

**La spesa sanitaria in Lombardia
nel periodo 2002-2019**

Cod. 200435STA

Relazione

Dicembre 2020



La spesa sanitaria in Lombardia nel periodo 2002-2019

Relazione

Realizzata su richiesta della Commissione Bilancio del Consiglio Regionale
(Codice PoliS-Lombardia:200435STA)

Regione Lombardia – Consiglio regionale

Gruppo di lavoro tecnico: Cristiana Aglio

Dirigente responsabile: Tommaso Mazzei

PoliS-Lombardia

Dirigente di riferimento: Armando De Crinito

Project Leader: Federica Ancona

Gruppo di ricerca:

Alessandro Vanni, prof. Elio Borgonovi, membro CTS Polis Lombardia

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright © PoliS-Lombardia



PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY	4
INTRODUZIONE	12
1. LA SPESA SANITARIA PUBBLICA IN LOMBARDIA	16
LA SPESA SANITARIA PUBBLICA CORRENTE NEL PERIODO 2002-2019.....	16
LA SPESA SANITARIA PUBBLICA IN CONTO CAPITALE	24
2. LA SPESA SANITARIA PRIVATA IN LOMBARDIA	30
LA COMPOSIZIONE DELL’OFFERTA SANITARIA E DELLA SPESA SANITARIA A LIVELLO REGIONALE	31
LA SPESA SANITARIA DIRETTA DELLE FAMIGLIE PER TIPOLOGIA DI BENI E SERVIZI SANITARI.....	35
3. UNA TIPOLOGIA DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI PRODOTTI DALLA SPESA SANITARIA PUBBLICA: LA GRIGLIA LEA PER IL PERIODO 2002-2018.....	42
L’ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO=	43
L’ASSISTENZA DISTRETTUALE	46
L’ASSISTENZA OSPEDALIERA	49
4. L’ANALISI ECONOMICO-PATRIMONIALE DELLE AZIENDE SANITARIE LOMBARDE NEL PERIODO 2013-2018.....	56
L’ANALISI ECONOMICO-PATRIMONIALE DELLE ASL LOMBARDE NEL PERIODO 2013-2015	57
L’ANALISI ECONOMICO-PATRIMONIALE DELLE ATS LOMBARDE NEL PERIODO 2016-2018	62
L’ANALISI ECONOMICO-PATRIMONIALE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE LOMBARDE NEL PERIODO 2013-2015.....	66
L’ANALISI ECONOMICO-PATRIMONIALE DELLE ASST LOMBARDE NEL PERIODO 2016-2018.....	72
PRINCIPALI SPUNTI PER I PROSSIMI REPORT	79

EXECUTIVE SUMMARY

Nel corso degli ultimi dieci anni la spesa sanitaria pubblica corrente in Lombardia è cresciuta in proporzione ad un ritmo superiore rispetto a quello dell'Italia: **in valori pro-capite, proprio dal 2010 la spesa sanitaria pubblica corrente della Lombardia è costantemente più elevata rispetto a quella rilevata per l'intero aggregato nazionale.** Considerando l'evoluzione della **spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite della Lombardia** per l'intero arco temporale che va dal 2002 al 2019, si vede come essa sia gradualmente divenuta **superiore a quella della maggior parte delle altre Regioni utilizzate a fini di comparazione, ossia quelle a statuto ordinario non in Piano di rientro.** Prendendo, ad esempio, come riferimento **l'ultimo triennio analizzato, 2017-2019, i valori di spesa pro-capite della Lombardia sono più alti di quelli di Piemonte, Veneto, Umbria, Marche e Basilicata.** Al contrario, **la spesa sanitaria corrente pro capite della Lombardia è leggermente inferiore a quella della Toscana e mostra un netto divario, nell'ordine di circa 100€ pro-capite, rispetto ad Emilia-Romagna e Liguria.** In ogni caso livelli più elevati di spesa pro-capite non implicano necessariamente un maggior impegno da parte delle regioni nella fornitura e nell'erogazione di servizi sanitari pubblici, ma possono essere anche la conseguenza di altri fattori. La Liguria, ad esempio, è una delle regioni con età media più elevata (prima in assoluto al 1° gennaio 2020 con un'età media di 48,7 anni) e, proprio alla luce di ciò, ha un fabbisogno di spesa superiore rispetto a quello di altre regioni (quali la Lombardia che al 1° gennaio 2020 ha un'età media di 45 anni) e riceve, in proporzione, un maggior livello di finanziamenti in sede di ripartizione delle risorse del Servizio sanitario nazionale.

Suddividendo la spesa sanitaria pubblica corrente della Lombardia nelle sue principali componenti, per come individuate e definite dalla Ragioneria generale dello Stato (redditi da lavoro dipendente, consumi intermedi, farmaceutica convenzionata, prodotti farmaceutici, assistenza medico-generica da convenzione, prestazioni in natura da privato accreditato con il Servizio sanitario nazionale) emerge, in primo luogo, **la crescita esponenziale della spesa per "prestazioni in natura da privato accreditato con il SSN"** (sono ricompresi al suo interno gli acquisti di assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica nonché altre tipologie di assistenza erogate da operatori privati accreditati con il SSN), **la quale passa dai circa 3,4 miliardi di euro del 2002 ai circa 5,3 miliardi di euro del 2019.** A partire dal 2010, peraltro, questa componente di spesa diventa in Lombardia la principale, andando a scavalcare al primo posto **la spesa per redditi da lavoro dipendente, il cui ammontare è andato nel corso degli ultimi dieci anni quasi costantemente contraendosi, risultando eguale nel 2019 a circa 4,6 miliardi di euro.** Mettendo in relazione la spesa sanitaria pubblica per componenti della Lombardia con quella delle suddette regioni a statuto ordinario non in Piano di rientro e dell'Italia nel suo complesso, se ne coglie a pieno l'assoluta peculiarità. Anzitutto, **il peso in termini percentuali della componente di spesa inerente "le prestazioni in natura da privato accreditato con il SSN" sul totale della spesa sanitaria pubblica corrente in Lombardia ha un peso nettamente superiore a quello che detiene per l'Italia** e, per di più, nel corso degli anni questo divario è andato ampliandosi. Tale componente di spesa, infatti, ha un peso medio in Lombardia del 25,64% nel periodo 2002-2006 e del 29,60% nel quadriennio 2016-2019; sui medesimi intervalli temporali, le percentuali medie per l'Italia sono, rispettivamente, eguali al 18,38% ed al 20,93%. **Analizzando il dato della spesa pro-capite**

per questa componente di spesa lungo tutto il periodo 2002-2019, il valore della Lombardia, eguale a 495€, è nettamente superiore a quello di tutte le altre regioni. Considerazioni completamente opposte possono, invece, essere fatte per due componenti di spesa particolarmente rilevanti, ossia i consumi intermedi (definibili come l'insieme di beni e servizi utilizzati come input nel processo di produzione) e, soprattutto, i redditi da lavoro dipendente. **Nel quadriennio 2016-2019, ad esempio, i consumi intermedi costituiscono in media il 18,25% della spesa sanitaria corrente in Lombardia ed il 19,55% in Italia;** ancor più significativamente, nel medesimo intervallo temporale **i redditi da lavoro dipendente rappresentano in media il 25,58% della spesa sanitaria corrente in Lombardia ed il 30,13% in Italia.** Osservando la spesa sanitaria corrente pro-capite per redditi da lavoro dipendente in media sull'intero ventennio 2002-2019, il dato della Lombardia, 492€, è molto inferiore a quello di tutte le altre regioni, come, ad esempio, il Veneto (547€), l'Emilia-Romagna (655€) o la Toscana (664€).

La spesa sanitaria pubblica in conto capitale, ossia quella principalmente destinata a finalità di investimento, si riduce in Lombardia nel corso degli ultimi anni, indicativamente a partire dal 2012, in misura proporzionalmente superiore alla diminuzione che si rileva per l'Italia. Per di più, comparando sempre i dati lombardi con quelli delle altre regioni a statuto ordinario non in Piano di rientro, **nel triennio 2016-2018 la spesa sanitaria in conto capitale pro-capite della Lombardia è, seppur di pochissimo, la più bassa in assoluto.** In parallelo a ciò, bisogna però rilevare che, **sulla base di una stima sul fabbisogno di investimenti in edilizia sanitaria ed in tecnologie sanitarie** realizzata dalla Corte dei conti **per il periodo 2018-2020, la Lombardia risulta porsi su livelli di poco superiori a quelli dell'Italia, 87€ pro-capite vs 85€ pro-capite, e molto al di sotto di altre due regioni con cui viene messa spesso in comparazione, ossia Piemonte (108€ pro-capite) ed Emilia-Romagna (97€ pro-capite).** Se, dunque, in relazione a queste due fondamentali componenti di investimento in sanità la situazione della Lombardia non sembra particolarmente preoccupante, giova comunque sottolineare che, nel periodo 2008-2018, la sua contrazione di spesa in terreni e fabbricati (-475%) ed in attrezzature sanitarie (-132%) è molto superiore alla corrispondente riduzione che contraddistingue l'Italia (-227% in terreni e fabbricati e -67% in attrezzature sanitarie).

Il peso in termini percentuali della spesa sanitaria privata in rapporto alla spesa sanitaria totale si pone in Lombardia, sulla base di dati RBM-Censis presentati nel giugno 2018, in linea, o poco al di sotto, di quello della maggior parte delle altre regioni del nord Italia¹. In particolare, la percentuale per la Lombardia (28%) è leggermente inferiore a quella di Piemonte (29%), Veneto (30%), Emilia-Romagna (31%), Valle d'Aosta (34%) e Friuli-Venezia Giulia (34%). **In valori pro-capite, la spesa sanitaria privata in Lombardia è tra le più elevate d'Italia: secondo una stima che prende in considerazione il triennio 2016-2018, in particolare, essa è pari in media a 793€ pro-capite e risulta inferiore solamente a quella della Valle d'Aosta (1.030€ pro-capite).** Come più volte sottolineato però, le stime sulla spesa sanitaria privata presentano sempre un certo grado di incertezza e, soprattutto, possono divergere tra di loro a seconda della metodologia di stima utilizzata. Più nel dettaglio, le due principali metodologie adottate nelle analisi sulla spesa sanitaria privata, entrambe

¹ Nel secondo capitolo, diversamente dal primo, la Lombardia viene messa in comparazione a tutte le altre regioni italiane. I motivi di questa scelta sono riportati all'interno dei capitoli.

proposte dall'Istat, si differenziano tra loro sia sulla base dei soggetti di spesa considerati, solamente famiglie residenti in Italia o anche famiglie non residenti, che in merito all'ambito territoriale cui fanno riferimento, l'Italia o anche gli altri Stati.

Un'indicazione interessante è data dalla particolare composizione della spesa sanitaria privata in Lombardia. Le tipologie in cui esplica la spesa sanitaria privata sono due, ossia: **la spesa out-of pocket**, corrispondente sostanzialmente alla spesa delle famiglie ed al cui interno rientra, ad esempio, la spesa per servizi ambulatoriali, ospedalieri o la spesa per servizi dentistici; **la spesa intermediata**, la quale è data dalla somma delle spese delle istituzioni non-profit, delle imprese (riferibili alla medicina del lavoro) e, soprattutto, delle assicurazioni sanitarie volontarie. Queste ultime, infatti, costituiscono la voce più rilevante, pari, ad esempio, nel 2018 a 2,9 miliardi di euro sui 4,2 miliardi di euro totali della spesa intermediata. **In generale, il peso della spesa out-of pocket è nettamente superiore a quello della spesa intermediata**; in Italia, al 2018, esse costituiscono rispettivamente il 23,1% ed il 2,7% della spesa sanitaria totale. Se, però, compariamo queste percentuali a quelle della Lombardia emergono dei risultati significativamente diversi. Sulla base dei suddetti dati RBM-Censis presentanti nel giugno 2018, infatti, **in Lombardia la spesa out-of pocket vale il 18% della spesa sanitaria totale, percentuale più bassa in assoluto insieme a quella del Lazio, mentre la spesa intermediata è pari al 10% della spesa sanitaria totale, percentuale nettamente superiore a quella di tutte le altre regioni**, visto che per la maggior parte di esse la spesa intermediata risulta inferiore al 3% del totale. Le implicazioni di ciò emergono con maggior forza osservando i relativi valori di spesa: sulla base dei dati disponibili, infatti, **la spesa out-of pocket pro-capite in Lombardia, pari a 482€, risulta superiore solamente a quella di Lazio, Sicilia e Campania; dall'altra parte, la spesa intermediata pro-capite in Lombardia è eguale a 251€, valore ampiamente maggiore di quello di tutte le altre regioni** se si considera che il valore del Lazio, seconda regione in termini di spesa intermediata pro-capite, è pari solamente a 152€. E' importante ora ricordare **come per la maggior parte dei Paesi europei la composizione della spesa sanitaria privata si avvicini di più a quella della Lombardia che non a quella dell'Italia**. Prendendo come riferimento, ad esempio, tre Stati con cui il nostro Paese viene spesso messo in comparazione, ossia Germania, Francia e Regno Unito, emerge per il 2019 che la spesa sanitaria out-of pocket in rapporto alla spesa sanitaria totale è rispettivamente pari al 12,5%, al 9,2% ed al 16,7%, mentre quella intermediata, sempre in rapporto alla spesa sanitaria totale, è rispettivamente eguale al 10,1%, al 13,7% ed al 5,5%. Più in generale, premesso che in un sistema sanitario universalistico come quello italiano il peso della spesa sanitaria privata dovrebbe essere inferiore a quello attuale, il fatto che in Lombardia la spesa intermediata abbia in comparazione alla spesa out-of pocket una rilevanza maggiore rispetto a quella che detiene in tutte le altre regioni può essere interpretato positivamente, in primo luogo con riferimento ad una maggior efficacia nella lotta all'evasione fiscale.

L'analisi della spesa sanitaria privata suddivisa per componenti di spesa, seppur poggi su di una disponibilità di dati molto inferiore rispetto a quella utilizzata per la spesa sanitaria pubblica, suggerisce qualche osservazione interessante. **Mettendo in relazione la Lombardia con l'Italia sulla base di dati relativi al biennio 2016-2017**, emerge, in rapporto alla spesa sanitaria privata totale, **un peso superiore della spesa per servizi dentistici (circa il 30% in Lombardia vs il 23% in Italia) e, parallelamente, un peso inferiore della spesa per beni sanitari (poco meno del 50% in Lombardia vs il 54% in Italia)**. Oltre a ciò, sono da sottolineare i risultati derivanti dall'approfondimento condotto

sulla spesa per farmaci (circa il 20% della spesa privata totale) con dati per il 2018; confrontando le regioni su valori pro-capite, infatti, **emerge come una spesa per farmaci superiore a quella della Lombardia (circa 150€ pro-capite) si rilevi solamente per Valle d’Aosta, Liguria, Piemonte e Friuli-Venezia Giulia**. Peraltro, se dall’analisi si escludessero i farmaci di classe A, ossia gli unici interamente a carico del Servizio sanitario nazionale, la differenza di spesa della Lombardia rispetto a queste regioni andrebbe a ridursi o a scomparire.

Per quanto riguarda la capacità della Lombardia di produrre delle performance soddisfacenti sugli indicatori rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA) lungo tutto il periodo 2002-2018 l’analisi di benchmark con le altre regioni italiane mette in evidenza:

- **punteggi peggiori sulla maggior parte degli indicatori relativi all’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**. Uno dei pochi casi in cui la Lombardia si distingue positivamente dalla quasi totalità delle altre regioni, soprattutto nel secondo decennio del secolo, è rappresentato dal livello di “copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)”. Sulla base dell’ultima rilevazione per il 2018, **la Lombardia risulta molto lontana dal target fissato dal Ministero della salute in merito all’indicatore riguardante “la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell’anziano”;** la percentuale di persone con più di 65 anni che ha ricevuto questa vaccinazione è, infatti, pari al **48,2%**, mentre il livello considerato ideale prevede valori uguali o superiori al **75%**. Questo deficit può essere dovuto sia all’inefficacia da parte della Regione nel promuovere le campagne di vaccinazione o nel garantire dosi sufficienti di questo vaccino, sia ad una particolare diffidenza da parte della popolazione anziana residente in Lombardia nel farsi vaccinare. In ogni caso, si può sottolineare come **Regione Lombardia**, consapevole del problema, **abbia destinato a fine 2018 due milioni di euro in più alla campagna antinfluenzale** e, stando ai dati presentati in un convegno da alcune organizzazioni sindacali (es. Spi Cgil Lombardia), nel periodo 2019/2020 la copertura vaccinale nella popolazione anziana è, seppur di poco, aumentata (49,9%).
- **punteggi migliori sulla maggior parte degli indicatori riguardanti l’assistenza distrettuale e, più nel dettaglio, nell’intero periodo analizzato si pone tra le migliori regioni in assoluto su tutti gli indicatori riguardanti l’assistenza agli anziani e l’assistenza ai disabili**. Altri due indicatori rispetto ai quali la Lombardia supera la quasi totalità delle altre regioni, da sottolineare dato che sono ritenuti tra i più importanti dal Ministero della Salute nella valutazione complessiva sul grado di adempimento ai LEA, sono il numero di “posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore” e “l’Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso”, il quale valuta la rapidità dell’organizzazione sanitaria deputata all’emergenza territoriale e, in particolare, del sistema “118”. Relativamente ancora ai target fissati dal Ministero della salute, **nel 2018 la Lombardia presenta scostamenti rilevanti sul “tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 abitanti) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite” (valore Lombardia eguale a 241 vs target pari o inferiore a 141) e sulla “percentuale del consumo annuo dei farmaci appartenenti al PHT” (prontuario della distribuzione diretta) (valore Lombardia pari al 47,43% vs target superiore all’80%)**. Riguardo al primo di questi due indicatori si deve sottolineare che i valori della Lombardia sono andati molto migliorando nel corso degli ultimi anni ma, altrettanto significativamente, è da rilevare che non vi è nessuna altra regione che presenta al 2018 una discrepanza così netta rispetto al target definito dal Ministero. La motivazione di ciò è, dunque, da

ricercarsi in **un'incapacità della sanità territoriale lombarda nel curare asma e gastroenterite, la quale appunto implica che per queste patologie sia richiesto un intervento da parte del sistema ospedaliero estremamente superiore a quello che si osserva per le altre regioni**. Per quanto attiene, invece, alla “percentuale del consumo annuo dei farmaci appartenenti al PHT” si rileva come i valori della Lombardia siano rimasti abbastanza stabili nel corso degli ultimi anni, risultando in media migliori solamente di quelli dell’Abruzzo. **La principale causa della debolezza della Lombardia su questo indicatore è forse da ricercarsi nel suo basso livello di spesa pro-capite in merito ai farmaci erogati in distribuzione diretta**; stando, ad esempio, a quanto riportato nel “Rapporto nazionale per il 2019 sull’uso dei farmaci in Italia” realizzato dall’Osservatorio nazionale sull’impiego dei medicinali, tale spesa è risultata nel 2019 in Lombardia pari a 109,7€ pro-capite, un valore estremamente inferiore al livello nazionale (139,1€ pro-capite) e superiore solamente a quello della Valle d’Aosta.

- **punteggi migliori sulla maggior parte degli indicatori relativi all’assistenza ospedaliera**. In particolare, **si notano performance molto positive su: -“il tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti”**: nel periodo 2010-2018 la Lombardia diviene una delle migliori regioni in assoluto su questo indicatore e nel quinquennio 2014-2018 registra in media punteggi inferiori soltanto a quelli del Veneto -**“il tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti”**: su tutto il ventennio la Lombardia ottiene risultati estremamente positivi su questo indicatore, divenendo in media la migliore regione in assoluto nel quinquennio 2014-2018 -**“la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari”**: su questo indicatore, facente parte dei LEA fino al 2015, la Lombardia risulta essere la regione con le performance migliori in assoluto nel periodo 2002-2010, mentre nel quinquennio successivo è seconda, in media, solamente al Piemonte. **Rispetto ai target ministeriali, la Lombardia non presenta al 2018 delle situazioni di criticità su nessuno degli indicatori rientranti nella categoria dell’assistenza ospedaliera**. Ciò rappresenta un aspetto molto importante da evidenziare, in quanto è una dimostrazione concreta della qualità del sistema ospedaliero lombardo.

Considerando il periodo 2010-2018, la Lombardia, con una percentuale pari all’86,5%, risulta essere quinta tra tutte le regioni italiane in merito al grado di adempimento complessivo ai LEA. Prima di lei, si pongono, in ordine, Emilia-Romagna (92,8%), Toscana (90,5%), Veneto (88,1%) e Piemonte (88%). Analizzando poi, nel dettaglio, le valutazioni complessive ottenute dalla Lombardia su ognuno degli anni del suddetto intervallo temporale 2010-2018, si vede che questa regione ottiene un **punteggio complessivo ritenuto positivo, ossia superiore a 200, solamente nel biennio 2017-2018** (punteggi pari a 212 nel 2017 ed a 215 nel 2018). **In tutto il periodo precedente, 2010-2016, invece, la Lombardia aveva ottenuto dei punteggi compresi tra 160 e 200, ritenuti solamente “accettabili”** secondo appunto la classificazione attuata dal Ministero della salute all’interno dei suoi report sul monitoraggio dei LEA. **Nell’evidente miglioramento delle performance della Lombardia in relazione agli indicatori LEA vi è forse un collegamento con la legge regionale n.23 dell’11 agosto 2015.** La riorganizzazione del sistema sanitario lombardo a cui questa legge ha dato vita, potrebbe, infatti, aver favorito un efficientamento delle prestazioni fornite dalle aziende sanitarie lombarde, che è appunto alla base del suddetto miglioramento dei punteggi.

L'analisi dei dati di conto economico e di stato patrimoniale delle Asl e delle Aziende ospedaliere nel triennio 2013-2015 e delle ATS e delle ASST nel triennio 2016-2018 ha permesso di valutare in una prospettiva di medio periodo il livello di solidità economico-finanziaria delle aziende sanitarie lombarde e l'eventuale effetto prodotto su questo aspetto dall'attuazione della legge regionale n.23/2015. Sulla base dei quattro indicatori osservati, il risultato della gestione caratteristica e l'utile lordo per quanto riguarda il conto economico, il grado di indebitamento e l'indice di disponibilità per quanto attiene lo stato patrimoniale, si rileva che **per le Asl, trasformatesi a partire dal 2016 in ATS, emerge:**

- **La riduzione, nel confronto tra il 2013 ed il 2018, del valore complessivo del risultato della gestione caratteristica** (addirittura negativo nel 2015 e nel 2017) **e dell'utile lordo**. Con riferimento a quest'ultima voce di bilancio, si nota, in particolare, una contrazione nel passaggio dal 2015 al 2016, dato che il suo valore complessivo passa da circa 47,7 milioni di euro a circa 29 milioni di euro. **La ragione principale di tutto ciò è data dalla crescita costante del costo degli acquisti di servizi sanitari non compensata, dal lato del valore della produzione, da eguale incremento dell'ammontare dei contributi in conto esercizio** (i quali, anzi, toccano il valore più alto nel 2015). Le motivazioni appena descritte sono alla base, dunque, anche delle variazioni più significative registrate sul risultato della gestione caratteristica dalle singole Asl o Ats. Nello specifico, i casi più eclatanti sono rappresentati dall'Asl della Provincia di Mantova (da 2,4 milioni di euro nel 2013 a -9,6 milioni di euro nel 2015), dall'Asl della Provincia di Pavia (da 2,8 milioni di euro nel 2013 a -9,3 milioni di euro nel 2015) e dall'ATS della Città Metropolitana di Milano (da 3,6 milioni di euro nel 2016 a -6,4 milioni di euro nel 2018). Riguardo i risultati dell'utile lordo, invece, è interessante osservare come per il triennio 2013-2015 i valori più alti contraddistinguano sempre l'Asl della Provincia di Milano, per la quale è elevato l'ammontare dei proventi straordinari e, in particolare, delle voci relative alle "sopravvenienze attive verso terzi relative all'acquisto di prestazioni sanitarie da operatori accreditati" e, in continuità a ciò, nel triennio 2016-2018 i valori più elevati si rilevano per l'ATS della Città Metropolitana di Milano.
- **L'andamento altalenante dei valori del grado di indebitamento (diminuiscono nel periodo 2013-2015, crescono nel 2016 e tornano a ridursi nel biennio 2017-2018) ed il miglioramento costante dei risultati sull'indice di disponibilità (da 1,02 nel 2013 a 1,15 nel 2018)**, un aspetto quest'ultimo che implica, dunque, il rafforzamento della capacità di queste aziende nel fronteggiare debiti/impegni di breve termine con risorse immediatamente disponibili. Al fine di comprendere i motivi di quanto emerso su questi due indicatori, **si deve rilevare che nel 2015 e nel 2018 vi è stata un'estesa attività di ricognizione e di verifica delle posizioni creditorie e debitorie delle Asl e delle ATS verso la Regione**, attuata su richiesta della Regione stessa. Da tale attività è derivato, tra i vari aspetti, l'azzeramento dei crediti e dei debiti per mobilità passiva intraregionale e lo stralcio di alcune tipologie di credito e di debito (es. i debiti per ferie maturate e non godute). **L'abbattimento dell'ammontare complessivo dei crediti verso la Regione è alla base del fatto che i valori più bassi del grado di indebitamento emergono nel 2015 e nel 2018; la constatazione che la contrazione di tali crediti è più forte di quella dei debiti verso la Regione spiega il miglioramento progressivo dei valori dell'indice di disponibilità**. Più nel dettaglio, in merito al grado di indebitamento è interessante osservare come i livelli più bassi per il triennio 2013-2015 emergano sempre per l'Asl della Provincia di Lecco e per l'Asl della Provincia di Lodi, mentre nel triennio 2016-2018 caratterizzano sempre l'ATS di Brescia. Relativamente all'indice di disponibilità,

invece, si possono mettere in evidenza le variazioni più significative che caratterizzano i due trienni, riguardanti l'Asl della Provincia di Lecco (da 0,93 del 2013 a 1,10 del 2015) e l'Asl della Provincia di Lodi (da 0,99 del 2013 a 1,21 del 2015), da una parte, e l'ATS della Brianza (da 1,02 del 2016 a 1,12 del 2018) e l'ATS della Val Padana (da 1,11 del 2013 a 1,21 del 2015), dall'altra.

Per le Aziende ospedaliere, trasformatesi in ASST nel 2016, emerge:

- **La diminuzione del valore complessivo del risultato della gestione caratteristica nel triennio 2016-2018 (valore massimo pari circa 270 milioni di euro nel 2018) rispetto a quello rilevato nel 2014 (circa 277 milioni di euro) e, soprattutto, nel 2013 (circa 288 milioni di euro).** Anche in questo caso, la ragione di ciò è dovuta al fatto che **l'incremento del valore della produzione non compensa quello dei costi, i quali aumentano soprattutto in relazione al personale.** Dall'altra parte, **grazie alla componente dei proventi straordinari, l'utile lordo complessivo va costantemente a crescere nel corso dei sei anni analizzati, raggiungendo appunto l'apice, pari a circa 299 milioni di euro, nel 2018.** Più nello specifico, la contrazione più forte del risultato della gestione caratteristica nel triennio 2013-2015 si osserva per l'Azienda ospedaliera "Carlo Poma di Mantova" (dagli 11,2 milioni di euro del 2013 ai soli 758.000€ del 2015) come conseguenza di una netta riduzione dei contributi in conto esercizio ricevuti dalla regione, mentre, relativamente al triennio 2016-2018, si rileva per l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (dagli 11,6 milioni di euro del 2016 ai 5,7 milioni di euro del 2018), a seguito soprattutto dell'incremento dei costi per i beni sanitari. Per quanto riguarda l'utile lordo, invece, è molto significativo sottolineare come i valori più elevati contraddistinguano sempre l'Azienda ospedaliera -Spedali civili di Brescia nel triennio 2013-2015 e, in continuità a ciò, l'ASST degli Spedali civili di Brescia nel triennio 2016-2018. In tutti i sei anni, questi risultati sono la conseguenza di valori altrettanto elevati del risultato della gestione caratteristica.
- **L'andamento altalenante dei valori del grado di indebitamento, i quali raggiungono i livelli più bassi nel 2015 e nel 2018, e la crescita costante nell'arco di tutti i sei anni analizzati dei valori dell'indice di disponibilità.** In sostanza, su questi indicatori si osservano gli stessi risultati già visti per le Asl/ATS. Le motivazioni di ciò sono, dunque, quelle precedentemente descritte: **nel corso del 2015 e del 2018 si concentrano gli interventi di riduzione di crediti e debiti delle Aziende ospedaliere/ASST verso la regione, elemento che spiega i bassi valori del grado di indebitamento su questi due anni, e nell'intero periodo 2012-2018 l'ammontare complessivo dei debiti va generalmente a diminuire mentre quello dell'attivo circolante si mantiene su livelli abbastanza costanti, fattore da cui deriva l'incremento dei valori dell'indice di disponibilità.** Analizzando nel dettaglio i risultati emersi sul grado di indebitamento, è interessante sottolineare il numero di Aziende Ospedaliere/ASST che registrano valori inferiori a 2, condizione che implica un maggior livello di capitale proprio rispetto al capitale di terzi: se, infatti, nel 2013 solamente 4 Aziende ospedaliere su 29 soddisfano questa condizione, nel 2018 20 ASST sulle 27 totali presentano valori inferiori a 2. In maniera simile, l'elemento principale da evidenziare riguardo l'indice di disponibilità è probabilmente rappresentato dal numero di aziende ospedaliere/ASST con valori superiori a 1, condizione che fa sì che un'azienda sia considerata solvibile da un punto di vista finanziario. Le aziende ospedaliere che superano questo livello target sono solo 4 sulle 29 totali nel 2013, mentre arrivati al 2018, quasi tutte le ASST, 22 sulle 27 totali, registrano valori dell'indice di disponibilità superiori a 1. Rispetto a questo indicatore, infine, si può anche osservare che se nel triennio 2013-2015 i valori più bassi in assoluto caratterizzano sempre l'Azienda ospedaliera-

Ospedale civile di Vimercate, nel triennio 2016-2018, a dimostrazione del persistere di questa criticità, i valori più piccoli in assoluto sono su tutti gli anni quelli dell'ASST di Vimercate.

INTRODUZIONE

Il report si pone l'obiettivo di analizzare approfonditamente il sistema sanitario lombardo sotto vari punti di vista, quali l'ammontare di spesa pubblica e privata, il livello di prestazioni offerte ai cittadini e la situazione economico-patrimoniale delle aziende sanitarie. In quest'ottica, il rapporto si suddivide in quattro capitoli.

Nel primo capitolo viene posto al centro dell'attenzione l'ammontare di spesa sanitaria elargita annualmente dal sistema sanitario regionale lombardo. Facendo riferimento ai dati messi a disposizione dal Ministero dell'economia e delle finanze nei suoi rapporti annuali sul "Monitoraggio della spesa sanitaria", si ha modo di ricostruire l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica corrente per tutto il periodo 2002-2019. Entrando più nel dettaglio, la medesima evoluzione viene analizzata anche per quanto riguarda le principali componenti della spesa sanitaria pubblica corrente, quali, ad esempio, i redditi da lavoro dipendente o i consumi intermedi. Al fine di offrire ulteriori spunti di riflessione e di approfondimento, i dati della Lombardia vengono sempre messi in comparazione con quelli di altre regioni italiane e/o dell'Italia. Le regioni che in numerose simulazioni vengono messe in relazione con la Lombardia sono quelle a Statuto ordinario che nel corso degli anni non sono state sottoposte al meccanismo dei Piani di rientro, ossia a quel sistema che, in sostanza, riduce la discrezionalità di spesa di alcune regioni al fine di contenerne o eliminarne i disavanzi di gestione evidenziati dai rispettivi bilanci sanitari. L'idea è, dunque, quella di comparare la Lombardia con le regioni con cui condivide le medesime modalità di finanziamento e la stessa assenza di vincoli nella determinazione dell'ammontare e della destinazione della spesa sanitaria. La parte finale del primo capitolo è poi dedicata all'analisi della spesa sanitaria pubblica in conto capitale, ossia la spesa per investimenti. In questo caso, i dati possono essere ricostruiti a livello regionale per il periodo 2002-2018 facendo riferimento alla banca dati dei Conti pubblici territoriali (CPT), direttamente accessibile dal sito internet dell'Agenzia per la coesione territoriale². Le regioni scelte a fini di comparazione con la Lombardia sono le medesime descritte in precedenza, di cui si presenterà l'elenco nel corso del capitolo. Anche in questo caso, la rilevazione acquisisce un più elevato grado di dettaglio osservando come siano variati i livelli di spesa delle principali componenti della spesa sanitaria in conto capitale, quali, ad esempio, i fabbricati o le attrezzature sanitarie. Tale spesa per componenti è analizzata tramite l'utilizzo del Siope, banca dati nata dalla collaborazione tra Ragioneria generale dello Stato, Banca d'Italia e Istat, in quanto appunto in grado di rilevare un maggior numero di comparti di spesa rispetto a quelli descritti dai CPT.

Nel secondo capitolo il focus è posto sulla spesa sanitaria privata a livello regionale, un fenomeno che negli ultimi anni è andato continuamente ad aumentare la propria rilevanza. Mentre i dati sulla spesa sanitaria pubblica derivano in genere dal consolidamento dei bilanci delle aziende sanitarie, integrati da stime relative alla spesa sanitaria sostenuta da altri enti pubblici, quelli di spesa privata provengono da stime ottenute da indagini campionarie sui consumi delle famiglie, con livello di dettaglio e attendibilità conseguentemente minori. In aggiunta a ciò, tali indagini si soffermano spesso sull'intero aggregato nazionale senza fornire un apprezzamento delle differenze a livello regionale: ai fini di

² I dati consolidati per il 2019 saranno probabilmente disponibili nel secondo semestre del 2021.

questo report, le informazioni utilizzabili nell'ottica di comparare la Lombardia alle altre regioni italiane sono, dunque, più ridotte rispetto a quelle cui si ha accesso in merito alla spesa sanitaria pubblica. Fatta questa doverosa premessa, nel capitolo si è comunque in grado, con riferimento agli ultimi anni, di fornire alcuni dati che mettano in luce le specificità della Lombardia. Le rilevazioni mostrate mettono anzitutto in comparazione la composizione in termini percentuali dell'offerta e della spesa sanitaria all'interno di ogni singola Regione, permettendo non soltanto di mettere in relazione la spesa sanitaria pubblica con quella privata, ma anche di scomporre quest'ultima nelle sue due componenti, ossia la spesa out-of pocket (quella delle famiglie) e la spesa intermediata (quella sostanzialmente generata dalle assicurazioni sanitarie volontarie). Oltre a ciò, i dati raccolti permettono, indicativamente con riferimento al triennio 2016-2018, di scomporre la spesa sanitaria privata all'interno di ogni Regione tra quella per beni (es. medicinali o farmaci) e quella per servizi (es. visite specialistiche o cure odontoiatriche) e, entrando ancor più nel dettaglio, di osservare i livelli di spesa per due specifici aggregati, ossia: 1) La spesa privata per farmaci. In questo caso, risulta interessante non soltanto mettere in relazione i livelli di spesa pro-capite rilevati a livello regionale, ma anche osservare in che misura i cittadini delle varie regioni preferiscano acquistare farmaci interamente a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto a quelli il cui costo ricade completamente su di essi 2) I ticket sanitari, scomposti in quelli pagati dai cittadini per usufruire di prestazioni specialistiche, solitamente di tipo ambulatoriale, da quelli pagati per l'acquisto di farmaci. Nel secondo capitolo la Lombardia viene messa in comparazione a tutte le altre regioni italiane ed alle due Province Autonome di Trento e Bolzano. Le indagini da cui si sono ripresi i dati sono quelle predisposte da vari istituti di ricerca specializzati in analisi relative alla sanità italiana, i quali, a loro volta, fanno solitamente riferimento alle elaborazioni prodotte dall'Istat. Nello specifico, si sono sostanzialmente utilizzati il "Rapporto Oasi 2019" realizzato dal Cergas-Bocconi, i rapporti sulla "Sanità pubblica, privata ed intermediata" prodotti da RBM-Censis, i rapporti sulla "Sostenibilità del Servizio sanitario nazionale" predisposti dalla Fondazione GIMBE ed i rapporti sulla sanità realizzati dal CREA (Centro per la ricerca economica applicata). In aggiunta a tutto ciò, le informazioni sulla spesa per ticket sanitari sono state riprese dai rapporti annualmente realizzati dalla Corte dei conti sul "coordinamento della finanza pubblica".

Nel terzo capitolo l'analisi si sposta dall'osservazione delle dinamiche di spesa a quella relativa alla qualità e quantità di servizi offerti dal sistema sanitario lombardo. Per fare ciò, lo strumento utilizzato è quello dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia l'insieme di prestazioni che il Servizio sanitario nazionale, e quindi i singoli sistemi sanitari regionali, sono tenuti a garantire ai propri cittadini. Gli indicatori LEA, facenti riferimento alle tre dimensioni dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera, sono calcolati secondo metodologie definite dal "comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA", costituito a seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Nello specifico, gli indicatori calcolati a partire dal 2007 e, almeno per buona parte di essi, misurati ex-post a partire dal 2001, confluiscono nella cosiddetta "Griglia LEA", sul cui monitoraggio ogni anno viene pubblicato dal Ministero della salute un rapporto molto dettagliato. L'ultimo rapporto pubblicato risale al 2020 e fa riferimento ai dati del 2018. A partire dal 1° gennaio 2020 si prevede la sostituzione della Griglia LEA con il cosiddetto Nuovo sistema di Garanzia, ossia un nuovo set di indicatori che, in estrema sintesi, si prefigge di sostituire e modificare pratiche di cura ormai diventate obsolete ed ampliare le tipologie di prestazioni fornite dal SSN, soprattutto con riferimento all'assistenza distrettuale. Ai fini di questo report, l'oggetto di analisi è comunque rappresentato dalla Griglia LEA e dai punteggi ottenuti dalla Lombardia su ognuno dei

suoi indicatori nel periodo 2002-2018. Dato che si fa nuovamente riferimento all'attività dei sistemi sanitari regionali, i valori della Lombardia sono, per lo stesso ragionamento fatto nel primo capitolo, messi in relazione con la media dei punteggi riscontrati nelle regioni a statuto ordinario non soggette ai meccanismi dei Piani di rientro. Oltre a valutare su quali indicatori la Lombardia risulti più efficiente o carente in comparazione alle suddette regioni di comparazione e su quali indicatori abbia nel corso degli anni registrato i più forti miglioramenti o peggioramenti, si mostra, facendo riferimento ad uno studio realizzato dalla Fondazione Gimbe, da noi aggiornato con i dati per il 2018, il grado di adempimento complessivo su tutti gli indicatori della Griglia LEA di ogni regione italiana nel periodo 2010-2018.

Il quarto ed ultimo capitolo è invece focalizzato sulle aziende sanitarie lombarde, la cui configurazione è andata mutando con la legge regionale n.23 del 11 agosto 2015. Come si sottolineerà meglio nel corso della trattazione, questa legge, in un'ottica di efficientamento del sistema sanitario lombardo, ha provveduto alla trasformazione, ed in alcuni casi alla fusione, delle Aziende sanitarie locali (Asl) in Agenzie di tutela della salute (Ats) e delle Aziende ospedaliere (Ao) in Aziende sociosanitarie territoriali (ASST). Alla luce di questa fondamentale premessa, l'analisi consiste nell'esaminare la condizione economico-patrimoniale delle Asl e delle Aziende ospedaliere nel triennio 2013-2015 e quella delle ATS e delle ASST nel triennio 2016-2018. Per fare ciò, sfruttando i dati di conto economico forniti sul sito web del Ministero della salute ed i dati di stato patrimoniale ripresi dai bilanci delle suddette tipologie di aziende sanitarie, sono stati calcolati i valori di quattro indicatori, di cui due appunto desumibili dal conto economico e due dallo stato patrimoniale. Gli indicatori calcolati dal conto economico sono *il risultato della gestione caratteristica*, ossia la differenza tra il valore ed il costo totale della produzione, e *l'utile lordo*, dato dal risultato della gestione caratteristica \pm proventi e oneri straordinari \pm proventi e oneri finanziari. Si tratta due indicatori molto comuni al fine di valutare la capacità di un'azienda di sostenere tutti i costi di gestione facendo affidamento alle risorse messe a disposizione o ricavate durante l'esercizio di bilancio. Dall'altra parte, i due valori ottenuti dallo stato patrimoniale sono *il grado di indebitamento*, dato dal rapporto tra il totale attivo dello stato patrimoniale ed il patrimonio netto e *l'indice di disponibilità*, ottenuto dal rapporto tra attivo circolante $+$ ratei e risconti attivi al numeratore e debiti $+$ ratei e risconti passivi al denominatore. Questi due indicatori esprimono, rispettivamente, la composizione del capitale, tra capitale di terzi e capitale proprio, che caratterizza ogni azienda sanitaria e la capacità di ognuna di esse di far fronte ai debiti/impegni di breve termine con le risorse correnti immediatamente disponibili. Sulle caratteristiche di questi quattro indicatori si tornerà più dettagliatamente nel corso della trattazione. Oltre a ciò, si rileva per il complesso di ognuno dei quattro gruppi di Aziende (Asl, Ao, Ats e Asst) la variazione in valori assoluti nel corso dei trienni analizzati delle principali voci caratterizzanti il conto economico e dello stato patrimoniale. L'obiettivo principale di questo capitolo è quello di comprendere se e quali cambiamenti abbia prodotto la legge regionale 23/2015 in relazione alle caratteristiche del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie lombarde e, con riferimento agli indicatori osservati e nel complesso dei sei anni analizzati, se ed in quali casi la solidità e l'efficienza della gestione si sia rafforzata oppure indebolita.

Da ultimo, anche e soprattutto sulla base delle principali evidenze emerse durante la trattazione, si indicano sinteticamente gli aspetti su cui potrebbe risultare maggiormente interessante aggiornare il presente report nel corso dei prossimi anni.

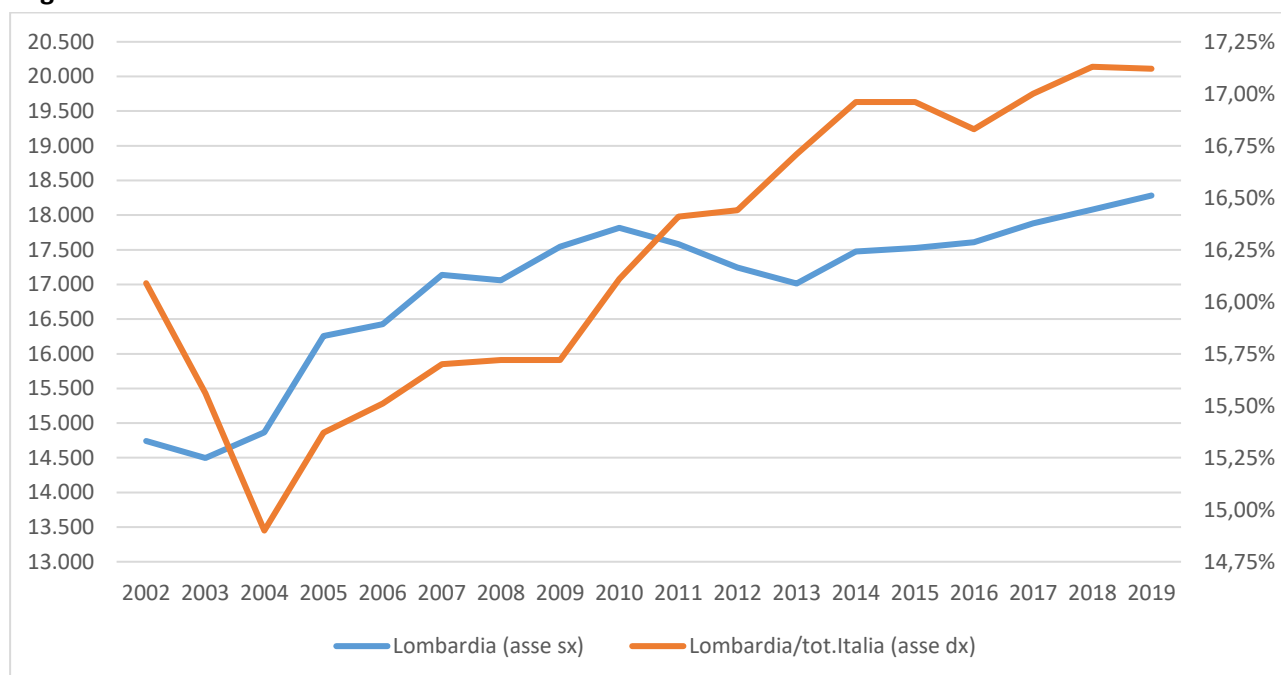
Nota metodologica: Le caratteristiche specifiche delle varie simulazioni realizzate vengono delineate all'interno dei relativi capitoli. In ogni caso, si sottolinea già adesso che tutte le comparazioni tra regioni sui livelli di spesa sono condotte facendo riferimento ai valori pro-capite e, per quanto riguarda le simulazioni sulla spesa sanitaria pubblica, a prezzi costanti 2010. In pratica, grazie ai coefficienti da ultimo aggiornati dall'Istat il 21/5/2020 (*"Il valore della moneta in Italia dal 1861 al 2019"*), si rendono perfettamente comparabili i valori di spesa relativi ad annualità diverse andando a sterilizzare quelle variazioni di spesa che sono soltanto la conseguenza di variazioni nel corso degli anni del valore della moneta. La scelta del 2010 come anno di riferimento è discrezionale. Ai fini del calcolo dei valori pro-capite, i dati sulla popolazione residente in tutte le regioni italiane per ognuno degli anni considerati nella trattazione sono anch'essi ripresi dall'Istat.

1. LA SPESA SANITARIA PUBBLICA IN LOMBARDIA

LA SPESA SANITARIA PUBBLICA CORRENTE NEL PERIODO 2002-2019

La spesa sanitaria pubblica corrente in Italia è andata quasi sempre a crescere nel corso del primo ventennio del XXI secolo al fine di cercare di rispondere all'aumento dei costi, principalmente determinati dall'invecchiamento della popolazione e dall'emergere di nuovi bisogni di cura. Un primo aspetto da evidenziare può essere, dunque, costituito dalla misura in cui la spesa sanitaria corrente è cresciuta in Lombardia a partire dal 2002 e, soprattutto, se tale crescita sia avvenuta ad un ritmo più consistente rispetto a quella rilevata per l'Italia. A questo fine, il successivo grafico 1 rappresenta sull'intero arco temporale 2002-2019, sia l'evoluzione della spesa sanitaria corrente di conto economico in valori assoluti per la Lombardia, sia il rapporto in termini percentuali tra essa e la spesa sanitaria corrente di conto economico in valori assoluti relativa all'intero aggregato nazionale.

Grafico 1: Spesa sanitaria corrente pubblica di CE in Lombardia, in valori assoluti (valori in milioni di euro ed a prezzi costanti 2010) ed in rapporto al totale della spesa sanitaria corrente di CE in Italia, negli anni 2002-2019³



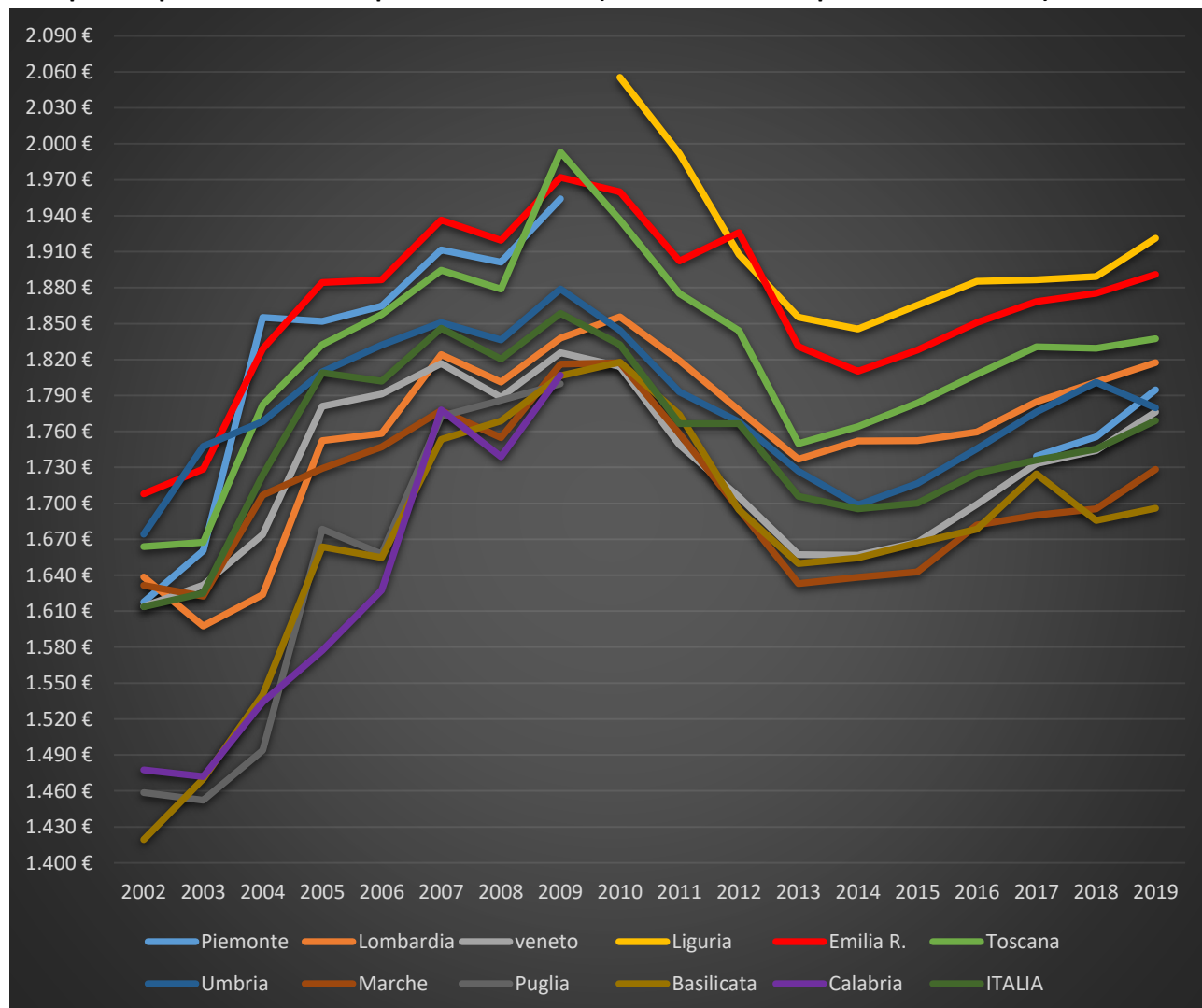
La prima osservazione che emerge dal grafico, a conferma di quanto detto in precedenza, è che la spesa sanitaria corrente in Lombardia è aumentata nel corso degli anni, registrando una flessione solamente nel periodo 2010-2013, ossia in corrispondenza degli anni più duri della crisi economica che

³ I dati sono al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni per ovviare ai differenti criteri di classificazione utilizzati dalle Regioni antecedentemente alla definizione di principi contabili omogenei, ai sensi del DLgs 118/2011

ha colpito tutto il mondo. Gli estremi in cui si collocano i valori di spesa della Lombardia vanno dai circa 14,5 miliardi del 2003 ai circa 18,3 miliardi del 2019. Parallelamente a ciò, è molto interessante notare come dal 2004 in poi il peso della spesa sanitaria corrente in Lombardia sul totale della spesa sanitaria corrente nazionale vada, sostanzialmente con la sola eccezione del 2016, costantemente ad aumentare, facendosi particolarmente prorompente negli anni della crisi quando passa dal 15,75% circa del 2009 al 17% circa del 2014. Nel corso dell'ultimo quinquennio tale rapporto non subisce variazioni molto significative, arrivando a toccare il suo valore più basso appunto nel 2016 (16,83%) e quello più alto nel 2018 (17,13%).

L'analisi dell'evoluzione della spesa sanitaria corrente in Lombardia nel periodo 2002-2019 diventa ancor più approfondita se viene messa in relazione con quella che ha caratterizzato le altre regioni a statuto ordinario non soggette negli anni ai vincoli dei Piani di rientro, introdotti nel nostro ordinamento con la legge finanziaria del 2005 (legge 311/2004). Tali Regioni sono, anzitutto, il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche e la Basilicata, le quali, al pari della Lombardia, non hanno mai dovuto sottoscrivere tali meccanismi di controllo della spesa. A queste Regioni si aggiungono quelle non soggette ai Piani di rientro solamente in parte dell'intervallo temporale considerato in questo report. Si tratta del Piemonte per il periodo 2002-2009 e 2017-2019, della Liguria per il periodo 2010-2019 e della Puglia e della Calabria, entrambe per il periodo 2002-2009. Sebbene, come detto, i piani di rientro siano stati introdotti a livello legislativo nel 2005 e siano peraltro stati predisposti e sottoscritti per la prima volta da alcune regioni solamente nel biennio 2006-2007, per il periodo 2002-2006 si considerano, emulando quanto fatto nei "Rapporti sul Monitoraggio della spesa sanitaria" redatti dal MEF, non soggette a Piano di rientro quelle regioni che appunto non sono state interessate dalla prima applicazione di questi Piani nel corso del biennio 2006-2007. Fatte queste premesse, il successivo grafico 2 mostra, dunque, l'evoluzione della spesa sanitaria corrente pro-capite della Lombardia e delle altre regioni a statuto ordinario negli anni in cui esse non sono state soggette a piano di rientro. In aggiunta a ciò, viene anche mostrata l'evoluzione della spesa sanitaria pro-capite per l'Italia su tutto il periodo 2002-2019.

Grafico 2: Spesa sanitaria corrente pubblica pro-capite di CE nelle regioni a statuto ordinario non sottoposte a piani di rientro nel periodo 2002-2019 (valori in euro ed a prezzi costanti 2010)

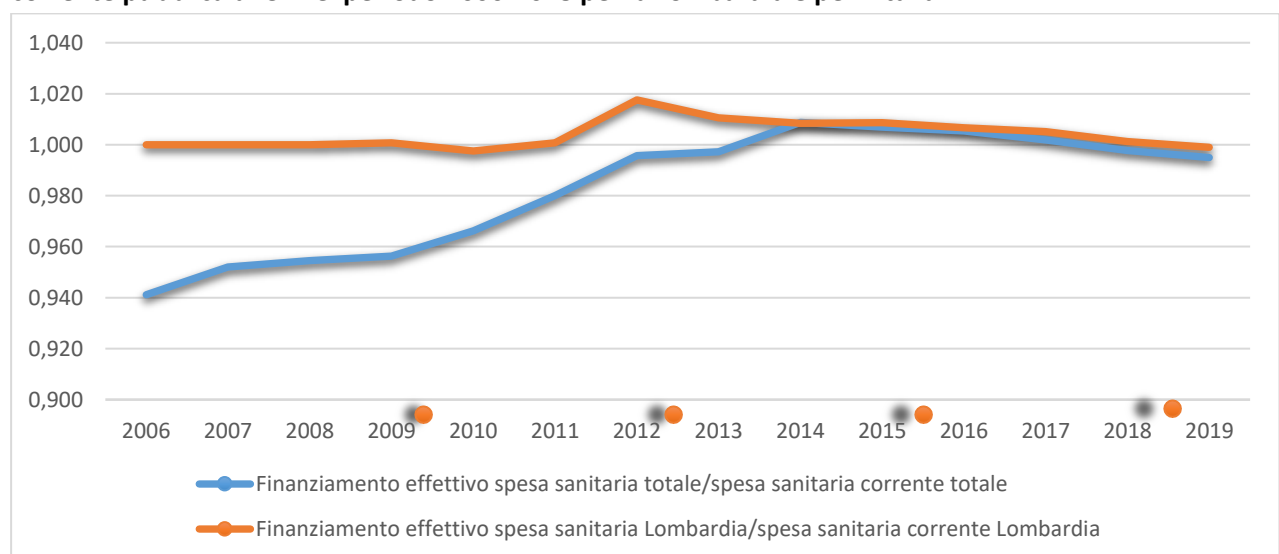


Come prevedibile, l'evoluzione della spesa sanitaria corrente pro-capite per tutte le regioni considerate risente, a partire dal biennio 2009-2010, degli effetti della crisi economica. Il crollo della spesa si arresta nel biennio 2013-2014, ma la ripresa a cui si assiste nel corso dell'ultimo quinquennio resta per ora su livelli inferiori a quelli precrisi. Per quanto riguarda la Lombardia, si può anzitutto rilevare come nei primi anni del nuovo secolo i suoi livelli di spesa pro-capite risultino superiori solamente alle tre Regioni del sud Italia (Puglia, Basilicata e Calabria), mentre, nel corso degli anni successivi, l'andamento della sua traiettoria di spesa la pone al di sopra di buona parte delle altre regioni a statuto ordinario non in Piano di rientro. Più nello specifico, a partire dal 2010, l'ammontare di spesa corrente pro-capite in Lombardia risulta sempre superiore a quella di Veneto, Umbria, Marche e Basilicata, nonché del livello di spesa pro-capite dell'Italia nel suo complesso. A questo bisogna aggiungere che anche il Piemonte, Regione che nel 2002-2009 presenta livelli di spesa pro-capite molto superiori a quelli della Lombardia, si colloca nel triennio 2017-2019, i primi anni dopo la conclusione del proprio Piano di Rientro, al di sotto della Lombardia. Dall'altra parte, la Lombardia mostra livelli di spesa pro-capite inferiori a quella di Liguria (con dati dal 2010, in quanto soggetta a Piano di rientro

fino al 2009), Emilia-Romagna e Toscana e soltanto con riferimento a quest'ultima la discrepanza va significativamente a ridursi nel corso degli anni. Nell'intero periodo 2002-2019, il valore più basso della spesa pro-capite in Lombardia è pari ai 1.597€ del 2003 mentre quello più alto è uguale ai 1.855€ del 2010. A completamento di quanto mostrato nel grafico, preme sottolineare che le comparazioni tra regioni sui livelli di spesa pro-capite non devono tramutarsi automaticamente in confronti sulla qualità o sull'ampiezza di prestazioni e servizi sanitari che ogni regione garantisce ai propri cittadini. Maggiori quantità di spesa pro-capite possono anche essere dovute a sprechi o inefficienze di gestione oppure a particolari caratteristiche della regione stessa. La Liguria, ad esempio, che come si è visto è una regione con altissima spesa sanitaria corrente pro-capite risulta anche, rispettivamente sulla base di dati Istat al 1° gennaio 2020 e di dati Eurostat per il 2019, la regione con età media più elevata in Italia e la seconda con età media più elevata in tutta Europa. Una percentuale molto elevata di cittadini over-65 sul totale della popolazione residente rende necessari, chiaramente, maggiori livelli di spesa pro-capite per la regione.

Un ulteriore punto da trattare con riferimento alla spesa sanitaria corrente può essere dato dal suo legame con l'ammontare di risorse ad essa destinate. Più nel dettaglio, si fa uso in questo caso del concetto di finanziamento effettivo, definito nei rapporti del MEF "come l'entrata complessiva mediante la quale ogni singola regione fa fronte alla spesa sanitaria corrente sul territorio di competenza. Esso è determinato a partire dal livello di finanziamento ordinario ripartito per regione in ciascun esercizio, incrementato dalle maggiori entrate proprie degli enti del SSN rispetto a quelle cristallizzate inglobate nel finanziamento ordinario". Il rapporto tra finanziamento effettivo e spesa sanitaria corrente serve dunque a spiegare se la spesa di una determinata regione sia stata totalmente finanziata con risorse ordinarie o se, invece, si sia fatto ricorso anche a forme alternative di finanziamento, quali la contrazione di debito. Se il suddetto rapporto risulta uguale o superiore a 1, la spesa sanitaria corrente è stata completamente finanziata con risorse ordinarie; se, viceversa, il rapporto è inferiore a 1, sono state utilizzate anche forme alternative di finanziamento. La ricostruzione del valore di questi rapporto per la Lombardia e per l'Italia nel corso di tutto il periodo 2006-2018 è presentata nel successivo grafico 3.

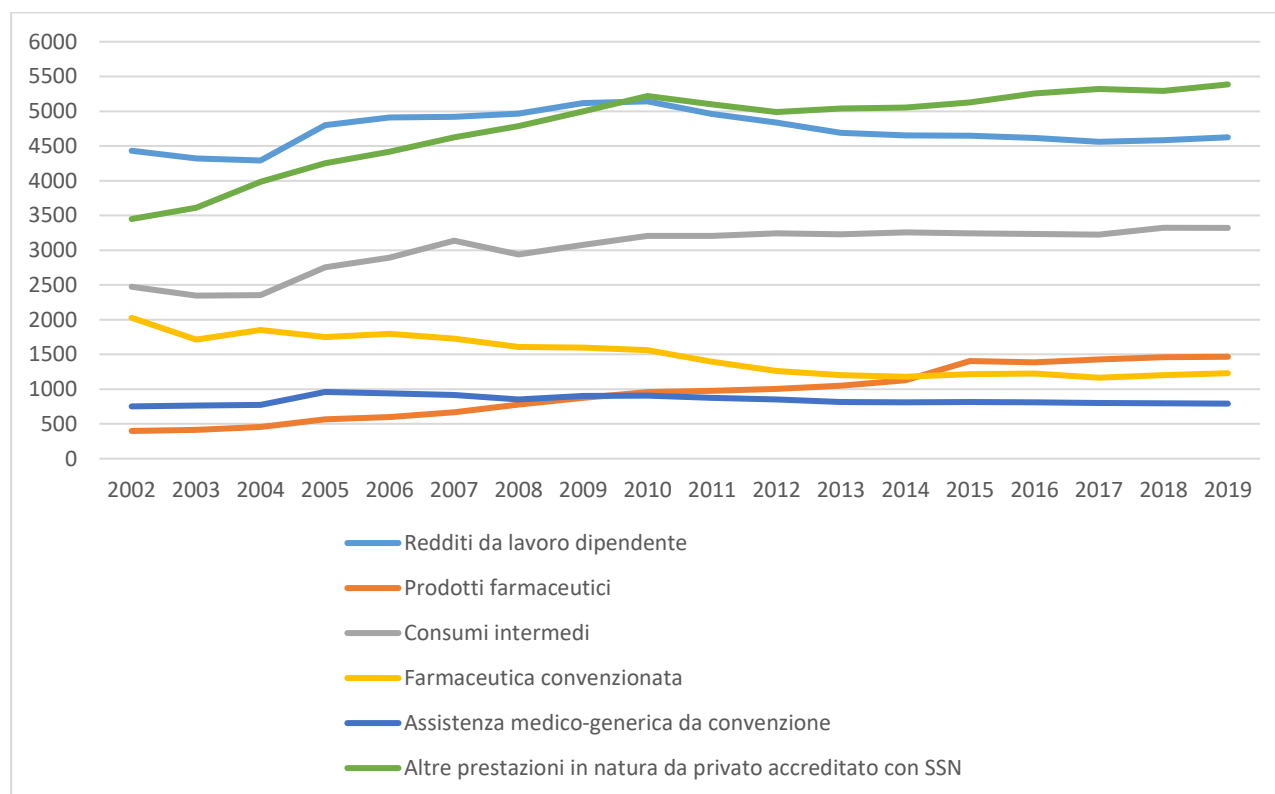
Grafico 3: Rapporto tra il finanziamento effettivo della spesa sanitaria pubblica e la spesa sanitaria corrente pubblica di CE nel periodo 2006-2018 per la Lombardia e per l'Italia



In tutto il periodo considerato, il rapporto tra finanziamento effettivo della spesa sanitaria e spesa sanitaria corrente per la Lombardia non risulta mai significativamente inferiore a 1, dato che il suo valore più basso è pari a 0,998 nel 2010. Viceversa, soprattutto nel 2012, la Lombardia riesce quasi sempre a risparmiare una piccolissima parte del finanziamento ricevuto. I valori riscontrati per l'Italia evidenziano invece le difficoltà di alcune zone del nostro Paese, principalmente nel periodo 2006-2009, nel finanziare totalmente la spesa sanitaria con le risorse ordinarie. Negli anni successivi la situazione non presenta comunque criticità degne di nota e, anzi, nel quadriennio 2014-2017 i valori del rapporto risultano leggermente superiori a 1 anche per l'Italia.

I dati a disposizione sulla spesa sanitaria corrente permettono anche di evidenziare quali siano le principali categorie di spesa in cui essa si scompone ed in che misura la loro consistenza sia andata variando nel corso degli anni all'interno di ogni singola regione italiana. Le componenti di spesa cui si fa riferimento e di cui, in seguito, si dà approfondita rappresentazione sono: -i redditi da lavoro dipendente -i prodotti farmaceutici (i farmaci acquistati dalle Asl e direttamente distribuiti da esse ai cittadini) -i consumi intermedi diversi dai farmaci (l'insieme di beni e servizi utilizzati come input nel processo di produzione, quali, ad esempio, i dispositivi medici) -la farmaceutica convenzionata (i farmaci erogati dalle farmacie nel normale regime convenzionale con il Servizio sanitario nazionale) -l'assistenza medico-generica da convenzione (l'insieme di prestazioni sanitarie erogate in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale) -altre prestazioni in natura da privato accreditato con il SSN (sono ricompresi gli acquisti di assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica nonché altre tipologie di assistenza erogate da operatori privati accreditati con il SSN). L'evoluzione della spesa in valori assoluti in Lombardia nel periodo 2002-2019 per ognuna delle sei categorie appena definite è mostrata all'interno del grafico 4. In tale grafico non vengono invece analizzate le componenti di spesa non direttamente riconducibili alla gestione tipica sanitaria, quali, ad esempio, gli accantonamenti, gli oneri tributari, gli oneri finanziari o il saldo delle poste straordinarie.

Grafico 4: Spesa sanitaria pubblica di CE per componenti in Lombardia nel periodo 2002-2019 (valori assoluti in milioni di euro ed a prezzi costanti 2010)

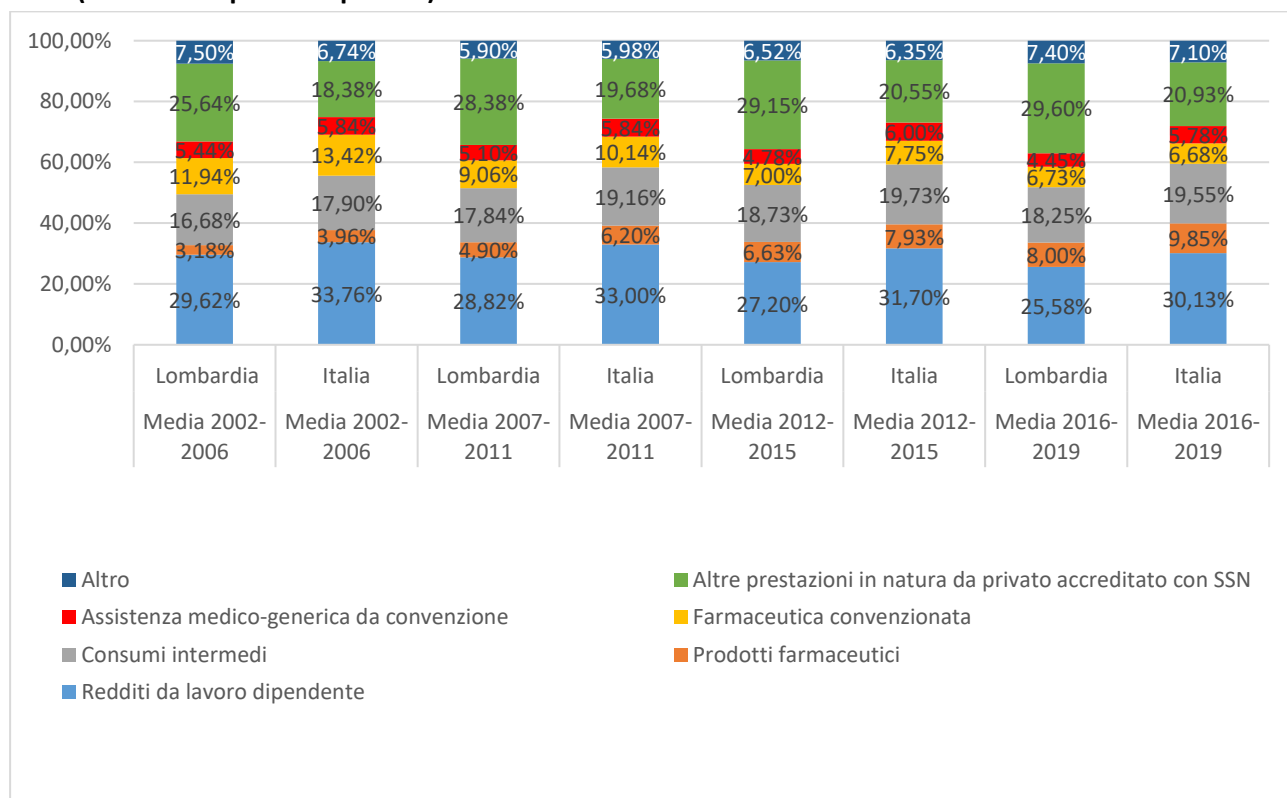


Il dato più interessante che emerge dal grafico è rappresentato dal fatto che, a partire dal 2010, la componente rappresentativa della spesa da operatori privati accreditati con il Servizio sanitario nazionale supera la spesa per redditi da lavoro dipendente, così divenendo la categoria di spesa più rilevante in valori assoluti. Il divario tra le due componenti si è peraltro fatto sempre più rilevante nel corso degli ultimi anni e, arrivati al 2019, la spesa per redditi da lavoro dipendente è pari a circa 4,6 miliardi di euro, mentre quella relativa alle prestazioni offerte da privati accreditati con il SSN raggiunge il suo valore massimo, pari a circa 5,38 miliardi di euro. La terza componente di spesa è costituita dai consumi intermedi, per i quali, soprattutto nel corso degli ultimi 10-12 anni non si rilevano cambiamenti molto significativi: in questa fase, infatti, il valore di questa componente si aggira sempre tra i 3 ed i 3,2 miliardi di euro. Per il resto, la forte contrazione della spesa per la farmaceutica convenzionata e la parallela crescita della spesa per prodotti farmaceutici sono la conseguenza di una serie di aspetti che, come si vedrà nel grafico successivo, non riguardano soltanto la Lombardia ma interessano tutto il Paese. L'assenza di farmaci innovativi in farmacia e, soprattutto, i vari strumenti di monitoraggio e controllo della spesa per la farmaceutica convenzionata introdotti nel corso degli anni sono la chiave per capire il crollo di questa componente di spesa. Dall'altra parte, sia a livello nazionale che regionale, sono state spesso adottate politiche di incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci. Il risultato per la Lombardia è che la farmaceutica convenzionata passa dai circa 2 miliardi del 2002 agli 1,2 miliardi del 2019 (valore in lieve ripresa dopo aver toccato il valore minimo di 1,1 miliardi nel 2017), mentre la spesa per prodotti farmaceutici va dai circa 400 milioni del 2002 ai circa 1,4 miliardi del triennio 2017-2019. L'assistenza medico-generica da convenzione, infine, mantiene dei

livelli di spesa piuttosto stabili lungo tutto il ventennio considerato, toccando il suo valore minimo nel 2002 (circa 750 milioni di euro) ed il suo valore massimo nel 2005 (circa 960 milioni di euro).

Al fine di comprendere in che misura la variazione delle componenti di spesa nel corso degli anni ed il loro peso sul totale della spesa sanitaria corrente rilevate in Lombardia siano simili a quelle caratterizzanti il resto del Paese, si è costruito il successivo grafico 5. In esso viene mostrata, sia per la Lombardia che per l'Italia, la composizione media della spesa sanitaria corrente per i seguenti intervalli temporali: 2002-2006, 2007-2011, 2012-2015 e 2016-2019. Al fine di comprendere nell'analisi la totalità della spesa sanitaria corrente, si inserisce nel grafico anche una categoria di spesa definita come "Altro", in cui confluiscono le già menzionate spese non riconducibili alla gestione tipica sanitaria (es. accantonamenti, oneri tributari) che, come detto in precedenza, non sono state considerate nella realizzazione del grafico 4.

Grafico 5: Composizione percentuale della spesa sanitaria pubblica corrente di CE nel periodo 2002-2019 (valori medi per sottoperiodi): confronto tra Italia e Lombardia

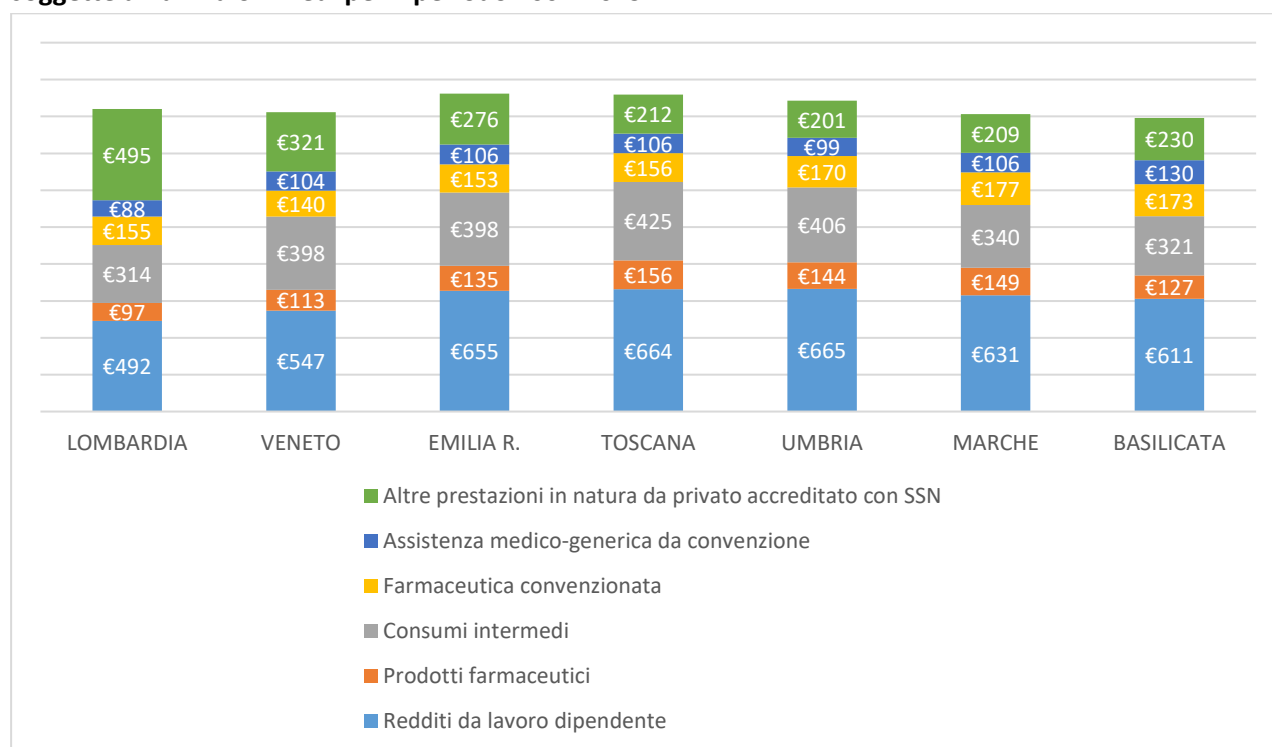


L'elemento più interessante che emerge dal grafico è dato dal peso in termini percentuali della componente delle prestazioni da privato accreditato con il SSN. Già nel primo quinquennio, infatti, il peso di tale componente è molto più alto in Lombardia rispetto all'intero aggregato nazionale e, con il passare degli anni, questo divario va a crescere arrivando ad essere pari a quasi 10 punti percentuali nel periodo 2016-2019. Ne consegue che il peso in termini percentuali delle altre componenti di spesa risulti più basso in Lombardia e, in particolare, la discrepanza maggiore (pari a circa il 4-4,5%) si registra con riferimento ai redditi da lavoro dipendente. Per il resto, si può osservare che le considerazioni fatte per la Lombardia sui trend di crescita o riduzione del peso delle varie componenti nel corso degli anni possono essere sostanzialmente estese anche alla totalità del Paese. Nello specifico, il peso dei redditi

da lavoro dipendente e della farmaceutica convenzionata va a ridursi mentre quello delle prestazioni da privato accreditato con il SSN e, soprattutto, dei prodotti farmaceutici va a crescere. Variazioni piuttosto ridotte interessano infine la componente dei consumi intermedi e quella dell'assistenza medico-generica da convenzione.

Al fine di completare il ragionamento sulla spesa sanitaria corrente suddivisa nelle sue principali componenti, può risultare interessante proporre un confronto tra la Lombardia e le altre regioni a statuto ordinario non soggette a Piano di rientro (d'ora in poi regioni non in Pdr). In quest'ottica, si è ricostruito per ognuna di esse il valore medio della spesa pro-capite per tutte le sei componenti nel periodo 2002-2019. Il dato così analizzato non evidenzia la variazione della spesa per componente nel corso degli anni ma mostra, almeno a livello generale, su quali delle sei categorie la Lombardia abbia speso di più e su quali di meno rispetto alle altre regioni considerate. Poiché si fa riferimento ad un valore medio per tutto il periodo 2002-2019, si è scelto di considerare in questa elaborazione solamente quelle regioni che non sono mai state in Pdr durante tutto questo lungo intervallo temporale. Rispetto al grafico 2, sono così escluse il Piemonte, la Liguria, la Puglia e la Calabria. I risultati della simulazione sono presentati nel successivo grafico 6.

Grafico 6: La spesa sanitaria corrente pubblica pro-capite di CE (valori in euro ed a prezzi costanti 2010) per tutte le componenti di spesa in Lombardia e nelle altre regioni a statuto ordinario mai soggette a Pdr: valori medi per il periodo 2002-2019⁴



⁴ Come già fatto in precedenza, nel grafico non vengono rappresentate le componenti di spesa non direttamente riconducibili alla gestione tipica sanitaria. In ogni caso, la spesa media pro-capite nel periodo 2002-2019 (a prezzi costanti 2010) per questo insieme di fattori è pari a 119€ per la Lombardia, 107€ per il Veneto, 144€ per l'Emilia-Romagna, 105€ per la Toscana, 94€ per l'Umbria, 96€ per le Marche e 80€ per la Basilicata.

I risultati che emergono dalla rilevazione mostrano, in continuità con i due grafici precedenti ed in maniera ancora più dettagliata rispetto ad essi, le specificità che caratterizzano la Lombardia in termini di ripartizione della spesa sanitaria corrente. La Lombardia, infatti, presenta da un lato una spesa pro-capite media per redditi da lavoro dipendente molto inferiore a quella di tutte le altre regioni messe in comparazione e, dall'altro, una spesa pro-capite media per prestazioni da privato accreditato con il SSN che è nettamente più elevata rispetto a quella di tutte le altre regioni del campione. Nella totalità del periodo 2002-2019, in Lombardia la spesa pro-capite media per prestazioni da privato accreditato con il SSN supera di poco quella relativa ai redditi da lavoro dipendente, un aspetto impensabile in tutte le altre regioni in cui, peraltro, la spesa pro-capite media per privato accreditato è inferiore anche alla spesa pro-capite media per consumi intermedi. Per il resto, la Lombardia mostra dei livelli di spesa pro-capite media inferiori a tutte le altre regioni anche con riferimento ai prodotti farmaceutici, ai consumi intermedi ed all'assistenza medico-generica da convenzione. Valori sostanzialmente in linea con la media del campione caratterizzano invece la Lombardia con riferimento alla spesa media pro-capite per la farmaceutica convenzionata.

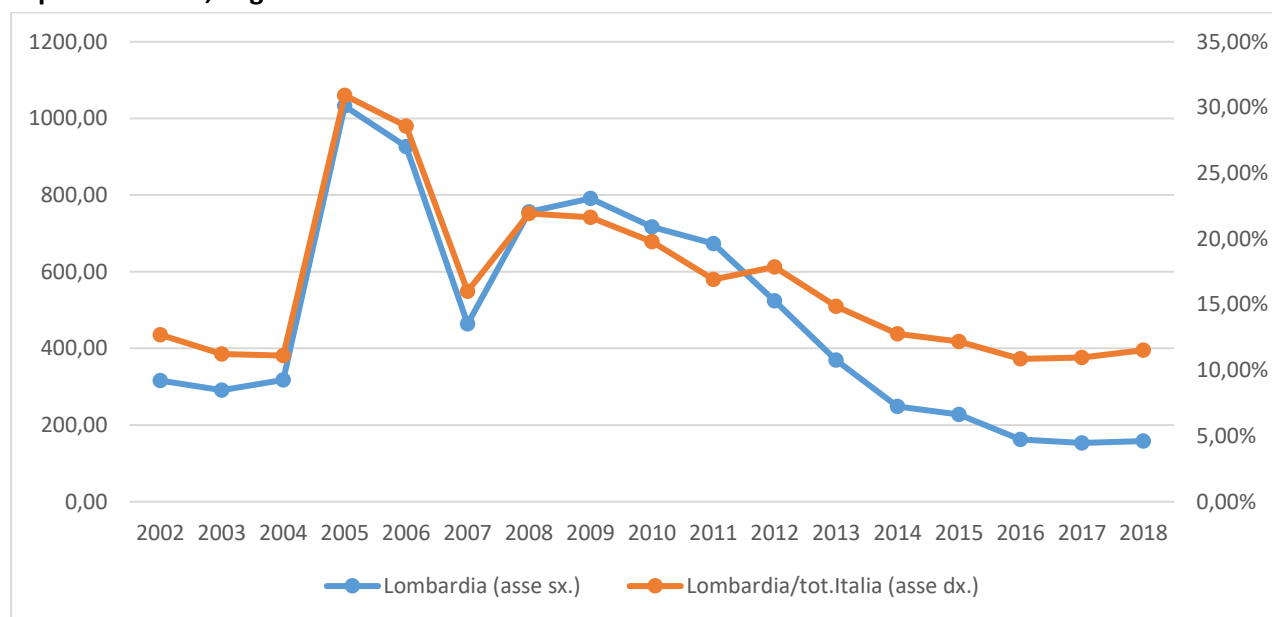
LA SPESA SANITARIA PUBBLICA IN CONTO CAPITALE

La spesa sanitaria pubblica in conto capitale comprende tutte le diverse tipologie di spese per investimento sostenute dalle aziende sanitarie. Gli investimenti possono riguardare sia le infrastrutture (costruzione o manutenzione di ospedali o di altre strutture destinate a prestazioni di cura finanziate dal Servizio sanitario nazionale), sia tutte le varie tipologie di attrezzature e tecnologie utilizzate in ambito sanitario. Il peso in valori assoluti di questa tipologia di spesa è chiaramente non paragonabile a quello della spesa sanitaria pubblica corrente⁵ ma, nonostante ciò, a fini di completezza d'analisi è interessante ricostruirne l'evoluzione in Lombardia e nelle altre regioni scelte come oggetto di comparazione. Come già detto, i dati ripresi dalla banca dati dei Conti pubblici territoriali (CPT) sono, al momento, disponibili fino al 2018. A livello metodologico, è necessario sottolineare come il dato CPT sia ottenuto facendo uso dei principi della contabilità finanziaria (e non economica) e rilevando le spese secondo un criterio di cassa (e non di competenza).

Un primo aspetto da rilevare, al pari di quanto fatto per la spesa sanitaria corrente, è quello relativo alla variazione della spesa sanitaria in conto capitale in valori assoluti per la Lombardia nel periodo 2002-2018 e, in parallelo, il rapporto in termini percentuali tra questo dato e la spesa sanitaria in conto capitale in valori assoluti per l'Italia sul medesimo intervallo temporale. I risultati di questa simulazione sono mostrati nel grafico 7.

⁵ Secondo quanto emerge dal rapporto Ocse denominato "health at a glance: Europe 2020", ad esempio, nel 2019 la spesa sanitaria in conto capitale costituisce in Italia circa il 3% della spesa sanitaria corrente,

Grafico 7: Spesa sanitaria pubblica in conto capitale in Lombardia, in valori assoluti (valori in milioni di euro ed a prezzi costanti 2010) ed in rapporto al totale della spesa sanitaria pubblica in conto capitale in Italia, negli anni 2002-2018

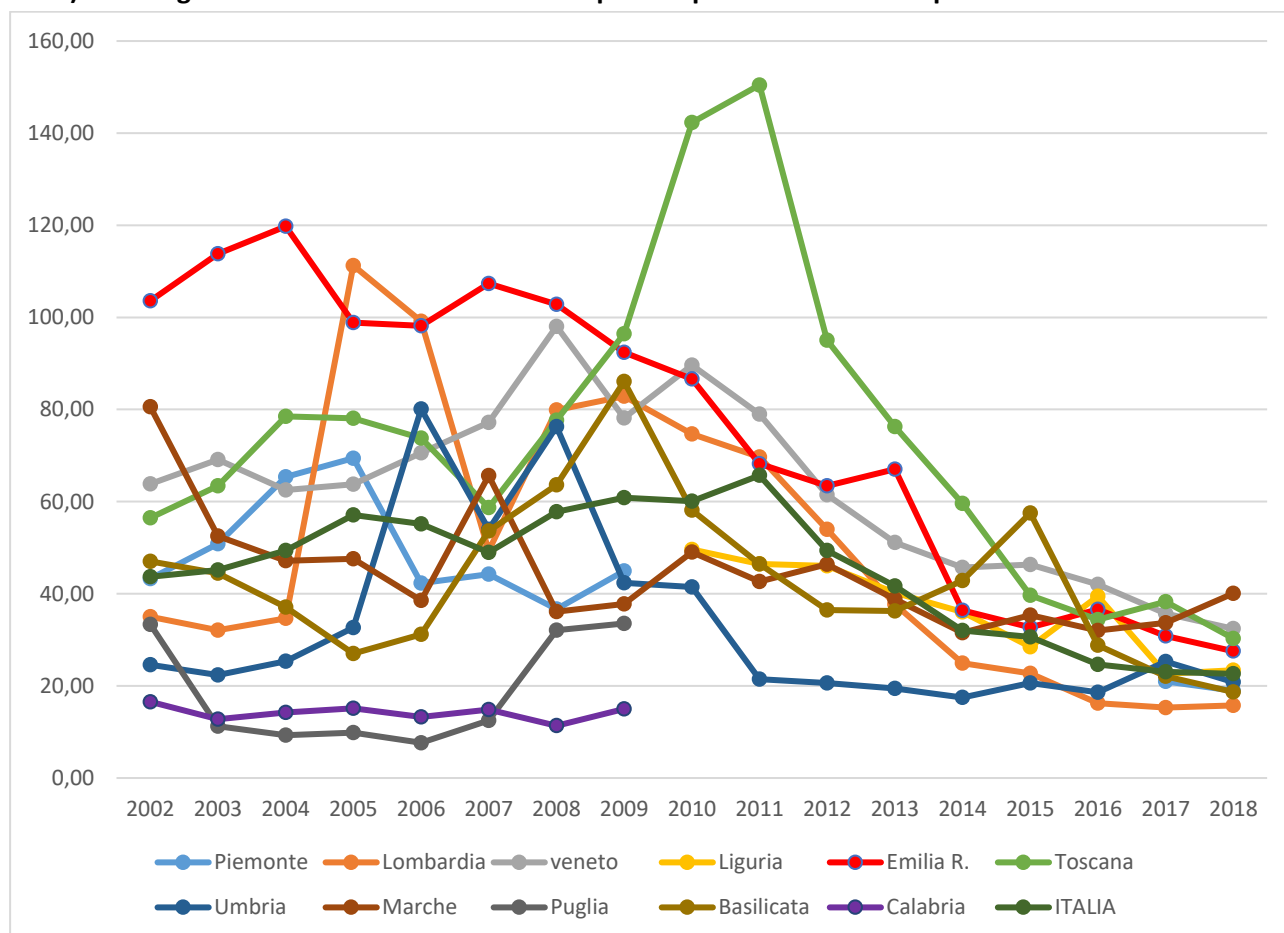


L'osservazione più immediata che si può trarre dal grafico è data dall'andamento molto simile delle due linee. In particolare, nel biennio 2005-2006 in cui la spesa in conto capitale della Lombardia raggiunge i livelli più elevati di tutto il periodo, pari in entrambi gli anni a circa 1 miliardo di euro, il peso della Lombardia sul totale nazionale tocca a sua volta le percentuali più alte, pari a circa il 30%. Dall'altra parte, in corrispondenza dei valori più bassi della spesa in conto capitale toccati dalla Lombardia nel biennio 2017-2018, pari a circa 170 milioni di euro, il peso della Lombardia sul totale nazionale diventa in entrambi gli anni eguale a circa l'11%, le percentuali più basse a partire dal 2004. La spiegazione di ciò è, chiaramente, che la spesa in conto capitale, diversamente da quella corrente, non presenta nel corso degli anni degli andamenti comuni per le varie regioni e, pertanto, essendo il valore della spesa in Lombardia molto rilevante in relazione al totale nazionale, le sue variazioni più accentuate producono effetti di portata simile anche sull'intero aggregato nazionale. In aggiunta a ciò, un'altra informazione interessante suggerita dal grafico è che se nel periodo 2002-2011 la spesa in conto capitale della Lombardia presenta degli andamenti altalenanti, a partire dal 2012 essa va costantemente a diminuire, con soltanto una leggerissima inversione di tendenza nel 2018. Ancora più significativamente, la rapidità di questa contrazione è superiore a quella che caratterizza l'Italia.

I dati adesso rilevati per la Lombardia acquisiscono una concretezza maggiore se, come al solito, vengono messi in relazione con quelli delle altre regioni italiane. Con particolare riferimento ad un aggregato di spesa soggetto spesso a variazioni repentine da un anno all'altro, come appunto quello della spesa in conto capitale, per di più, confrontare i livelli di spesa su di un intervallo temporale così lungo come quello oggetto del presente report piuttosto che calcolare dei valori medi per periodi più ridotti, permette di evitare che l'analisi venga "falsata" da investimenti elevati concentrati su pochi anni. Le regioni messe in comparazione con la Lombardia sono sempre quelle a statuto ordinario che negli anni 2002-2018 non sono state vincolate, per tutto il periodo o per parte di esso, nelle proprie

scelte di spesa dai meccanismi dei Pdr. La rappresentazione è, quindi, perfettamente corrispondente a quella realizzata per la spesa sanitaria corrente nel grafico 2.

Grafico 8: Spesa sanitaria pubblica in conto capitale pro-capite (valori in euro ed a prezzi costanti 2010) nelle regioni a statuto ordinario non sottoposte a piano di rientro nel periodo 2002-2018



Un primo aspetto che emerge dal grafico è che in tutte le regioni oggetto di analisi i livelli di spesa sanitaria in conto capitale pro-capite sono andati fortemente contraendosi nel corso degli anni, tanto che nell'ultimo triennio 2016-2018 non vi è alcuna regione che mostri un ammontare di spesa pro-capite superiore a 40€ (l'unica eccezione è quella dei 42€ del Veneto nel 2016). Per quanto riguarda la Lombardia, si può notare come il forte livello di spesa relativo al biennio 2005-2006, già evidenziato nel grafico 7, sia pareggiato o superato da altre Regioni in pochissimi casi nel corso di tutto il ventennio. Nello specifico, un ammontare di spesa pro-capite superiore si registra soltanto nel biennio 2003-2004 in Emilia-Romagna e, soprattutto, nel biennio 2010-2011 in Toscana. Nel periodo compreso tra il 2005 ed il 2012, poi, la Lombardia si colloca sempre tra le regioni con spesa pro-capite in conto capitale superiore al livello nazionale, anche se spesso presenta valori inferiori a quelli di Veneto, Emilia-Romagna e Toscana. A partire dal 2013, invece, la riduzione generalizzata della spesa pro-capite per investimenti risulta più forte per la Lombardia rispetto al resto delle altre regioni. Nel biennio 2014-2015 essa presenta, infatti, dei livelli superiori solamente a quelli dell'Umbria mentre nell'ultimo triennio 2016-2018 è la regione con spesa in conto capitale pro-capite più bassa in assoluto tra tutte

quelle considerate. Quest'ultimo dato di per sé non implica comunque una situazione di criticità per la Lombardia, sia perché, soprattutto nel 2018, il livello di spesa pro-capite della quasi totalità delle altre regioni è solo leggermente superiore a quello lombardo, sia perché il livello di investimenti piuttosto elevato che ha caratterizzato la Lombardia in un certo numero consecutivo di anni, il suddetto periodo 2005-2012, potrebbe aver permesso nel corso degli ultimi anni di abbassare la spesa per investimenti senza provocare particolari problemi in termini di qualità delle infrastrutture o delle apparecchiature mediche utilizzate.

Proprio nell'ottica di cercare di comprendere in che misura sia necessario che la spesa per investimenti in sanità all'interno delle singole regioni venga incrementata rispetto ai valori mostrati negli ultimi anni rilevati nel grafico 8, si propongono di seguito i risultati di un'elaborazione condotta dalla Corte dei conti su dati forniti dal Ministero della salute. Essa è appunto finalizzata a stimare il fabbisogno di investimenti per edilizia sanitaria e per tecnologie sanitarie per tutte le regioni nel corso del triennio 2018-2020. Nella successiva tabella 1 si riportano i risultati di questa stima per le regioni a statuto ordinario che al 2018 non sono soggette a Pdr, quelle di cui dunque si è data rappresentazione all'interno del grafico 8, oltre che per l'Italia nel suo complesso.

Tabella 1: Stima del fabbisogno di investimenti in edilizia sanitaria ed in tecnologie sanitarie nel triennio 2018-2020 nelle regioni non in Pdr al 2018 (valori in euro pro-capite)

Regione	Piemonte	Lombardia	Veneto	Liguria	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Basilicata	Italia
Fabb. in Inv. infrastrutturali	81€	60€	81€	56€	78€	28€	47€	33€	77€	60€
Fabb. in Inv. In tecnologie sanitarie	27€	27€	8€	36€	19€	12€	35€	27€	30€	25€
Totale Fabbisogno	108€	87€	88€	92€	97€	40€	82€	60€	107€	85€

Tra le 9 regioni di cui si sono riportati i dati, la Lombardia presenta dunque un fabbisogno complessivo molto superiore a quello della Toscana ed a quello delle Marche e leggermente più alto di quello dell'Umbria, oltre che di quello riferito all'Italia. Tra le restanti 5 regioni del campione, invece, la Lombardia presenta un fabbisogno complessivo leggermente inferiore a quello di Liguria, Emilia-Romagna e, soprattutto, Veneto, e molto inferiore a quello di Piemonte e Basilicata. I valori del fabbisogno per le due componenti che sommate danno vita al valore totale confermano come la Lombardia non rientri né tra le regioni per cui c'è maggiormente bisogno di incrementare il livello di investimenti né tra quelle per cui è meno necessario. Trasformando i valori pro-capite in valori assoluti, deriva che per la Lombardia il fabbisogno di investimenti in edilizia sanitaria nel corso del triennio 2018-2020 è pari a circa 604 milioni di euro, mentre quello in tecnologie sanitarie è uguale a circa 273 milioni di euro.

L'ultimo passaggio che può essere svolto nell'analisi sulla spesa sanitaria in conto capitale è, similmente a quanto fatto per la spesa sanitaria corrente, scomporre questo aggregato nelle sue diverse componenti al fine di osservare come la spesa per ognuna di esse sia andata variando nel corso degli anni. Nella successiva tabella 2, realizzata facendo riferimento alla banca dati Siope, la quale rispetto alla banca dati CPT presenta un maggior grado di dettaglio nella classificazione delle diverse tipologie di investimenti, si riporta, sia per la Lombardia che per l'Italia nel suo complesso, il livello di

spesa in valori assoluti per: -i terreni ed i fabbricati -gli impianti ed i macchinari -le attrezzature sanitarie -altri beni materiali (quali, ad esempio, mobili o automezzi) -le immobilizzazioni immateriali (quali, ad esempio, costi di ricerca e sviluppo, licenze o concessioni). In ragione della disponibilità dei dati garantita da Siope, la ricostruzione di questi valori è presentata per il periodo 2008-2018.

Tabella 2: Le principali componenti della spesa sanitaria pubblica in conto capitale in Lombardia ed in Italia nel periodo 2008-2018 (valori assoluti in milioni di euro ed a prezzi costanti 2010)

Tipologia di spesa	Ente	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Var 2008-2018
Terreni e fabbricati	Lomb.	314	309	217	174	171	177	62	61	48	46	54	-475%
	Ita.	1605	1581	1416	1290	1130	1089	747	665	561	529	490	-227%
Impianti e macchinari	Lomb.	47	59	30	37	34	28	27	26	21	10	13	-251%
	Ita.	218	197	185	162	146	133	131	120	97	69	79	-176%
Attrezzature e sanitarie	Lomb.	126	190	143	158	87	80	68	82	48	47	54	-132%
	Ita.	738	754	721	655	591	562	443	514	414	404	442	-67%
Altri beni materiali	Lomb.	102	80	111	121	76	60	53	32	26	27	27	-274%
	Ita.	491	535	660	500	371	331	286	281	226	222	206	-139%
Immobiliz. immateriali	Lomb.	22	18	24	19	17	16	9	10	6	5	10	-105%
	Italia	144	140	121	125	130	134	93	88	75	66	64	-124%

La componente di spesa sanitaria in conto capitale su cui sia la Lombardia che l'Italia mostrano la variazione negativa più rilevante è quella dei terreni e fabbricati: più nel dettaglio, la contrazione maggiore, pari al -475%, è quella della Lombardia: in valori assoluti, il livello di investimenti passa dai 314 milioni del 2008 ai 54 milioni del 2018 (valore, peraltro, in crescita rispetto al biennio 2016-2017). In comparazione all'Italia, la Lombardia presenta una variazione negativa molto superiore anche con riferimento all'altra principale componente della spesa sanitaria per investimenti, ossia quella per attrezzature sanitarie. Per essa, in particolare, è interessante osservare il forte crollo registrato nel passaggio dal 2015 al 2016 (da circa 82 a 48 milioni di euro) e, similmente a quanto visto per terreni e fabbricati, un incremento della spesa nel corso del 2018. Per quanto riguarda, infine, le restanti componenti di spesa sanitaria per investimenti, nel periodo 2008-2018 la Lombardia mostra rispetto all'Italia variazioni negative superiori relativamente alla spesa in impianti e macchinari ed alla spesa in altri beni materiali; trend opposto si rileva, invece, per le immobilizzazioni immateriali.

2. LA SPESA SANITARIA PRIVATA IN LOMBARDIA

Nel corso degli ultimi anni il peso della spesa sanitaria privata in Italia è stato costantemente in crescita, arrivando a rappresentare nel triennio 2016-2018 circa il 25-26% della spesa sanitaria totale. Diversamente dalla spesa sanitaria pubblica, però, la disponibilità e l'accuratezza di dati è molto inferiore in quanto essi non vengono ripresi da bilanci pubblici, ma bensì da delle indagini campionarie che, peraltro, adottano spesso delle diverse metodologie di stima. Tali stime non si differenziano soltanto sulla base dei soggetti considerati (es. famiglie residenti o anche non residenti), ma anche in ragione delle tipologie di spese comprese o meno nel calcolo complessivo (es. le spese per assistenza in RSA, le spese per integratori e prodotti omeopatici, le spese per assistenza ai disabili). La conseguenza di ciò è che, come mostrato ad esempio nel "Rapporto Oasi 2019", la spesa sanitaria privata in Italia per il 2018 può essere stimata in un intervallo molto ampio compreso tra i 25,9 ed i 47,1 miliardi di euro. Premesso ciò, le due metodologie di stima cui si fa tradizionalmente riferimento e di cui fanno uso le indagini da cui si sono ripresi i dati, sono quelle proposte dall'ISTAT, ossia: 1) la classificazione ISTAT-SHA (System of health accounts), la quale si riferisce alla spesa di famiglie, imprese e assicurazioni, effettuata dai residenti (o per conto dei residenti) in Italia e all'estero. Ad oggi, i dati ottenuti con questa metodologia sono quelli ripresi dall'OCSE nei suoi report 2) la classificazione ISTAT-Conti nazionali, la quale rileva la cosiddetta spesa diretta delle famiglie, data dal pagamento diretto per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per il quale si attinge dai redditi da lavoro e capitale e/o risparmi. In questo caso, sono considerate sia le famiglie residenti che quelle non residenti sul territorio nazionale. Nei grafici e nelle tabelle presentate in questo capitolo si indicherà sempre quale delle due metodologie sia stata utilizzata per l'elaborazione dei dati.

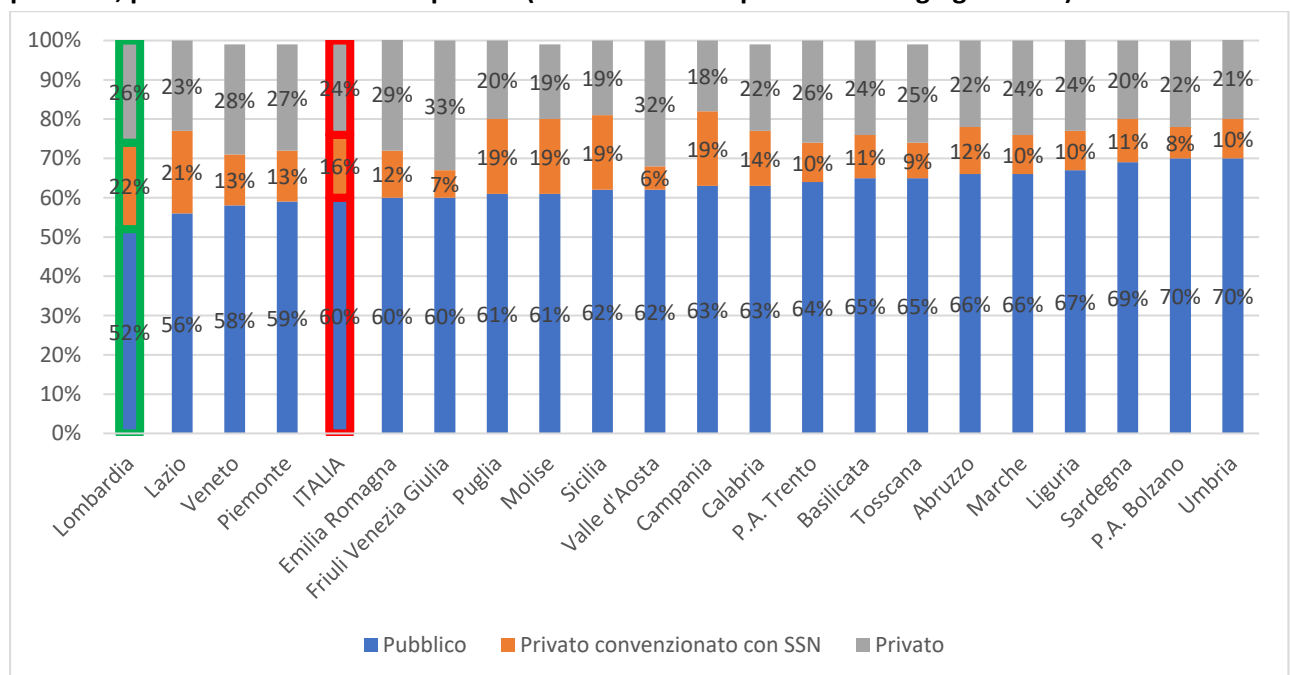
La spesa sanitaria privata si distingue in due componenti, ossia la spesa out-of pocket e la spesa intermediata. La spesa out-of pocket è sostanzialmente la spesa privata delle famiglie e comprende, come si vedrà meglio in seguito, la spesa per servizi ambulatoriali ed ospedalieri, la spesa per servizi dentistici e la spesa per prodotti medici, apparecchi e materiale terapeutico (categoria che comprende anche la spesa per farmaci). La spesa intermediata è invece data dalla somma delle spese delle assicurazioni sanitarie volontarie, delle istituzioni non-profit e delle imprese. Considerando che la spesa delle imprese si riferisce sostanzialmente alla medicina del lavoro finanziata a livello di singola impresa e che la spesa delle istituzioni non-profit si rifà al finanziamento di programmi sanitari attraverso donazioni pubbliche e private (ad esempio, quelle delle organizzazioni di volontariato), la voce più rilevante è quella delle assicurazioni sanitarie volontarie, pari, ad esempio, nel 2018 a 2,9 miliardi di euro sui 4,2 miliardi di euro totali della spesa intermediata. All'interno di quest'ultima voce di spesa rientrano "tutti quei meccanismi di finanziamento di tipo contributivo basati sull'acquisto di una polizza sanitaria" ("Rapporto Oasi 2019"). In Italia, tali polizze o contributi possono essere offerte dalle compagnie assicurative che operano nel ramo malattia (la componente di gran lunga principale), le quale assicurano soprattutto prestazioni di tipo ospedaliero, dai fondi Integrativi del Servizio sanitario nazionale (previsti ai sensi del Dlgs 502/1992 e del successivo Dlgs 229/1999) e dagli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali.

LA COMPOSIZIONE DELL'OFFERTA SANITARIA E DELLA SPESA SANITARIA A LIVELLO REGIONALE

Nella società odierna risulta spesso particolarmente complesso riuscire a distinguere nettamente la spesa sanitaria pubblica da quella privata, non solo sul versante dell'offerta ma anche su quello del finanziamento. Un esempio chiaro di ciò è dato dal caso in cui il sistema sanitario pubblico finanzia un determinato farmaco generico ed il cittadino preferisce invece acquistare un farmaco di marca, sostenendo così la differenza di prezzo. Fatta questa doverosa premessa, in questo paragrafo si punta a rilevare, sulla base dei dati a disposizione, in che misura il privato sia diffuso all'interno delle singole regioni in relazione al pubblico, sia appunto in termini di quantità di offerta sanitaria che di livello di spesa. In questo capitolo, si è ritenuto interessante confrontare la Lombardia con la totalità delle altre regioni italiane.

Nel successivo grafico 9, si rileva quale sia la composizione dell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie a livello regionale tra pubblico, privato convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (fattore analizzato dal punto di vista della spesa nel corso del capitolo precedente) e privato. Le regioni sono ordinate nel grafico secondo percentuali crescenti di servizi sanitari pubblici rispetto al totale. La fonte da cui si è ripresa l'elaborazione è "l'VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità pubblica, privata ed intermediata", presentato nel giugno 2018⁶.

Grafico 9: La composizione dell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie a livello regionale tra pubblico, privato convenzionato e privato (dati RBM-Censis presentati nel giugno 2018)



Il grafico mette in evidenza le forti peculiarità della Lombardia rispetto al resto delle regioni italiane. Essa è, infatti, la regione in cui risulta in assoluto più bassa la quota in termini percentuali di servizi

⁶ Da notare che i valori percentuali sono approssimati e, pertanto, per alcune regioni la sommatoria complessiva delle tre componenti può non risultare pari al 100%, ma bensì al 99% o al 101%.

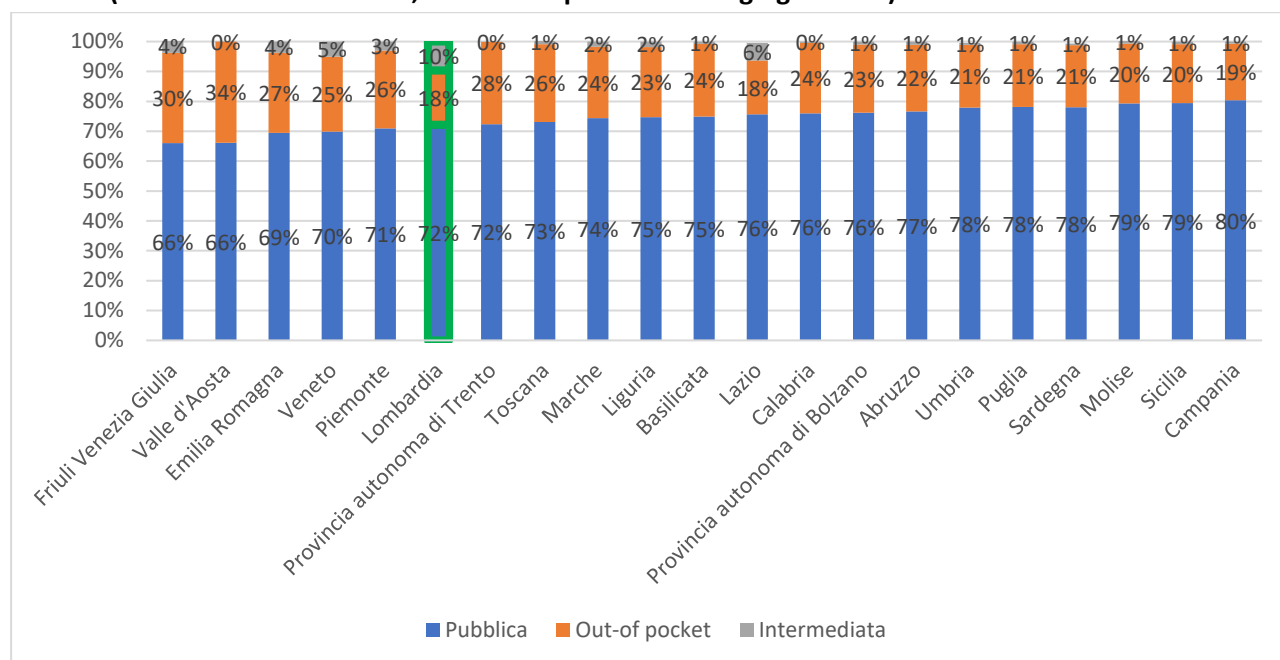
sanitari pubblici, in misura dunque ancora maggiore rispetto alle altre grandi regioni del nord in cui, comunque, tale percentuale è leggermente più bassa (Veneto e Piemonte) o uguale (Emilia-Romagna) al valore nazionale. Al contrario, poco sorprendentemente sulla base di quanto visto nel primo capitolo, la Lombardia è anche la regione in cui è più elevata la percentuale di servizi sanitari offerti da privati convenzionati con il SSN. Poco distante da questo valore è anzitutto il Lazio, ma anche altre regioni facenti tutte parte del sud Italia e delle isole, ossia Puglia, Molise, Campania e Sicilia. Per quanto riguarda invece l'argomento centrale di questo capitolo, il privato, è molto interessante rilevare come la consistenza maggiore di questa tipologia di servizi e prestazioni sanitarie sia concentrata nelle regioni del nord Italia. Da ciò si può trarre la conclusione, abbastanza prevedibile, che il privato sia riuscito ad imporsi maggiormente laddove le disponibilità economiche delle famiglie sono in media più elevate e non nei territori dove esso sarebbe probabilmente più indispensabile data la minore efficienza dei servizi sanitari pubblici (il sud Italia). Guardando nello specifico alla Lombardia, si vede come la percentuale dell'offerta di servizi da privato sul totale regionale sia leggermente inferiore o molto più bassa di quella di tutte le altre regioni del nord Italia, con le sole eccezioni delle Province autonome di Trento e Bolzano e della Liguria.

Evidenziate le caratteristiche di ogni regione in termini di composizione dell'offerta di servizi sanitari, si può, sempre facendo riferimento al suddetto Rapporto RBM-Censis e, quindi, a dati presentati nel giugno 2018, fare la medesima operazione con riferimento alla composizione della spesa sanitaria. Diversamente da prima, però, il privato viene scomposto nelle sue due componenti, la spesa out-of pocket e la spesa intermediata, mentre il pubblico viene rappresentato con un unico aggregato, al cui interno è ricompresa, dunque, anche la spesa da privato convenzionato con il SSN. Oltre alla composizione in termini percentuali della spesa sanitaria in ogni Regione italiana (grafico 10), si mostra in precedenza, sfruttando i dati messi a disposizione dal "Rapporto Oasi 2019", il peso in valori assoluti e percentuali delle tre suddette tipologie di spesa a livello nazionale nel periodo 2012-2018 (tabella 3). Per le annualità antecedenti al 2012 non sono invece disponibili i dati: non era infatti ancora applicata la metodologia Istat-SHA, ossia l'unica che, come detto, permette di scomporre la spesa sanitaria privata nelle sue due diverse componenti.

Tabella 3: La spesa sanitaria corrente pubblica, out-of pocket ed intermediata in valori assoluti (miliardi di euro) ed in rapporto alla spesa sanitaria totale in Italia nel periodo 2012-2018 (classificazione Istat-SHA)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Spesa san. Pub	110,0	109,3	110,6	110,8	112,0	112,8	114,9
In % della spesa tot.	76,1%	76,1%	75,6%	74,6%	74,5%	74,0%	74,2%
Spesa san. Out-of pocket	31,3	31,3	32,3	34,4	34,4	35,9	35,7
In % della spesa tot.	21,7%	21,8%	22,1%	23,2%	22,9%	23,5%	23,1%
Spesa intermediata	3,2	3,1	3,2	3,4	3,7	4,0	4,2
In % della spesa tot.	2,2%	2,1%	2,3%	2,2%	2,6%	2,5%	2,7%

Grafico 10= La composizione in termini percentuali della spesa sanitaria totale in ogni regione italiana (classificazione Istat-SHA; dati Censis presentati nel giugno 2018)

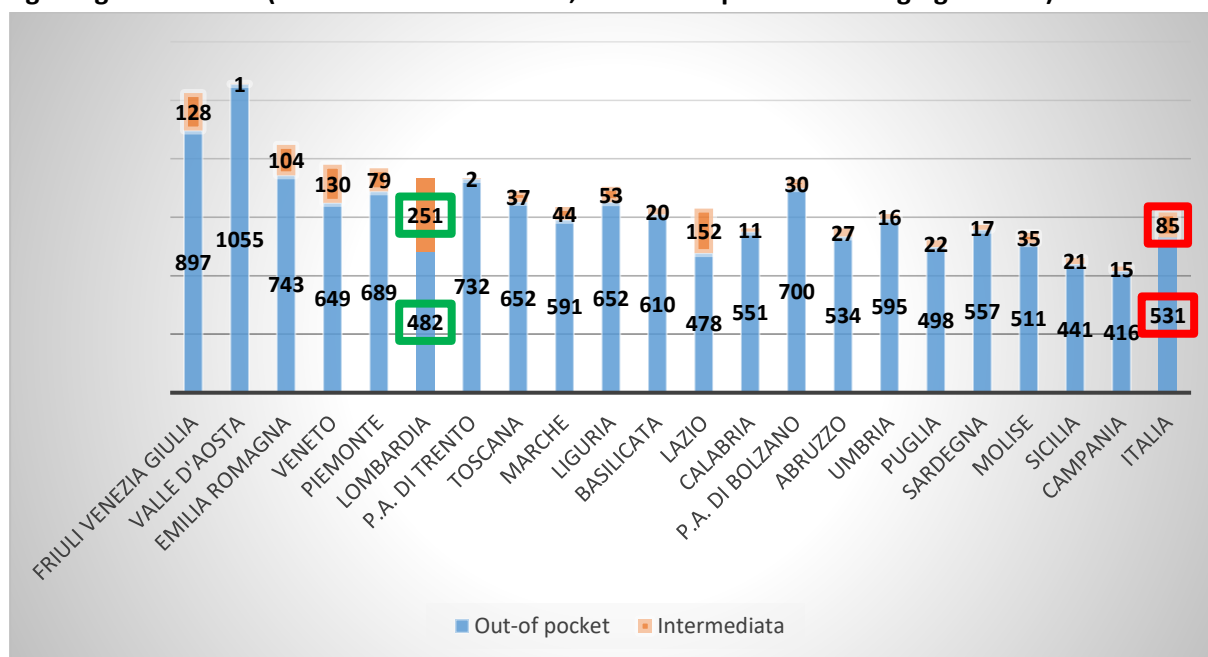


I dati della tabella 3, per quanto si ribadisca che devono essere trattati con cautela in quanto frutto di stime, risultano importanti al fine di inquadrare meglio il fenomeno della spesa sanitaria privata. Essi suggeriscono, infatti, come la spesa out-of pocket e la spesa intermediata stiano entrambe incrementando la loro rilevanza a livello nazionale, sia in valori assoluti, sia, soprattutto, in relazione alla spesa sanitaria pubblica. Ciò dovrebbe peraltro suscitare alcune preoccupazioni se si considera che l'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) ha indicato, all'interno di un rapporto redatto nel 2018, come la spesa sanitaria out-of pocket dovrebbe essere idealmente pari al 15% della spesa sanitaria totale. L'analisi su base regionale sottolinea poi, in stretta correlazione con le evidenze emerse nel grafico 9, che le regioni in cui la spesa sanitaria privata ha un peso superiore sul totale delle spese sono quelle del nord Italia. Detto ciò, è interessante anche evidenziare, sempre in una prospettiva generale, come la spesa sanitaria privata non abbia in nessuna regione italiana un peso inferiore al 20%. Per quanto attiene la Lombardia, essa mostra ancora una volta delle caratteristiche del tutto peculiari. Ciò che infatti emerge dal grafico è la percentuale estremamente elevata della spesa intermediata, la quale vale il 10% della spesa sanitaria totale. In 14 regioni italiane e nelle due Province autonome di Trento e Bolzano questo valore non supera mai il 3% mentre nelle restanti 4 regioni in cui esso risulta un po' più elevato (Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna e Lazio) oscilla sempre tra il 4 ed il 6%. Di converso, il peso della spesa out-of pocket sul totale regionale raggiunge in Lombardia il valore più basso in assoluto (18%), di poco inferiore alla maggior parte delle regioni del sud Italia e molto inferiore alla maggior parte delle Regioni dell'Italia settentrionale. Da tutto ciò, si può trarre per la Lombardia due considerazioni principali: 1) il peso della sua spesa sanitaria privata sul totale della spesa sanitaria regionale è molto elevato, inferiore soltanto a quello di Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Veneto e Piemonte 2) tale spesa sanitaria privata è ripartita, in maniera non proporzionale ma sicuramente più equilibrata rispetto a qualsiasi altra regione italiana, tra le famiglie e tutti quei

soggetti, principalmente compagnie di assicurazione, che offrono ai loro clienti polizze e assicurazioni sanitarie.

I dati adesso presentati non mostrano la portata specifica dei due fenomeni della spesa out-of pocket e della spesa intermediata a livello regionale. Per fare ciò, sempre sulla scorta dei dati RBM-Censis, serve evidenziare, come fatto nel successivo grafico 11, i relativi valori della spesa pro-capite. L'ordine in cui si è scelto di disporre le regioni è lo stesso del grafico precedente, ossia secondo percentuali decrescenti della spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria totale.

Grafico 11: I valori in euro pro-capite della spesa sanitaria out-of pocket e di quella intermediata per ogni regione italiana (classificazione Istat-SHA; dati Censis presentati nel giugno 2018)



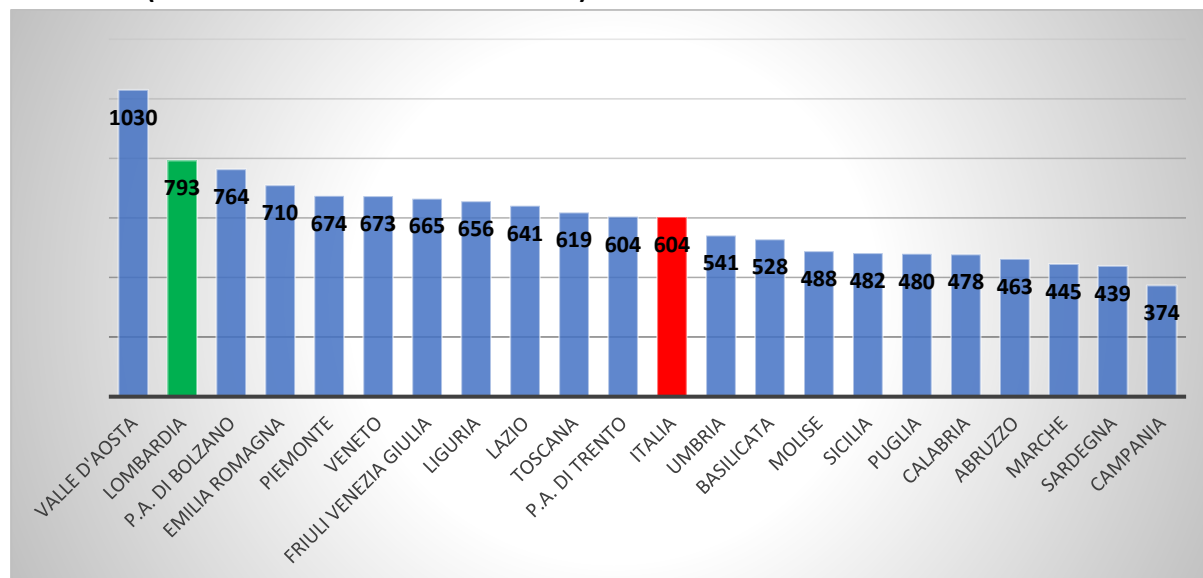
La Lombardia si presenta, dunque, come una delle regioni con i livelli più bassi di spesa sanitaria out-of pocket; valori più piccoli emergono infatti solamente per il Lazio, la Sicilia e la Campania. Dall'altra parte, il valore pro-capite della sua spesa intermediata è nettamente superiore a quello di ogni altra regione: in questo senso, basti evidenziare come la seconda regione in termini di spesa intermediata pro-capite sia il Lazio con 152,11€, ossia il 60% del valore lombardo⁷. In aggregato, la Lombardia presenta un livello di spesa sanitaria privata pro-capite inferiore a quella di Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Veneto, Piemonte e Provincia autonoma di Trento.

I risultati delle stime RBM-Censis collocano quindi la Lombardia al di sotto di diverse altre regioni del nord in termini di spesa sanitaria privata pro-capite. A fini di completezza d'analisi, può essere allora interessante comprendere se ed in che misura altre tipologie di simulazioni, stavolta basate sulla metodologia Istat-Conti nazionali, divergano da quella ora presentata. Come detto in apertura di capitolo, la classificazione Istat-Conti nazionali considera la spesa diretta delle famiglie, sia residenti

⁷ Questo dato è peraltro pienamente in linea con quello, sempre riportato da RBM-Censis, sulla percentuale di cittadini assicurati da forme sanitarie integrative sul totale di quelli residenti: in vetta si colloca, infatti, la Lombardia (56,6%) seguita al secondo posto a grande distanza dal Lazio (39,5%).

che non residenti, avvenuta all'interno del territorio nazionale (e non anche all'estero). Un esempio di ciò, riportato nel successivo grafico 12, è offerto dal "Rapporto Oasi 2019", il quale rileva per ogni regione italiana la media in valori pro-capite della spesa sanitaria diretta delle famiglie nel triennio 2016-2018.

Grafico 12: La spesa sanitaria diretta delle famiglie: valori pro-capite medi per regione nel periodo 2016-2018 (classificazione Istat-Conti nazionali)



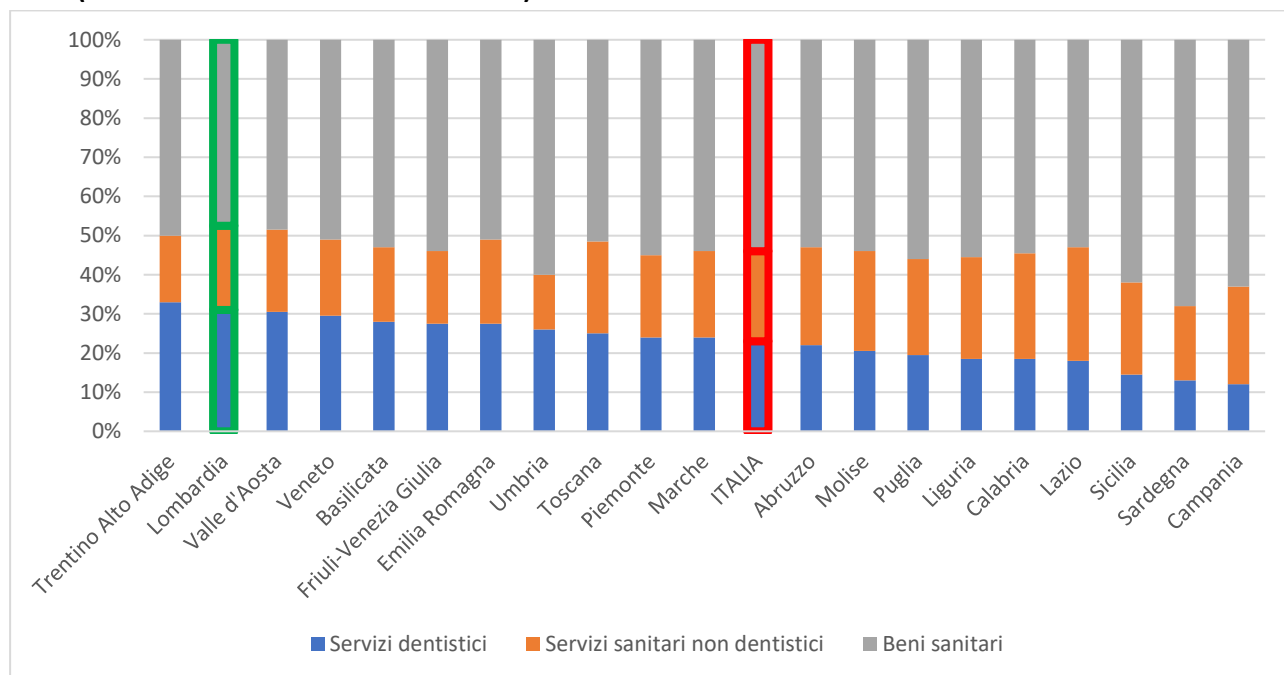
La nuova metodologia utilizzata pone la Lombardia al secondo posto in termini di spesa diretta delle famiglie pro-capite, molto distanziata dalla Valle d'Aosta che per la sua particolare combinazione tra popolazione ridotta ed elevati livelli medi di reddito pro-capite si pone su livelli estremamente superiori a quelli di tutto il resto del campione. Per quanto la comparazione con i dati del grafico 11 sia priva di senso poiché non si fa riferimento al medesimo intervallo temporale, la nuova simulazione serve a ribadire l'attenzione sul fatto che in merito alla spesa sanitaria privata diverse tipologie di stime possono produrre risultati almeno parzialmente diversi. In relazione alla Lombardia, gli aspetti su cui esprimersi con sicurezza sono, dunque, quelli su cui le evidenze riscontrate sono così nette da non poter essere ribaltate dalla diversità delle stime, ossia: il peso estremamente rilevante e superiore a quello di qualsiasi altra regione della spesa intermediata -l'elevato valore, al pari di tutte le altre regioni del nord Italia in cui i livelli di reddito delle famiglie sono in media più alti rispetto al resto del Paese, della spesa sanitaria privata pro-capite.

LA SPESA SANITARIA DIRETTA DELLE FAMIGLIE PER TIPOLOGIA DI BENI E SERVIZI SANITARI

I dati a disposizione permettono anche di approfondire ulteriormente l'analisi, evidenziando, sempre con un focus su tutte le regioni italiane, verso quali tipologie di spesa sia indirizzata principalmente la spesa sanitaria privata. Nel grafico 13, in particolare, la spesa sanitaria diretta delle famiglie nel biennio 2016-2017, rilevata dal "Rapporto Oasi 2019" e stimata con metodologia Istat-Conti nazionali, viene suddivisa tra servizi dentistici, altri servizi sanitari non dentistici e beni sanitari. Le regioni sono disposte

nel grafico in ordine decrescente rispetto alla percentuale di servizi dentistici. Immediatamente sotto a tale grafico, si presenta anche una tabella in cui viene mostrato quali siano, a livello nazionale, le principali componenti dei servizi sanitari non dentistici e dei beni sanitari su cui si incentra la spesa sanitaria diretta delle famiglie. Questa tabella è stata costruita comparando quanto mostrato da RBM-Censis con riferimento al biennio 2015-2016, dal “14° Rapporto CREA sanità” relativamente agli anni 2017 e 2018 e dal “Rapporto Oasi 2019” con dati per il 2018.

Grafico 13: Composizione della spesa sanitaria diretta delle famiglie per regione nel biennio 2016-2017 (classificazione ISTAT-Conti nazionali)



Servizi dentistici (23%)

Servizi sanitari non dentistici (23%)

Beni sanitari (54%)

Cure odontoiatriche (23%)⁸

Visite specialistiche (13-15%)⁹

Diagnostica (7-8%)

Altro (1-2%)

Medicinali e Farmaci (40-41%)¹⁰, di cui farmaci in senso stretto (21%)

Attrezzature sanitarie e protesi e ausili (9-10%)

Altro (3-5%)

8 Le cure odontoiatriche sono la componente di spesa le cui percentuali sul totale della spesa sanitaria privata registrano le maggiori variazioni a seconda della fonte utilizzata e degli anni considerati. Secondo RBM-Censis la sua percentuale sarebbe pari al 18-19% nel periodo 2015-2016, secondo il “14° Rapporto CREA sanità” arriverebbe al 24% nel 2017, mentre stando al “Rapporto OASI 2019” sarebbe circa il 21% nel 2018.

9 Interessante rilevare come, a livello nazionale, la spesa privata per visite specialistiche costituisca circa il 57-60% della spesa totale per visite specialistiche.

10 In questa categoria rientrano anche medicinali non convenzionali, quali, ad esempio, gli integratori e le sostanze omeopatiche.

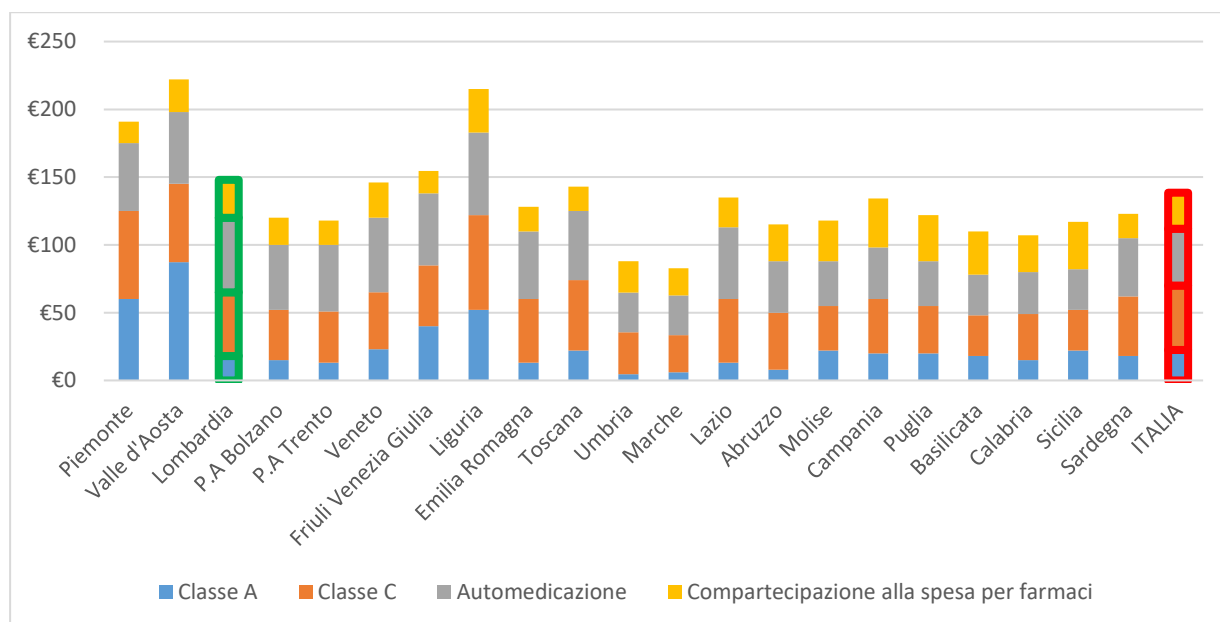
Il grafico evidenzia come la Lombardia sia la regione in cui la componente dei beni sanitari ha la rilevanza minore in termini percentuali, pur essendo anche qui la categoria di spesa più rilevante con una quota di poco inferiore al 50%. Parallelamente a ciò, la componente dei servizi dentistici supera il 30% del totale, un aspetto che emerge solamente in altre due regioni, ossia Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta. La componente minoritaria è infine quella dei servizi sanitari non dentistici, pari a circa il 20% del totale, un valore leggermente inferiore a quello rilevato per l'Italia. La tabella mostra poi come la spesa sanitaria privata per servizi non dentistici consista principalmente in visite specialistiche e, in misura minore, in attività di diagnostica, mentre la categoria dei beni sanitari è, come prevedibile, caratterizzata per la maggior parte dalla spesa per medicinali e farmaci. All'interno di quest'ultima categoria, molto variegata ed ampia, si è messa in evidenza la tipologia di spesa, piuttosto rilevante anche con riferimento al totale della spesa sanitaria privata, relativa ai cosiddetti farmaci in senso stretto.

Proprio sulla spesa per farmaci in senso stretto è stato possibile recuperare, facendo riferimento alle elaborazioni del Centro per la ricerca economica applicata in sanità (CREA sanità), dei dati relativi all'anno 2018 per tutte le regioni italiane. Questi dati, oltre a fornire un ulteriore elemento di comparazione per la Lombardia, mettono in luce le diverse scelte dei cittadini in merito alla tipologia di prodotti acquistati, un aspetto interessante considerando che i farmaci si distinguono tra loro anche relativamente al fatto di essere o meno a carico del Servizio sanitario nazionale. Nello specifico, nel successivo grafico 14 le tipologie di farmaci considerate sono: i farmaci di classe A a carico del Servizio sanitario nazionale; i farmaci di classe C a carico del cittadino con prezzi stabiliti dalle aziende produttrici¹¹; i farmaci di automedicazione a carico del cittadino con prezzo libero (deciso quindi dal farmacista/gestore dell'esercizio). A tutto ciò viene anche aggiunta la compartecipazione alla spesa per farmaci, di cui, almeno per il 2018, un 30% circa è rappresentato dai ticket ed il restante 70% è costituito dalla differenza di prezzo sui farmaci fuori brevetto che viene pagata dai cittadini in aggiunta alla quota a carico del Servizio sanitario nazionale (stabilita dall'Agenzia italiana del farmaco)¹². Nel 2018 la spesa complessiva dei cittadini italiani per le tre suddette tipologie di farmaci e per la compartecipazione alla spesa per farmaci è stata pari a 8,4 miliardi di euro (erano stati 8,8 nel 2017), un valore corrispondente a circa il 29% della spesa totale per prodotti farmaceutici.

¹¹ Solamente una quota estremamente ridotta di farmaci di classe C è rimborsata dal SSN.

¹² Da notare che la Lombardia è una delle tre regioni, insieme a Valle d'Aosta e Veneto, in cui le due componenti della compartecipazione alla spesa per farmaci, ossia i ticket e la differenza di prezzo sui farmaci fuori brevetto, hanno nel 2018 un peso quasi equivalente in valori assoluti.

Grafico 14: La spesa privata pro-capite per farmaci in senso stretto a livello regionale nel 2018



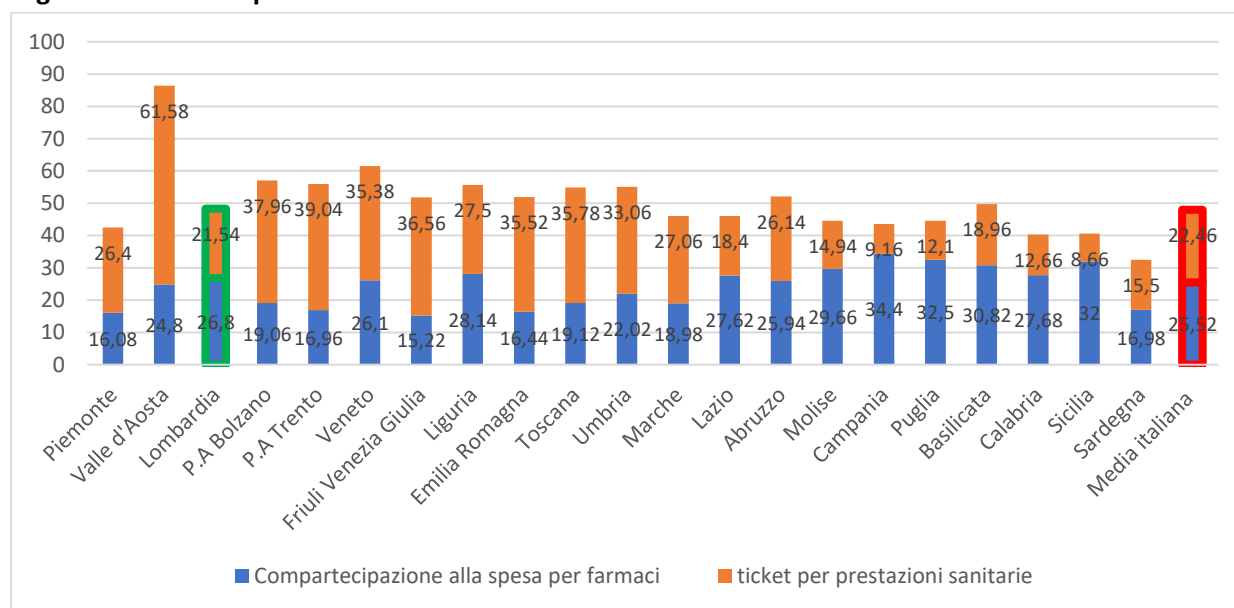
L'aspetto principale che emerge dal grafico è che la Lombardia, con circa 150€ di spesa pro-capite, si colloca al quinto posto nella classifica delle regioni con il più alto livello di spesa pro-capite per farmaci in senso stretto. Davanti a lei, si pongono soltanto, in ordine decrescente di spesa, la Valle d'Aosta, la Liguria, il Piemonte ed il Friuli-Venezia Giulia. Parallelamente a ciò, è rilevante osservare che il distacco dalle suddette quattro regioni si forma principalmente, in maniera simile a quanto avviene per Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Campania, con riferimento ai farmaci di classe A, ossia gli unici a carico del SSN. In media, la spesa pro-capite delle regioni del nord risulta superiore a quella del centro e del sud Italia, soprattutto grazie ad un più elevato ammontare di spesa in automedicazione: premesso ciò, la variabilità del campione non è molto elevata dato che la quasi totalità delle regioni si colloca tra i 100 ed i 150€ di spesa pro-capite. Le uniche significative eccezioni sono rappresentate, da una parte, da Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria con valori nettamente superiori a questo *range*, e, dall'altra, da Umbria e Marche con valori inferiori all'intervallo descritto.

Restringendo ancora di più l'oggetto di analisi, si può infine proporre un approfondimento sul livello di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria. Essa comprende la compartecipazione alla spesa per farmaci, come definita e rappresentata nel grafico precedente, ed i ticket per le prestazioni sanitarie, coincidenti quasi completamente con i ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, oltre che, appunto per una quota marginale, con i ticket per il pronto soccorso. Più nel dettaglio, in Italia nel 2018 la compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria è risultata complessivamente pari a circa 2,9 miliardi euro, di cui 1,6 miliardi provenienti dai farmaci (0,5 miliardi di ticket e 1,1 miliardi derivanti dalla differenza di prezzo rispetto alla quota finanziata dal SSN) e 1,3 miliardi derivanti dai ticket per prestazioni sanitarie¹³. Si tratta di una componente di spesa in costante crescita nel corso

¹³ All'interno di questa voce ci sono i cosiddetti superticket, recentemente aboliti, che nel 2018 valgono 500 milioni di euro. Il totale complessivo di 1,3 miliardi è molto sottostimato in quanto tiene conto solamente dei ricavi desumibili dai conti economici delle aziende sanitarie, le quali contabilizzano soltanto le entrate «dirette», ovvero quelle relative alle prestazioni erogate direttamente dalle strutture pubbliche. Gli introiti

degli anni: a questo proposito, basti ad esempio pensare che la compartecipazione alla spesa per farmaci era pari solamente a 0,4 miliardi di euro nel 2006. Sulla base dei dati messi a disposizione dalla Corte dei conti nei suoi rapporti annuali sul coordinamento della finanza pubblica, abbiamo potuto ricostruire per ogni regione la spesa pro-capite dei cittadini per compartecipazione alla spesa sanitaria su tutto il periodo 2015-2019. Nel successivo grafico 15 si riportano i valori medi relativi appunto a questo intervallo temporale, avendo cura di distinguere tra la componente farmaceutica e quella relativa alle prestazioni sanitarie.

Grafico 15: La spesa pro-capite media dei cittadini per compartecipazione alla spesa sanitaria in ogni regione italiana nel periodo 2015-2019



In Lombardia, la spesa dei cittadini per compartecipazione alla spesa sanitaria risulta perfettamente in linea con la media del Paese, sia con riferimento ai farmaci che ai ticket per prestazioni sanitarie. In comparazione alle altre regioni del nord Italia, la Lombardia registra una spesa pro-capite superiore con riferimento alla compartecipazione per farmaci (seconda solo alla Liguria) e, al contrario, la spesa pro-capite più bassa in assoluto relativamente ai ticket per prestazioni sanitarie. In questo senso, la Lombardia si pone in una sorta di via di mezzo tra le altre regioni del nord e quelle del centro Italia da una parte, e le regioni meridionali, dall'altra. In queste ultime, infatti, la compartecipazione alla spesa per farmaci è maggiore rispetto al dato lombardo, mentre per quanto attiene ai ticket per prestazioni sanitarie si rileva la relazione opposta. I dati a disposizione rendono anche possibile valutare in che misura la compartecipazione alla spesa per farmaci ed i ticket per prestazioni sanitarie siano variati nel corso degli anni. Nella successiva tabella 4 si riportano queste variazioni per la Lombardia e, a fini di comparazione, per l'Italia, sempre nel periodo 2015-2019

percepiti a titolo di ticket dalle strutture private convenzionate non vengono invece contabilizzati nei bilanci delle aziende ospedaliere e sanitarie.

Tabella 4: La spesa pro-capite dei cittadini per compartecipazione alla spesa sanitaria: confronto tra Lombardia ed Italia in ognuno degli anni compresi tra il 2015 ed il 2019

Tipologia di spesa	Aggregato	2015	2016	2017	2018	2019	Var.% 2015-2019
Compartecipazione alla spesa per farmaci (a)	Lombardia	25,9	26,5	26,9	27,7	27	4,25%
	Italia	23,9	25,4	25,6	26,6	26,1	9,21%
Ticket per prestazioni sanitarie (b)	Lombardia	23	21,6	21,3	21,2	20,6	-10,43%
	Italia	23,1	22,2	22,1	22,5	22,4	-3,03%
Totale (c= a+b)	Lombardia	48,9	48,1	48,2	48,9	47,6	-2,66%
	Italia	47	47,6	47,7	49,1	48,5	3,19%

A livello generale, sia per la Lombardia che per l'Italia, si registra nel periodo 2015-2019 un incremento della compartecipazione alla spesa per farmaci ed una riduzione della spesa per i ticket per prestazioni sanitarie. Se però la variazione positiva sui farmaci è molto più pronunciata per l'Italia, la variazione negativa per i ticket per prestazioni sanitarie è molto più netta per la Lombardia.

3. UNA TIPOLOGIA DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI PRODOTTI DALLA SPESA SANITARIA PUBBLICA: LA GRIGLIA LEA PER IL PERIODO 2002-2018

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) si definiscono come “le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale” (Art.1 d.lgs 502/1992, per come modificato dal d.lgs 229/1999) che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. Tali prestazioni sono ricomprese all’interno di tre macrocategorie, ossia: l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l’assistenza distrettuale e l’assistenza ospedaliera. La prima definizione di quali specifici servizi rientrassero tra i LEA è stata fornita dal DPCM del 29 novembre 2001, il quale individuava gli indicatori che facevano parte del cosiddetto “Sistema di Garanzia”. Successivamente, il Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA, creato con l’intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ha ridefinito il set di indicatori dando vita alla “Griglia LEA”. Tali indicatori, il cui numero totale è andato mutando nel corso degli anni tramite l’aggiunta, la modificazione o l’eliminazione di alcuni di essi, sono oggetto di misurazione da parte del Ministero della salute a partire dal 2007, anche se, come detto in introduzione, la ricostruzione dei punteggi di buona parte di essi è stata in seguito predisposta a partire dal 2001 per tutte le regioni italiane. Di seguito, vengono presentate tre tabelle relative alle tre suddette macrocategorie di assistenza in cui si suddividono i LEA. In esse, si mostrano i punteggi medi ottenuti su ognuno degli indicatori della “Griglia LEA” dalla Lombardia nei periodi 2002-2005, 2006-2009, 2010-2013 e 2014-2018 e si mettono in comparazione a quelli medi rilevati per le altre regioni a statuto ordinario non in piano di rientro nei medesimi intervalli temporali. Al fine di non variare le regioni oggetto di misurazione nei diversi periodi analizzati, si considerano soltanto quelle regioni a statuto ordinario che non sono mai state sottoposte a piano di rientro e, quindi, come già detto nel corso del primo capitolo, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata. Per tutti gli indicatori ed ognuno dei 4 intervalli temporali, la Lombardia viene messa in comparazione anche alla totalità delle regioni e delle Province autonome italiane: nello specifico, si indicherà il numero di regioni che, in media, presentano dei punteggi medi migliori rispetto a quelli lombardi. Una panoramica completa di tutti gli indicatori, suddivisi all’interno delle tre macrocategorie di assistenza, e, laddove non risulti immediatamente comprensibile, la spiegazione del loro significato e/o delle relative formule di calcolo è presentata antecedentemente ad ogni tabella. La numerazione degli indicatori è la medesima che viene poi utilizzata all’interno delle tre tabelle. Da notare, infine, che nella valutazione complessiva di ogni regione in merito al grado di adempimento ai LEA ogni indicatore ha, in ragione dell’importanza attribuitagli, un proprio specifico peso. Di ciò si dirà più approfonditamente nel corso della trattazione.

L'ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO¹⁴⁼

Gli indicatori della Griglia LEA che compongono questo livello di assistenza sono i seguenti: **1)** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)¹⁵ **2)** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) **3)** Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano: percentuale di persone con più di 65 anni che hanno ricevuto questa vaccinazione sul totale delle persone con più di 65 anni **4)** Proporzione di persone in età target che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto → le persone in età target sono, nella maggior parte dei casi, quelle con età compresa tra 50 e 69 anni **5)** Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro **6)** Percentuale di unità controllate sul totale da controllare → si fa riferimento alle attività di controllo della sicurezza dei luoghi di lavoro condotte dalle Asl **7)** Malattie umane trasmissibili all'uomo: Percentuale di allevamenti controllati sul totale degli allevamenti soggetti a controllo per tubercolosi bovina **8)** Malattie umane trasmissibili all'uomo: percentuale di allevamenti controllati in un anno per il contrasto alla brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina sul totale degli allevamenti soggetti a controllo nel medesimo anno **9)** Anagrafi animali: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/2006 **10)** Contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui **11)** Controlli sanitari svolti nelle fasi di produzione e distribuzione degli alimenti: fino al 2012, si calcola la percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati (secondo gli articoli 5 e 6 del DPR 14/07/1995) negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione; nel triennio 2014-2016, si calcola le percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione effettuati sul totale dei programmati (sempre secondo gli articoli 5 e 6 del DPR 14/07/1995)

¹⁴ Non sono stati riportati tre indicatori, di cui due inseriti in questo gruppo a partire dal 2014 e relativi rispettivamente alle malattie animali trasmissibili dall'uomo ed ai programmi di ricerca di residui fitosanitari degli alimenti vegetali, ed uno introdotto dal 2015 riguardante gli stili di vita, poiché su di essi non potevano essere svolti dei confronti puntuali tra regioni.

¹⁵ Sebbene sia un unico indicatore, nei report sul "monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA" redatti dal Ministero della salute viene presentato il dato regionale sulla copertura vaccinale per ognuno di questi vaccini. I valori annuali utilizzati per il calcolo delle medie all'interno della tabella 5 sono, dunque, a loro volta il risultato delle medie calcolate per la sommatoria di questi vaccini.

Tabella 5: I punteggi ottenuti sugli indicatori della griglia LEA relativi all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro dalla Lombardia e, in media, dalle altre regioni non in Piano di rientro nel periodo 2002-2018 (valori medi per sottoperiodi) e il numero di regioni e province autonome con punteggi medi migliori della Lombardia per ogni indicatore (in questo caso, per tutti gli indicatori punteggi più alti indicano risultati migliori). Evidenziati in verde gli indicatori più rilevanti (peso uguale o superiore a 1) per la valutazione finale di ogni regione nell'ultimo report per il 2018

Ambito di riferimento	Indicatori	Media 2002-2005			Media 2006-2009			Media 2010-2013			Media 2014-2018		
		Lomb	RSO non in Pdr	Tot. Reg. e P.A. migliori Lomb.	Lomb	RSO non in Pdr	Tot. Reg. e P.A. migliori Lomb.	Lomb	RSO non in Pdr	Tot. Reg. e P.A. migliori Lomb.	Lomb	RSO non in Pdr	Tot. Reg. e P.A. migliori Lomb.
Prevenzione-copertura vaccinale	1)	96,94	96,11	<u>5</u>	96,57	97,29	<u>10</u>	96,41	96,45	<u>8</u>	94,33	94,72	<u>10</u>
	2)	88,6	89,3	<u>6</u>	93,2	92,3	<u>2</u>	94,1	92,4	<u>1</u>	92,2	89,83	<u>0</u>
	3)	62,2	66,5	<u>13</u>	61,6	71,2	<u>15</u>	52,2	63,2	<u>16</u>	47,48	54,42	<u>16</u>
Prevenzione-test di screening	4)	3	8	<u>11</u>	7	9	<u>8</u>	8	11	<u>8</u>	9,4	12,5	<u>9</u>
Spesa per prevenzione da parte delle Regioni	5)	64,14	70,47	<u>10</u>	79,51	84,29	<u>12</u>	87,90	84,41	<u>7</u>	83,31	83,77	<u>12</u>
Tutela luoghi di lavoro	6)							6,8	8,88	<u>5</u>	6,12	8,12	<u>6</u>
Prevenzione-sanità animale	7)	90,2	96,7	<u>15</u>	100	98,6	<u>0</u>	100	100	<u>0</u>	100	100	<u>0</u>
	8)	87,7	95,2	<u>15</u>	98,4	98,6	<u>11</u>	100	100	<u>0</u>	100	100	<u>0</u>
	9)				52,3	79,2	<u>14</u>	100	89,6	<u>0</u>	106,86	102,75	<u>5</u>
Prevenzione-sicurezza degli alimenti	10)				99,4	92,5	<u>10</u>	103,7	108,5	<u>10</u>	120,04	133	<u>11</u>
	11)				55,4	83,1	<u>17</u>	33,4	74,4	<u>20</u>	67,2	88,3	<u>17</u>
Lombardia vs altre Regioni non in Pdr: Numero indicatori assistenza sanitaria collettiva con punteggi migliori		1	6		3	7		3	6		2	7	

Note= Per l'indicatore 4 manca il valore del 2002: le relative medie sono quindi calcolate sul triennio 2003-2005. L'indicatore 5 è misurato fino al 2015: le medie dell'ultimo periodo sono quindi calcolate sul biennio 2014-2015. Per l'indicatore 9 manca il valore del 2006: le relative medie sono quindi calcolate sul triennio 2007-2009. Per l'indicatore 10 manca il valore del 2018: le relative medie sono quindi calcolate sul quadriennio 2014-2017. Per l'indicatore 11 manca il valore del 2013 ed è calcolato fino al 2016: le relative medie sono quindi rispettivamente calcolate sul triennio 2010-2012 e sul triennio 2014-2016.

L'evoluzione dei punteggi ottenuti dalla Lombardia segnala un miglioramento della performance su quasi tutti gli indicatori. Le eccezioni sono sostanzialmente costituite dal rilevante indicatore sulla copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (l'indicatore 1), anche se in misura lieve rispetto ai valori del quadriennio 2002-2005, e dall'indicatore sulla copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nelle persone con più di 65 anni (l'indicatore 3), il quale registra invece nel corso degli anni un forte peggioramento. Entrando ancor più nel dettaglio rispetto ai valori medi presentati in tabella, si passa da una percentuale massima del 65,3% nel 2004 ad una percentuale minima eguale al 46,3% nel 2014. Per il resto, deve

essere anzitutto segnalato il significativo incremento della “proporzione di persone in età target che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto”, ossia l’indicatore 4 che, come evidenziato, è uno dei due indicatori più rilevanti di questo gruppo. Oltre a questo, si può sottolineare come la Lombardia sia riuscita ad incrementare significativamente i propri punteggi con riferimento a tutti gli indicatori relativi alla sanità animale ed alla sicurezza degli alimenti. Soffermandoci sugli ultimi dati a disposizione presentati nel report per il 2018, ed escludendo quindi gli indicatori 5,10 e 11 che, come riportato nelle note, non sono più stati misurati nel corso degli ultimi anni, la Lombardia presenta, rispetto ai target fissati dal Ministero, degli scostamenti rilevanti rispetto ad un indicatore e degli scostamenti lievi rispetto ad un altro. Di seguito, il dettaglio di ciò:

- A) Scostamenti rilevanti su: Indicatore 3 (target ≥ 75 e valore Lombardia pari a 48,2) B)
 Scostamenti lievi su: Indicatore 2 (target ≥ 95 e valore Lombardia pari a 94,1)

In comparazione ai valori medi registrati per le altre regioni non in Piano di rientro, la Lombardia presenta nella maggior parte dei casi dei punteggi peggiori. Su alcuni di essi, le differenze rilevate nel quadriennio 2002-2005 vanno a ridursi o ad azzerarsi nel corso degli intervalli temporali successivi: ciò è il caso, ad esempio, dell’indicatore 5 sul “costo pro-capite dell’assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro” e dei tre indicatori (7,8 e 9) riguardanti le attività di prevenzione in merito alla sanità animale. In altri casi, invece, la discrepanza rimane piuttosto evidente: questo è ciò che emerge con riferimento all’indicatore 11, relativo ai controlli sanitari svolti nelle fasi di produzione e distribuzione degli alimenti. Proprio quest’ultimo indicatore è quello su cui la Lombardia mostra il posizionamento peggiore rispetto alla totalità delle regioni italiane, tanto che nel periodo 2010-2013 ha addirittura in media il punteggio più basso della totalità del campione (18 Regioni + 2 Province autonome di Trento e Bolzano). Altro indicatore su cui la Lombardia presenta su tutti i periodi considerati dei valori peggiori rispetto alla maggior parte delle altre regioni è, coerentemente con quanto detto prima, quello relativo al vaccino antinfluenzale per le persone con più di 65 anni. Dall’altra parte, risulta molto rilevante sottolineare come la Lombardia arrivi ad essere nel corso dell’ultimo quinquennio analizzato (2014-2018) la regione in cui è in media più elevata la “copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia” (indicatore 2).

Un’analisi più approfondita deve poi essere svolta in relazione ai due indicatori più significativi ai fini della valutazione della Lombardia in merito all’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, ossia gli indicatori 1 e 4, ai quali viene attribuito un peso pari a 1¹⁶. In merito all’indicatore 1, riguardante la percentuale di copertura vaccinale per i bambini con meno di 2 anni in relazione all’insieme dei vaccini rientranti nel ciclo base, le regioni che mostrano punteggi migliori della Lombardia sono prevalentemente quelle del sud Italia. Su tutti i quattro intervalli temporali, valori medi superiori a quelli lombardi caratterizzano infatti Abruzzo e Molise, mentre su tre dei quattro periodi hanno punteggi più alti anche Umbria, Basilicata e Sardegna. In comparazione alle altre grandi regioni del nord Italia, la Lombardia presenta dei punteggi medi leggermente superiori al Veneto, con riferimento a tutti i quattro periodi, al Piemonte, con l’esclusione del periodo 2014-2018, ed alla Emilia-Romagna, stavolta relativamente soltanto agli ultimi due intervalli temporali (2010-2013 e 2014-2018).

¹⁶ Un punteggio pari a 1 era attribuito anche all’indicatore 5 sul “costo pro-capite per l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro”. Esso non viene però analizzato nel dettaglio in quanto, come rilevato nelle note della tabella 5, è stato misurato solo fino al 2015.

Riguardo l'indicatore 4 sulla proporzione di persone che ha effettuato varie tipologie di test di screening, le regioni rispetto alle quali la Lombardia presenta dei punteggi peggiori sono invece concentrate nell'Italia centro-settentrionale. In particolare, le regioni che su tutti gli intervalli temporali analizzati superano la Lombardia sono la Valle d'Aosta, la Provincia autonoma di Trento, il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Toscana e l'Umbria. Con la sola eccezione della Basilicata, la Lombardia mostra sempre per questo indicatore dei punteggi medi superiori a quelli di tutte le regioni del sud.

L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

L'insieme di indicatori che compongono questa macrocategoria di assistenza sono i seguenti: **12)** Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO → la ponderazione è attuata considerando il peso della fascia di età di ciascuna patologia nella popolazione nazionale **13)** Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 abitanti) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite **14)** Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine per diabete), BPCO e scompenso cardiaco **15)** Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI (assistenza domiciliare integrata) **16)** Numero di posti equivalenti (sulla base delle giornate di assistenza erogate) per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti **17)** Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti **18)** Numero di posti equivalenti (sulla base delle giornate di assistenza erogate) residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti **19)** Numero di posti equivalenti (sulla base delle giornate di assistenza erogate) semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti **20)** Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti **21)** Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti **22)** Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (moltiplicato per 100) **23)** Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT (prontuario della distribuzione diretta) **24)** Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti **25)** Numero di assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti **26)** Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (valori in minuti) → valuta la rapidità dell'organizzazione sanitaria deputata all'emergenza territoriale e, in particolare, del sistema "118".

Tabella 6: I punteggi ottenuti sugli indicatori della griglia LEA relativi all'assistenza distrettuale dalla Lombardia e, in media, dalle altre regioni non in Piano di rientro nel periodo 2002-2018 (valori medi per sottoperiodi) e il numero di regioni e province autonome con punteggi medi migliori della Lombardia per indicatore (per tutti gli indicatori in nero, punteggi più alti indicano risultati migliori¹⁷; per tutti gli indicatori in rosso, punteggi più bassi indicano risultati migliori). Evidenziati in verde gli indicatori più rilevanti (peso uguale o superiore a 1) per la valutazione finale di ogni regione nell'ultimo report per il 2018.

Ambito di riferimento	Indicatori	Media 2002-2005			Media 2006-2009			Media 2010-2013			Media 2014-2018		
		Lomb	RSO non in Pdr	Tot. Reg. e P.A. migliori Lomb.	Lomb	RSO non in Pdr	Tot. Reg. e P.A. migliori Lomb.	Lomb	RSO non in Pdr	Tot. Reg. e P.A. migliori Lomb.	Lomb	RSO non in Pdr	Tot. Reg. e P.A. migliori Lomb.
Distrettuale-Indicatori ospedalieri indiretti	12)	655	723	5	613	625	6	591	554	13	565,22	517,33	14
	13)										304,78	97,62	20
	14)										374,64	317,16	15
Distrettuale-anziani	15)	3,01	3,59	6	3,82	4,65	7	3,51	4,80	8	2,28	2,79	11
	16)	26,9	10,3	1	27,6	10,7	2	29,7	12,3	2	29,82	14,83	1
	17)	28,9	11,2	1	29	11,81	2	28,78	12,58	2	26,75	13,53	3
Distrettuale-disabili	18)	0,74	0,42	1	0,77	0,50	1	0,79	0,55	1	0,82	0,56	1
	19)	0,37	0,26	2	0,38	0,30	1	0,39	0,35	2	0,42	0,40	3
	20)	0,87	0,57	1	0,87	0,60	2	0,88	0,68	2	0,89	0,70	1
	21)	0,74	0,51	1	0,76	0,62	2	0,77	0,72	3	0,80	0,83	3
Distrettuale-malati terminali	22)				1,66	0,90	2	2,15	1,25	2	2,59	1,46	1
Distrettuale-Farmaceutica	23)							54,05	92,11	19	50,65	85,66	19
Distrettuale-specialistica	24) → valori ottimali tra 5,1 e 7,5							7,46	5,94	13	7,47	6,43	14
Distrettuale-salute mentale	25)							16,07	10,89	1	17,34	15,49	5
Emergenza	26)							14	20	1	14	19	1
Lombardia vs Altre Regioni non in Pdr		7	1		9	1		9	4		8	7	
Numero indicatori assistenza distrettuale con punteggi migliori													

Note: L'indicatore 12 è calcolato fino al 2014: i valori per il periodo 2014-2018 non sono, quindi, delle medie ma la semplice trasposizione dei valori del 2014. Per l'indicatore 15 si rileva a partire dal 2013 un cambiamento nella fonte dati utilizzata per la misurazione dell'indicatore; i valori del quinquennio 2014-2018 non sono così confrontabili con quelli degli intervalli temporali precedenti. Per l'indicatore 22 manca il valore del 2006: le

17 L'unica eccezione a ciò è data dall'indicatore 24, per il quale i punteggi migliori sono quelli che rientrano nell'intervallo di valori descritto all'interno della tabella (5,1-7,5). La Lombardia viene messa in comparazione con le altre regioni in base alla distanza dei punteggi rispetto al valore centrale, e dunque migliore in assoluto, dell'intervallo (ossia 6,3).

relative medie sono quindi calcolate sul triennio 2007-2009. **L'indicatore 23** è misurato a partire dal 2012: le relative medie sono quindi calcolate sul biennio 2012-2013. **L'indicatore 25** è misurato a partire dal 2012: le relative medie sono quindi calcolate sul biennio 2012-2013.

Nell'ampio arco temporale analizzato dalla tabella si nota come la Lombardia abbia migliorato i propri punteggi sulla quasi totalità degli indicatori: in particolare, è molto interessante rilevare come un incremento dei valori, lento ma costante, abbia interessato tutti i quattro indicatori relativi all'assistenza per i disabili. Le uniche due eccezioni a questa tendenza generale, riguardanti l'indicatore 17 sul numero di posti per assistenza alle persone con più di 65 anni in strutture residenziali e l'indicatore 23 sulla percentuale del consumo annuo dei farmaci appartenenti al PHT, risultano poi essere molto lievi. Nei due intervalli temporali per cui si dispone di dati a riguardo (2010-2013 e 2014-2018), resta invece invariato il numero medio di minuti relativi ai tempi di risposta del sistema del "118" (indicatore 26). Prendendo come riferimento i valori target fissati dal Ministero della salute ed osservando la capacità della Lombardia di centrarli nel corso dell'ultimo anno di rilevazione della Griglia LEA (il 2018), si notano degli scostamenti molto rilevanti su due indicatori, come di seguito specificati. Per tutti gli altri, la Lombardia supera sempre i target di riferimento.

- A) Scostamenti rilevanti su: Indicatore 13 (target ≤ 141 e valore Lombardia pari a 233, risultato peggiore di quello di ogni altra regione e provincia autonoma) e Indicatore 23 (target > 80 e valore Lombardia pari a 47,43)

In comparazione ai valori medi riportati per le altre regioni non in Pdr, si può anzitutto notare come nei primi due quadrienni, 2002-2005 e 2006-2009, la Lombardia presenti dei punteggi peggiori, peraltro in misura abbastanza lieve, con riferimento solamente all'indicatore 15 sulla percentuale di anziani con più 65 anni trattati in ADI. Negli intervalli temporali successivi, invece, si può osservare come la situazione si faccia più equilibrata in conseguenza del fatto che la Lombardia registra punteggi peggiori in relazione ai nuovi indicatori introdotti gradualmente nella Griglia Lea. Ciò emerge infatti sui tre indicatori ospedalieri indiretti (indicatori 12, 13 e 14), sul suddetto indicatore 23 relativo alla percentuale del consumo annuo dei farmaci appartenenti al PHT e, seppur in maniera non particolarmente rilevante, sull'indicatore 24 riguardante il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti. In ogni caso, è fondamentale sottolineare come, con l'esclusione del sopra riportato indicatore 15 e dell'indicatore 21 per il solo periodo 2014-2018, la Lombardia presenti dei punteggi superiori a quelli medi delle altre regioni non in Piano di rientro su tutti i quattro intervalli temporali per il complesso degli indicatori afferenti alla cura degli anziani e delle persone con disabilità. Estendendo la comparazione alla totalità delle regioni, si possono rimarcare con ancor più forza alcuni risultati già osservati. La Lombardia, infatti, si posiziona costantemente tra le regioni con i punteggi migliori su numerosi indicatori, ossia: gli indicatori 16 e 17 inerenti l'assistenza agli anziani; tutti i quattro indicatori riguardanti l'assistenza alle persone con disabilità; l'indicatore 22 sui posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore; l'indicatore 25 sul numero di assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti e l'indicatore 26 sull'efficienza del sistema di "118". Dall'altra parte, la Lombardia mostra performance peggiori alla quasi totalità delle regioni italiane con riferimento ai due indicatori per cui si è già rilevato il forte distacco rispetto ai target fissati dal Ministero: si tratta, giova ripeterlo, dell'indicatore 13 inerente il tasso di ospedalizzazione standardizzato per asma e gastroenterite per i ragazzi con meno di 18 anni e dell'indicatore 23 relativo alla percentuale del consumo annuo dei farmaci appartenenti al PHT. Più in generale, la Lombardia ha punteggi medi peggiori della maggior parte delle altre regioni italiane con

riferimento a tutti gli indicatori catalogati come ospedalieri indiretti, ossia quelli che rilevano in che misura patologie che dovrebbero essere trattate a livello territoriale siano state invece curate a livello ospedaliero.

Come fatto in precedenza, meritano un'attenzione privilegiata quegli indicatori a cui il Ministero della salute conferisce un peso maggiore nell'ottica della valutazione complessiva di ogni regione sul grado di adempimento ai LEA. All'interno dell'assistenza distrettuale, l'indicatore 15 (percentuale di anziani trattati in ADI) è quello con il peso di gran lunga maggiore, pari addirittura a 2,35 nell'ultimo report per il 2018. Come si vede dalla tabella, la Lombardia presenta sempre su questo indicatore dei punteggi migliori rispetto ad oltre la metà delle regioni italiane. A ciò si deve però aggiungere che punteggi peggiori emergono su tutti gli intervalli temporali in comparazione a Veneto, Emilia-Romagna, Basilicata e Friuli-Venezia Giulia, e, relativamente a tre dei quattro periodi analizzati, in relazione all'Abruzzo. L'indicatore 22 (posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore) è il secondo più importante, con un peso eguale a 1,47. Con riferimento ad esso, l'unica regione con valori medi (nettamente) superiori a quelli della Lombardia è la Sardegna. Per il resto, la Lombardia è sopravanzata in media solamente dalla Basilicata nel quadriennio 2006-2009 e dalla Valle d'Aosta nel quadriennio 2010-2013; in entrambi i casi, peraltro, la differenza di valori risulta molto lieve. I due successivi indicatori in ordine decrescente di peso, pari per entrambi a 1,17, sono l'indicatore 16 (numero di posti equivalenti (sulla base delle giornate di assistenza erogate) per assistenza agli anziani con più di 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti) e l'indicatore 25 (numero di assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti). Anche su di essi, le regioni con punteggi più elevati della Lombardia sono estremamente ridotte. In particolare, sull'indicatore 16 performance migliori si rilevano solo per la Provincia autonoma di Trento, su tutti i quattro intervalli temporali, e per la Provincia autonoma di Bolzano, solamente con riferimento ai quadrienni 2006-2009 e 2010-2013 (anche se per essa non sono disponibili dati sull'ultimo quinquennio 2014-2019 e, quindi, non si sono potuti fare confronti con la Lombardia). Per l'indicatore 25, invece, nel periodo 2010-2013 solo l'Emilia-Romagna riesce a posizionarsi al di sopra della Lombardia, mentre nel quinquennio 2014-2018, oltre ancora all'Emilia-Romagna, registrano performance in media migliori a quelle lombarde anche Liguria, Molise, Puglia e Sicilia. L'ultimo indicatore tra quelli sottolineati in verde è quello relativo all'efficienza dell'organizzazione sanitaria deputata all'emergenza territoriale (indicatore 26), a cui è attribuito un peso pari a 1. Su di esso, dei punteggi lievemente migliori a quelli della Lombardia, sia per il periodo 2010-2013 che per il 2014-2018, sono registrati in media solamente dalla Liguria.

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gli indicatori della Griglia LEA relativi all'assistenza ospedaliera sono i seguenti: **27)** Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti **28)** Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti **29)** Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti **30)** Percentuale di ricoveri con DRG (Diagnostic related group) chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari **31)** Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (elencati nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario **32)** Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti **33)** Percentuale di parti cesarei primari sul totale dei parti senza nessun pregresso cesareo **34)** Percentuale di parti cesarei primari in strutture con oltre 1000 parti all'anno **35)** Percentuale di parti

cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno **36**) Percentuale di parti fortemente pre-termine (in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN (unità di terapia intensiva neonatale) **37**) Percentuale di pazienti con più di 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (indicatore selezionato dall'OCSE)

Tabella 7: I punteggi ottenuti sugli indicatori della griglia LEA relativi all'assistenza ospedaliera dalla Lombardia e, in media, dalle altre regioni non in Piano di rientro nel periodo 2002-2018 (valori medi per sottoperiodi) e il numero di regioni e province autonome con punteggi medi migliori della Lombardia per indicatore (per tutti gli indicatori in nero, punteggi più alti indicano risultati migliori; per tutti gli indicatori in rosso, punteggi più bassi indicano risultati migliori). Evidenziati in verde gli indicatori più rilevanti (peso uguale o superiore a 1) per la valutazione finale di ogni regione nell'ultimo report per il 2018

Ambito di riferimento	Indicatori	Media 2002-2005			Media 2006-2009			Media 2010-2013			Media 2014-2018		
		Lomb	RSO non in Pdr	Tot. Reg. e P.A. migliori Lomb.	Lomb	RSO non in Pdr	Tot. Reg. e P.A. migliori Lomb.	Lomb	RSO non in Pdr	Tot. Reg. e P.A. migliori Lomb.	Lomb	RSO non in Pdr	Tot. Reg. e P.A. migliori Lomb.
Domanda ospedaliera e appropriat. ricoveri	27)	209	189	9	182	170	8	146	148	3	124,79	131	4
	28)	17,4	10,6	11	9,04	10,4	8	3,58	7,05	2	1,41	2,97	1
	29)	83,7	111	5	73,2	101	3	38,5	84,8	1	11,32	61,4	0
Day hospital Ricoveri con DRG Chirurgico	30)	43,8	35,3	0	45,0	38,1	0	46,1	41,4	1	46,7	42,9	1
Appropriat. ricoveri	31)	0,21	0,18	9	0,26	0,19	14	0,39	0,29	18	0,23	0,19	19
Parti cesarei	32)	27,2	33,4	3	28,3	33,1	4	28,79	31,6	5			
	33)							20,9	22,4	6	20,66	22,4	5
	34)										19,95	21,8	4
	35)										19,8	20,9	9
	36)										11,88	13,5	12
Rapidità intervento su frattura collo del femore	37)	40,1	33,3	5	37,4	36,1	7	41,3	46,9	7	62,63	63,9	8
Lombardia vs Altre Regioni non in Pdr		4	3		5	2		6	2		8	2	
Numero indicatori assistenza ospedaliera con punteggi migliori													

Note: L'indicatore 30 è misurato fino al 2015. Le medie dell'ultimo periodo sono quindi calcolate sul biennio 2014-2015. Per l'indicatore 31 è stata leggermente modificata la formula per il calcolo dei punteggi a partire dal 2013: le medie del periodo 2014-2018 non possono, quindi, essere confrontate con quelle dei precedenti intervalli temporali. L'indicatore 32 è misurato fino al 2012; le relative medie sono quindi calcolate sul triennio 2010-2012. L'indicatore 33 è misurato fino al 2016: le medie dell'ultimo periodo sino quindi calcolate sul triennio 2014-2016. L'indicatore 34 è misurato a partire dal 2015: le medie dell'ultimo periodo sono quindi calcolate sul quadriennio 2015-2018. L'indicatore 35 è misurato a partire dal 2015: le medie dell'ultimo periodo sono quindi calcolate sul quadriennio 2015-2018

In relazione agli indicatori misurati lungo tutto l'intervallo temporale oggetto di analisi, si può evidenziare, senza alcuna eccezione, un miglioramento nel corso degli anni dei punteggi ottenuti dalla Lombardia. Più in particolare, è interessante rilevare il graduale ed evidente potenziamento delle performance per quanto riguarda i tre indicatori che compongono la categoria della "domanda ospedaliera e dell'appropriatezza dei ricoveri in day hospital", un aspetto che ben evidenzia la centralità attribuita nel corso del ventennio al sistema ospedaliero. Nell'ultimo report per il 2018 gli indicatori che compongono il gruppo dell'assistenza ospedaliera sono soltanto 8. In relazione ad essi, la Lombardia non mostra nessun scostamento rilevante rispetto ai target fissati dal Ministero della salute; solamente in merito alla "percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno" (indicatore 35) emerge uno scostamento lieve, di seguito descritto.

- A) Scostamento lieve su: indicatore 35 (target ≤ 15 con valore Lombardia pari a 18,24). Da notare, peraltro, che solamente la provincia autonoma di Trento ed il Friuli-Venezia Giulia riescono a rispettare nel 2018 il target indicato.

In comparazione ai punteggi medi riscontrati per le altre regioni a statuto ordinario non in Piano di rientro, si vede come la Lombardia ottenga generalmente dei risultati migliori. Ciò emerge con maggior forza nel corso dell'ultimo quinquennio 2014-2018, dato che la Lombardia ottiene punteggi leggermente migliori sui nuovi indicatori introdotti in questo arco temporale, ossia gli indicatori 34 e 35 inerenti i parti cesarei primari e l'indicatore 36 sulla percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN. In relazione all'intero insieme delle regioni italiane, la Lombardia ottiene dei punteggi migliori alla maggior parte di esse sulla quasi totalità degli indicatori. Nello specifico, l'indicatore su cui, in assoluto, emergono le ottime performance della Lombardia è costituito dalla "percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari" (indicatore 30, misurato fino al 2015): su di esso, infatti, prestazioni migliori a quelle lombarde vengono, in media, conseguite nei periodi 2010-2013 e nel biennio 2014-2015 unicamente dal Piemonte. Dall'altra parte, la Lombardia sembra avere delle evidenti difficoltà in comparazione alle altre regioni in merito all'indicatore sul "rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (definiti nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario" (indicatore 31). In realtà, si deve sottolineare come in questo caso il riferimento ai valori medi penalizzi oltremodo la Lombardia, dato che essa sta gradualmente migliorando le proprie prestazioni su questo indicatore. A dimostrazione di ciò, nell'ultima rilevazione per il 2018, sebbene abbia ancora dei punteggi peggiori a quelli di quasi tutte le altre regioni, riesce comunque, come già detto, a centrare il target posto a livello ministeriale.

A completamento del paragrafo, si propone come sempre un approfondimento su quegli indicatori a cui nell'ultimo report per il 2018, ma giova sottolinearlo questo vale quasi sempre anche per i report degli anni precedenti, è stato attribuito un peso superiore o uguale a 1. Nella categoria dell'assistenza ospedaliera essi sono 5. Il primo in ordine di importanza, con un peso pari a 2,5, è proprio quello su cui si sono evidenziate le maggiori difficoltà per la Lombardia, ossia l'indicatore 31 sull'appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario. Per esso, la Lombardia passa dalla situazione riscontrata nel periodo 2002-2005, in cui presenta in media dei punteggi peggiori a quelli di tutte le regioni del centro nord, con l'esclusione della Provincia autonoma di Bolzano e del Lazio, a quella che invece caratterizza l'ultimo intervallo temporale analizzato, 2014-2018, in cui in media ha risultati peggiori di tutte le regioni, con la sola eccezione della Campania. Procedendo in ordine decrescente di peso, troviamo poi l'indicatore 27 sul "tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti" e l'indicatore

37 sulla “percentuale di pazienti con più di 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario”, entrambi con un peso eguale a 1,5. In merito all’indicatore 27, è evidente nel corso degli anni il miglioramento delle performance della Lombardia in relazione alle altre regioni: se, infatti, nel periodo 2002-2005 essa presenta dei punteggi in media peggiori di Piemonte, Valle d’Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche, nel corso degli intervalli temporali 2010-2013 e 2014-2018, essa si colloca alle spalle solamente di Veneto, Friuli Venezia giulia, Toscana e Sicilia (quest’ultima con riferimento soltanto al quinquennio 2014-2018). Per l’indicatore 37, invece, si rileva una dinamica opposta dato che il numero di regioni rispetto alle quali la Lombardia mostra in media dei valori peggiori va leggermente ad aumentare nel corso degli anni. In generale, le regioni in confronto a cui la Lombardia presenta sempre punteggi peggiori sono la Valle d’Aosta, la Provincia autonoma di Bolzano, il Veneto ed il Friuli-Venezia Giulia. Su tre dei quattro intervalli temporali superano in media la Lombardia anche l’Emilia-Romagna, la Toscana e le Marche. Infine, gli ultimi due indicatori evidenziati in verde sono l’indicatore 28 sul “tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti” e l’indicatore 34 sulla “percentuale di parti cesarei primari in strutture con oltre 1.000 parti all’anno”, entrambi con un peso pari a 1. Per quanto riguarda l’indicatore 28, è molto rilevante osservare come la Lombardia sia riuscita a migliorare i propri punteggi in misura superiore al resto delle regioni: se infatti nel periodo 2002-2005, essa si colloca al di sotto di tutte le regioni del centro-nord, con le eccezioni di Liguria e Lazio, e della Puglia, nel corso dell’ultimo quinquennio, 2014-2018, la Lombardia mostra punteggi in media peggiori soltanto a quelli del Veneto. Relativamente all’indicatore 34, misurato come detto a partire dal 2015, nel quadriennio 2015-2018 la Lombardia presenta in media dei valori peggiori solamente in comparazione alle due province autonome di Trento e Bolzano, al Veneto ed all’Emilia-Romagna.

Al fine di completare l’analisi sugli indicatori Lea, si può, aggiornando con i dati per il 2018 un lavoro svolto dalla Fondazione Gimbe per il periodo 2010-2017, osservare l’evoluzione dei punteggi complessivi ottenuti in merito alla griglia LEA dalla Lombardia e, in un’ottica di comparazione, da tutte le altre regioni italiane nel periodo 2010-2018. In pratica, sulla base della capacità mostrata dalle regioni di centrare i target fissati dal Ministero della salute in merito agli indicatori della Griglia LEA, viene attribuito annualmente un punteggio, pari al massimo a 225. Posto che le annualità analizzate sono 9, ne deriva che il punteggio massimo complessivamente raggiungibile da ogni regione nel periodo 2010-2018 corrisponda a 2.025. Partendo da questa informazione, abbiamo calcolato il grado di adempimento complessivo di ogni regione ai LEA, dato appunto dal rapporto tra la somma dei punteggi ottenuti nell’intervallo temporale 2010-2018 ed il valore 2.025. I risultati di questa rilevazione sono mostrati nel successivo grafico 16. Oltre a ciò, abbiamo riportato per ogni regione i punteggi ottenuti in tutti gli anni, evidenziando, conformemente a quanto fatto nei report del Ministero, in rosso i punteggi inferiori a 160, i quali evidenziano la presenza di criticità, in giallo i punteggi tra 160 e 200, i quali segnano il raggiungimento di livelli minimi accettabili e, infine, in verde i punteggi superiori a 200, i quali indicano delle valutazioni positive. Il dettaglio di questi dati è offerto dalla tabella 8. Al fine di una più corretta interpretazione dei risultati che emergono da queste due rilevazioni, è importante sottolineare come le regioni a statuto speciale e le due province autonome di Trento e Bolzano non siano sottoposte alla verifica degli adempimenti sui LEA.

Grafico 16: Grado di adempimento complessivo ai LEA nel periodo 2010-2018 per ogni regione

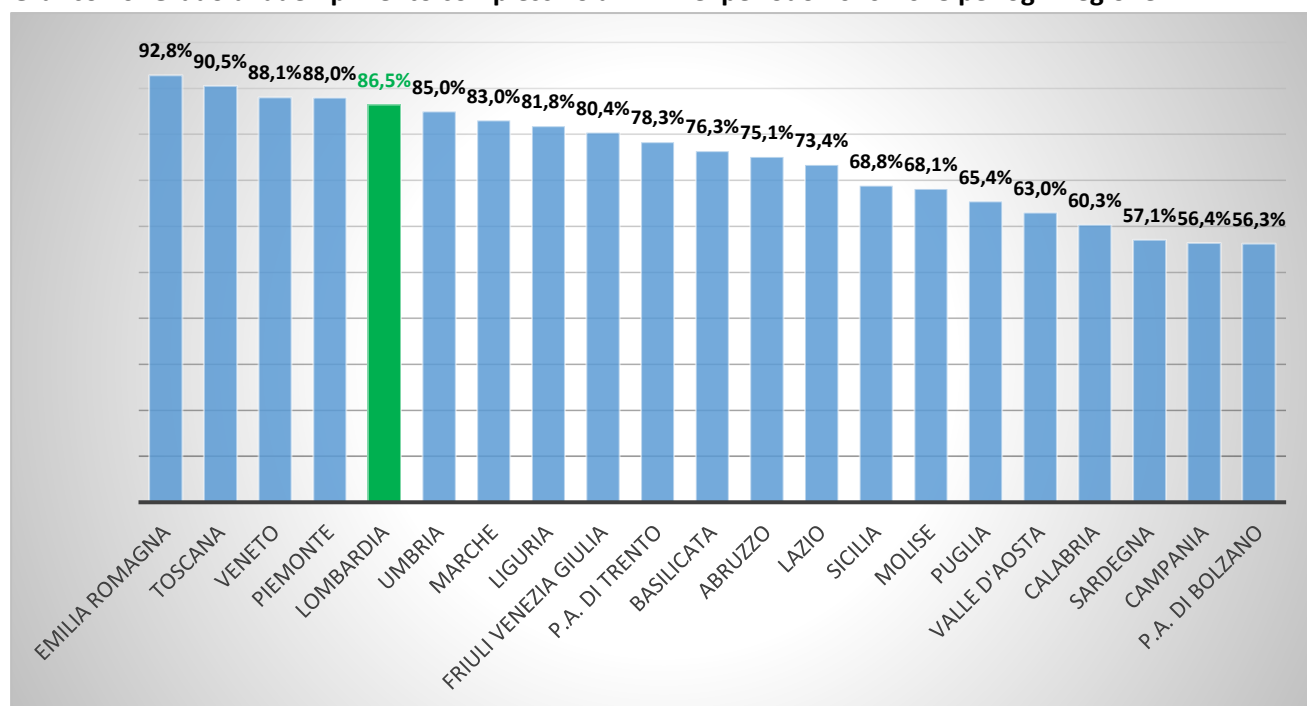


Tabella 8: I punteggi complessivi di ogni regione sulla Griglia LEA nel periodo 2010-2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Emilia-Romagna	208	205	210	204	204	205	205	218	221
Toscana	185	168	193	214	217	212	208	216	220
Veneto	178	182	193	190	189	202	209	218	222
Piemonte	174	170	186	201	200	205	207	221	218
Lombardia	171	195	184	187	193	196	198	212	215
Umbria	191	184	171	179	190	189	199	208	210
Marche	180	164	165	191	192	190	192	201	206
Liguria	137	166	176	187	194	194	196	195	211
Friuli-Venezia Giulia									
Giulia	171	172	167	168	163	185	203	193	206
P.A. di Trento	145	153	163	186	184	185	200	185	185
Basilicata	164	167	169	146	177	170	173	189	191
Abruzzo	133	145	145	152	163	182	189	202	209
Lazio	122	152	167	152	168	176	179	180	190
Sicilia	108	147	157	165	170	153	163	160	171
Molise	126	142	146	140	159	156	164	167	180
Puglia	74	123	140	134	162	155	169	179	189
Valle d'Aosta	162	153	135	129	120	132	137	149	159
Calabria	99	128	133	136	137	147	144	136	162
Sardegna	88	130	115	166	124	118	130	140	145
Campania	95	101	117	136	139	106	124	153	170
P.A. di Bolzano	120	131	126	113	113	121	153	120	142

Il grafico 16 pone, dunque, la Lombardia al quinto posto in termini di grado di adempimento complessivo agli indicatori della griglia LEA nel periodo 2010-2018, con una percentuale pari all'86,5%. Come si vede, rispetto alle quattro regioni che hanno registrato performance complessivamente migliori di quelle lombarde, percentuali di poco maggiori emergono per Veneto e Piemonte, mentre percentuali più significativamente superiori caratterizzano Emilia-Romagna e Toscana. Sulla base di quanto mostrato in precedenza, il ritardo della Lombardia rispetto a queste regioni nasce principalmente dai risultati non eccezionali ottenuti sull'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro e da alcuni punteggi bassi ottenuti in merito ad alcuni degli indicatori più rilevanti dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera. Detto ciò, la valutazione complessiva sulla Lombardia per il periodo 2010-2018 può considerarsi abbastanza soddisfacente, dato che mostra un grado di adempimento ai LEA molto superiore alla maggior parte delle altre regioni.

La tabella 8, entrando nello specifico dei punteggi di ogni anno, mostra come la Lombardia sia riuscita a migliorare sensibilmente la propria capacità di adempimento ai LEA nel corso dell'ultimo biennio 2017-2018. Nella fase precedente, infatti, i punteggi della Lombardia non erano mai risultati superiori a 200, valore sopra il quale, come detto, si concretizza il passaggio da una valutazione sufficiente ad una pienamente positiva. Come si vede, questo passaggio arriva in parallelo con quello di Umbria e Marche e con qualche anno di ritardo nei confronti delle quattro regioni sopra citate. In particolare, colpisce particolarmente la discrepanza con l'Emilia-Romagna, regione che mostra punteggi superiori a 200 in tutto il periodo 2010-2018.

4. L'ANALISI ECONOMICO-PATRIMONIALE DELLE AZIENDE SANITARIE LOMBARDE NEL PERIODO 2013-2018

Nel quarto ed ultimo capitolo di questo report il focus si pone sulle aziende sanitarie lombarde. L'elemento centrale da tenere in considerazione è necessariamente costituito dalla legge regionale n.23 del 11 agosto 2015, la quale ha prodotto una vera e propria ristrutturazione del modello sociosanitario lombardo. In breve, con l'obiettivo principale di dar vita ad un sistema maggiormente coordinato ed integrato, si è proceduto a trasformare le Aziende sanitarie locali (Asl) in Agenzie di tutela della salute (ATS) e le Aziende ospedaliere (AO) in Aziende sociosanitarie territoriali (ASST), rimodulandone per entrambe le funzioni. Facendo riferimento direttamente al testo di legge, le ATS possono essere definite come le articolazioni amministrative della regione che ne "attuano la programmazione attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati" (articolo 6). Dall'altra parte, le ASST vanno a costituire le strutture operative pubbliche della sanità lombarda, sia a livello di rete territoriale che di polo ospedaliero (articolo 7). Per ognuna delle 8 ripartizioni territoriali in cui viene suddivisa la Lombardia, vi è dunque una ATS cui spetta una funzione programmatica ed una serie di ASST che si occupano più specificatamente dell'erogazione dei servizi. Fatta questa rapida premessa, la finalità di questo capitolo è quella di fornire alcune informazioni sulla condizione da un punto di vista economico-patrimoniale delle aziende sanitarie lombarde, sia negli ultimi anni precedenti all'approvazione della suddetta legge, che nei primi anni successivi alla sua adozione. Più nel dettaglio, l'analisi è condotta per le Asl e le Aziende ospedaliere sul triennio 2013-2015 e per le ATS e le ASST sul triennio 2016-2018. I dati di conto economico sono ripresi dal sito web del Ministero della salute, mentre quelli sullo stato patrimoniale sono raccolti direttamente dai bilanci degli enti¹⁸. Per ogni azienda rientrante in uno dei quattro raggruppamenti e per tutti gli anni dei rispetti trienni si sono calcolati i valori di quattro indicatori, due desumibili dal conto economico e due dallo stato patrimoniale. Come già detto in introduzione, gli indicatori calcolati dal conto economico sono il risultato della gestione caratteristica, ossia la differenza tra il valore ed il costo totale della produzione, e l'utile lordo, dato dal risultato della gestione caratteristica \pm proventi e oneri straordinari \pm proventi e oneri finanziari. Come risulta evidente, l'obiettivo è quello di comprendere se e in che misura le aziende sanitarie siano riuscite ad incrementare i propri utili nel corso degli anni e se, in questo processo, possa essere riconosciuto un ruolo alla riorganizzazione del sistema sanitario lombardo generata dalla legge 23/2015. I due indicatori calcolati facendo affidamento allo stato patrimoniale sono, invece, il grado di indebitamento, dato dal rapporto tra il totale attivo dello stato patrimoniale ed il patrimonio netto, e l'indice di disponibilità, ottenuto dal rapporto tra attivo circolante + ratei e risconti attivi al numeratore e debiti+ ratei e risconti passivi al denominatore. Il grado di indebitamento si prefigge di stabilire in

¹⁸ Da notare che, per il solo 2013, non si è riusciti a recuperare i bilanci dell'Asl della Provincia di Brescia, dell'Asl della Provincia di Cremona, dell'Asl della Provincia di Milano 1, dell'Asl della Provincia di Milano 2, dell'Asl della Provincia di Sondrio, dell'A.O. Sant'Antonio Abate-Gallarate, dell'A.O. Ospedale di circolo-Busto Arsizio, dell'A.O. Mellino Mellini-Chiari, dell'A.O. Sant'Anna-Como e dell'A.O. San Paolo-Milano. Per queste aziende non sono, quindi, disponibili i dati sullo stato patrimoniale per il 2013.

che misura le attività svolte durante la gestione siano finanziate con capitale proprio oppure con capitale di terzi: maggiore è il valore del rapporto, maggiore sarà l'esposizione debitoria dell'azienda sanitaria. Dall'altra parte, l'indice di disponibilità rileva la capacità dell'ente di far fronte ai debiti/impegni di breve termine con le risorse correnti immediatamente disponibili: in questo caso, dunque, valori più alti sono sinonimo di maggior solidità finanziaria. Anche con riferimento a questi ultimi due indicatori, si avrà modo di osservare quali siano state le variazioni sull'intero arco temporale analizzato (2013-2018) e se siano state influenzate o meno dagli effetti della legge 23/2015. In aggiunta a tutto ciò, si mostrerà, in aggregato per ognuna delle quattro tipologie di aziende sanitarie, quale sia stata la variazione in valori assoluti nel corso dei trienni analizzati delle principali voci che compongono il conto economico e lo stato patrimoniale. Dal lato del conto economico, verranno quindi messi principalmente in evidenza i ricavi generati dai contributi in conto esercizio ed i costi legati al personale e/o all'acquisto di beni e servizi, mentre dal lato dello stato patrimoniale verrà sottolineato il peso dei crediti e delle immobilizzazioni, così come quello dei debiti e del patrimonio netto.

L'ANALISI ECONOMICO-PATRIMONIALE DELLE ASL LOMBARDE NEL PERIODO 2013-2015

Tabella 9: Il risultato della gestione caratteristica e l'utile lordo in tutte le Asl lombarde nel periodo 2013-2015 (valori in migliaia di euro)

	Risultato gestione caratteristica			Utile lordo		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	4.008	3.963	- 4.759	4.393	4.351	4.362
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	4.238	3.475	1.347	4.655	4.571	4.531
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	2.794	1.782	- 626	2.534	2.475	2.461
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI CREMONA	1.914	725	932	1.638	1.579	1.488
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LECCO	1.928	1.376	- 7.975	1.926	1.876	1.867
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LODI	1.670	1.515	- 1.526	1.562	1.531	1.530
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MANTOVA	2.479	1.781	- 9.646	2.959	2.900	2.838
A.S.L. DI MILANO	2.848	1.724	3.703	7.591	7.432	7.484
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	3.748	3.419	- 3.896	3.738	3.683	3.655
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 2	2.249	1.014	1.013	2.420	2.472	2.548
A.S.L. PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA	2.989	3.277	- 1.776	3.484	3.481	3.429

A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	2.816	-792	- 9.300	2.726	2.699	2.655
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI SONDRIO	1.832	1.450	- 910	1.544	1.521	1.512
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE	3.450	2.285	1.790	3.536	3.535	3.474
A.S.L. DI VALLECAMONICA- SEBINO	3.612	3.741	3.772	3.912	3.875	3.873
TOTALE	42.575	30.735	-27.857	48.618	47.981	47.707

Tabella 10: Il peso in valori assoluti (valori in migliaia di euro) ed in termini percentuali delle principali componenti dei ricavi e dei costi di produzione nelle Asl lombarde nel periodo 2013-2015

	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Contributi in c.esercizio	14.158.491	14.258.798	14.424.366	98,79%	98,50%	98,44%
<i>Di cui Contributi da Regione per quota F.S regionale</i>	14.130.309	14.228.095	14.405.165	98,59%	98,29%	98,31%
Altro	173.336	216.809	228.847	1,21%	1,50%	1,56%
<i>Di cui Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti</i>	68.601	86.761	96.221	0,48%	0,60%	0,66%
<i>Di cui ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie</i>	76.346	72.654	70.981	0,53%	0,50%	0,48%
Valore della produzione totale	14.331.827	14.475.607	14.653.213	100,00%	100,00%	100,00%
Acquisti di servizi	12.999.930	13.094.643	13.414.130	90,98%	90,65%	91,37%
<i>Di cui acquisti di servizi sanitari</i>	12.898.476	12.999.210	13.319.294	90,27%	89,99%	90,72%
Costo del personale	698.494	691.582	687.599	4,89%	4,79%	4,68%
<i>Di cui costo del personale di ruolo sanitario</i>	485.817	480.870	478.014	3,40%	3,33%	3,26%
Altro	590.828	658.647	579.341	4,13%	4,56%	4,59%
Costo della produzione totale	14.289.252	14.444.872	14.681.070	100,00%	100,00%	100,00%
Valore-costo della produzione totale	42.575	30.735	-27.857			
Proventi e oneri straordinari	6.053	17.303	73.042			
Proventi e oneri finanziari	-10	-57	2.522			
Utile lordo	48.618	47.981	47.707			

L'aspetto più interessante che emerge dalla tabella 9 è costituito dal netto peggioramento del risultato della gestione caratteristica per la maggior parte delle Asl nel corso del 2015. Se infatti nel 2014 solamente l'Asl della Provincia di Pavia registra un valore negativo, peraltro non particolarmente rilevante in quanto pari a circa 792.000€, nel 2015 ben 9 Asl su 15 mostrano dei costi di produzione superiori al valore della produzione. Le uniche due Asl che sostanzialmente hanno dei valori in linea, o

addirittura leggermente superiori, a quelli dei due anni precedenti sono l'Asl di Milano e l'Asl di Vallecamonica-Sebino. Per quanto riguarda invece l'utile lordo, si rilevano nel corso del triennio analizzato dei valori piuttosto costanti per tutte le Asl. In particolare, l'Asl di Milano è quella che registra i valori nettamente più alti pari a circa a 7,4/7,5 milioni di euro per ognuno dei tre anni. Come emerge dai dati disponibili sul sito web del Ministero della salute, ciò è la conseguenza sia dei suddetti rilevanti risultati della gestione caratteristica, sia del valore particolarmente elevato di una delle voci dei proventi straordinari, ossia le "sopravvenienze attive verso terzi relative all'acquisto di prestazioni sanitarie da operatori accreditati". La maggior parte delle altre Asl mostrano invece in termini di utile lordo dei risultati compresi all'incirca tra i 2,4 ed i 4,5 milioni di euro; su tutto il campione analizzato, poi, il valore più basso è quello della Asl della Provincia di Cremona per il 2015, eguale a circa 1,4 milioni di euro.

I dati adesso commentati possono essere compresi un po' più nel dettaglio osservando quanto mostrato dalla tabella 10. Come si vede, il peggioramento generalizzato del risultato della gestione caratteristica nel 2015 è la conseguenza di un incremento dei costi di produzione, sostanzialmente determinato da un aumento della spesa per l'acquisto di servizi sanitari, proporzionalmente superiore all'incremento del valore totale della produzione. Analizzando nello specifico le singole componenti, si può anzitutto notare un incremento lieve ma costante del valore dei contributi in conto esercizio provenienti dalla regione, i quali costituiscono la quasi totalità del valore della produzione. Dal lato dei costi, oltre al suddetto aumento del peso, sia in valori assoluti che percentuali, della componente relativa all'acquisto di servizi, si rileva una lievissima riduzione del costo del personale. La variazione più rilevante in assoluto è quella dei proventi e oneri straordinari, i quali passano dai 17 milioni di euro del 2014 ai 73 milioni di euro del 2015 in risposta alle difficoltà di gestione delle Asl evidenziate dal valore negativo del risultato della gestione caratteristica per il 2015. In particolare, dai dati del Ministero della salute emerge come l'aumento più netto riguardi il valore delle sopravvenienze attive verso terzi, specialmente relative al personale. Per quanto attiene, infine, ai proventi ed oneri finanziari, il valore positivo del 2015 è sostanzialmente la conseguenza dell'elevato livello dei proventi finanziari da interessi attivi che emerge per l'Asl della Provincia di Monza e Brianza.

Tabella 11: Il grado di indebitamento e l'indice di disponibilità delle Asl lombarde nel periodo 2013-2015

		Grado di indebitamento			Indice di disponibilità		
		2013	2014	2015	2013	2014	2015
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO		75,62	74,71	25,18	1,03	1,02	1,06
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	X		14,05	15,25	X	1,09	1,07
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO		273,34	212,92	22,63	1,01	1,01	1,09
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI CREMONA	X		49,37	18,93	X	1,04	1,08
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LECCO		2,69	2,60	1,63	0,93	1,00	1,10
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LODI		2,08	2,05	1,93	0,99	1,10	1,21

Relazione sulla spesa sanitaria in Lombardia nel periodo 2002-2019

A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MANTOVA		41,77	43,63	1,00	1,00	1,00
A.S.L. DI MILANO	34,11					
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	20,74	17,14	14,81	1,07	1,09	1,11
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 2		27,81				
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 2	X		10,34	X	1,06	1,16
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 2	X	332,51	43,77	X	1,01	1,07
A.S.L. PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA	239,05	210,34	79,59	1,25	1,01	1,01
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	-515,98	-2736,90	39,21	1,05	1,06	1,15
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI SONDRIO	X	-47,29	11,66	X	0,96	0,99
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE	177,08	151,90	21,24	1,01	1,01	1,09
A.S.L. DI VALLECAMONICA- SEBINO	12,01	26,93	14,46	1,03	0,98	1,03
TOTALE	34,68	25,94	16,90	1,02	1,03	1,04

Tabella 12: Il peso in valori assoluti (valori in migliaia di euro) ed in termini percentuali delle componenti dell'attivo e del passivo dello stato patrimoniale nelle Asl lombarde nel periodo 2013-2015

	2013 ¹⁹	2014	2015	2013	2014	2015
Immobilizzazioni	657.522	627.430	600.366	3,60%	3,08%	7,26%
Attivo circolante	17.612.321	19.760.480	7.664.290	96,34%	96,88%	92,63%
Di cui Crediti verso Regione	14.375.683	16.396.662	6.690.730	78,64%	80,39%	80,87%
Ratei e risconti attivi	11.283	9.393	9.275	0,06%	0,05%	0,11%
Totale attivo stato patrimoniale	18.281.125	20.397.303	8.273.931	100,00%	100,00%	100,00%
Patrimonio netto	515.320	525.303	566.415	2,82%	2,58%	6,85%
Fondo per rischi ed oneri	492.074	528.229	473.868	2,69%	2,59%	5,73%
TFR	9.801	10.173	10.706	0,05%	0,05%	0,13%
Debiti	17.245.702	19.314.432	7.216.566	94,34%	94,69%	87,22%
Di cui Debiti verso Regione	12.509.401	14.091.270	4.574.052	68,43%	69,08%	55,28%
Ratei e risconti passivi	18.229	19.166	6.376	0,10%	0,09%	0,08%
Totale passivo stato patrimoniale	18.281.125	20.397.303	8.273.931	100,00%	100,00%	100,00%

Il primo aspetto da chiarire relativamente alla tabella 11 è legato alla presenza di valori negativi per l'Asl della Provincia di Pavia nel biennio 2013-2014 e per l'Asl della Provincia di Sondrio nel 2014. In

¹⁹ Per questo anno, come detto, non sono stati individuati i valori per l'Asl della Provincia di Brescia, per l'Asl della Provincia di Cremona, per l'Asl della Provincia di Milano 1, per l'Asl della Provincia di Milano 2 e per l'Asl della Provincia di Sondrio. Al fine di non variare l'ampiezza del campione analizzato, si sono utilizzati i valori derivanti dalle relative medie calcolate sul biennio 2014-2015.

entrambi i casi, infatti, si rileva un valore negativo del fondo di dotazione che non viene compensato dalle altre voci che compongono il patrimonio netto. Nel caso poi dell'Asl della Provincia di Pavia, il fondo di dotazione risulta inferiore a 0 fin dal 2002 a causa del trasferimento di risorse che in questo anno si è generato a favore dell'Azienda ospedaliera della Provincia di Pavia, nata appunto per scorporo dall'Asl stessa. Soltanto nel 2015 sono state attuate dall'Asl, a seguito di esplicita richiesta da parte della regione, una serie di operazioni che hanno portato all'azzeramento del fondo di dotazione e, di conseguenza, a valori positivi del patrimonio netto. Esclusi questi casi estremi, si può notare come i valori del grado di indebitamento siano in buona parte dei casi molto elevati nel biennio 2013-2014 e poi vadano sensibilmente a diminuire nel corso del 2015. Le Asl per cui questo fenomeno risulta estremamente pronunciato sono l'Asl della Provincia di Como e l'Asl della Provincia di Milano 2: le cause di ciò, di cui tratta con maggior dettaglio nella tabella 11, sono date da una forte riduzione del totale dei crediti verso la regione. In tutto il triennio, i livelli più bassi del grado di indebitamento caratterizzano l'Asl della Provincia di Lecco e l'Asl della Provincia di Lodi: per entrambe il valore del rapporto è addirittura inferiore a 2 nel corso del 2015, situazione che indica che per le due aziende il capitale proprio è divenuto superiore al capitale di terzi. Per quanto attiene all'indice di disponibilità, anch'esso va nella maggior parte dei casi a rafforzarsi nel corso del 2015 rispetto ai valori del biennio 2013-2014. Ciò è particolarmente evidente per l'Asl della Provincia di Lecco, per l'Asl della Provincia di Lodi, per l'Asl della Provincia di Milano 1 e per l'Asl della Provincia di Pavia. L'unico caso in cui il valore dell'indice di disponibilità va leggermente a ridursi nel passaggio dal 2014 al 2015 è costituito dall'Asl della Provincia di Brescia. Valori inferiori a 1, i quali segnalano gravi problemi di solvibilità nel breve periodo, emergono soltanto per l'Asl della Provincia di Lodi e l'Asl della Provincia di Lecco nel 2013, le quali però, come detto, registrano anche i valori più bassi sul grado di indebitamento, per l'Asl della Vallecamonica-Sebino nel 2014 e per l'Asl della Provincia di Sondrio nel biennio 2014-2015.

La tabella 12 permette di evidenziare le cause della netta variazione del valore degli indicatori nel corso del 2015. Come si vede, il totale dell'attivo circolante e dei debiti è andato più che a dimezzarsi come conseguenza soprattutto di una fortissima contrazione del valore dei crediti e dei debiti detenuti dalle Asl nei confronti della regione. La ragione di ciò, sulla base di quello che emerge dalla lettura dei bilanci d'esercizio per il 2015 di alcune Asl, è la conseguenza di un'estesa attività di ricognizione e di verifica delle posizioni creditorie e debitorie delle Asl verso la regione, attuata su richiesta della regione stessa. Da tale attività ne è derivata, tra i vari effetti, l'azzeramento dei crediti e dei debiti per mobilità passiva intraregionale e lo stralcio di alcune tipologie di credito e di debito (es. i debiti per ferie maturate e non godute). L'abbattimento dell'ammontare dei crediti verso la regione è alla base della generale contrazione dei valori del grado di indebitamento. Ulteriore effetto conseguente alla riduzione della rilevanza delle componenti dell'attivo circolante e dei debiti è dato, chiaramente, dalla crescita del peso in termini percentuali delle altre componenti dello stato patrimoniale, quali le immobilizzazioni, dal lato dell'attivo dello stato patrimoniale, e il patrimonio netto e il fondo per rischi e oneri, entrambi dalla parte del passivo dello stato patrimoniale.

L'ANALISI ECONOMICO-PATRIMONIALE DELLE ATS LOMBARDE NEL PERIODO 2016-2018

Con l'approvazione della legge regionale n. 23/2015, le 15 Asl lombarde sono confluite all'interno di 8 Agenzie territoriali sanitarie. La trasformazione e l'aggregazione delle Asl è stata la seguente:

- L'Asl della Provincia di Bergamo si è trasformata nell'ATS di Bergamo
- L'Asl della Provincia di Brescia si è trasformata nell'ATS di Brescia
- L'Asl della Provincia di Como e l'Asl della Provincia di Varese sono confluite nell'ATS dell'Insubria
- L'Asl della Provincia di Cremona e l'Asl della Provincia di Mantova sono confluite nell'ATS della Val Padana
- L'Asl di Milano, l'Asl della Provincia di Milano 1, l'Asl della Provincia di Milano 2 e l'Asl della Provincia di Lodi sono confluite nell'ATS della Città metropolitana di Milano.
- L'Asl della Provincia di Lecco e l'Asl della Provincia di Monza e Brianza sono confluite nell'ATS della Brianza
- L'Asl della Provincia di Pavia si è trasformata nell'ATS di Pavia
- L'Asl della Provincia di Sondrio e l'Asl di Vallecamonica-Sebino sono confluite nell'ATS della Montagna

Tabella 13: Il risultato della gestione caratteristica e l'utile lordo in tutte le ATS lombarde nel periodo 2016-2018 (valori in migliaia di euro)

	Risultato gestione caratteristica			Utile lordo		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	3.627	-15.293	-6.473	11.920	8.254	7.422
ATS DELL'INSUBRIA	1.317	159	2.336	3.418	3.048	3.021
ATS DELLA MONTAGNA	845	-517	786	1.489	1.394	1.412
ATS DELLA BRIANZA	337	-2.233	2.133	2.888	2.364	2.322
ATS DI BERGAMO	198	-148	1.741	2.466	2.373	2.335
ATS DI BRESCIA	502	-1.907	1.268	2.310	2.038	2.065
ATS DELLA VAL PADANA	948	232	690	2.726	2.559	2.121
ATS DI PAVIA	-2.351	-382	1.188	1.812	1.536	1.533
TOTALE	5.423	-20.089	3.669	29.029	23.566	22.231

Tabella 14: Il peso in valori assoluti (valori in migliaia di euro) ed in termini percentuali delle principali componenti dei ricavi e dei costi di produzione nelle ATS lombarde nel periodo 2016-2018

	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Contributi in c.esercizio	14.052.147	14.144.416	14.361.217	99,24%	99,23%	94,80%
<i>Di cui</i> Contributi da Regione per quota F.S						
regionale	14.032.201	14.104.197	14.326.581	99,09%	98,95%	94,57%
Altro	108.318	109.088	787.862	0,76%	0,77%	5,20%

<i>Di cui</i> Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	26.827	31.902	42.292	0,19%	0,22%	0,28%
<i>Di cui</i> ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie	48.733	43.511	715.318	0,34%	0,31%	4,72%
Valore della produzione totale	14.160.465	14.253.504	15.149.079	100,00%	100,00%	100,00%
Acquisti di servizi	13.372.205	13.583.676	14.454.358	94,47%	95,17%	95,44%
<i>Di cui</i> acquisti di servizi sanitari	13.322.280	13.533.659	14.408.469	94,12%	94,82%	95,13%
Costo del personale	423.487	350.765	339.632	2,99%	2,46%	2,24%
<i>Di cui</i> costo del personale di ruolo sanitario	293.263	244.057	234.325	2,07%	1,71%	1,55%
Altro	359.350	339.152	351.420	2,54%	2,38%	2,32%
Costo della produzione totale	14.155.042	14.273.593	15.145.410	100,00%	100,00%	100,00%
Valore-costo della produzione totale	5.423	-20.089	3.669			
Proventi e oneri straordinari	23.531	43.598	18.464			
Proventi e oneri finanziari	75	57	98			
Utile lordo	29.029	23.566	22.231			

La tabella 13 mostra, anzitutto, l'andamento altalenante del risultato della gestione caratteristica per le ATS lombarde nel corso del triennio 2016-2018. Nel 2016 l'unica azienda sanitaria con valore negativo è l'ATS di Pavia, un risultato peraltro in linea con quanto visto nel 2015 (tabella 9) in cui l'ASL della Provincia di Pavia registrava un valore estremamente negativo su questo indicatore. Nel 2017 il risultato della gestione caratteristica risulta negativo per la totalità delle ATS, con le sole eccezioni dell'ATS dell'Insubria e dell'ATS della Val Padana, mentre nel 2018 valori inferiori allo zero tornano ad emergere per una sola ATS, quella della Città metropolitana di Milano. In generale, nel triennio 2016-2018 è proprio l'ATS della Città metropolitana di Milano a mostrare la situazione peggiore sul risultato della gestione caratteristica. Analizzando su questo aspetto i dati riportati dal Ministero della salute, si può notare che per il 2017 ciò è la conseguenza di una forte riduzione dei contributi in conto esercizio ricevuti dalla regione rispetto all'anno precedente, mentre per il 2018 la causa è da rintracciarsi in un forte incremento dei costi per l'acquisto di servizi sanitari. Dall'altra parte, l'azienda sanitaria che nel periodo 2016-2018 riporta, in misura nettamente maggiore alle altre, il risultato maggiormente positivo è l'ATS dell'Insubria con un risultato della gestione caratteristica complessivamente pari a circa 3,8 milioni di euro. Relativamente all'utile lordo, si possono osservare nel corso del triennio analizzato dei valori decrescenti per tutte le ATS che fanno sì che il valore complessivo di questo indicatore passi dai 29 milioni di euro del 2016 ai 22,2 milioni di euro del 2018. Gli unici due casi in cui, seppur in maniera molto lieve, l'utile lordo va ad aumentare nel confronto tra 2017 ed il 2018 sono costituiti dall'ATS della Montagna e dall'ATS di Brescia.

La tabella 14 rileva, in primo luogo, la lieve crescita nel corso del triennio del totale complessivo dei contributi in conto esercizio provenienti dalla regione. Su questo punto, però, è interessante evidenziare, facendo riferimento a quanto esposto in tabella 10, che il totale dei contributi in conto esercizio per le Asl nel periodo 2013-2015 risulta, seppur di poco, superiore al totale dei contributi a favore delle ATS nel triennio 2016-2018. Tra le altre componenti del valore della produzione, emerge

in maniera netta il forte incremento dei ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie che caratterizza il 2018 in comparazione al biennio 2016-2017. Entrando nel dettaglio, tutte le ATS partecipano a questo incremento ma un ruolo chiave deve essere riconosciuto all'ATS della Città metropolitana di Milano, la quale nel passaggio dal 2017 al 2018 aumenta i ricavi da prestazioni sanitarie e sociosanitarie di circa 440 milioni di euro. Dal lato dei costi di produzione, il dato più rilevante è sicuramente rappresentato dall'aumento esponenziale della spesa per l'acquisto di servizi sanitari, la quale passa dai 13,3 miliardi di euro del 2016 ai 14,4 miliardi di euro del 2018. Proprio l'incremento di questa componente di costo spiega i valori negativi del risultato della gestione caratteristica rilevati per quasi tutte le ATS nel corso del 2017. Nell'ultimo anno di rilevazione, invece, seppur il costo per l'acquisto di servizi sanitari diventi, come detto, ancor più pesante, viene compensato dall'incremento dei contributi in conto esercizio e, soprattutto, dal suddetto aumento dei ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie: il risultato della gestione caratteristica torna così ad essere generalmente positivo. Relativamente, infine, all'utile lordo, le differenze tra il 2016 e il 2018 sono principalmente determinate da una contrazione del valore dei proventi straordinari registrata per alcune ATS e, soprattutto, per l'ATS della Città metropolitana di Milano. Con riguardo al 2017, il valore estremamente alto dei proventi straordinari, necessario per riportare l'utile lordo totale sui livelli degli altri anni dato il valore negativo del risultato della gestione caratteristica, è determinato principalmente da un incremento rilevato in tutte le ATS del valore delle sopravvenienze attive verso terzi relative al personale e/o alle convenzioni con medici di base.

Tabella 15: Il grado di indebitamento e l'indice di disponibilità delle ATS nel periodo 2016-2018

	Grado di indebitamento			Indice di disponibilità		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	24,10	23,26	15,72	1,09	1,08	1,17
ATS DELL'INSUBRIA	51,40	56,45	33,60	1,10	1,09	1,17
ATS DELLA MONTAGNA	88,35	82,40	71,04	1,11	1,09	1,19
ATS DELLA BRIANZA	246,86	103,76	64,24	1,02	1,05	1,12
ATS DI BERGAMO	93,75	88,28	87,00	1,05	1,04	1,06
ATS DI BRESCIA	15,01	16,11	11,83	1,11	1,10	1,16
ATS DELLA VAL PADANA	23,47	24,89	12,19	1,11	1,08	1,21
ATS DI PAVIA	343,27	354,63	66,92	1,14	1,10	1,17
TOTALE	38,61	32,14	21,96	1,07	1,08	1,15

Tabella 16: Il peso in valori assoluti (valori in migliaia di euro) ed in termini percentuali delle componenti dell'attivo e del passivo dello stato patrimoniale nelle ATS lombarde nel periodo 2016-2018

	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Immobilizzazioni	153.211	141.447	115.457	2,11%	2,29%	3,57%
Attivo circolante	7.105.377	6.015.745	3.105.492	97,80%	97,60%	96,11%
<i>Di cui</i> Crediti verso Regione	6.085.374	4.993.079	1.494.864	83,76%	81,01%	46,26%
<i>Di cui</i> Crediti verso Aziende sanitarie pubbliche e acconto quota FSR	547.413	444.056	1.122.737	7,53%	7,20%	34,75%
Ratei e risconti attivi	6.622	6.332	10.382	0,09%	0,10%	0,32%
Totale attivo stato patrimoniale	7.265.210	6.163.524	3.231.331	100,00%	100,00%	100,00%
Patrimonio netto	188.171	191.756	147.497	2,59%	3,11%	4,56%
Fondo per rischi ed oneri	427.897	367.036	357.054	5,89%	5,95%	11,05%
TFR	8.387	8.344	8.059	0,12%	0,14%	0,25%
Debiti	6.640.265	5.595.938	2.718.223	91,40%	90,79%	84,12%
<i>Di cui</i> Debiti verso Regione	3.969.693	2.710.395	344.175	54,64%	48,44%	10,65%
<i>Di cui</i> Debiti verso Aziende sanitarie pubbliche	1.276.045	1.503.929	1.193.973	17,56%	24,40%	36,95%
Ratei e risconti passivi	170	450	498	0,002%	0,01%	0,02%
Totale passivo stato patrimoniale	7.264.890	6.163.524	3.231.331	100,00%	100,00%	100,00%

Nella tabella 15 si può, anzitutto, evidenziare per tutte le ATS una riduzione progressiva del grado di indebitamento, particolarmente accentuata per alcune di esse. Il caso più eclatante è costituito dall'ATS di Pavia che passa dal valore di 354,63 del 2017 a quello di 66,92 del 2018: ciò è dovuto sia ad una riduzione dell'attivo circolante, sia, soprattutto, ad un forte aumento del valore del patrimonio netto, conseguente, a sua volta, ad un incremento del fondo di dotazione determinato dalla "regolarizzazione contabile delle posizioni debitorie e creditorie pregresse che l'Agenzia ha effettuato" (Bilancio d'esercizio 2018 dell'ATS di Pavia). Concentrando l'attenzione sui dati per il 2018, si deve però rilevare come l'intervallo all'interno del quale sono ricompresi i valori del grado di indebitamento continui ad essere molto ampio: si passa, infatti, da un valore minimo di 11,83 per l'ATS di Brescia ad un valore massimo di 87 per l'ATS di Bergamo. Oltre a ciò, bisogna anche evidenziare che i valori del grado di indebitamento per le ATS nel triennio 2016-2018 sono in media più elevati di quelli rilevati per le Asl nel periodo 2013-2015 (tabella 11) e che non vi sono più casi, come quelli dell'Asl della Provincia di Lecco e dell'Asl della Provincia di Lodi nel 2015, in cui il capitale proprio arriva a superare il capitale di terzi (situazione che, come detto, si manifesta per valori del grado di indebitamento inferiori a 2). Al pari del grado di indebitamento, anche i valori dell'indice di disponibilità diventano migliori nel corso del triennio analizzato, registrando una crescita particolarmente accentuata nel 2018. Tale crescita è rilevabile per tutte le Agenzie, ma raggiunge le punte più elevate nel caso dell'ATS della Montagna (da 1,09 del 2017 a 1,19 del 2018) e dell'ATS della Val Padana (da 1,08 del 2017 a 1,21 del 2018). Con riferimento a questo indicatore, si può notare che, in media, i valori delle ATS siano molto superiori a quelli delle Asl nel periodo 2013-2015 (tabella 11): da ciò si può, dunque, trarre la

conclusione che con il nuovo modello organizzativo introdotto dalla legge regionale n. 23/2015 si sia favorita la prosecuzione del processo di rafforzamento della solidità finanziaria delle Agenzie.

Gli aspetti principali evidenziabili dalla tabella 16 sono legati alla forte riduzione nel corso del 2018 del valore dell'attivo circolante, sostanzialmente dovuta alla netta diminuzione dei crediti verso la regione, ed alla riduzione ancora più rilevante del totale dei debiti, conseguente al crollo dell'ammontare dei debiti verso la Regione. Questi due fattori, riduzione dell'attivo circolante e contrazione ancora più netta dei debiti, spiegano le variazioni riscontrate nel 2018 per, rispettivamente, i valori del grado di indebitamento ed i valori dell'indice di disponibilità. Per quanto attiene ai crediti ed ai debiti verso la regione, quanto mostrato nel 2018 è, come spiegato ad esempio nel bilancio d'esercizio 2018 dell'ATS della Città metropolitana di Milano, il risultato di un "accordo con la Regione per la regolarizzazione di tutta la cassa in sospeso, relativa a partite antecedenti la costituzione dell'Agenzia". Relativamente invece ai crediti verso Aziende sanitarie pubbliche, il forte incremento che caratterizza il 2018 è, sempre facendo affidamento al suddetto bilancio dell'ATS della Città metropolitana di Milano, "dovuto alla registrazione della mobilità intraregionale in compensazione, in precedenza esposta tra i crediti v/Regione e rettificata a seguito delle operazioni di verifica delle posizioni creditorie in essere al 31/12/2017, effettuate in collaborazione con Regione e le altre aziende del sistema sanitario". I debiti verso Aziende sanitarie pubbliche, invece, non subiscono variazioni di eguale entità nel corso del triennio, anche se, a seguito del crollo del valore dei debiti verso regione, divengono nel 2018 la forma principale di debito, pari a circa il 37% del passivo totale dello stato patrimoniale. Per quanto riguarda le altre componenti dello stato patrimoniale, il valore delle immobilizzazioni va leggermente a diminuire in valori assoluti nel corso degli anni ma, per quanto detto in precedenza, cresce in rapporto all'attivo totale dello stato patrimoniale. Medesime considerazioni, stavolta con riferimento al passivo totale dello stato patrimoniale, valgono per il patrimonio netto e per il Fondo per rischi ed oneri.

L'ANALISI ECONOMICO-PATRIMONIALE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE LOMBARDE NEL PERIODO 2013-2015

Tabella 17: Il risultato della gestione caratteristica e l'utile lordo (valori in migliaia di euro) in tutte le Aziende ospedaliere lombarde nel periodo 2013-2015

	Risultato gestione caratteristica			Utile lordo		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
A.O. OSP.CIRC. FONDAZIONE MACCHI-VARESE	21.817	13.723	6.700	12.959	12.942	13.074
A.O. S.ANTONIO ABATE - GALLARATE	5.398	5.640	5.213	5.699	5.573	5.578
A.O. OSPEDALE DI CIRCOLO - BUSTO ARSIZIO	11.146	11.455	8.245	10.793	10.702	12.808
A.O. SPEDALI CIVILI - BRESCIA	20.601	21.099	20.662	20.834	21.111	21.261
A.O. "MELLINO MELLINI" - CHIARI	5.778	4.790	3.621	4.730	4.729	4.681
A.O. DESENZANO DEL GARDA - DESENZANO G.	8.715	8.724	7.229	8.765	8.555	8.587
A.O. ISTITUTI OSPEDALIERI - CREMONA	7.969	8.918	7.189	8.533	8.506	8.476

A.O. OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	4.163	4.476	2.654	4.460	4.436	4.412
A.O. S.ANNA - COMO	11.060	11.265	7.243	11.642	11.743	11.758
A.O. OSPEDALE DI LECCO - LECCO	8.761	9.289	6.698	9.900	9.953	9.784
A.O. OSPEDALI RIUNITI - BERGAMO	13.779	10.940	12.943	13.341	13.236	13.233
A.O. OSP.TREVIGLIO CARAVAGGIO-TREVIGLIO	9.939	10.098	5.942	7.001	7.043	7.285
A.O. "BOLOGNINI" - SERIATE	7.473	7.616	6.531	7.617	7.568	7.580
A.O. "CARLO POMA" - MANTOVA	11.278	11.274	758	12.009	12.098	11.891
A.O. "LUIGI SACCO" - MILANO	7.318	7.587	5.759	6.810	6.863	6.808
A.O. "OSP.NIGUARDA CA'GRANDA"-MILANO	15.259	14.148	6.278	15.270	16.014	15.971
A.O. "IST.CLIN.PERFEZIONAMENTO" -MILANO	11.345	10.411	5.113	11.237	10.675	10.725
A.O. FATEBENEFRAELLI E OFTALMICO-MILANO	7.239	7.146	6.513	6.784	6.727	6.663
A.O. "SAN PAOLO" - MILANO	6.409	6.671	1.896	6.642	6.832	6.883
A.O. IST.ORTOPEDICO GAETANO PINI-MILANO	3.301	3.148	1.733	3.105	3.059	3.073
A.O. "S.CARLO BORROMEIO" - MILANO	7.465	6.959	6.483	7.021	6.732	6.582
A.O. OSPEDALE CIVILE - LEGNANO	13.056	12.695	10.493	13.129	13.095	13.039
A.O. "G. SALVINI" - GARBAGNATE	10.173	11.481	5.001	11.437	11.334	11.140
A.O. OSPEDALE DI CIRCOLO - MELEGNANO	9.996	9.052	6.239	8.968	8.848	8.792
A.O. OSPEDALE CIVILE - VIMERCATE	14.002	12.349	8.656	11.410	11.313	11.406
A.O. "S.GERARDO" - MONZA	8.289	9.267	9.171	9.849	9.718	9.758
A.O. DELLA PROVINCIA DI LODI	7.433	7.115	1.896	7.409	7.424	7.447
A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	9.711	9.846	9.788	10.002	9.818	9.861
A.O. VALTELLINA E VALCHIAVENNA	9.210	10.161	4.889	9.086	9.066	9.025
TOTALE	288.083	277.343	191.536	276.442	275.713	277.581

Tabella 18: Il peso in valori assoluti (valori in migliaia di euro) ed in termini percentuali delle principali componenti dei ricavi e dei costi di produzione nelle Aziende ospedaliere lombarde nel periodo 2013-2015

	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie	5.367.581	5.416.971	5.646.355	66,80%	67,00%	68,84%
<i>Di cui</i> Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti pubblici	5.122.310	5.171.038	5.399.490	63,75%	63,96%	65,83%
Contributi in c.esercizio	2.044.197	2.048.879	1.936.931	25,44%	25,34%	23,62%
<i>Di cui</i> Contributi da Regione per quota F.S. regionale	1.854.754	1.850.567	1.739.016	23,08%	22,89%	21,20%
Altro	623.615	619.472	618.524	7,76%	7,66%	7,54%
<i>Di cui</i> Quota contributi in c.capitale imputata all'esercizio	233.842	252.053	257.905	2,91%	3,12%	3,14%
<i>Di cui</i> Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	213.135	211.161	206.428	2,65%	2,61%	2,52%
Valore della produzione totale	8.035.393	8.085.322	8.201.810	100,00%	100,00%	100,00%
Costo del personale	3.871.445	3.842.204	3.836.663	49,97%	49,21%	47,90%
<i>Di cui</i> costo del personale di ruolo sanitario	3.061.732	3.044.097	3.046.435	39,52%	38,99%	38,03%
Acquisti di beni	1.530.498	1.574.612	1.820.715	19,76%	20,17%	22,73%
<i>Di cui</i> Acquisti di beni sanitari	1.457.404	1.508.257	1.760.861	18,81%	19,32%	21,98%
Acquisti di servizi	1.474.605	1.476.445	1.451.519	19,03%	18,91%	18,12%
<i>Di cui</i> acquisti di servizi non sanitari	850.261	844.137	820.428	10,97%	10,81%	10,24%
Altro	870.762	914.718	901.377	11,24%	11,72%	11,25%
Costo della produzione totale	7.747.310	7.807.979	8.010.274	100,00%	100,00%	100,00%
Valore-costo della produzione totale	288.083	277.343	191.536			
Proventi e oneri straordinari	-9.943	518	87.035			
Proventi e oneri finanziari	-1.698	-2.148	-990			
Utile lordo	276.442	275.713	277.581			

La tabella 17 evidenzia come i valori più elevati del risultato della gestione caratteristica per la totalità delle Aziende ospedaliere lombarde si distribuiscano equamente tra il 2013 ed il 2014. Nel corso dell'ultimo anno di rilevazione, invece, seppur non manchino i casi in cui tali valori si mantengono perfettamente sui livelli del biennio precedente, quali, ad esempio, l'Azienda ospedaliera degli ospedali civili di Brescia o l'Azienda ospedaliera degli ospedali riuniti di Bergamo, il risultato complessivo della gestione caratteristica risulta molto più basso (dai 277 milioni di euro del 2014 ai 191 milioni di euro del 2015). Tra le varie Aziende ospedaliere il cui risultato della gestione caratteristica va fortemente a diminuire nel corso del 2015, il caso più evidente è costituito dall'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, in cui si passa da un valore di circa 11,2 milioni di euro nel 2014 ai soli 758.000€ del 2015.

Analizzando nel dettaglio i dati offerti dal Ministero della salute, si vede come questa forte riduzione dipenda principalmente da una netta contrazione del totale dei contributi in conto esercizio ricevuti dalla regione. Posto che le regioni finanziano le Aziende ospedaliere sulla base delle attività da esse effettivamente svolte (tramite tariffe e DRG), è presumibile che la diminuzione dei contributi a favore di questa Azienda sia appunto la conseguenza di una riduzione del numero o della tipologia di prestazioni offerte. In generale, nel triennio 2013-2015 i valori più elevati in assoluto del risultato della gestione caratteristica si registrano per l'Azienda ospedaliera- Ospedale di circolo Fondazione Macchi di Varese nel 2013 e per l'Azienda ospedaliera Spedali Civili di Brescia nel biennio 2014-2015. Al contrario, i valori più bassi di questo indicatore si rilevano per l'Azienda Ospedaliera- Istituto ortopedico Gaetano Pini di Milano nel biennio 2013-2014 e, conformemente a quanto sopra riportato, per l'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova nel 2015. Per quanto riguarda l'utile lordo, esso si mantiene piuttosto costante per tutte le Aziende ospedaliere nel corso del triennio analizzato: le Aziende che hanno registrato le maggiori contrazioni in termini di risultato della gestione caratteristica nel corso del 2015 sono, dunque, anche quelle che nel corso di questo anno hanno usufruito di un ammontare eccezionalmente elevato di proventi straordinari. Per la medesima logica, alcune Aziende ospedaliere sono state sottoposte nel corso del 2013, anno in cui il risultato complessivo della gestione caratteristica è il più alto di tutto il triennio, ad un livello particolarmente alto di oneri straordinari. Tra di esse, il caso nettamente più rilevante è quello dell'Azienda ospedaliera- Ospedale di circolo Fondazione Macchi di Varese, in cui il valore degli oneri straordinari per il 2013 è pari a 8,8 milioni di euro, valore molto superiore a quello dell'anno successivo eguale soltanto a 526.000€. Dai dati mostrati sul sito web del Ministero della salute, si può osservare come la quasi totalità di questi oneri derivi dalla componente relativa alle "sopravvenienze attive verso terzi relative all'acquisto di beni e servizi".

La tabella 18 mostra, in primo luogo, che nel triennio 2013-2015 il valore totale della produzione per il complesso delle Aziende ospedaliere va ad aumentare come conseguenza di una crescita costante dei ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie, per la quasi totalità erogate a soggetti pubblici. I contributi in conto esercizio presentano un trend opposto, ma comunque di ampiezza più ridotta rispetto a quella che interessa i suddetti ricavi. Dal lato dei costi, sia il costo del personale che quello per l'acquisto di servizi non mostrano variazioni particolarmente accentuate nel corso del triennio 2013-2015. Al contrario, e ciò spiega la riduzione generalizzata del risultato della gestione caratteristica per il 2015, nel corso dell'ultimo anno analizzato aumenta fortemente il costo per l'acquisto di beni (dagli 1,57 miliardi di euro del 2014 agli 1,82 miliardi di euro del 2015). Analizzando su questo punto i dati per ognuna delle 29 Aziende ospedaliere, si nota che l'incremento di questa voce di costo interessa la quasi totalità di esse ma risulta particolarmente pronunciata in alcuni casi: essi sono costituiti dall'Azienda ospedaliera Luigi Sacco di Milano (+43 milioni di euro rispetto al 2014), dall'Azienda ospedaliera Ospedali riuniti di Bergamo (+33 milioni di euro rispetto al 2014) e dall'Azienda ospedaliera Niguarda-Ca'Granda di Milano (+28 milioni di euro rispetto al 2014). Da ultimo, è interessante precisare che l'elevatissimo ammontare di proventi e oneri straordinari per il 2015, pari a circa 87 milioni di euro, deriva nella maggior parte dei casi da valori elevati delle componenti delle "sopravvenienze attive verso terzi relativi al personale" e, in misura minore, delle "sopravvenienze attive verso terzi relative all'acquisto di beni e servizi".

Tabella 19: Il grado di indebitamento (in giallo i valori inferiori a 2) e l'indice di disponibilità (in verde i valori superiori a 1) delle Aziende ospedaliere lombarde nel periodo 2013-2015

	Grado di indebitamento			Indice di disponibilità		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
A.O. OSP.CIRC. FONDAZIONE MACCHI-VARESE	2,77	2,74	2,59	0,63	0,68	0,65
A.O. S.ANTONIO ABATE - GALLARATE	X	16,77	2,28	X	0,95	0,98
A.O. OSPEDALE DI CIRCOLO - BUSTO ARSIZIO	X	2,82	2,50	X	0,87	0,94
A.O. SPEDALI CIVILI - BRESCIA	1,84	1,85	1,76	0,97	0,90	0,91
A.O. "MELLINO MELLINI" - CHIARI	X	1,69	1,51	X	1,03	1,19
A.O. DESENZANO DEL GARDA - DESENZANO G.	2,91	2,57	1,76	0,92	1,08	1,25
A.O. ISTITUTI OSPEDALIERI - CREMONA	6,30	6,17	2,43	0,79	0,83	0,62
A.O. OSPEDALE MAGGIORE-CREMA	1,93	1,81	1,69	1,48	1,82	2,17
A.O. S.ANNA - COMO	X	1,65	1,53	X	0,93	0,89
A.O. OSPEDALE DI LECCO - LECCO	2,69	2,60	1,63	0,93	1,00	1,10
A.O. OSPEDALI RIUNITI - BERGAMO	1,59	1,56	1,58	0,73	0,67	0,73
A.O. OSP.TREVIGLIO CARAVAGGIO-TREVIGLIO	6,48	5,25	2,98	0,79	0,87	0,73
A.O. "BOLOGNINI" - SERIATE	2,38	2,29	1,93	0,95	0,45	1,09
A.O. "CARLO POMA" - MANTOVA	2,04	2,02	1,84	0,96	1,10	1,40
A.O. "LUIGI SACCO" - MILANO	4,19	4,18	3,21	0,73	0,77	0,88
A.O. "OSP.NIGUARDA CA'GRANDA"-MILANO	2,23	2,30	2,04	0,74	0,66	0,72
A.O. "IST.CLIN.PERFEZIONAMENTO" -MILANO	2,00	2,55	1,70	1,14	0,81	1,35
A.O. FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO-MILANO	2,75	2,80	2,39	0,82	0,84	0,93
A.O. "SAN PAOLO" MILANO	X	8,74	3,44	X	0,92	0,87
A.O. IST.ORTOPEDICO GAETANO PINI-MILANO	2,14	2,17	1,80	1,10	1,22	1,29
A.O. "S.CARLO BORROMEIO" - MILANO	4,51	4,59	1,91	0,85	0,87	1,30
A.O. OSPEDALE CIVILE - LEGNANO	2,07	2,02	1,97	0,79	0,87	0,87
A.O. "G. SALVINI" - GARBAGNATE	3,93	2,84	2,42	0,93	1,20	1,17
A.O. OSPEDALE DI CIRCOLO - MELEGNANO	2,80	2,19	1,91	0,89	1,05	1,12
A.O. OSPEDALE CIVILE - VIMERCATE	2,40	2,47	2,32	0,56	0,60	0,60
A.O. "S.GERARDO" - MONZA	3,34	2,96	2,11	0,86	0,98	1,29
A.O. DELLA PROVINCIA DI LODI	2,08	2,05	1,93	0,99	1,10	1,21

A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	1,90	1,90	1,90	0,79	0,87	0,94
A.O. VALTELLINA						
VALCHIAVENNA	3,26	2,57	1,72	1,10	1,31	1,88
TOTALE	2,40	2,39	1,96	0,84	0,88	0,93

Tabella 20: Il peso in valori assoluti (valori in migliaia di euro) ed in termini percentuali delle componenti dell'attivo e del passivo dello stato patrimoniale nelle Aziende ospedaliere lombarde nel periodo 2013-2015

	2013 ²⁰	2014	2015	2013	2014	2015
Immobilizzazioni	4.503.427	4.413.077	4.214.807	54,46%	52,24%	60,83%
<i>Di cui Fabbricati</i>	3.475.386	3.516.147	3.420.631	42,02%	41,62%	49,37%
Attivo circolante	3.711.443	3.976.257	2.701.700	44,88%	47,07%	38,99%
<i>Di cui Crediti verso</i>						
Regione	1.817.515	2.157.259	1.211.150	21,98%	25,54%	17,48%
Ratei e risconti attivi	55.394	58.783	12.240	0,67%	0,70%	0,18%
Totale attivo stato patrimoniale	8.269.904	8.448.117	6.928.747	100,00%	100,00%	100,00%
Patrimonio netto	3.375.373	3.439.795	3.500.113	40,82%	40,72%	50,52%
<i>Di cui Finanziamenti da</i>						
Regione per investimenti	2.171.142	2.278.681	2.180.347	26,25%	26,97%	31,47%
Fondo per rischi ed oneri	389.633	420.098	467.978	4,71%	4,97%	6,75%
TFR	49.703	51.038	52.776	0,60%	0,60%	0,76%
Debiti	4.447.959	4.529.514	2.901.139	53,78%	53,62%	41,87%
<i>Di cui Debiti verso</i>						
Regione	2.179.340	2.176.370	1.057.116	26,35%	25,76%	15,26%
Ratei e risconti passivi	7.236	7.672	6.741	0,09%	0,09%	0,10%
Totale passivo stato patrimoniale	8.269.904	8.448.117	6.928.747	100,00%	100,00%	100,00%

La tabella 19 mostra che nel periodo 2013-2015 si è andato a ridurre il valore del grado di indebitamento per tutte le Aziende ospedaliere lombarde. In particolare, cresce nel corso del triennio il numero di Aziende con valori inferiori a 2, ossia quelle per cui il capitale proprio risulta superiore al capitale di terzi: si passa, infatti, dai quattro casi presenti nel 2013 (l'A.O. ospedali civili di Brescia; l'A.O. ospedale Maggiore di Crema; l'A.O. Ospedali riuniti di Bergamo e l'A.O. della Provincia di Pavia) ai diciassette del 2015. Oltre a ciò, nel 2015 non vi sono più valori del grado di indebitamento particolarmente elevati: il livello più alto, rilevato per l'Azienda ospedaliera San Paolo di Milano, è infatti pari solamente a 3,44. Dall'altra parte, anche i valori dell'indice di disponibilità vanno a migliorare nel corso del triennio analizzato, rimanendo però su livelli particolarmente bassi. In particolare, le Aziende ospedaliere che presentano livelli superiori a 1, valore sopra il quale un'Azienda è considerata solvibile, vanno dalle quattro del 2013 (l'A.O. Ospedale Maggiore di Crema; l'A.O. Istituto clinico perfezionamento di Milano; l'A.O. Istituto Ortopedico Gaetano Pini-Milano e l'A.O. Valtellina e Valchiavenna), alle quattordici del 2015 e, dunque, sono anche in quest'ultimo caso inferiori al 50% del totale. In tutto il triennio, poi, la situazione peggiore su questo indicatore è sempre rappresentata

²⁰ Per questo anno, come detto, non sono stati individuati i dati dell'A.O. S. Antonio Abate Gallarate, dell'A.O. Ospedale di circolo Busto Arsizio, dell'A.O. "Mellino Mellini" di Chiari, dell'A.O. Sant'Anna di Como e dell'A.O. "San Paolo" di Milano. Al fine di non variare l'ampiezza del campione analizzato nel corso del triennio, si sono utilizzate le relative medie del biennio 2014-2015.

dall'A.O. Ospedale civile di Vimercate, la quale, a causa di un livello di debiti che si mantiene costantemente molto superiore a quello dell'attivo circolante, non raggiunge mai valori dell'indice di disponibilità superiori a 0,60.

La tabella 20 evidenzia come la riduzione del grado di indebitamento riscontrata per la totalità delle Aziende ospedaliere sia principalmente il risultato di una forte riduzione dell'attivo circolante nel corso del 2015. Le ragioni di questa diminuzione, così come di quella dei debiti nel medesimo anno, sono le medesime già viste per le Asl (tabella 12), ossia l'attuazione di un'ampia attività di ricognizione e di verifica delle posizioni creditorie e debitorie delle Aziende ospedaliere verso la Regione, dalla quale è derivata l'azzeramento e la riclassificazione di un esteso ammontare di crediti e di debiti. Il lieve ma generalizzato incremento dei valori dell'indice di disponibilità nel corso del 2015 è poi spiegato dal fatto che, a differenza del biennio 2013-2014, in questo anno la discrepanza tra attivo circolante e debiti si fa molto più ridotta (eguale a circa 200 milioni di euro). Per quanto riguarda le altre principali componenti dello stato patrimoniale, si rileva una riduzione costante del valore delle immobilizzazioni (dai 4,5 miliardi di euro del 2013 ai 4,2 miliardi di euro del 2015), per buona parte imputabile ai fabbricati, ed una crescita significativa del valore del patrimonio netto (dai 3,37 miliardi di euro del 2013 ai 3,5 miliardi di euro del 2015), il quale arriva a rappresentare nel 2015 circa il 50% del totale passivo dello stato patrimoniale. Entrando nel dettaglio dei dati raccolti dai bilanci, si può osservare che la variazione positiva del patrimonio netto è principalmente imputabile a tre Aziende ospedaliere, ossia L'Azienda ospedaliera San Gerardo di Monza (+46 milioni rispetto al 2013), L'Azienda ospedaliera San Carlo Borromeo di Milano (+39 milioni rispetto al 2013) e l'Azienda ospedaliera G. Salvini-Garbagnate (+32 milioni rispetto al 2013).

L'ANALISI ECONOMICO-PATRIMONIALE DELLE ASST LOMBARDE NEL PERIODO 2016-2018

Con l'approvazione della legge regionale n.23/2015, le 29 Aziende ospedaliere lombarde si sono trasformate in 27 Agenzie sociosanitarie territoriali, a loro volta afferenti alle 8 Agenzie di tutela della salute territorialmente competenti. Di seguito, a fini di completezza d'analisi, il dettaglio di ciò:

1) ATS della Città metropolitana di Milano:

A.O. Ospedale Niguarda Ca'Granda → ASST Grande ospedale metropolitano Niguarda

A.O. Ospedale San Paolo + A.O. Ospedale San Carlo Borromeo → ASST Santi Paolo e Carlo

A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano + A.O. Luigi Sacco di Milano → ASST Fatebenefratelli Sacco

A.O. Istituto ortopedico Gaetano Pini di Milano → ASST Gaetano Pini CTO

A.O. Ospedale Civile di Legnano → ASST ovest Milanese

A.O. Guido Salvini di Garbagnate → ASST Rhodense

A.O. Istituto clinico di perfezionamento → ASST Ovest Milanese

A.O. Ospedale di circolo di Melegnano → ASST Melegnano e della Martesana

A.O. della Provincia di Lodi → ASST di Lodi

2) ATS dell'Insubria:

A.O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese → ASST dei sette laghi

A.O. Sant'Antonio Abate-Gallarate + A.O. Ospedale di Circolo Busto Arsizio → ASST della Valle Olona

A.O. Sant'Anna di Como → ASST Lariana

3) ATS della Montagna:

A.O. Valtellina e Valchiavenna → ASST della Valtellina e Alto Lario

ASST della Valcamonica

4) ATS della Brianza

A.O. Ospedale di Lecco → ASST di Lecco

A.O. San Gerardo di Monza → ASST di Monza

A.O. Ospedale civile di Vimercate → ASST di Vimercate

5) ATS di Bergamo

A.O. ospedali riuniti di Bergamo → ASST Papa Giovanni XXIII

A.O. Ospedale Treviglio Caravaggio-Treviglio → ASST di Bergamo Ovest

A.O. Bolognini-Seriate → ASST di Bergamo est

6) ATS di Brescia:

A.O. ospedali civili di Brescia → ASST degli ospedali civili di Brescia

A.O. Mellino Mellini-Chiari → ASST della Franciacorta

A.O. Desenzano del Garda → ASST del Garda

7) ATS della Val Padana:

A.O. Istituti ospedalieri di Cremona → ASST di Cremona

A.O. Carlo Poma di Mantova → ASST di Mantova

A.O. Ospedale Maggiore di Crema → ASST di Crema

8) ATS di Pavia

A.O. della Provincia di Pavia → ASST di Pavia

Tabella 21: Il risultato della gestione caratteristica e l'utile lordo (valori in migliaia di euro) in tutte le ASST lombarde nel periodo 2016-2018

	Risultato gestione caratteristica			Utile lordo		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	11.605	10.749	5.760	15.809	16.138	16.523
ASST SANTI PAOLO E CARLO	11.695	10.682	16.188	12.985	14.446	14.731
ASST FATEBENEFRADELLI SACCIO	16.226	16.542	19.308	15.648	16.234	16.738
ASST SPEC.ORT.TRAUMATOLOGICO G.PINI/CTO	4.415	3.279	2.828	4.392	4.334	4.515
ASST OVEST MILANESE	12.844	11.805	13.989	13.782	13.913	13.960
ASST RHODENSE	10.297	8.834	9.326	12.100	12.205	12.121
ASST NORD MILANO	6.814	4.746	4.867	6.940	7.400	7.456
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	10.972	9.368	9.515	10.005	10.145	10.040
ASST DI LODI	7.376	6.657	8.052	7.942	8.031	8.137
ASST DEI SETTE LAGHI	14.743	12.923	16.083	15.388	15.610	16.129
ASST DELLA VALLE OLONA	15.114	11.751	17.582	14.752	14.217	14.253
ASST LARIANA	10.453	8.765	10.647	11.432	11.572	11.643
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	9.501	7.954	9.355	10.196	10.397	10.441
ASST DELLA VALCAMONICA	3.196	2.949	3.303	3.531	3.634	3.668
ASST DI LECCO	9.008	9.264	7.554	10.320	10.566	10.729

Relazione sulla spesa sanitaria in Lombardia nel periodo 2002-2019

ASST DI MONZA	12.814	9.078	10.408	14.231	14.429	14.753
ASST DI VIMERCATE	8.190	5.696	7.879	8.649	8.621	8.708
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	13.331	11.330	11.828	14.775	14.694	14.702
ASST DI BERGAMO OVEST	5.736	5.760	6.295	6.469	6.357	6.400
ASST DI BERGAMO EST	8.087	6.515	6.899	8.432	8.307	8.657
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	20.463	18.675	22.194	22.139	22.312	22.681
ASST DELLA FRANCIACORTA	4.815	4.298	4.632	5.087	5.113	5.233
ASST DEL GARDA	8.387	7.397	9.258	8.996	9.010	9.254
ASST DI CREMONA	7.903	7.756	8.964	8.703	8.812	8.901
ASST DI MANTOVA	11.473	10.435	13.035	13.117	13.259	13.699
ASST DI CREMA	4.364	3.656	4.291	4.629	4.691	4.809
ASST DI PAVIA	9.970	8.334	10.653	10.419	10.670	10.767
TOTALE	269.792	235.198	270.693	290.868	295.117	299.648

Tabella 22: Il peso in valori assoluti (valori in migliaia di euro) ed in termini percentuali delle principali componenti dei ricavi e dei costi di produzione nelle ASST lombarde nel periodo 2016-2018

	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie	5.728.084	5.765.165	5.876.633	65,01%	64,29%	63,31%
<i>Di cui</i> Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti pubblici	5.474.350	5.520.623	5.628.010	62,13%	61,56%	60,63%
Contributi in c.esercizio	2.374.386	2.480.226	2.686.012	26,95%	27,66%	28,94%
<i>Di cui</i> Contributi da Regione per quota F.S. regionale	2.173.965	2.274.376	2.475.124	24,67%	25,36%	26,67%
Altro	708.484	722.341	719.278	8,04%	8,05%	7,75%
<i>Di cui</i> Quota contributi in c.capitale imputata all'esercizio	285.105	288.725	286.104	3,24%	3,22%	3,08%
<i>Di cui</i> Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	198.710	195.897	195.954	2,26%	2,18%	2,11%
Valore della produzione totale	8.810.954	8.967.732	9.281.923	100,00%	100,00%	100,00%
Costo del personale	4.071.701	4.132.686	4.208.307	47,67%	47,33%	46,70%
<i>Di cui</i> costo del personale di ruolo sanitario	3.214.711	3.257.901	3.307.050	37,64%	37,31%	36,70%
Acquisti di beni	1.931.214	2.042.834	2.177.756	22,61%	23,39%	24,17%
<i>Di cui</i> Acquisti di beni sanitari	1.877.689	1.991.069	2.127.191	21,98%	22,80%	23,61%
Acquisti di servizi	1.586.552	1.583.952	1.616.866	18,58%	18,14%	17,94%
<i>Di cui</i> acquisti di servizi non sanitari	848.512	864.925	878.496	9,93%	9,90%	9,75%
Altro	951.695	973.062	1.008.301	11,14%	11,14%	11,19%
Costo della produzione totale	8.541.162	8.732.534	9.011.230	100,00%	100,00%	100,00%
Valore-costo della produzione totale	269.792	235.198	270.693			

Proventi e oneri straordinari	21.670	60.701	29.579
Proventi e oneri finanziari	-574	-777	-623
Rettifiche di valore di attività finanziarie	-20	-5	-1
Utile lordo	290.868	295.117	299.648

Nel triennio 2016-2018 il valore complessivo del risultato della gestione caratteristica per le ASST lombarde tocca il suo valore più basso nel 2017 (circa 235 milioni di euro): come si può vedere, la contrazione dei risultati in questo anno interessa tutte le ASST, ma assume un'ampiezza rilevante solamente in pochi casi, quale ad esempio quello dell'ASST della Valle Olona (dai 15,1 milioni di euro del 2016 agli 11,7 milioni di euro del 2017). Sull'intero triennio, la crescita più marcata del risultato della gestione caratteristica si rileva per l'ASST Santi Paolo e Carlo (dagli 11,6 milioni di euro del 2016 ai 16,1 milioni di euro del 2018), a causa principalmente di una forte crescita nell'ammontare di contributi in conto esercizio ricevuti dalla regione. Al contrario, la contrazione più netta riguarda un'altra Azienda operante all'interno dell'ambito territoriale dell'ATS della Città metropolitana di Milano, ossia l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Per essa, il risultato della gestione caratteristica passa dagli 11,6 milioni di euro del 2016 ai 5,7 milioni di euro del 2018, come conseguenza di una forte crescita di tutte le principali voci di costo e, in particolare, di quella relativa ai beni sanitari (dai 109 milioni di euro del 2016 ai 158 milioni di euro del 2018), non compensata da un aumento di eguale intensità del valore totale della produzione. In generale, è da rilevare che i risultati complessivi della gestione caratteristica per il triennio 2016-2018 sono sempre inferiori a quelli rilevati per le Aziende ospedaliere nel biennio 2013-2014, pari rispettivamente, come visto in tabella 17, a circa 288 e 277 milioni di euro. Relativamente ai valori dell'utile lordo, si può osservare nel periodo analizzato un lieve ma costante aumento per la quasi totalità delle ASST. In particolare, in linea con quanto notato in precedenza, l'incremento maggiore si rileva per l'ASST Santi Paolo e Carlo, dai 12,9 milioni di euro del 2016 ai 14,7 milioni di euro del 2018. Dall'altra parte, nella comparazione tra 2016 e 2018 valori lievemente più bassi dell'utile lordo emergono solamente per l'ASST della Valle Olona (circa 500.000€), per l'ASST Papa Giovanni XXIII (circa 73.000€) e per l'ASST di Bergamo Ovest (circa 69.000€). Diversamente da quanto osservato per il risultato della gestione caratteristica, i valori totali dell'utile lordo sono decisamente superiori a quelli rilevati per le Aziende ospedaliere nel periodo 2013-2015 (vedi tabella 17).

Spostando l'attenzione sulla tabella 22, si può subito notare che, nel corso del triennio 2016-2018, sono andate a crescere tutte le principali componenti del valore e del costo totale della produzione. Per quanto riguarda i ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie e i contributi in conto esercizio, l'incremento maggiore si rileva per il 2018 e proprio ad esso si deve l'aumento, riportato in tabella 21, del risultato della gestione caratteristica in questo anno rispetto al 2017. Dal lato dei costi, invece, l'aumento risulta più graduale e interessa principalmente la componente relativa all'acquisto di beni, quasi totalmente sanitari, la quale nel periodo 2016-2018 incrementa il proprio valore di circa 246 milioni di euro. Sullo stesso arco temporale, il costo del personale aumenta di circa 136 milioni di euro e quello per l'acquisto di servizi di circa 36 milioni di euro. In generale, il valore complessivo di tutte le componenti è andato a crescere rispetto al periodo 2013-2015 (tabella 18): le variazioni maggiori riguardano i contributi in conto esercizio, i quali passano da una media di circa 2 miliardi di euro a valori compresi tra i 2,3 e i 2,6 miliardi di euro, ed il costo del personale, il quale valeva circa 3,8 miliardi

di euro nel triennio 2013-2015 e risulta pari a valori compresi tra 4 e 4,2 miliardi di euro nel periodo 2016-2018. Infine, relativamente ai proventi ed oneri straordinari, si nota anzitutto il valore estremamente alto del 2017, dovuto, come sempre, ad una emissione eccezionale di risorse conseguente ad una contrazione del risultato della gestione caratteristica. Comparando invece il valore del 2016, 21,6 milioni di euro, con quello del 2018, 29,5 milioni di euro, ed approfondendo su questo aspetto i dati forniti sul sito del Ministero della salute, si può osservare come il contributo maggiore a questa variazione sia garantito dall'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Per tale Azienda, infatti, si rileva un incremento del valore dei proventi straordinari pari a circa 6,5 milioni di euro, principalmente generato da una forte crescita della componente delle "sopravvenienze attive verso terzi relative all'acquisto di beni e servizi".

Tabella 23: Il grado di indebitamento (in giallo i valori inferiori a 2) e l'indice di disponibilità (in verde i valori superiori a 1) delle ASST nel periodo 2016-2018

	Grado di indebitamento			Indice di disponibilità		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	2,14	2,21	2,19	0,77	0,79	0,88
ASST SANTI PAOLO E CARLO	2,20	2,26	1,96	1,25	1,29	1,51
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	2,85	2,89	2,76	0,97	1,06	1,17
ASST SPEC.ORT.TRAUMATOLOGICO G.PINI/CTO	1,95	2,01	1,81	1,30	1,32	1,57
ASST OVEST MILANESE	1,99	2,00	1,86	0,98	1,05	1,15
ASST RHODENSE	2,56	2,60	1,99	1,20	1,21	1,48
ASST NORD MILANO	2,14	2,10	1,89	1,46	1,62	1,95
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	2,11	2,43	2,37	1,09	1,07	1,08
ASST DI LODI	2,10	2,04	1,63	1,08	1,20	1,52
ASST DEI SETTE LAGHI	2,62	2,80	2,82	0,82	0,81	0,88
ASST DELLA VALLE OLONA	2,88	2,89	2,62	1,06	1,15	1,28
ASST LARIANA	1,59	1,62	1,56	0,91	1,00	1,17
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	1,98	1,98	1,84	1,39	1,39	1,65
ASST DELLA VALCAMONICA	2,65	2,69	1,94	1,21	1,26	1,70
ASST DI LECCO	1,85	1,87	1,82	1,12	1,24	1,40
ASST DI MONZA	2,41	2,07	1,91	1,12	1,21	1,45
ASST DI VIMERCATE	2,92	2,81	2,69	0,70	0,72	0,80
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	1,71	1,85	1,90	0,78	0,88	0,96
ASST DI BERGAMO OVEST	3,24	3,43	2,66	0,78	0,84	0,97
ASST DI BERGAMO EST	2,07	2,00	1,97	1,09	1,16	1,23
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	1,76	1,76	1,69	0,95	1,03	1,11
ASST DELLA FRANCIACORTA	1,70	1,66	1,65	1,19	1,31	1,34
ASST DEL GARDA	1,99	1,90	1,75	1,19	1,28	1,54
ASST DI CREMONA	2,61	2,81	1,89	0,78	0,80	1,15
ASST DI MANTOVA	2,08	2,03	1,85	1,22	1,37	1,50
ASST DI CREMA	1,84	1,89	1,65	1,97	1,93	2,27
ASST DI PAVIA	2,05	2,16	1,73	1,01	1,05	1,37
TOTALE	2,15	2,17	2,01	0,99	1,05	1,19

Tabella 24: Il peso in valori assoluti (valori in migliaia di euro) ed in termini percentuali delle componenti dell'attivo e del passivo dello stato patrimoniale nelle ASST lombarde nel periodo 2016-2018

	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Immobilizzazioni	4.172.636	3.987.780	3.802.675	54,23%	51,41%	50,80%
<i>Di cui</i> Fabbricati	3.386.626	3.297.759	3.120.186	44,02%	42,52%	41,68%
Attivo circolante	3.515.675	3.762.766	3.678.124	45,69%	48,51%	49,13%
<i>Di cui</i> Crediti verso Regione	1.457.327	1.530.311	1.699.475	18,94%	19,73%	22,70%
<i>Di cui</i> Crediti verso Aziende sanitarie regionali	1.172.364	1.399.363	1.126.999	15,24%	18,04%	15,05%
Ratei e risconti attivi	5.507	5.822	5.398	0,07%	0,08%	0,07%
Totale attivo stato patrimoniale	7.693.818	7.756.368	7.486.197	100,00%	100,00%	100,00%
Patrimonio netto	3.582.926	3.569.944	3.725.256	46,57%	46,03%	49,76%
<i>Di cui</i> Finanziamenti da Regione per investimenti	2.262.741	2.312.708	2.502.393	29,41%	29,82%	33,43%
Fondo per rischi ed oneri	515.131	558.456	601.021	6,70%	7,20%	8,03%
TFR	54.241	55.782	54.211	0,70%	0,72%	0,72%
Debiti	3.531.042	3.560.987	3.096.423	45,89%	45,91%	41,36%
<i>Di cui</i> Debiti verso Regione	1.049.578	1.038.597	54.301	13,64%	13,39%	0,73%
<i>Di cui</i> Debiti verso Fornitori	1.039.224	1.117.855	1.157.112	13,51%	14,41%	15,46%
Ratei e risconti passivi	10.478	11.199	9.286	0,14%	0,14%	0,12%
Totale passivo stato patrimoniale	7.693.818	7.756.368	7.486.197	100,00%	100,00%	100,00%

I valori del grado di indebitamento delle ASST lombarde, come emerge dalla tabella 23, registrano un netto miglioramento nel corso del 2018. A dimostrazione di ciò, il numero di quelle che mostrano dei valori inferiori a 2 (evidenziate in giallo, al pari di quanto fatto per le Aziende ospedaliere in tabella 19), e quindi un livello di capitale proprio superiore al capitale di terzi, risultano essere pari a venti nel 2018, mentre erano rispettivamente dieci e otto nel 2016 e nel 2017. Considerando la totalità delle Aziende, l'unico caso in cui il grado di indebitamento va ad aumentare, seppur leggermente, nel corso del triennio è costituito dall'ASST dei sette laghi (da 2,62 del 2016 a 2,82 del 2018). Raggruppando le ASST sulla base della circoscrizione territoriale di riferimento, è poi interessante notare come valori del grado di indebitamento inferiori a 2 sull'intero triennio caratterizzino tutte le tre ASST rientranti nell'ambito territoriale dell'ATS di Brescia, ossia l'ASST degli ospedali civili di Brescia, l'ASST della Franciacorta e l'ASST del Garda. Al contrario, con l'esclusione dell'ASST Gaetano Pini e dell'ASST Ovest Milanese, nessuna delle ASST che opera nel territorio in cui si estende l'ATS della Città Metropolitana di Milano, registra dei valori inferiori a questa soglia per almeno due anni del triennio analizzato. Comparando i dati su questo indicatore con quelli rilevati per le Aziende ospedaliere nel periodo 2013-2015 (tabella 19), si può osservare, in generale, un ulteriore miglioramento della situazione. Giunti al 2018, infatti, non vi è nessuna Azienda con grado di indebitamento superiore a 3 e, anche nel biennio 2016-2017, l'unica in questa condizione era l'ASST di Bergamo ovest. Per quanto riguarda l'indice di disponibilità, il numero totale di ASST con valore superiore a 1 passano dalle diciassette del 2016 alle ventidue del 2018. In questo, dunque, emerge un netto miglioramento rispetto alla situazione delle aziende ospedaliere rilevata nel triennio precedente (tabella 19), poiché per esse almeno la metà del

campione di riferimento registrava sempre valori di questo indicatore inferiori a 1. Nonostante ciò, si deve anche evidenziare che, oltre al fatto che sono ancora cinque le Aziende per cui non risulta mai superata la suddetta soglia pari a 1 nel corso del triennio 2016-2018, ossia l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, l'ASST dei sette laghi, l'ASST di Vimercate, l'ASST Papa Giovanni XXIII e l'ASST di Bergamo ovest, si rileva un solo caso, quello dell'ASST di Crema nel 2018, in cui tale valore risulta superiore a 2.

La tabella 24 mostra, anzitutto, una riduzione progressiva del valore delle immobilizzazioni, le quali vanno dai 4,1 miliardi di euro del 2016 ai 3,8 miliardi di euro del 2018. Tale contrazione si pone in continuità con quella rilevata per le Aziende ospedaliere (tabella 20) nel triennio 2013-2015, periodo nel quale l'ammontare totale delle immobilizzazioni era infatti passato da circa 4,5 a circa 4,2 miliardi di euro. Confrontando nel dettaglio i dati per il 2016 con quelli per il 2018, si ha poi modo di sottolineare come le diminuzioni più rilevanti in termini di immobilizzazioni riguardino l'ASST Papa Giovanni XXIII (-59 milioni di euro, di cui circa 50 milioni relativi ai fabbricati) e l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (-49 milioni di euro, di cui la quasi totalità imputabile ai fabbricati). Per quanto riguarda, invece, l'altra principale componente dell'attivo dello stato patrimoniale, ossia l'attivo circolante, si osserva nel periodo 2016-2018 un andamento altalenante. In questo arco temporale, il valore massimo, pari a circa 3,7 miliardi di euro, viene raggiunto nel 2017 grazie ad un incremento del totale dei crediti verso regione e, soprattutto, del totale dei crediti verso Aziende sanitarie regionali. Al contrario, la leggera riduzione che caratterizza il 2018 è dovuta sostanzialmente al fatto che l'ulteriore incremento del valore dei crediti verso regione è più che compensato dalla contrazione del valore dei crediti verso Aziende sanitarie regionali. Più in generale, è interessante notare come l'attivo circolante totale riscontrato in questo triennio si ponga su livelli leggermente inferiori a quelli mostrati per le Aziende ospedaliere nel biennio 2013-2014, pari rispettivamente a circa 3,7 e 3,9 miliardi di euro. Spostando l'attenzione sulle componenti del passivo dello stato patrimoniale, si può, in primo luogo, registrare una crescita significativa del patrimonio netto per il 2018, principalmente determinata dall'aumento della voce dei "finanziamenti da Regione per investimenti". Interrogando i dati raccolti dai bilanci su questo specifico punto, si può affermare che, rispetto al 2017, la crescita del patrimonio netto interessa la netta maggioranza delle ASST, ma risulta particolarmente pronunciata in un singolo caso: si tratta dell'ASST di Cremona, in cui il patrimonio netto va a crescere di circa 34 milioni di euro, come conseguenza principale dell'innalzamento del fondo di dotazione da zero a 27,5 milioni di euro. Similmente a quanto detto per le immobilizzazioni, anche per il patrimonio netto si prosegue una tendenza già rilevata per le Aziende ospedaliere nel triennio 2013-2015, periodo nel quale questa componente era infatti aumentata da circa 3,3 a circa 3,5 miliardi di euro. Analizzando, infine, il valore dei debiti se ne nota immediatamente la contrazione di quasi 500 milioni di euro nel corso del 2018, determinato dal quasi totale abbattimento dei debiti verso la regione. Più precisamente, nel corso del 2018, sulla base di disposizioni regionali e in linea con quanto già visto per le ATS (tabella 16), tutte le ASST hanno attuato l'azzeramento di alcune posizioni debitorie verso la regione e la riclassificazione di alcune di esse verso le altre Aziende sanitarie (ASST e ATS). A seguito di ciò, il debito delle ASST risulta frammentato in diverse tipologie, di cui la più rilevante in valori assoluti, considerando l'intero triennio, è rappresentata dai debiti verso i fornitori, pari nel 2018 a poco più del 15% del passivo totale dello stato patrimoniale. Dopo essere cresciuto nel corso del biennio 2016-2017, nel 2018 l'ammontare complessivo dei debiti torna sui livelli riscontrati nel 2015 per le Aziende ospedaliere (circa 2,9 miliardi di euro).

PRINCIPALI SPUNTI PER I PROSSIMI REPORT

I report che andranno ad aggiornare in futuro il presente lavoro potrebbero, anzitutto, osservare se ed in che misura le tendenze rilevate nel corso degli ultimi anni si siano rafforzate o meno. Con riferimento alla spesa sanitaria pubblica, in particolare, i dati per il 2020, influenzati dagli interventi straordinari adottati in risposta alla diffusione del Covid-19, potrebbero comportare dei rilevanti cambiamenti rispetto alle considerazioni valide per questa indagine, soprattutto con riferimento alle evidenze derivanti dalle comparazioni tra regioni in termini di spesa sanitaria corrente pro-capite. In merito alle varie componenti della spesa sanitaria corrente, poi, l'aspetto di maggior interesse per la Lombardia è rappresentato dall'evoluzione della spesa per prestazioni da privato accreditato con SSN, sia in comparazione alle altre regioni che in relazione alla spesa per i redditi da lavoro dipendente, la quale detiene in Lombardia un peso inferiore a quello che ricopre nel resto d'Italia. Per quanto riguarda la spesa sanitaria privata, l'aspetto di maggior rilievo è costituito dalla spesa intermediata, la quale, come visto, assume in Lombardia una rilevanza unica in comparazione a tutte le altre regioni italiane. Compatibilmente con i dati disponibili, sarebbe anche interessante cercare di estendere le componenti della spesa sanitaria privata oggetto di comparazione tra regioni, oltre che aggiornare i dati per le componenti qui analizzate (la spesa per farmaci e la spesa per ticket). Con riferimento ai LEA, la variazione degli indicatori utilizzati ai fini della loro valutazione, determinata dal passaggio dalla Griglia LEA al nuovo sistema di Garanzia, potrebbe comportare dei forti stravolgimenti rispetto ai risultati qui mostrati, sia rispetto alle singole aree di assistenza, sia relativamente ai risultati complessivi ottenuti da ogni regione e, dunque, anche dalla Lombardia. Relativamente alle ATS ed alle ASST lombarde, infine, i futuri report potrebbero sia estendere il numero di indicatori qui analizzati, sia osservare se alcune delle tendenze più nette risultanti da questa indagine, quali, ad esempio, la riduzione del risultato della gestione caratteristica o il rafforzamento progressivo dei valori dell'indice di disponibilità, risultino essere confermate o meno nel corso dei prossimi anni.

