

Cerca nel sito

3 Settembre 2026 09:16

quotidianosanità.it

Lettere al direttore

Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

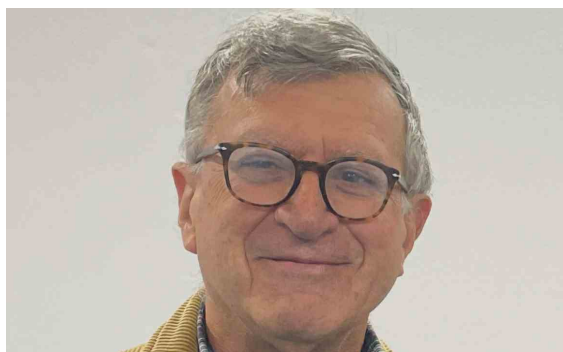
QS Club Newslet

QS » Lettere al direttore » A proposito della corruzione in sanità, perché l'Anac salta quella che coinvolge di più l...



Stampa

A proposito della corruzione in sanità, perché l'Anac salta quella che coinvolge di più la politica?



Gentile Direttore, qui su Qs è stata riportata qualche giorno fa la notizia che l'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) ha pubblicato il nuovo "Catalogo dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzione nel settore sanitario", approvato dal Consiglio Anac con la delibera n. 318 del 29 luglio

2026.

Gentile Direttore,

qui su Qs è stata riportata qualche giorno fa la notizia che l'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) ha pubblicato il nuovo "Catalogo dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzione nel settore sanitario", approvato dal Consiglio Anac con la delibera n. 318 del 29 luglio 2026. Nell'[articolo](#) viene messo a disposizione e commentato tale [documento](#). Come descritto in premessa, il Catalogo trae spunto innanzitutto dal recente Report dell'Osservatorio della Fondazione GIMBE "Tassonomia GIMBE frodi e abusi in sanità", [scaricabile qui](#). Questo (davvero ottimo) rapporto stabilisce già in partenza che il termine "corruzione" non va utilizzato esclusivamente nella sua accezione penalistica o strettamente giuridica. Si dice infatti che "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." Su questa base la Fondazione GIMBE adotta la formula "frodi e abusi in sanità" per descrivere in un quadro unitario quelle condotte che sottraggono risorse, distorcono decisioni e producono effetti negativi per pazienti, cittadini e istituzioni. GIMBE ricorda anche la definizione di corruzione secondo [Transparency International](#) come "l'abuso di un potere affidato per ottenere un vantaggio privato".

La tassonomia elaborata da GIMBE ricomprende 65 tipologie di frodi e abusi suddivise in 9 categorie: policy-making e governance del sistema sanitario; regolamentazione del sistema sanitario; ricerca clinica; marketing e promozione di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie; acquisto di beni e servizi; distribuzione e stoccaggio di prodotti sanitari; gestione delle risorse finanziarie; gestione delle risorse umane; erogazione dei servizi sanitari.

Ultime analisi e review da QS Pro Gold



Cloud sanitario: infrastrutture, compliance, GDPR e Risk management



Gestione dell'ipertensione resistente: dalle Linee Guida alle terapie innovative



Leadership Infermieristica 2026: nuovi modelli di responsabilità e autonomia



Leadership Medica 2026: guidare team clinici ad alte prestazioni



AI e telemedicina nello studio odontoiatrico: applicazioni concrete e uso protetto

Quotidiano
Sanità CLUB

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

Tutti gli speciali

I più letti [7 giorni] [30 giorni]



La Lombardia anticipa al 1° settembre la campagna gratuita di immunizzazione anti-VRS per tutti i neonati



Acque trattate in bar e ristoranti. Nas: irregolarità nel 54% dei controlli. Sanzioni per 175mila euro

In modo abbastanza strano e a mio parere molto discutibile il documento dell'Anac nell'individuare gli "ambiti di attività ritenuti particolarmente esposti a fenomeni di maladministration o corruzione" omette la prima categoria relativa al policy-making e alla governance del sistema sanitario. Questa omissione non è mio parere casuale, ma dipende dalla generale enorme sottovalutazione di quanto i decisori politici con le loro condotte possano (per usare le parole di GIMBE riferite a questa categoria corruttiva) "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."

Rimando direttamente al Report Gimbe per una lettura di dettaglio sulle forme con cui questa categoria di frodi e abusi si può manifestare e sui loro fattori favorevoli. Io qui mi limito ad esemplificare l'enorme peso che questa categoria di forme "corruttive" può esercitare sulla sanità e sulle politiche di tutela della salute. Mi viene in aiuto la mia esperienza di osservatore delle politiche sanitarie della Regione Marche, esperienza che mi consente un consistente elenco di esempi di scelte di politica sanitaria della Regione Marche, per lo più recenti, che hanno quelle caratteristiche riportate sopra come tipiche della categoria delle frodi ed abusi "policy-making e governance del sistema sanitario". Prima di riportare l'elenco di esempi ricordo che in un sistema a risorse finite come il Ssn (leggi [l'analisi di GIMBE pubblicata ieri su Qs sulla spesa pubblica per la sanità in Italia](#)) ogni scelta sbagliata in termini di allocazione delle strutture e delle tecnologie si traduce in una allocazione sbagliata di risorse e personale e quindi in una riduzione della qualità dell'assistenza e della equità di accesso.

Ed ecco l'elenco puramente esemplificativo di scelte di politica sanitaria delle Regione Marche riconducibili facilmente alla ricerca di un consenso elettorale senza il supporto di una istruttoria tecnica trasparente e coerente con le norme e gli atti di indirizzo centrali:

- un programma di edilizia ospedaliera del costo di molto superiore al miliardo di euro in totale incoerenza col DM 70 e in [totale assenza di un "piano regolatore" degli ospedali](#) che lo supporti;
- la previsione di un ospedale di area disagiata in una struttura già destinata a ospedale di comunità (leggere [qui](#) la storia di questo ospedale);
- un investimento di oltre 40 milioni, in gran parte provenienti dal PNRR e dal Piano Nazionale Complementare destinati all'adeguamento sismico degli ospedali delle Marche, per portare una attività chirurgica complessa in un ospedale di area disagiata (leggere [qui](#) la storia di questo ospedale);
- l'autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di una nuova Casa di cura privata multispecialistica in deroga "sperimentale" dai criteri previsti dal DM 70 per questa tipologia di strutture (leggere [qui](#) la storia di questa struttura privata);
- la previsione di una nuova chirurgia robotica comunicata attraverso i canali social di un Assessore o i [servizi di giornali locali](#) con le dichiarazioni dello stesso Assessore in assenza di una qualunque funzione strutturata di Health Technology Assessment in Regione;
- una programmazione delle [Case della Comunità](#) e degli [Ospedali di Comunità](#) con incomprensibili anomalie distributive.

Più in generale, nelle Marche è passata l'idea che se una scelta politica in sanità trova un consenso locale va comunque bene, anche se in realtà configura un approccio "corruttivo" nella accezione ampia che ha dato GIMBE. Idea che purtroppo il Ministero della Salute e quello della Economia e delle Finanze hanno lasciato coltivare e crescere [rinunciando al loro ruolo di controllo sui programmi di edilizia ospedaliera](#).

Ma allora chi difende il Ssn già sottofinanziato dalle frodi e degli abusi dei decisori politici se nemmeno l'Anac intende occuparsene?

Claudio Maria Maffei

03 Settembre 2026

© Riproduzione riservata



Psoriasi a placche. Biosimilare di infliximab efficace e sicuro quanto l'originator



Liste d'attesa, cambia il rapporto con il cittadino: Cup unico, richiamata automatica, percorsi di tutela e più trasparenza. Ma se non disdici l'appuntamento paghi anche se sei esente. Ecco cosa prevede il nuovo Piano 2026-2028



Assistente infermiere. Arriva l'ok del Tar: "Nessuna invasione delle competenze degli infermieri"