sistema sanitario. Questo approccio consente di orientare risorse limitate verso le aree a maggiore impatto.
- **Apprendere da altri settori.** Le esperienze maturate in ambiti come istruzione, forze di polizia, finanza pubblica, appalti e amministrazione locale possono offrire indicazioni utili su incentivi, trasparenza, controlli, partecipazione civica e accountability. Tuttavia, tali evidenze non possono essere trasferite *tout court* alla sanità, dove la complessità tecnica, l'urgenza clinica, le asimmetrie informative e la vulnerabilità dei pazienti rendono necessari specifici adattamenti degli interventi.
- **Progettare interventi flessibili e adattabili.** Le strategie anticorruzione dovrebbero lasciare spazio all'innovazione, alla sperimentazione e all'aggiustamento progressivo. Regole eccessivamente rigide possono diventare rapidamente obsolete o essere aggirate dagli attori interessati. È quindi preferibile combinare norme chiare e vincolanti con strumenti amministrativi e regolatori capaci di evolvere in base al mutare delle circostanze, dei rischi e delle evidenze disponibili.

- **Anticipare le conseguenze indesiderate.** Le riforme possono produrre adattamenti opportunistici, spostare le pratiche corruttive verso altre fasi dei processi decisionali o interrompere equilibri informali che, pur problematici, garantivano temporaneamente l'accesso ad alcuni servizi. Per questo, gli interventi dovrebbero includere meccanismi di monitoraggio continuo, correzione tempestiva e valutazione degli effetti distributivi, con particolare attenzione alla protezione delle popolazioni più vulnerabili.
- **Costruire coalizioni per il cambiamento.** Le strategie anticorruzione hanno maggiori probabilità di consolidarsi quando sono sostenute da coalizioni ampie e affidabili. Organizzazioni della società civile, associazioni professionali, organismi indipendenti di vigilanza, media, cittadini, pazienti e funzionari favorevoli al cambiamento possono contribuire a rafforzare la domanda di integrità, trasparenza e accountability. A seconda del contesto, il cambiamento può essere promosso sia dall'alto, attraverso leadership istituzionale e riforme normative, sia dal basso, attraverso partecipazione civica, monitoraggio pubblico e pressione sociale.
- **Monitorare la corruzione e il suo impatto su accesso e qualità.** Le autorità sanitarie dovrebbero sviluppare sistemi di monitoraggio capaci di rilevare non solo la presenza di pratiche corruttive, ma anche i loro effetti su accesso, qualità, sicurezza, equità, fiducia e sostenibilità economica. Pazienti, operatori sanitari, organismi di vigilanza e società civile possono essere coinvolti attraverso strumenti come segnalazioni anonime, audit periodici, *citizen scorecards*, analisi dei reclami, indicatori di rischio e sistemi di allerta precoce. Gli indicatori dovrebbero coprire i diversi livelli del sistema: a livello micro, pagamenti informali, assenteismo, favoritismi e ritardi ingiustificati; a livello meso, audit interni, segnalazioni, anomalie nei flussi amministrativi, fatturazioni sospette e controlli organizzativi; a livello macro, procurement, autorizzazioni, accreditamenti, nomine, regolazione, conflitti di interessi e meccanismi nazionali di vigilanza.
- **Investire nella valutazione e nell'apprendimento di lungo periodo.** Le strategie anticorruzione dovrebbero essere accompagnate da valutazioni robuste e continuative. Studi longitudinali, valutazioni sperimentali e quasi-sperimentali, analisi qualitative, ricerche etnografiche e sistemi di monitoraggio partecipativo possono aiutare a comprendere se gli interventi producono effetti sostenibili, se vengono istituzionalizzati, se generano adattamenti opportunistici e se riducono realmente i danni per pazienti, cittadini e sistemi sanitari. L'obiettivo non è solo misurare l'attuazione delle politiche, ma costruire apprendimento istituzionale e capacità di adattamento nel tempo.

In sintesi, i decisori politico-istituzionali dovrebbero evitare approcci standardizzati e interventi isolati. Frodi, abusi e corruzione richiedono strategie multilivello, fondate sull'analisi del contesto, sulla mappatura degli incentivi, sulla priorità ai danni maggiori, sul monitoraggio continuo e sulla valutazione di lungo periodo. Solo un approccio di questo tipo consente di passare dalla repressione dei singoli episodi alla costruzione di sistemi sanitari più integri, resilienti e orientati all'interesse pubblico.

5.9. Governance e strumenti di contrasto nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), come emerge dalla tassonomia proposta, frodi e abusi non si manifestano come un fenomeno unitario, ma come un insieme eterogeneo di condotte che si concentrano soprattutto nelle aree caratterizzate da spesa elevata, asimmetrie informative, elevata discrezionalità amministrativa e professionale e debole capacità di controllo: appalti di beni e servizi, acquisto di farmaci e dispositivi medici, rapporti tra professionisti e imprese, canali di accesso alle prestazioni sanitarie, liste d'attesa, attività intramoenia, rapporti con il privato accreditato, prescrizioni, rimborsi, esenzioni, gestione del personale, servizi esternalizzati e filiera del farmaco.

Ai fini di un inquadramento analitico, è possibile distinguere diverse tipologie di fenomeni – corruzione amministrativa, frodi documentali o prescrittive, abusi organizzativi, conflitti di interesse, inappropriata opportunità, danno erariale e crimine farmaceutico – che tuttavia non rappresentano categorie autonome della tassonomia, bensì chiavi di lettura trasversali di fenomeni spesso sovrapposti.

La risposta istituzionale a questi fenomeni è articolata: ANAC presidia prevenzione, trasparenza e appalti¹³⁶; Ministero della Salute e Agenas supportano strumenti di monitoraggio e integrità; NAS e Guardia di Finanza intervengono sul versante ispettivo e repressivo; AIFA coordina il contrasto al crimine farmaceutico. Il perno resta la collaborazione di ANAC con Agenas e con il Ministero della Salute, formalizzata attraverso il protocollo ANAC-Agenas del 2014¹³⁷, il protocollo ANAC-Ministero della Salute del 2016¹³⁸ con il successivo atto integrativo¹³⁹ e l'ulteriore protocollo di intesa tra ANAC e Ministero della Salute del 2022¹⁴⁰. Nell'ambito del protocollo del 2016, ANAC ha istituito un Registro del personale ispettivo con il compito di collaborare alle attività di verifica e monitoraggio dell'attuazione delle misure di trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione negli enti del SSN, in conformità al Piano Nazionale Anticorruzione – sezione sanità¹⁴¹. L'aggiornamento più rilevante del quadro programmatico è il Piano Nazionale Anticorruzione approvato da ANAC con delibera n. 19 del 28 gennaio 2026: le sue indicazioni valgono per la programmazione anticorruzione del triennio 2026-2028 e costituiscono il riferimento nazionale per la predisposizione della sezione anticorruzione e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) da parte delle amministrazioni pubbliche, incluse le Aziende sanitarie¹⁴².

¹³⁶ Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Prevenzione della corruzione in ambito sanitario. Disponibile a: www.anticorruzione.it/-/prevenzione-della-corruzione-in-ambito-sanitario. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹³⁷ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari – Agenas. Protocollo d'Intesa l'Autorità Nazionale Anticorruzione e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari, Roma, 5 novembre 2014. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/trasparenza/Protocolli/ProtoAnac_Agenas05_11_14.pdf. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹³⁸ Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Protocollo d'Intesa tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione e Ministero della Salute. Roma, 21 aprile 2016. Disponibile a: www.anticorruzione.it/documents/91439/164761/Protocollo+di+intesa+ANAC+-+Ministero+della+Salute+del+21_04_2016.pdf/f1386b7c-2ca3-3531-fcc4-fbb235fe8007. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹³⁹ Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Atto integrativo del Protocollo d'Intesa stipulato in data 21 aprile 2016 tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione e Ministero della Salute, Roma 26 luglio 2016. Disponibile a: www.anticorruzione.it/documents/91439/164761/Atto+integrativo+del+26_07_2016.pdf/e18978a2-5d9d-59af-9129-4f2c9796c6f8. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁴⁰ Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Protocollo d'Intesa tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione e il Ministero della Salute. Roma, 2 agosto 2022. Disponibile a: www.anticorruzione.it/-/protocollo-di-intesa-tra-autorit%C3%A0-nazionale-anticorruzione-e-ministero-della-salute-2-agosto-2022. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁴¹ Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Prevenzione della corruzione in ambito sanitario. Disponibile a: www.anticorruzione.it/-/prevenzione-della-corruzione-in-ambito-sanitario. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁴² Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Piano Nazionale Anticorruzione 2025. Delibera n. 19 del 28 gennaio 2026. Disponibile a: www.anticorruzione.it/-/piano-nazionale-anticorruzione-2025. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

Appalti, procurement e centralizzazione degli acquisti. Sul fronte degli appalti, la leva principale è la tracciabilità degli acquisti pubblici. Dal 1° gennaio 2024 ha piena efficacia la disciplina del nuovo Codice dei contratti pubblici (D.lgs. 36/2023), che prevede la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici. La Piattaforma dei Contratti Pubblici¹⁴³, gestita da ANAC, abilita tale digitalizzazione e consente l'accesso ai servizi dell'ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale, alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici¹⁴⁴, al Fascicolo virtuale dell'operatore economico¹⁴⁵ e alla pubblicità legale degli atti. Per la sanità, dove l'acquisto di farmaci, dispositivi medici, tecnologie, servizi alberghieri, servizi informatici e servizi esternalizzati assorbe quote rilevanti di spesa, questi strumenti sono essenziali per garantire tracciabilità, interoperabilità, affidabilità dei dati, pubblicità degli atti e controllo nelle diverse fasi del ciclo di vita del contratto. La disponibilità di piattaforme digitali, tuttavia, non elimina automaticamente il rischio di specifiche tecniche orientate, segmentazione artificiosa degli affidamenti, proroghe improprie, varianti in corso d'opera, criticità nella fase esecutiva, concentrazione anomala degli aggiudicatari o collusione tra operatori economici. Il quadro deve includere anche Consip, le centrali regionali e i soggetti aggregatori. La centralizzazione degli acquisti riduce la frammentazione delle procedure e può contenere la discrezionalità delle singole aziende sanitarie, ma non rappresenta di per sé una garanzia assoluta. Per questo la prevenzione deve estendersi dalla fase di gara alla programmazione dei fabbisogni, alla definizione dei capitolati, alla valutazione delle offerte, fino all'esecuzione contrattuale, al collaudo, alla gestione delle varianti e al monitoraggio della performance dei fornitori¹⁴⁶.

Whistleblowing. Sul piano delle segnalazioni interne, il Ministero della Salute ha attivato il sistema di whistleblowing previsto dal D.lgs. 24/2023, che disciplina la protezione delle persone che segnalano violazioni lesive dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione¹⁴⁷. Il sistema prevede canali interni, un canale esterno presso ANAC, divulgazione pubblica nei casi previsti dalla norma e denuncia all'autorità giudiziaria o contabile. Le linee guida ANAC in materia di whistleblowing¹⁴⁸, incluse quelle sui canali interni approvate con delibera n. 478 del 26 novembre 2025, rafforzano l'esigenza di procedure uniformi, riservatezza, corretta gestione del canale e tutela effettiva della persona segnalante. Chiariscono inoltre che l'Autorità può applicare sanzioni da 10.000 a 50.000 euro per mancata istituzione dei canali, procedure non conformi o ostacolo alle segnalazioni. In ambito sanitario, il whistleblowing non dovrebbe essere considerato un mero adempimento formale, ma uno strumento di intelligence organizzativa. Le segnalazioni devono essere integrate con audit interni, risk assessment, controlli su appalti e prescrizioni, monitoraggio delle liste d'attesa, verifiche sui conflitti di interesse e sistemi di gestione del rischio.

¹⁴³ Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Piattaforma Contratti Pubblici. Disponibile a: www.anticorruzione.it/-/piattaforma-contratti-pubblici. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁴⁴ Autorità Nazionale Anticorruzione. Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici. Disponibile a: www.anticorruzione.it/-/banca-dati-nazionale-contratti-pubblici. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁴⁵ Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Fascicolo virtuale dell'operatore economico - FVOE. Disponibile a: www.anticorruzione.it/-/fascicolo-virtuale-dell-operatore-economico-fvoe. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁴⁶ Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento dell'Amministrazione Generale. Soggetti aggregatori. Disponibile a: www.dag.mef.gov.it/progetti-dag/Soggetti-Aggregatori. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁴⁷ Ministero della Salute. Whistleblowing. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/amministrazione-trasparente/whistleblowing. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁴⁸ Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Linee guida n. 1/2025 in materia di whistleblowing sui canali interni di segnalazione. Delibera n. 478 del 26 novembre 2025. Disponibile a: www.anticorruzione.it/-/del.n.478-26.11.2025.llgg.wb. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

Conflitti di interesse e trasparenza dei rapporti con le imprese. Sul versante dei conflitti di interesse, Agenas ha progressivamente orientato il proprio approccio verso una logica preventiva, finalizzata a rendere visibili le relazioni potenzialmente critiche prima che si traducano in decisioni distorsive¹⁴⁹. In questo percorso si colloca la modulistica standard sulla Dichiarazione pubblica di interessi¹⁵⁰, introdotta per individuare situazioni da monitorare, soprattutto nei rapporti con aziende farmaceutiche e produttrici di dispositivi medici. La trasparenza delle dichiarazioni di interessi resta necessaria, ma non sufficiente se non è accompagnata da verifiche pubbliche e da una gestione effettiva delle incompatibilità nei casi di conflitto ostativo. Il limite principale delle autodichiarazioni è infatti la difficoltà di verifica sistematica, soprattutto quando non sono confrontate con dati terzi su trasferimenti di valore, incarichi, consulenze, sponsorizzazioni, partecipazioni societarie, finanziamenti alla formazione e rapporti economici con imprese produttrici. In questo contesto assume particolare rilievo la L. 62/2022, che disciplina la trasparenza dei rapporti tra imprese produttrici, soggetti operanti nel settore salute e organizzazioni sanitarie. La norma prevede l'istituzione del Registro pubblico telematico denominato "Sanità trasparente"^{151,152}, finalizzato alla pubblicazione dei dati di interesse pubblico sulle transazioni finanziarie e sulle relazioni di interesse. Il Registro rappresenta uno snodo essenziale per rendere verificabili i conflitti di interesse e superare la frammentazione delle dichiarazioni rese a livello locale. La sua effettiva alimentazione, consultabilità e interoperabilità con gli altri sistemi informativi costituiscono una condizione necessaria per trasformare la trasparenza in prevenzione sostanziale.

Controlli operativi, NAS, Guardia di Finanza, Corte dei conti. Il Comando Carabinieri per la Tutela della Salute opera attraverso una rete nazionale di Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS), coordinati territorialmente, oltre al Reparto Operativo e al Nucleo Carabinieri AIFA per il settore farmaceutico¹⁵³. Il quadro informativo include anche il flusso Gestione nuclei antisofisticazioni e sanità (GeNaS)¹⁵⁴, sistema informativo del Ministero della Salute che consente agli utenti NAS, all'Ufficio Comando e alle sezioni del Reparto Operativo di archiviare e gestire gli interventi ispettivi svolti sul territorio nazionale e le schede relative alle indagini condotte dai NAS. GeNaS è rilevante perché consente di valorizzare il dato ispettivo non solo a fini repressivi, ma anche per analisi ricorrenti di rischio, mappatura delle aree critiche e feedback ai sistemi di prevenzione. La Guardia di Finanza interviene sui profili economico-finanziari, sulle frodi ai danni dei bilanci pubblici e sugli illeciti in materia di spesa pubblica¹⁵⁵. In sanità, il suo ruolo è particolarmente rilevante per truffe al SSN, indebiti rimborsi, false

¹⁴⁹ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari – Agenas. "Bevere: Monitoraggio conflitto di interesse, misura centrale per la prevenzione dei fenomeni corruttivi". Roma, 18 dicembre 2020. Disponibile a: www.agenas.gov.it/aree-tematiche/comunicazione/primo-piano/1428-bevere-monitoraggio-conflitto-interesse-prevenzione-fenomeni-corruttivi. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁵⁰ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari – Agenas. Modulistica standard per la dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale e modello di informativa sulla privacy. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/ANAC/2_presentazione_modulistica_standard.pdf. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁵¹ Ministero della Salute. Registro pubblico telematico Sanità trasparente. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/professioni-sanitarie-sicurezza-alimentare/registro-pubblico-telematico-sanita. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁵² Ministero della Salute. Sunshine Act - Registro pubblico sanità trasparente. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/sistema-informativo/sunshine-act/. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁵³ Ministero della Difesa – Carabinieri. Comando Carabinieri per la Tutela della Salute. Disponibile a: www.carabinieri.it/chi-siamo/oggi/organizzazione/mobile-e-speciale/comando-carabinieri-per-la-tutela-della-salute. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁵⁴ Ministero della Salute. Gestione nuclei antisofisticazioni e sanità (NAS). Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/sistema-informativo/gestione-nuclei-antisofisticazioni-e-sanita-nas. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁵⁵ Guardia di Finanza. Contrasto agli illeciti in materia di spesa pubblica. Disponibile a: www.gdf.gov.it/it/cosa-facciamo/polizia-economico-finanziaria/illeciti-in-materia-di-spesa-pubblica. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

attestazioni, utilizzo distorto di fondi pubblici, frodi documentali, irregolarità negli affidamenti, condotte corruttive connesse alla spesa sanitaria e profili di responsabilità degli enti. La Corte dei conti integra il quadro attraverso le funzioni giurisdizionali e di controllo nelle materie di contabilità pubblica. Molte condotte in sanità non producono solo responsabilità penale o disciplinare, ma anche danno erariale: acquisti a prezzi incongrui, prestazioni indebitamente rimborsate, *mala gestio*, inefficienze gravi, mancati controlli, sprechi, conflitti di interesse non gestiti, danni da disservizio e danni all'immagine della pubblica amministrazione¹⁵⁶.

Crimine farmaceutico. AIFA concorre al contrasto di fenomeni che includono medicinali falsificati, furti e riciclaggio di medicinali, distribuzione illegale, vendite online non autorizzate, difetti di qualità e infiltrazioni della filiera legale¹⁵⁷. L'Ufficio Carenze, Qualità dei prodotti e Contrasto al crimine farmaceutico di AIFA¹⁵⁸ coordina attività di prevenzione e contrasto, gestisce segnalazioni e collabora con forze di polizia italiane ed estere. Il presidio è rilevante non solo per reprimere traffici illegali, ma anche per prevenire eventi avversi, proteggere i pazienti, tutelare la legalità della filiera e ridurre il rischio di infiltrazione di prodotti sospetti nel circuito autorizzato. In questo ambito, l'integrazione tra segnalazioni, tracciabilità del farmaco, controlli dei NAS, dati AIFA, dogane, farmacie, grossisti e piattaforme online è un requisito essenziale. Il Nucleo Carabinieri AIFA assicura un raccordo operativo dedicato.

Governo aziendale e responsabilità locali. Il contrasto effettivo a corruzione, frodi e abusi si gioca soprattutto a livello delle aziende sanitarie, dove gli indirizzi nazionali devono tradursi in un sistema ordinario di prevenzione fondato su responsabilità chiare. Sono essenziali: ruolo effettivo del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT); completezza della sezione anticorruzione e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO); audit e controlli interni; rotazione degli incarichi nelle aree più esposte; segregazione delle funzioni; monitoraggio continuo delle aree a rischio; verifica sistematica dei conflitti di interesse; collegamento tra risk management, controllo di gestione, audit interni, uffici legali, provveditorati, farmacie ospedaliere, direzioni sanitarie e organismi indipendenti di valutazione. Appalti, farmaci e dispositivi medici, attività intramoenia, liste d'attesa, prescrizioni, rimborsi, esenzioni, personale, servizi esternalizzati e rapporti con il privato accreditato rappresentano i principali ambiti nei quali la capacità di intercettare tempestivamente anomalie e comportamenti opportunistici dipende meno dalle norme e più dalla qualità della governance aziendale. Senza un presidio diffuso e continuativo, anche gli strumenti nazionali più avanzati rischiano di restare adempimenti formali, incapaci di incidere sui comportamenti reali. A livello aziendale, la reale efficacia delle politiche anticorruzione non si misura esclusivamente nell'esistenza di piani, registri o piattaforme, ma nella capacità di produrre vigilanza continua, correzione tempestiva, apprendimento organizzativo e accountability pubblica. La prevenzione deve essere valutata attraverso indicatori misurabili: qualità dei controlli, tempi di gestione delle segnalazioni, esiti degli audit, recuperi economici, misure correttive attuate, riduzione degli scostamenti anomali e miglioramento della trasparenza verso cittadini e professionisti.

¹⁵⁶ Corte dei conti. Giurisdizione. Disponibile a: www.corteconti.it/Home/Attivita/Giurisdizione. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁵⁷ Agenzia Italiana del Farmaco – AIFA. Contrasto al crimine farmaceutico. Disponibile a: www.aifa.gov.it/contrasto-al-crimine-farmaceutico. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁵⁸ AIFA. Ufficio Carenze, Qualità dei prodotti e Contrasto al crimine farmaceutico. Disponibile a: www.aifa.gov.it/ufficio-carenze-qualita-prodotti-e-contrasto-al-crimine-farmaceutico. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

PNRR Missione 6 e rischio antifrode. Il quadro nazionale deve considerare in modo esplicito anche il PNRR Missione 6 Salute. Gli investimenti in Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, digitalizzazione, grandi apparecchiature, telemedicina e ammodernamento tecnologico concentrano risorse rilevanti in aree esposte a rischi di irregolarità, conflitti di interesse, doppio finanziamento, ritardi, spese non ammissibili, carenze documentali, frodi negli appalti e criticità nella fase di realizzazione. Il Ministero della Salute ha adottato un Sistema di Gestione e Controllo (Si.Ge.Co.) per l'attuazione degli investimenti e delle riforme di pertinenza della Missione 6¹⁵⁹, corredato da appendici dedicate a manuale dei controlli, antifrode, registro dei controlli, cruscotto di monitoraggio, gestione documentale, direttive e modulistica. Questi strumenti devono essere richiamati nel quadro nazionale perché rappresentano il presidio specifico per la prevenzione, l'individuazione e la gestione delle irregolarità collegate ai fondi PNRR.

Sistemi informativi nazionali e sorveglianza antifrode. Esistono numerosi flussi e piattaforme nazionali potenzialmente utili per individuare anomalie: il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)¹⁶⁰, il Cruscotto NSIS¹⁶¹, il Sistema Tessera Sanitaria¹⁶², la ricetta elettronica¹⁶³, i flussi farmaceutici e specialistici, la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, il Fascicolo virtuale dell'operatore economico, la Piattaforma nazionale delle liste d'attesa¹⁶⁴, il sistema GeNaS per la gestione dei dati NAS e i sistemi di monitoraggio collegati al PNRR Missione 6. NSIS supporta la governance del SSN, il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza e della spesa sanitaria, mettendo a disposizione strumenti di lettura integrata dei dati. Il Cruscotto NSIS consente la fruizione di un patrimonio informativo basato su flussi individuali e gestionali, tra cui schede di dimissione ospedaliera, flussi dell'emergenza-urgenza, assistenza domiciliare, residenziale, farmaceutica e specialistica ambulatoriale. Il Sistema Tessera Sanitaria e la ricetta elettronica permettono la completa informatizzazione del ciclo prescrittivo a carico e non a carico del SSN, offrendo una base rilevante per l'analisi di anomalie prescrittive, duplicazioni, utilizzi impropri, comportamenti outlier e incoerenze tra prescrizione, erogazione e rimborso.

Queste infrastrutture, tuttavia, rispondono prevalentemente a finalità amministrative, gestionali, contabili o ispettive. Il loro limite è che i dati non risultano ricomposti in un cruscotto pubblico e integrato specificamente dedicato a corruzione, frodi e abusi in sanità. Il salto di qualità richiede il loro utilizzo sistematico per finalità di prevenzione antifrode: integrazione dei dati, indicatori di rischio, algoritmi di segnalazione, benchmark regionali e aziendali, audit mirati, ritorno informativo agli enti del SSN e pubblicazione periodica di report nazionali. Gli indicatori dovrebbero includere: concentrazione anomala degli affidamenti; ricorso ripetuto a proroghe e varianti; prescrizioni fuori range rispetto a popolazione assistita

¹⁵⁹ Ministero della Salute. Sistema di Gestione e Controllo (Si.Ge.Co.) PNRR Ministero della Salute. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/sistema-di-gestione-e-controllo-sigeco-pnrr-ministero-della-salute-versione-del-0. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁶⁰ Ministero della Salute. Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/nuovo-sistema-informativo-sanitario. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁶¹ Ministero della Salute. Cruscotto NSIS. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/nuovo-sistema-informativo-sanitario/cruscotto-nsis. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁶² Sistema Tessera Sanitaria. Ricette elettroniche. Disponibile a: <https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/ricette-elettroniche>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁶³ Sistema Tessera Sanitaria. Ricetta a carico SSN. Disponibile a: <https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/ricetta-elettronica>. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁶⁴ Ministero della Salute. Online la Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa sul Portale della Trasparenza. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/online-la-piattaforma-nazionale-delle-liste-di-attesa-sul-portale-della. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

e case-mix; incrementi anomali di prestazioni intramoenia; scostamenti tra tempi di attesa istituzionali e attività libero-professionale; rimborsi ripetuti o incongrui; pattern anomali di esenzioni; elevata variabilità territoriale nell'uso di prestazioni sanitarie non spiegata da bisogni di salute; upcoding; ripetizione di prestazioni a basso valore; anomalie nei rapporti con il privato accreditato; ricorrenza di fornitori o professionisti già oggetto di segnalazioni o controlli.

Liste d'attesa, intramoenia e canali di accesso alle prestazioni. Liste d'attesa e attività libero-professionale intramoenia costituiscono un'area critica perché possono generare incentivi distorti, aggiramento dei canali ordinari di accesso e diseguaglianze nell'esigibilità del diritto alle cure. In questo ambito, il rischio non riguarda solo indebite condotte individuali, ma anche assetti organizzativi che, se non adeguatamente monitorati, possono creare corsie preferenziali di accesso alle prestazioni sanitarie.

Il DL 73/2024, convertito nella L. 107/2024, ha introdotto misure specifiche per il governo delle liste d'attesa, tra cui l'istituzione della Piattaforma nazionale delle liste d'attesa, l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria e il rafforzamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie¹⁶⁵. La Piattaforma nazionale delle liste d'attesa (PNLA), realizzata e gestita da Agenas, ha l'obiettivo di monitorare su scala nazionale i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, con particolare riferimento al rispetto delle classi di priorità indicate nella prescrizione. La PNLA può rappresentare uno strumento utile anche per la prevenzione e l'intercettazione di frodi e abusi, ma solo se consente di confrontare in modo sistematico tempi di attesa, volumi di attività, disponibilità delle agende e canali effettivi di erogazione. In particolare, l'analisi integrata tra tempi di attesa in regime istituzionale, volumi di attività intramoenia, agende pubbliche disponibili, prestazioni acquistate dal privato accreditato e mobilità sanitaria può far emergere distorsioni organizzative, comportamenti opportunistici o possibili strategie di spostamento della domanda verso canali a pagamento.

La piattaforma monitora 17 visite specialistiche e 95 esami diagnostici, classificati in base alla priorità indicata nella ricetta: Urgente (entro 3 giorni), Breve (entro 10 giorni), Differita (entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per gli esami), Programmata (entro 120 giorni). Tuttavia, alla data di pubblicazione del presente report, la versione pubblica della PNLA¹⁶⁶ contiene solo dati aggregati a livello nazionale dai quali è impossibile individuare in quali Regioni e strutture si concentrano i maggiori ritardi, per quali prestazioni e per quali classi di priorità. Non vengono altresì forniti i dati disaggregati per soggetto erogatore: regime SSN vs intramoenia, pubblico vs privato accreditato. Inoltre, il rispetto dei tempi di attesa viene riportato con mediane e quartili, indicatori tecnici incomprensibili per i cittadini e difficili da interpretare anche per molti addetti ai lavori.

Questi limiti limitano le potenzialità della PNLA di trasformarsi da strumento descrittivo a vero presidio di accountability. Per essere efficace nella prevenzione di frodi e abusi, il monitoraggio dovrebbe concentrarsi su indicatori operativi e disaggregati: coerenza tra classe di priorità e tempo effettivo di erogazione; percentuale di prestazioni erogate entro i tempi massimi garantiti; saturazione, mancata alimentazione o frammentazione delle agende

¹⁶⁵ Ministero della Salute. Le novità introdotte con il Decreto-legge n.73 del 2024. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/liste-di-attesa/le-novita-introdotte-con-il-decreto-legge-n73-del-2024. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

¹⁶⁶ Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa. Disponibile a: www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/pnla. Ultimo accesso: 15 maggio 2026.

pubbliche; differenziale tra attività istituzionale e libero-professionale; ricorso al privato convenzionato per il recupero delle prestazioni; disallineamenti tra prenotazioni, erogazioni e rendicontazioni; distribuzione territoriale dei ritardi e dei volumi per struttura erogatrice al fine di individuare anomalie meritevoli di approfondimento. In assenza di queste informazioni, infatti, il rischio è che la trasparenza resti prevalentemente formale. Indicatori sintetici e aggregati possono documentare l'esistenza del problema, ma non consentono ai cittadini di comprendere se il proprio diritto sia stato rispettato, né ai decisori di identificare i colli di bottiglia organizzativi, le aree di maggiore inappropriatazza, le differenze tra canali di accesso e le possibili distorsioni tra attività SSN, intramoenia e privato convenzionato.

6. Limiti

Il presente report presenta alcuni limiti. In primo luogo, la scelta di utilizzare la locuzione “frodi e abusi in sanità” consente di adottare un perimetro analitico ampio, coerente con una prospettiva di sanità pubblica, ma non effettua una distinzione tra corruzione, frode, abuso, conflitto di interessi, cattiva amministrazione, spreco e inappropriatezza.

In secondo luogo, il report è stato elaborato secondo un approccio riconducibile alle *scoping review*, adattato alle finalità del documento e alla necessità di integrare letteratura scientifica, documenti istituzionali, letteratura grigia, fonti nazionali e casistiche giurisprudenziali. Non si configura pertanto come una revisione sistematica formale, con valutazione strutturata del rischio di bias, metanalisi o *grading* della certezza delle evidenze.

Un ulteriore limite riguarda l’eterogeneità delle fonti utilizzate. I documenti inclusi differiscono per finalità, definizioni, metodi di raccolta dei dati, ambito geografico e prospettiva di analisi – regolatoria, ispettiva, giudiziaria, accademica o giornalistica – limitando la possibilità di confronti diretti e sistematici tra fenomeni e contesti.

Le casistiche giurisprudenziali, le pronunce della magistratura contabile e le inchieste giornalistiche sono state utilizzate a fini descrittivi ed esemplificativi, ma non possono essere considerate rappresentative della reale frequenza dei fenomeni nel SSN: per definizione, si riferiscono a condotte emerse e formalmente rilevate. Una quota rilevante di frodi e abusi sfugge infatti ai sistemi di controllo giudiziari o amministrativi disponibili, con conseguente sottostima della reale dimensione del fenomeno.

Anche la quantificazione dell’impatto economico deve essere interpretata con estrema cautela. Le stime disponibili sono limitate, metodologicamente eterogenee, spesso non aggiornate e non direttamente comparabili tra loro; inoltre, i confini tra frode, abuso, errore, inefficienza, inappropriatezza e cattiva gestione non sono sempre identificabili in modo univoco. Le stime riportate nel report rappresentano pertanto un ordine di grandezza indicativo del rischio economico e non una quantificazione puntuale delle risorse sottratte al SSN.

La tassonomia proposta rappresenta uno strumento operativo di classificazione e non una classificazione definitiva o esaustiva di tutte le possibili condotte. Pur essendo stata costruita attraverso un processo iterativo e confrontata con framework internazionali e fonti istituzionali nazionali, non è stata sottoposta a una validazione esterna formale mediante panel multidisciplinari o processi di consenso formale. Inoltre, non è garantita la mutua esclusività delle categorie e delle tipologie di frodi e abusi, poiché molte condotte presentano natura trasversale e possono incidere contemporaneamente su più fenomeni.

Infine, le prove di efficacia degli interventi di prevenzione e contrasto restano limitate e metodologicamente eterogenee. Le strategie descritte nel report devono quindi essere interpretate come opzioni coerenti con il quadro teorico, normativo e istituzionale disponibile, più che come interventi supportati in modo uniforme da prove robuste di efficacia.

7. Conclusioni

Il presente report documenta che frodi e abusi in sanità non rappresentano un insieme circoscritto di condotte illecite, né un fenomeno riconducibile esclusivamente alla responsabilità individuale di singoli attori. Al contrario, costituiscono una componente sistemica degli sprechi in sanità, alimentata da fattori istituzionali, organizzativi, economici, professionali e culturali che attraversano l'intera filiera del SSN. La tassonomia proposta consente di ricondurre a un quadro unitario fenomeni eterogenei – dalla cattura delle politiche sanitarie alla regolazione dei prodotti, dalla ricerca biomedica al marketing di farmaci e dispositivi, dagli acquisti pubblici alla gestione finanziaria, dal personale all'erogazione delle prestazioni – individuando le aree in cui risorse pubbliche, decisioni cliniche e processi organizzativi possono essere distorti da interessi privati, conflitti di interesse o comportamenti opportunistici. Le evidenze disponibili confermano che questi fenomeni producono effetti che vanno oltre il danno economico: peggiorano l'accesso alle cure, compromettono qualità e sicurezza dell'assistenza, amplificano le disuguaglianze, riducono il valore della spesa sanitaria e indeboliscono la fiducia dei cittadini nelle istituzioni.

In questo contesto, l'architettura italiana di contrasto a frodi e abusi in sanità è oggi più robusta rispetto al passato: procurement digitale, whistleblowing, Piano Nazionale Anticorruzione aggiornato, strumenti sui conflitti di interesse, Registro "Sanità trasparente", presidi NAS, attività della Guardia di Finanza, ruolo di AIFA, funzioni della Corte dei conti, infrastrutture informative nazionali, Piattaforma nazionale delle liste d'attesa e strumenti antifrode del PNRR. La criticità principale non è quindi la mancanza di norme, strumenti o banche dati, ma l'assenza di una sorveglianza integrata dei rischi, capace di ricondurre a sistema la pluralità delle informazioni disponibili e delle attività istituzionali già in essere. Di conseguenza, considerati il numero e l'estrema variabilità delle tipologie di frodi e abusi definite nella tassonomia, nonché le attività messe in campo dalle istituzioni per prevenirle, emergono alcune criticità prioritarie.

- **Frammentazione della terminologia.** Sebbene alcune fattispecie, quali corruzione, frode e danno erariale, siano definite nell'ordinamento giuridico italiano, si osserva un utilizzo non sempre coerente e talora intercambiabile di questi termini insieme ad altri, quali abusi, sprechi e inappropriata, che non dispongono di una definizione univoca. Una strategia nazionale efficace richiede pertanto definizioni operative condivise, indicatori specifici e responsabilità istituzionali chiaramente attribuite.
- **Frammentazione dei sistemi informativi.** Il Paese dispone di numerosi flussi e piattaforme, ma non di un cruscotto nazionale integrato e pubblico e costantemente aggiornato su frodi e abusi in sanità, capace di tenere conto di tipologie di illecito, volumi economici, aree geografiche, esiti giudiziari e risultati delle misure preventive. Il quadro è quindi ricostruibile solo parzialmente attraverso atti ANAC, documenti Agenas, controlli NAS, attività AIFA, dati NSIS, Sistema Tessera Sanitaria (TS), Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), atti e comunicazioni delle attività giudiziarie e comunicati della Guardia di Finanza. In assenza di una base informativa integrata, il rischio è che la

sanità continui a imparare dai singoli episodi più che da una sorveglianza strutturata dei rischi.

- **Sistema sbilanciato sulla scoperta ex post.** Molte condotte illecite emergono quando il danno si è già generato: forniture, servizi esternalizzati, frodi documentali, prestazioni indebitamente rimborsate, abusi su liste d'attesa e intramoenia, indebiti vantaggi nei rapporti con fornitori o privato convenzionato. Questo suggerisce che il sistema italiano rimane ancora troppo sbilanciato sulla scoperta ex post e non abbastanza attrezzato sul piano della prevenzione, perché manca una capacità sistematica di identificare segnali deboli e intervenire prima che il danno diventi strutturale.
- **Conflitti di interesse.** Le dichiarazioni pubbliche di interessi sono necessarie, ma restano deboli se non vengono validate, aggiornate, pubblicate in modo uniforme e confrontate con trasferimenti di valore, incarichi, consulenze, sponsorizzazioni e dati del Registro "Sanità trasparente".
- **Attuazione locale.** Le Aziende sanitarie presentano livelli eterogenei di maturità nei controlli interni, nell'audit, nella rotazione degli incarichi, nella gestione dei conflitti di interesse, nell'analisi dei dati e nella capacità di utilizzare il whistleblowing come strumento organizzativo.
- **Procurement e fase esecutiva dei contratti.** La digitalizzazione migliora tracciabilità e trasparenza, ma il rischio si sposta spesso verso programmazione del fabbisogno, definizione dei capitolati, specifiche tecniche, varianti, proroghe, collaudi, verifiche di qualità e gestione dell'esecuzione.
- **PNRR Missione Salute.** Gli strumenti di controllo esistono, ma la rilevanza degli investimenti impone una sorveglianza antifrode rafforzata, con attenzione a doppio finanziamento, conflitti di interesse, ritardi, rendicontazione, ammissibilità della spesa e coerenza tra target, milestone e realizzazione effettiva.

Alla luce di tali criticità, la Fondazione GIMBE propone di trasformare il patrimonio informativo esistente in un sistema nazionale di prevenzione, monitoraggio e accountability su corruzione, frodi e abusi nel SSN. Il valore aggiunto non consiste nell'aggiungere nuovi adempimenti, ma nel rendere interoperabili i dati, misurabili i rischi, verificabili i conflitti di interesse, utilizzabili le segnalazioni, pubblici gli esiti e responsabili le istituzioni. Per raggiungere tali obiettivi la Fondazione GIMBE propone di intervenire su sette ambiti.

- **Standardizzare la terminologia.** In tal senso l'analisi sistematica delle definizioni e delle classificazioni e la redazione della tassonomia di frodi e abusi realizzate nel presente report rappresentano il primo contributo nazionale per standardizzare la terminologia.
- **Istituire un Osservatorio nazionale su frodi e abusi in sanità,** non come nuovo contenitore burocratico, ma come sistema di integrazione e pubblicazione periodica dei dati già disponibili. L'Osservatorio dovrebbe integrare almeno BDNCP, Sistema TS, ricetta elettronica, NSIS, Cruscotto NSIS, flussi farmaceutici e specialistici, liste d'attesa, intramoenia, privato convenzionato, GeNaS, segnalazioni whistleblowing, dati PNRR, esiti giudiziari, esiti contabili e risultati delle misure preventive. Per passare da un modello reattivo a un modello preventivo, occorre collegare dati amministrativi, clinici, prescrittivi, contabili, ispettivi e giudiziari, trasformandoli in indicatori pubblici, audit mirati e misure correttive verificabili.
- **Rafforzare la capacità predittiva dei controlli,** attraverso indicatori nazionali di rischio, benchmark regionali e aziendali, audit mirati e alert automatici su appalti, prescrizioni,

rimborsi, esenzioni, prestazioni, intramoenia, liste d'attesa e rapporti con fornitori e privato accreditato.

- **Integrare strumenti di *machine learning* e intelligenza artificiale nei sistemi di audit e controllo**, per orientare audit mirati e verifiche documentali, evitando automatismi sanzionatori e garantendo trasparenza, qualità dei dati, tutela della privacy, plausibilità dei modelli e valutazione periodica delle performance.
- **Standardizzare il monitoraggio dei conflitti di interesse**, rendendo le dichiarazioni pubbliche verificabili, aggiornate e confrontabili con i dati del Registro "Sanità trasparente". Le situazioni di conflitto incompatibili con il ruolo decisionale ricoperto devono essere gestite con misure effettive: astensione, sostituzione, limitazione del ruolo istruttorio o decisionale, rotazione e pubblicazione degli esiti.
- **Proteggere il whistleblowing e valorizzarne le potenzialità**, trasformandolo da adempimento a strumento di intelligence organizzativa. Ogni segnalazione qualificata dovrebbe generare una valutazione del rischio, un eventuale audit mirato, una misura correttiva e un ritorno informativo aggregato sulle aree critiche, nel rispetto della riservatezza del segnalante.
- **Rafforzare accountability e controlli aziendali**, con indicatori pubblici sull'effettiva attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, sugli audit svolti, sulle misure correttive adottate, sulla gestione dei conflitti di interesse, sulla fase esecutiva dei contratti, sul governo delle liste d'attesa e sull'utilizzo dei fondi PNRR.



#SalviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org