

Il decreto legislativo 118/2011. Gli effetti sulla erogazione dei servizi sanitari.

L'Accountability da forma di comunicazione che rappresenta la realtà a costruzione della realtà stessa: una prospettiva storica.

Le aziende sanitarie hanno smesso di investire o, comunque, la quota di investimenti, in aggiornamento tecnologico e strutturale, non appare più essere in linea con le attese e le aspettative che si riversano sul Sistema Sanitario Nazionale.

In particolare nell'ultimo quinquennio sembra essersi drasticamente ridotto l'investimento in aggiornamento tecnologico e in edilizia sanitaria (sia nelle nuove costruzioni, sia nelle manutenzioni incrementative).

Citiamo alcune fonti, autorevoli, in proposito:

- Nel "Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - Esercizio 2016", Deliberazione n. 3/SezAut/2018/FRG, della Sezione autonomie della Corte dei conti, a pagina 68 si può leggere che *"Si riscontra una riduzione dell'attivo immobilizzato in conseguenza del fatto che gli investimenti effettuati non sono sufficienti a coprire l'obsolescenza che si determina con il passare del tempo e che viene calcolata attraverso il procedimento contabile dell'ammortamento. Gli investimenti totali, pur evidenziando un incremento, non risultano sufficienti a compensare il deprezzamento determinato dall'ammortamento."*

- L'Università Bocconi solo due anni fa aveva certificato, nel Rapporto Oasi 2016, sul sistema sanitario, che il *"75% delle attrezzature del sistema sanitario nazionale ha esaurito il proprio ciclo economico (ammortamento concluso) e tecnologico, ma non essendoci denaro per gli investimenti continua a essere utilizzato"*.

- *"Tra il 2008 e il 2014 la spesa per investimenti in sanità è diminuita del 42%"* (Motore sanità, 2015)

- *"A preoccupare sicuramente è quello che emerge dal raffronto tra la fine del 2011 e la fine del 2014, che denota un trend di peggioramento sul piano della vetustà per diverse delle tecnologie oggetto dell'indagine. Indice della mancata installazione di apparecchiature allo stato dell'arte, sia che esse siano destinate a nuovi punti diagnostici o sostitutive delle precedenti. In sintesi, l'indagine ha evidenziato che, per le Tecnologie di Diagnostica per Immagini, il Sistema Sanitario Pubblico e Privato sta subendo un allarmante invecchiamento con possibili riflessi negativi sulla qualità dell'esame diagnostico e sulle implicazioni per il paziente a costi d'esercizio crescenti."* (Assobiomedica Centro Studi. n. 32 - Novembre 2015)

- *"In ribasso anche l'edilizia sanitaria con 512 bandi (-26%) per 751 milioni (-38%)"*, Rapporto 2016 dall'Osservatorio Cresme Europa Servizi.

- *"Al contrario cresce la spesa per Beni sanitari (farmaci, presidi e dispositivi medici) dell'1,4 per cento nel triennio 2014\2016"* (fonte: NSIS Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici. Anno 2016).

Il quadro che questi dati restituiscono è di desolante gravità: la prima azienda in Italia, per fatturato e per indotto (la cosiddetta white economy, infatti, contribuisce al Pil nazionale per il 10,7%, dando lavoro a oltre 2,4 milioni di persone, ovvero circa il 10% dell'occupazione complessiva secondo il Rapporto di Confindustria sulla filiera della salute, gennaio 2018) ha smesso, almeno nella sua componente pubblica, di investire su se stessa, perché?

La risposta risiede, certo, nel defianziamento relativo del SSN, che quand'anche non veda meno risorse destinate, in valore assoluto, si trova comunque ad affrontare quelle che lo stesso Legislatore (nel Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70) definisce *"i nuovi bisogni di salute"*: *"i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni."*

Eppure, forse, va ricercata una concausa, una componente di fondo del sistema, quasi un tecnicismo, che potrebbe avere modificato i comportamenti del management sanitario in termini di scelte di investimento ed aggiornamento tecnologico: disincentivandolo.

Dal 2011, progressivamente, l'ammortamento nel sistema contabile della sanità pubblica non esercita più il ruolo di *procedimento amministrativo contabile con il quale un costo pluriennale viene ripartito tra gli esercizi di vita utile del bene, facendolo partecipare per quote alla determinazione del reddito dei singoli esercizi*, ma si svuota della sua funzione (che pure, formalmente, è conservata) finendo per far gravare sul l'esercizio di acquisizione, integralmente, il costo di acquisto del bene stesso, se acquisito con risorse *"proprie"*.

Se un Direttore Generale, cioè, decide l'acquisto di una attrezzatura, o il suo rinnovo, la spesa, se non è coperta da specifico finanziamento, in *"conto capitale"*, ancorché di importo significativo, cadrà sull'esercizio di acquisizione, mentre gli esercizi successivi (e le gestioni successive), che si gioveranno di quell'attrezzatura, non ne pagheranno il costo.

A deciderlo il Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 *"Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42: "I cespiti acquistati utilizzando contributi in*

conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione."

Non tutti i cespiti, dunque, ma solo quelli acquisiti con fondi propri dell'Azienda.

Con la nuova tecnica di ammortamento, in sintesi, tramonta l'utilizzo di una delle leve più importanti in mano ai Direttori Generali, la "*leva investimenti*": per cui se un manager riesce a produrre nel proprio bilancio un surplus, per avere reso più efficiente ed economica la gestione (auspicabilmente in costanza di standard di efficacia) reinveste quel surplus in aggiornamento tecnologico o in strutture più adatte ad implementare nuovi processi innescando così meccanismi virtuosi.

O meglio, detta leva investimenti, è posta totalmente in mano alla Regione che decide, non solo "dove" (in quali aziende) è opportuno investire risorse (tipicamente attraverso la destinazione dei fondi dell'art. 20 della legge 67/88), ma addirittura "cosa" acquisire, finanziando lo specifico investimento.

Là dove l'HTA (Health Technology Assessment), da strumento indispensabile di governo dell'innovazione tecnologica in sanità, si era (correttamente) trasformato in strumento di programmazione regionale, oggi il Decreto Legislativo 118 riporta nell'alveo della totale discrezionalità tecnica delle Regioni le scelte di finanziamento prima e di acquisizione poi di attrezzature e lavori edili.

Non è per altro l'unica norma "centralista" del Decreto 118: pochi articoli più avanti in ordine alla valutazione dei rischi prevede che "*lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti.*"

Sembra il definitivo ribaltamento dell'asse dell'autonomia: asse portante della riforma del 1992 (le "*sette autonomie*"), scolpito, poi, dalla riforma del '99 nella lapidaria formula dell'Autonomia imprenditoriale, oggi declassata a mera dichiarazione di principio.

Senza tuttavia che a tale deprivazione corrisponda una bilanciata riduzione della responsabilità che la Riforma aveva previsto come naturale contraltare della autonomia stessa.

Occorre, ovviamente, chiedersi se questa norma abbia avuto un concreto effetto sulle scelte "imprenditoriali" delle aziende sanitarie.

Se esista, cioè, una corrispondenza fra la norma e l'indiscussa contrazione investimenti degli ultimi anni.

Certamente se si confronta il tempo medio di obsolescenza di un'attrezzatura (8 anni) e l'orizzonte temporale di un mandato medio di un Direttore Generale (tre anni), la discrasia risulta evidente, e occorre chiedersi perché un manager dovrebbe investire (in assenza di finanziamenti dedicati) e deprimere il risultato economico della sua gestione a tutto vantaggio delle future gestioni.

Anche una Azienda con ingenti disponibilità liquide non sfugge alla legge della "competenza economica" e vedrà ridursi per effetto della applicazione del Decreto, il Risultato Economico di esercizio in caso dovesse utilizzare quelle disponibilità economiche per pagare gli investimenti.

Gli stessi surplus che l'Azienda dovesse produrre per efficientemente della gestione sono regolati, nel loro utilizzo, dalle Regioni.

Leggendo le Relazioni illustrative del Decreto si capisce che l'obiettivo di un tale irrigidimento della normativa contabile (che, per altro costituisce una palese violazione, o "*eccezione*", come la definisce il Legislatore ai Principi Civilistici cui tutto il Decreto 118 si richiama) è proprio quello di togliere la leva gestionale in mano al management accusato di averne abusato in passato provocando un ingiusto (e costoso, in termini di interessi moratori) allungamento dei tempi di pagamento dei fornitori.

È del tutto vero, in effetti, che fino ad un recente passato molti Direttori hanno malamente sfruttato la "*leva investimenti*", anche in assenza di specifiche risorse assegnate e, addirittura, in assenza di disponibilità finanziarie, contando proprio sul meccanismo degli ammortamenti che - spalmando la spesa su un orizzonte temporale lungo (otto anni per le attrezzature) o lunghissimo (33 anni per l'edilizia) - consentiva loro di non pagare il conto delle proprie scelte, salvo poi dover pagare alla consegna, o a SAL, i fornitori cui, in assenza di risorse toccava, appunto, aspettare anche anni, il pagamento.

Tanto in spregio di ogni logica manageriale.

È di palese evidenza, tuttavia, che detto identico risultato si sarebbe banalmente potuto raggiungere con mezzi più diretti e meno invasivi della Autonomia imprenditoriale di Asl e Ospedali; per esempio, sarebbe bastato studiare uno schema di Rendiconto Finanziario meno complesso e maggiormente predittivo del reale stato finanziario e monetario dell'Azienda, o ancora più semplicemente costringere i manager a motivare l'acquisto con una dimostrazione della effettiva disponibilità finanziaria e coerenza con le disponibilità finanziarie e monetarie, magari già in sede di Piano Triennale degli Investimenti.

O, ancora, responsabilizzare il management anche sui profili monetari della gestione, che purtroppo sono sempre stati posti in secondo piano nella scelta degli obiettivi che le Regioni hanno affidato al loro management sanitario.

Eppure il Legislatore ha preferito lasciare sullo sfondo degli adempimenti (più o meno utili e burocratici) questi strumenti di management (Piano degli Investimenti, Rendiconto Finanziario, studio di sostenibilità finanziaria) per utilizzare lo strumento più semplice e brutale della deprivazione della "*leva*".

Ed infatti i risultati ci sono stati. O quantomeno è ragionevole pensare che la coincidenza fra la piena applicazione della norma e la flessione delle curve di investimento in Sanità, non possa essere casuale.

Per la prima volta la contabilità da strumento di rappresentazione della realtà aziendale diventa uno strumento in grado di modificare la realtà stessa.

Tuttavia ritengo che solo una lettura storicamente orientata del Decreto 118 aiuti alla comprensione dello stesso: un primo elemento da tenere in considerazione è, in questa direzione, la natura stessa del Decreto.

Il Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 è esercizio della delega di cui alla Legge 42/2009 (*"Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"*).

È curioso che un Decreto che delinea un (nuovo) sistema contabile per Enti Locali e Sanità sia frutto di una delega inerente il Federalismo fiscale: per comprendere a pieno le motivazioni della delega occorre fare un passo indietro e dare uno sguardo storico alla evoluzione dei sistemi contabili della sanità pubblica.

Il decreto legislativo 118 del 2011 appare essere, infatti, il frutto di un mutato quadro istituzionale ove - finita la luna di miele con i postulati del New Public Management (NPM) e tramontata l'idea che i problemi di eccessiva politicizzazione nella gestione della Sanità e di inefficienza, sprechi e malversazioni che affliggono il settore, possano trovare una panacea nell'inserimento della figura del Manager quale uomo forte, solo al potere, in grado di fare da scudo alle istanze meno nobili della politica - appare evidente che la Politica, e per essa Stato e Regioni, stiano cercando di annullare lo spazio che la Riforma degli anni 90 aveva frapposto fra gestione manageriale ed indirizzo politico.

Questo disegno si è andato concretizzando da un lato con i Piani di rientro, Regionali (2005) e Aziendali (2016) che hanno significativamente ricondotto le leve gestionali, rispettivamente, allo Stato ed alle Regioni; dall'altro con la Spending Review, che ha impattato su una serie di vincoli e limitazioni alla gestione (politiche del personale e degli acquisti), per finire con la Ingegneria Istituzionale (accorpamenti di reparti, ridisegno delle Reti, creazione di aziende di grandi o grandissime dimensioni, frapposizione di Enti intermedi).

Appare interessante analizzare la plasticità dei sistemi contabili (e delle normative che li regolano) rispetto alle dinamiche storico - politiche. E' affascinante notare la coincidenza fra trend storico - politico ed evoluzione della normativa contabile, negli anni della storia unitaria italiana.

Gli ospedali, o meglio le Opere Pie, furono nazionalizzati con la Riforma Crispi del 1890 e trasformati in IPAB nel 1923. Essi ricoveravano, con ordinanza del Sindaco, i soci delle mutue ed i poveri, iscritti agli elenchi di povertà presso i Comuni dove, dopo cinque anni di residenza, registravano il "domicilio di soccorso".

Rilevavano ancora gli accadimenti di gestione con contabilità elementari, molto simili all'odierna contabilità civilistica.

I documenti del tempo, ancor più delle leggi di quegli anni, riportano a noi l'architettura di quel sistema: il Bilancio Presuntivo, l'Inventario, il Conto Consuntivo, fatto di Conto Entrate e Spese e Stato Patrimoniale ed, infine, il "Bilancio Morale".

Il Testo Unico delle Leggi di Sanità del 1934 riforma profondamente il settore rendendo obbligatoria la assicurazione di malattia dei lavoratori e delinea le due figure cardine del sistema sanitario in Italia: il medico condotto e l'Ufficiale Sanitario.

Dal 34 in poi la situazione non è destinata a cambiare per lunghi anni.

Non si assiste in Italia (a parte lo sterile e velleitario tentativo di "minicostituente della Sanità portato avanti dalla Commissione D'Aragona) ad alcun reale cambiamento né - come negli altri stati occidentali - per l'influsso del Rapporto Beveridge, che alla fine degli anni 40 è alla base della fondazione dei sistemi sanitari nazionali di Regno Unito, Canada, Francia, Svezia, etc, né a seguito della approvazione della Costituzione del 1948 che pure qualifica il Diritto alla salute.

Il boom degli anni 50 e la liberazione culturale del '68, tuttavia, metteranno a nudo la crisi di un sistema ancora pressoché identico a se stesso da decenni: la crisi della Sanità è immortalata dalle pagine de "Il Tempo" (*"La vergogna civile!"*, titola nel 1963) e dai film di Alberto Sordi (*"Il Medico della Mutua"* del 1968 e *"Il dottor Terzilli"* del 1969).

Il cittadino italiano è finalmente cosciente dei propri diritti.

La Riforma Mariotti del 1968 è la necessaria, quanto insufficiente e contrastatissima, risposta - imputata di avere determinato il Deficit e innescato la crisi della finanza pubblica - ma ha il merito di innescare un processo che si concluderà solo dieci anni dopo con la nascita del SSN con la legge 833/78.

Parallelamente si adotta la più rigida Contabilità pubblica con la Legge 468/78. Il Modello di Rilevazione è l'RNDO1.

Gli anni 90 vedono la spinta d'oltralpe che porta venti di NPM (New Public Management), di de - burocratizzazione, di de - politicizzazione, di destrutturazione dei grandi apparati pubblici.

Il decennio si apre con grandi aspettative di de - burocratizzazione dell'apparato pubblico, è l'anno della legge sul procedimento amministrativo, la 241/90.

La Sanità Inglese è nuovamente laboratorio di nuovi scenari: Alain Enthoven alla fine degli anni 80 teorizza il modello della competizione amministrata, che sarà al centro della Riforma Thatcher del '90 dell'NHS.

La Sanità italiana è sempre più sotto accusa: le USL appaiono quali luoghi di inefficienze, sprechi, politicizzazione e malversazioni, ma per rivoluzionare il sistema servono le tre grandi spinte che negli anni 91-92 sconvolgeranno l'Italia: la crisi finanziaria, la politica Europea e Maastricht e, infine, ManiPulite.

E' la controriforma Amato - De Lorenzo: la aziendalizzazione e la separazione fra gestione ed indirizzo politico, le istanze di privatizzazione del sistema, le "forme differenziate di assistenza" che preludono alla rottura del vincolo di universalismo e globalità che avevano costituito l'ossatura del SSN del '78, sono la cifra di quegli anni.

La 502/92 indica, senza per altro imporlo, il superamento della Contabilità Finanziaria e l'adozione della Contabilità Civile, "improntata" ai principi civilistici" che non vengono, però, resi cogenti: non si verifica quindi alcuna omogeneizzazione dei sistemi di contabilizzazione nel territorio nazionale.

Sono, infatti, le Regioni ad adottare i sistemi contabili: ogni Regione adotterà un proprio sistema per ciascun Sistema Sanitario Regionale. E' il federalismo contabile.

Nel 1994, con il DM 20/10/1994, lo schema di Rilevazione diventa il modello CE ed SP, che, però, non sono obbligatori.

Bisognerà aspettare ancora due anni, per arrivare al Decreto Ministeriale 23/12/1996 "Percorso metodologico di introduzione della contabilità generale": gli schemi di rilevazione sono ora il CE1, Ce2, Ce3, CE4.

Nel 1995 il sistema di finanziamento è, finalmente, il DRGs (DM 15/04/1994).

Ma la contabilità non è ancora quella civilistica dato che viene ancora usata, in parallelo, la contabilità finanziaria con l'ausilio del Controllo di Gestione: caso quasi unico di un sistema di controllo di gestione innestato sulla Contabilità Finanziaria che non rileva patrimonio e magazzini, se non come sottosistemi separati. Appunto.

La riforma De Lorenzo ha posto, però, più problemi di quanti ne abbia risolti, tanto da costringere il nuovo Ministro, Maria Pia Garavaglia ad intervenire con una mini contro - riforma già l'anno dopo.

Alla fine degli anni 90, Scally e Donaldson, ancora una volta nel Regno Unito, teorizzano il governo clinico "*l'anello di congiunzione che permette di unire le due visioni o modi di affrontare la problematica della qualità delle cure e cioè quello manageriale e quello squisitamente clinico*".

In Italia il '99 porta con se una nuova Riforma, il Ministro, Rosy Bindi, ha la missione di rendere nuovamente il sistema universale e globale cancellando gli effetti più deleteri della 502/92: il management opera adesso coi poteri dell'Imprenditore privato, le "sette autonomie" vengono conglobate nella "Autonomia Imprenditoriale", l'atto di organizzazione dell'azienda è l'Atto Aziendale, che è atto di diritto privato.

E' la svolta: la Riforma Bindi impone finalmente la Contabilità Generale, anche se non impone ancora l'adozione dei principi civilistici.

La Riforma riceverà critiche quasi uniformi, Sabino Cassese la definirà "*una riforma imperiale*", Franco Reviglio ne criticherà, fra l'altro, l'impostazione eccessivamente centralista.

Il 900 si chiude con le Riforme Bassanini ed anche il nuovo secolo si apre con grandi aspettative di de burocratizzazione dell'apparato pubblico: il 2001 sarà l'anno della legge di privatizzazione del Pubblico Impiego.

Ma almeno due spinte premono sull'equilibrio della Sanità pubblica, precariamente raggiunto: le istanze federaliste e la crisi economica.

L'ascesa della Lega Nord, sull'onda dello slogan "*vedo, pago, voto*", preme per una regionalizzazione del sistema fiscale.

La legge costituzionale 3 del 2001 regolerà (meglio) i rapporti fra Stato e Regioni istituendo, come lascio più importante, le Conferenze Stato Regione.

La crisi continua a flagellare l'Italia ed il deficit viene imputato, a torto o a ragione, alla sanità pubblica: sono gli anni del Patto Giarda nel 2000, del Patto Tremonti nel 2001.

Nel 2001 vengono definiti i LEA e la contabilità si arricchisce del "Modello LA" che ripartisce i costi in base ai LEA.

Nel 2003 la Conferenza Stato Regioni porta alla nascita del "Progetto Mattoni" che si prefigge di "*trovare un linguaggio comune*" nel Sistema. Nasce l'Nsis.

Alla fine del 2005 arriva la scoperta del "deficit sanitario": la finanziaria per il 2006 prevede i Piani di Rientro per le Regioni.

Il Federalismo Fiscale (legge 42/2009) comporta la delega al Governo ad individuare meccanismi di standardizzazione e di armonizzazione dei sistemi contabili sanitari.

Si sono poste le basi per il Decreto 118, qui in analisi.

Dopo un vuoto di un paio di anni, è la Crisi finanziaria del 2011 e la conseguente "Spending Review" del Governo Monti che ancora una volta fanno da catalizzatore alle istanze di omogeneizzazione e riforma del Sistema.

L'anno 2011 è l'anno dei "costi standard" (dl 68/2011) - basati proprio sulle risultanze del modello LA - e dell'armonizzazione dei principi contabili (dlgs 118/2011).

La deregulation contabile, che dal '92 in avanti aveva portato ogni Regione a costruire il proprio sistema contabile, è ufficialmente finita.

Si tratta, cioè, della presa di coscienza che la deregulation contabile è l'esatta antitesi del Federalismo Fiscale, il quale, per potere funzionare, ha bisogno di un linguaggio comune, di metodi di rilevazione armonizzati, della rilevazione di costi standard.

Quali evoluzioni e prospettive dobbiamo ancora attenderci nel prossimo futuro e quali ulteriori aggiustamenti consentiranno agli investimenti in aggiornamento tecnologico di ripartire, se pure in un quadro armonico di equilibrio finanziario aziendale?

Vale la pena di citare il «Patto per la salute 2014-2016», approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 Luglio 2016. Fra le analisi di contesto, il Patto redatto dal Ministero della Salute, prevede che: *“Nell’ambito dei fondi disponibili, si sottolinea la necessità di avviare una riflessione sui meccanismi di ammortamento degli investimenti in innovazione digitale (e più in generale di tutta l’innovazione), attraverso una rimodulazione o una deroga, anche parziale, del Decreto Legge n. 118 del 2011 e la possibilità di prevedere dei fondi preferenziali o vincolati per ciò che riguarda l’ex articolo 20.”*

L’innovazione sta, cioè, cercando un percorso per uscire dalle pastoie burocratiche che le norme hanno stretto intorno alla sanità pubblica.

Ad oggi, non si può non concludere che il parallelismo fra le alterne vicende della Sanità italiana - che dall’Unità in avanti ha continuato a basculare fra spinte centraliste e deregulation, fra specificità e standardizzazione, fra delega e controllo, fra pubblicizzazione e privatizzazione - e l’evoluzione dei sistemi contabili, sembra avere trovato oggi il suo acme con il Decreto 118/2011, allorché la contabilità non si è più limitata a fotografare la gestione ma addirittura, contribuisce a modificarla.

Citando Broadbent and Guthrie: *“I sistemi contabili sono una forma di comunicazione che da un lato rappresenta la realtà, dall’altro costruisce tale realtà” (Broadbent and Guthrie 1992).*

Giorgio Giulio Santonocito
Commissario Straordinario dell’ARNAS Garibaldi di Catania