

I differenti risultati delle tre esposizioni contabili [impatto sul fabbisogno del settore statale, consolidato di cassa RGS e Sec '95] sono conseguenza del diverso sistema e metodo di costruzione. Il conto economico SEC '95 riferito, com'è, alla competenza economica dell'esercizio, esclude importanti voci di spesa comprese invece nel calcolo dell'impatto del comparto regionale sul fabbisogno del settore statale e nel consolidato di cassa RGS. Questo, poi, al pari del Sec '95 aggrega i dati dal lato della formazione e non dal lato della copertura, come avviene invece nel calcolo di impatto sul settore statale.

Occorre estrema prudenza nella valutazione dei diversi indicatori di finanza pubblica, mentre resta l'esigenza di chiarire meglio gli elementi di raccordo.

Nell'anno 2001 le operazioni finanziarie delle Regioni hanno positivamente inciso sulla gestione di tesoreria per oltre 12.270 miliardi di lire [6.340 milioni €].

Il dato aggregato delle contabilità intestate alle Regioni dà contezza dell'andamento delle giacenze complessive riferibili al comparto regionale, accreditate a partire dal 1 marzo 2001 sui conti accesi presso le Tesorerie provinciali cui sono state trasferite le somme sin allora detenute presso la tesoreria centrale.

Rispetto ai 14.394 miliardi del 2000, le disponibilità a fine anno 2001 crescono di ben 9.578 miliardi [+66,5%], interrompendo la flessione registrata nei due anni precedenti e portando la liquidità complessiva a 23.972 miliardi.

Puglia e Campania incrementano le proprie liquidità nella misura di circa 2.000 miliardi, portando il livello delle giacenze a oltre 3.000 miliardi. Di circa 2.000 miliardi è la consistenza delle giacenze di Lombardia e Emilia Romagna. Un aumento delle liquidità si registra per quasi tutte le Regioni a statuto ordinario e va posto in relazione con l'afflusso di risorse per il finanziamento delle nuove competenze attribuite in attuazione della 59/97 e con consistenti incassi per IRAP.

La riproposizione, con la finanziaria 2001, del Patto di stabilità interno conferma l'esigenza di coinvolgere i Governi regionali e locali nel perseguimento degli obiettivi di convergenza e di stabilità derivanti dagli impegni assunti dal nostro Paese con l'ingresso nella moneta unica. Il patto ha stabilito un obiettivo per il saldo di bilancio degli enti decentrati definito escludendo rilevanti voci di entrata e di spesa, fra cui quelle relative alla gestione dell'assistenza sanitaria e ai programmi comunitari; il saldo di riferimento del 2001 non doveva risultare meno favorevole di quello del 1999 aumentato del 3%. Quanto alla sanità, il recepimento legislativo degli accordi di agosto 2000 e 2001 ha fissato regole e obblighi per Governo e Regioni, reciprocamente condizionati nell'adempimento e intesi a rendere trasparenti decisioni e responsabilità attribuibili a ciascun livello.

Le informazioni a riguardo, trasmesse dalle Regioni a statuto ordinario e incrociate con i dati dei consuntivi depongono per un generale adempimento a quanto richiesto dalla finanziaria 2001, seppure con qualche eccezione. Nondimeno, l'obiettivo di risparmio e contenimento della spesa corrente sia ordinaria che sanitaria non può dirsi realizzato.

La spesa corrente, al netto della sanità, è cresciuta di 6.768 miliardi nel 2000 e di 4.742 miliardi nel 2001; in totale 11.510 miliardi di lire. L'incremento medio nei due ultimi anni si attesta a 5.755 miliardi, pari ad un tasso medio di crescita del 19,2 %.

Con riferimento al risultato complessivo dei due anni in questione, pur tenendo conto dei finanziamenti per nuove funzioni delle Regioni a statuto ordinario pari nel

biennio a 7.094 miliardi, non può dirsi comunque realizzato l'obiettivo di contenimento perseguito dal Governo con una spesa che – pur con l'indicato correttivo - resta in una media di crescita annuale del 7,4%.

Preoccupante è poi l'andamento della spesa corrente sanitaria che nei due ultimi anni registra nei consuntivi delle aziende sanitarie e ospedaliere costi economici in crescita a un tasso medio del 7,6%, mentre il dato finanziario di cassa, riscontrato nei bilanci regionali dei due anni in questione, sale in media del 15%, con maggiore contributo percentuale riferibile all'anno 2001 [19,4 %].

La disciplina sul Patto di stabilità interno non si è rivelata coerente con gli obiettivi perseguiti. I risultati insoddisfacenti sono in gran parte legati all'ambiguità di fondo delle regole applicative. L'aver scelto, come obiettivo intermedio, un saldo diverso da quello rilevante in ambito europeo ha determinato la conseguenza di non poter valutare *ex ante* le implicazioni degli obiettivi assegnati ai Governi decentrati sul rispetto delle regole europee, togliendo visibilità e trasparenza ai contributi riferibili a ciascun ente nella formazione di un consolidato misurato secondo le stesse regole valedoli in sede europea.

Occorre armonizzare le regole dei bilanci per renderli trasparenti e confrontabili. Il coinvolgimento regionale sugli obiettivi di finanza pubblica deve far leva sulla coerenza delle politiche con obiettivi condivisi e concertati ma autonomia piena nella definizione di metodi e percorsi. La modifica del titolo V della costituzione prefigura infatti una chiara simmetria fra legislazione statale e regionale quanto a rispetto della costituzione e dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario, mentre la concorrenza legislativa nel coordinamento finanziario accentua l'esigenza di più ampio margine da riservare a scelte e decisioni condivise.

PARTE II^ - LA POLITICA DI BILANCIO

Il sistema di finanziamento delle Regioni a statuto ordinario, disciplinato dal d.lgs. 56/2000, subisce notevoli condizionamenti sia con l'accordo Governo-Regioni dell'agosto 2001, sia a seguito della riforma al titolo V° della costituzione, sia nella prospettiva di una definitiva approvazione del d.d.l. delega per la riforma del sistema fiscale.

L'accordo di agosto 2001 porta con sé l'esigenza di un differente parametro su cui calcolare l'entità dei trasferimenti da trasformare in compartecipazioni ed incide inoltre sul sistema di evoluzione dei finanziamenti i quali, anziché governati dagli andamenti delle entrate, restano ora condizionati a predefiniti importi di fabbisogno sanitario.

Inoltre, la prevista sanzione del taglio dei finanziamenti, nel caso di inosservanza alle regole del patto di stabilità, ha determinato il mancato adeguamento nel 2001 delle corrispondenti aliquote di compartecipazione, sostituite da trasferimenti "eventuali" da bilancio e conseguente determinazione di un sistema misto.

La riforma del titolo V° della costituzione prevede l'istituzione di un fondo perequativo per "territori" con minore capacità fiscale. Un solo parametro dunque, mentre il d.lgs. 56/2000 ha tarato la perequazione su capacità fiscale, fabbisogno sanitario e dimensioni geografiche minime. Viene a configurarsi una linea di tendenza che in larga massima porta ad ipotizzare qualche vantaggio per le Regioni dotate di

maggior popolazione, mentre potrebbero perdere risorse le Regioni con maggiore percentuale di popolazione anziana e quelle di minore dimensioni geografiche.

La delega per la riforma fiscale prevede una graduale eliminazione dell'IRAP da compensare con trasferimenti o mediante compartecipazioni. Quanto a queste, sarà non facile individuare una sostituzione fiscale dotata di altrettanta flessibilità di quella riscontrabile nell'IRAP. Privilegiare poi una compensazione di entrata propria con trasferimenti determina una interruzione nel processo di progressivo ridimensionamento della quota "derivata" della finanza regionale in contraddizione con il ruolo di residualità che è stato ad essi riservato dal nuovo testo costituzionale.

Non privo di difficoltà è il processo di *trasferimento di risorse finanziarie alle Regioni* in attuazione del decentramento amministrativo, risorse tanto più reclamate dal livello decentrato a seguito dell'estendersi delle competenze previste con la riforma del titolo V della costituzione.

Relativamente agli anni 2000-2002, le risorse erogate alle Regioni [RSO+RSS] fino a tutto marzo 2002 ammontano a 10.125 miliardi di lire [8.463 mld per RSO], su un complessivo importo da trasferire pari a 14.342 miliardi, con una differenza di 4.217 miliardi rispetto a quanto spettante alle Regioni [30% circa].

I settori che hanno assorbito maggiori risorse sono il trasporto pubblico locale [44,1%], gli incentivi alle imprese [22,3%], l'agricoltura [11,1%]. La distribuzione delle erogazioni vede in testa alla graduatoria la Lombardia [1.400 mld], seguita da Campania, Piemonte e Puglia, tutte sopra gli 800 miliardi, mentre Emilia Romagna, Toscana e Veneto si collocano fra i 700 e i 600 miliardi di risorse acquisite.

L'esame dei documenti di bilancio 2000, con le certificazioni dimostrative allegate, consentono di riscontrare nel complesso una sostanziale osservanza di criteri e metodi valevoli ad assicurare trasparenza alle rappresentazioni contabili coniugandosi alla sostanziale ottemperanza, per contenuti e coerenza interna, ai principi generali posti a garanzia degli equilibri di bilancio.

La Campania persiste nei reiterati ritardi nell'approvazione dei rendiconti. Il che vale oltre che per il 1999 anche per il 1998. Il bilancio di previsione 2000 è stato approvato solo a fine anno, perciò la gestione si è svolta al di fuori di qualsiasi regola di programmazione e guida.

In Puglia ancora irrisolta è la questione delle anticipazioni e delle conseguenti "carte contabili" non regolarizzate entro fine esercizio.

A) Le entrate

Le reiterate modifiche al sistema di finanziamento regionale, apportate in sede di manovre annuali, hanno determinato un elevato margine di incertezza nelle previsioni di competenza e di cassa, rendendo difficile e complessa per tutte le Regioni la costruzione dei bilanci e la garanzia degli equilibri.

Con riguardo alle fonti di finanziamento cresce il peso delle assegnazioni dal bilancio dello Stato che rappresentano il 41,7% nei dati di previsione, il 41,3% negli accertamenti e con un incremento di oltre 6.100 miliardi, pari al 43%, nelle riscossioni da porre in relazione con i trasferimenti per le nuove funzioni e con pagamenti per la sanità. Flette viceversa l'incidenza delle entrate proprie [Titolo I°] malgrado l'istituzione dell'IRAP.

Si segnala il consistente slittamento di erogazioni spettanti al comparto regionale con conseguente sofferenza in termini di liquidità.

In questo quadro si iscrivono: i) la riduzione dell'aliquota relativa all'accisa sulle benzine per autotrazione il cui taglio, non compensato dal previsto maggior gettito per taxa automobilistica, ha ricevuto copertura - peraltro solo parziale - a oltre due anni di distanza; ii) l'ARIET, trasferita a partire dal '96 alle Province e non bilanciata dalla quota in libera disponibilità del tributo per il deposito in discarica dei rifiuti, con slittamento di oltre tre anni nei definitivi provvedimenti a ripiano [legge 11.10.2000 n. 290]; iii) i reiterati scostamenti fra previsioni IRAP formulate dal Ministero delle finanze e gli effettivi gettiti annuali, ripianati due anni dopo con allocazioni in leggi finanziarie; iv) la complessità delle operazioni di determinazione del fondo di compensazione interregionale [art. 42, commi 2 e 3, d.lgs. 446/'97] del quale resta ancora da erogare una quota a saldo di oltre 2085.5 miliardi.

Le recenti modifiche legislative, seppure intese ad accrescere la quota riservata alle entrate proprie delle Regioni, non hanno prodotto, nel triennio 1998-2000, un apprezzabile allentamento del vincolo di rigida destinazione dell'entrata, la cui componente libera si attesta infatti ad una quota vicina al 18,2% del complesso delle entrate accertate [nel precedente esercizio raggiungevano il 19,4% circa] e al 18,1% del complesso delle entrate riscosse [era il 18,2 nel precedente esercizio].

Nel caso dell'IRAP grava la percentuale comunque da riservare alla assistenza sanitaria il cui vincolo, seppure non più riferibile all'entrata, si è tuttavia trasformato in vincolo di spesa [art. 83, legge 338/2000]. L'attribuzione poi della compartecipazione all'IVA, all'IRPEF e l'incremento accisa benzina scontano la funzione sostitutiva dei trasferimenti per FSN e fondo trasporti e incorporano di conseguenza esigenze sostanziali a destinazione vincolata.

La crescita delle c.d. entrate proprie, prosciugata da esigenze di spesa rivenienti da decisioni esogene al comparto, segna inevitabilmente il margine di sostanziale autonomia regionale in un momento nel quale il trasferimento di consistenti competenze statali richiederebbe per coerenza un margine di più consistente autodeterminazione.

Se ne ha conferma nel porre a confronto capacità fiscale e spesa effettiva regionale dell'anno 2000; forte è la contrazione della percentuale di copertura offerta dai tributi propri al fabbisogno derivante dalle decisioni di spesa. Il dato medio complessivo scende al 36,7 % circa [era il 41,3% nel 1999] nell'ambito del quale le differenze si ritagliano fra il massimo della Lombardia, con il 49,9% [era il 53,5% nel 1999] e il minimo di Basilicata e Calabria con 17,1% e il 15,8%.

Cresce l'indebitamento regionale, passando dai 18.982 miliardi del 1999 ai 19.506 miliardi a chiusura 2000. L'anno registra, peraltro, l'attesa di nuove autorizzazioni, del resto intervenute a seguito dell'accordo di agosto 2001 e recepite con il d.l. 347/'01, convertito con legge 405/'01.

B) Le spese

La spesa effettiva di cassa delle Regioni a statuto ordinario espone nel 2001 – seppure su dati provvisori di preconsuntivo – una crescita di oltre 28.112 miliardi rispetto al dato 2000 [+17,2%]. Assai elevato si presenta nel biennio 2000-2001 l'importo della spesa corrente che, pari in entrambi gli anni a circa l'86% della spesa

complessiva, passa dai 119.785 miliardi del 1999 ai 136.456 miliardi del 2000 per attestarsi ai 161.184 miliardi del 2001, evidenziando, negli ultimi due anni, una crescita del 13,9% e del 18,1%, sostanzialmente omogenea in tutte le Regioni ma più accentuata in Piemonte, Lombardia, Lazio, Campania e Calabria.

Di tale ammontare una parte rilevante viene assorbita dalla spesa per l'assistenza sanitaria che, nei tre anni, espone valori assoluti di cassa pari a 93.252 miliardi, 103.154 miliardi e 123.141 miliardi, con percentuali di crescita, nella media degli ultimi due anni del 15% e maggiore contributo nell'ultimo anno [+ 19,4%]. Al netto di quella sanitaria, la percentuale di spesa corrente si ridimensiona nei valori assoluti: 26.534 miliardi nel 1999, 33.302 miliardi nel 2000 e 38.043 miliardi nel 2001, con percentuali di crescita che, tuttavia, si attestano nel complesso su livelli superiori alla spesa per la sanità.

Consistente in quasi tutte le Regioni anche l'aumento della spesa in conto capitale che passa dai 15.433 miliardi del 1999 ai 22.591 miliardi del 2001 [+7.158 mld pari al 46,4%].

Il costo del personale evidenzia nell'anno una forte crescita [3.481.684 milioni pari ad un aumento del +11,47%] da ricondursi essenzialmente al susseguirsi di tornate contrattuali, non in linea con esigenze di copertura, i cui effetti si ripercuotono negativamente sui bilanci regionali che, di tali decisioni prese a livello di contrattazione nazionale, debbono comunque farsi carico.

Nel rapporto con le entrate libere del Titolo I°, la spesa del personale raggiunge il 22,4%, attestandosi su un valore nettamente superiore a quello registrato nei precedenti esercizi.

Il costo complessivo del servizio del debito espone una progressiva espansione sia in termini di impegni [dai 3.396 miliardi del 1996 ai 4.405 miliardi del 2000; +29,3%], sia in termini di pagamenti di cassa che, dopo la flessione registrata nel 1999 [3.529 mld], raggiungono, nel 2000, i 4.608 miliardi evidenziando, a differenza del precedente periodo, una crescita omogenea sia degli oneri a carico della Regioni che degli oneri a carico dello Stato.

Con riferimento alla copertura dei residui perenti, gli stanziamenti, complessivamente appostati nei bilanci delle Regioni a statuto ordinario a copertura delle perenzioni totali, al termine dell'anno 2000, ammontano a 9.238 miliardi [erano 9.222 miliardi nel 1999] cui corrisponde un grado ancora insufficiente di copertura [55,6% a fronte del 55,7% del 2000].

C) Il risultato di amministrazione

L'avanzo di amministrazione del 2000 aumenta in alcune Regioni rispetto ai precedenti esercizi, ma sconta l'esigenza di offrire copertura a reiscrizioni e a residui perenti il cui ammontare supera, talvolta in misura rilevante, lo stesso avanzo.

Tale situazione costituisce un tratto comune della maggior parte delle Regioni tranne per l'Umbria, il Molise e la Calabria ove l'avanzo di amministrazione non è completamente prosciugato da perenzioni e reiscrizioni e, seppur in minima parte, può

offrire un margine di copertura per ulteriori decisioni di spesa oltre a quelle già vincolate nella destinazione.

PARTE III[^] - SANITA'

Il percorso di rientro, tracciato dal recente Programma di stabilità e a suo tempo definito dal DPEF 2002-2006, esige attenta riconsiderazione. Quest'ultimo documento evidenziava lo scorso anno come lo scostamento dagli obiettivi di finanza pubblica fosse *“da ascrivere...ad una crescita della spesa sanitaria superiore a quella ipotizzata”*.

Le scelte di politica economica operate dal Governo e rappresentate nel Programma di stabilità, fanno leva su una crescita economica sostenuta in un contesto di pieno risanamento dei conti pubblici.

All'obiettivo della stabilità economico-finanziaria è fra l'altro ascrivibile *“la sottoscrizione di un nuovo patto di stabilità interno con le Regioni, per un più incisivo controllo della spesa sanitaria”*.

Previsioni sull'evoluzione della spesa pubblica in sanità sono state elaborate nel Programma di stabilità, sulla base di proiezioni demografiche EUROSTAT. Utilizzando questo scenario e le ipotesi di crescita economica indicate nella RPP 2002 si ipotizza che *“l'evoluzione della spesa sanitaria in rapporto al PIL resterebbe sostanzialmente invariata”* con la conseguenza di rendere ragionevole e coerente quanto stabilito nell'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001 per un finanziamento attestato - in un arco ragionevole di tempo - al 6% del PIL.

Dati più recenti schiudono gravi interrogativi sulle indicate stime e sulla praticabilità di percorso alla volta degli obiettivi di stabilità perseguiti con l'accordo Governo-Regioni dell'agosto 2001 e con il recepimento legislativo da parte del d.l. 347/01 convertito con la legge 405/01. Agli anni 2002-2004 sono destinati, con l'accordo circa 455.000 miliardi [146.376 mld, 152.122 mld, 157.371 mld] e a 9.308 miliardi ammontano i ripiani riconosciuti a carico del bilancio Stato [2.700 mld e 6.608 mld], con livelli di finanziamento la cui evoluzione è fissata nella misura del 5,88% del PIL e obiettivo del 6% a partire dal 2005.

L'emergere di ulteriore lievitazione nei disavanzi 2001 per oltre 5.600 miliardi di lire [2.892,25 milioni €], rispetto alla già avvenuta integrazione di 6.608 miliardi [3.412,74 milioni €], come pure risultati peggiorativi dell'anno 2000 [deficit di 10.001 mld a fronte di 7.080 previsti] rimette in discussione gli indicati obiettivi.

Allarmante è il tasso di crescita del fabbisogno sanitario il quale, nell'anno 2001, è pari a circa 142.389 miliardi di lire [73.537 milioni €], con un incremento percentuale del 6,3% che di qualche punto riduce il picco del 2000 pari ad un più 9,1% rispetto al 1999 [+ 7,6% nella media dei due anni].

Ulteriori rischi si addensano sull'anno 2002, a causa di una inusitata effervescenza della spesa farmaceutica riscontrata nei primi tre mesi dell'anno [+14-15%], all'aumento del costo del personale della sanità rinveniente dall'ultimo contratto nazionale di comparto, agli effetti conseguenti gli obiettivi perseguiti dal Governo in tema di riduzione delle liste di attesa.

Rispetto ad un PIL nominale che evolve negli ultimi quattro anni [1998-2001] ad un tasso pari in media al 4,3%, la spesa corrente sanitaria misura una crescita che nei

medesimi anni si attesta mediamente al 6,7% e al 7,6% negli ultimi due. Uno scarto, che smentisce la tenuta dei fabbisogni ipotizzati e la congruente copertura assicurata dai previsti finanziamenti.

Su queste basi preoccupa l'idea di una sanzione che vorrebbe riportare – in caso di mancata tenuta degli obiettivi sanitari – l'importo dei finanziamenti ai livelli fissati dall'accordo di agosto 2000 e dalla finanziaria 2001 [art. 85], con una riduzione destinata ad incidere sui concordati incrementi annuali per oltre il 2,3% a partire dal 2001. Misura, questa, che riportando il tasso di crescita al 3,5%, mette a rischio la stessa possibilità di garantire quei livelli essenziali di assistenza [Lea] che il Governo centrale intende assicurare, ma per i cui costi è stata riconosciuta l'esigenza di un finanziamento pari nel 2001 a 138.000 miliardi di lire [incluse le quote per altri Enti del settore], quale anno di partenza per incrementi percentuali annui del 5,8% e, in breve lasso di tempo, da portare al 6%.

In questo differente quadro di riferimento dovrebbe essere inclusa una più aggiornata previsione sul 2002 la quale, programmata sul 5,8% di crescita percentuale, soffre il risultato 2001, che parametrato quale "anno zero", sconta ben 4,4% punti percentuali di ridimensionamento, risolvendosi in un margine di crescita irrealisticamente ridotto all'1,4%. Le intese fra Governo e Regioni, risalenti all'agosto scorso, definiscono il fabbisogno 2002 nell'importo di 146.376 miliardi di lire, che lascia tuttavia la crescita nella percentuale del 2,8% con uno scarto di 3 punti percentuali rispetto alla programmato allineamento con le altre realtà europee.

I dati sui disavanzi 1998 e 1999 sono stati rivisti per ricondurli in termini di contabilità economica, recuperando inoltre, anche per tali anni, la disposizione della finanziaria 2001 che toglie il vincolo di destinazione alle entrate in sanità. Il che ha retroattivamente ridotto i risultati di disavanzo ma ha privato di copertura esigenze di spesa per obiettivi definiti prioritari. Gli squilibri di tali anni - la cui esatta definizione sconta la mancanza di puntuali raccordi fra contabilità finanziaria e contabilità economica - restano elevati e, nella ricostruzione della Corte sulla base dei dati forniti dal Ministero della salute, si attestano rispettivamente a 8.674 miliardi e 8.969 miliardi.

Il disavanzo dell'anno 2000 è il più elevato e si attesta a 10.001 miliardi mentre il 2001, in virtù di una integrazione al fabbisogno per 6.608 miliardi, contiene il disavanzo in 5.638 miliardi, peraltro già in discussione a seguito di ulteriori recenti verifiche da parte di alcune Regioni.

Il tasso medio di crescita della spesa nel quadriennio è pari al 6,7%. Il 2000 segna il picco più elevato [+9%].

Rispetto al dato nazionale del 6,7%, mostrano nel quadriennio 1998-2001 un tasso superiore: Lazio [+7,0%] e Lombardia [6,9%], mentre migliorano il dato nazionale, riferito al quadriennio, Campania [+6,3%], Veneto [6,1%] e specialmente l'Emilia Romagna [+4,8%]. Quest'ultima Regione ha avviato, in particolare, un percorso virtuoso nel quadriennio con il traguardo nel 2001 di una crescita di spesa corrente sanitaria di appena il +2,4%.

Quanto alla Lombardia i dati dei quattro anni dimostrano l'attivazione di una strategia di contenimento che, da una crescita pari a +6,7% nel 1999, ha realizzato nel 2001 un +5,6%, migliore rispetto allo stesso risultato nazionale dell'anno [+6,2%].

Maggiore preoccupazione desta la situazione del Lazio che, malgrado la integrazione di 644 miliardi dell'accordo di agosto, espone nel 2001 un ulteriore

disavanzo di 1.701 miliardi. Da dire poi che il Lazio, con speciale riguardo alla situazione del Policlinico universitario, riceve dal bilancio dello Stato altri 700 miliardi per gli anni 2000 e 2001.

Il totale dei disavanzi sanitari delle c.d. nuove gestioni - comprensivo del residuo disavanzo *ante* 1994 - ascende a fine 2001 a 60.170 miliardi al netto dell'integrazione dei 6.608 miliardi per il 2001 i quali, ad esercizio scaduto, assumono più propriamente la natura di ripiano. A fronte di tale complessivo importo, l'onere previsto a carico del bilancio dello Stato ascende a 31.306 miliardi in corrispondenza a determinazioni e provvedimenti riferibili alla responsabilità del livello centrale di Governo. Restano 28.752 miliardi a carico dei bilanci regionali in parte già coperti tramite assunzione di mutui autorizzati per legge in parte - con riguardo al 2001 - riequilibrati con risorse tratte tramite ricorso alla propria fiscalità o ad altri provvedimenti idonei.

Hanno adottato misure fiscali associate a partecipazione alla spesa: Piemonte, Lombardia, Veneto, Lazio, Marche, Puglia. Le manovre fiscali si concentrano soprattutto sull'IRPEF, ma non disdegnano ritocchi all'IRAP.

A privilegiare esclusivamente l'introduzione di ticket o forme di compartecipazione misurate su *delisting*, senza ricorso alla fiscalità, sono specialmente le Regioni che meno risentono nel 2001 il problema dei *deficit* in sanità: Liguria, Toscana, Umbria, cui si affiancano seppure con disavanzi da ripianare Calabria e Emilia Romagna, che scelgono anch'esse, rispettivamente, ticket in quota fissa e sistema *delisting*.

L'analisi economica della spesa corrente sanitaria permette di individuare le componenti di maggiore peso percentuale: "personale", "beni e servizi", "ospedaliera convenzionata", che nel 2000 e 2001 rappresentano rispettivamente il 37%, il 22,5%, l'11,4% del totale, mentre la "farmaceutica" pesa percentualmente del 12,5% nel 2000 ma assorbe maggiore margine di composizione nel 2001 con il 15, 8%.

Il costo del personale rappresenta la voce di maggiore peso percentuale nella composizione della spesa sanitaria corrente. Dopo il positivo esito registrato nel 1998, grazie alle disposizioni recate dalla legge 662/'96 sul blocco delle assunzioni e per l'assenza di rinnovi contrattuali, il 1999 registra un primo rialzo ove poi assai maggiore è la crescita a partire dal 2000 per gli intervenuti accordi contrattuali sui quali del resto non risulta effettuato a livello centrale il monitoraggio richiesto dalla Corte in tema di copertura.

L'incidenza della spesa per il personale sul totale della spesa corrente è differente nelle varie realtà territoriali ed è anche influenzata dai sistemi di erogazione delle prestazioni [diretta o tramite strutture accreditate o IRCCS o Policlinici universitari], come pure dal diverso rapporto dipendenti/popolazione, nonché dalla quota di medici a tempo pieno.

Tenendo conto di tali fattori i dati di costo assumono più realistico significato. Rispetto al peso percentuale medio del 37,2% nell'anno 2000, mostrano infatti livelli superiori quelle Regioni ove la componente di ricoveri convenzionati equiparati pubblici è meno estesa o inesistente; così in Umbria [44,4%], Calabria [42,4%], Toscana [42,6%], Emilia Romagna [39,6%], Veneto [38,0%]. Risultato opposto è registrabile in realtà ove forte è la presenza di IRCCS, Policlinici universitari, ospedali

classificati e altri istituti equiparati il cui costo del personale è incluso in altra voce economica. E' questo il caso di Lazio [31,7%], Lombardia [33,2%], Puglia [34,5%], Campania [33,9%].

Va inoltre considerata la differente presenza dell'offerta sanitaria privata che prosciuga ulteriormente il peso percentuale del costo del personale sanitario pubblico, come pure indicativi a riguardo sono i dati di mobilità ospedaliera e i correlativi saldi attivi o passivi. Nel Lazio, in Campania, in Lombardia è elevato il numero delle case di cura accreditate e la quota di mercato da queste assorbita. Quanto alla mobilità, i saldi attivi di Emilia Romagna, Toscana e Veneto implicano l'esigenza di maggiore offerta sanitaria a favore di altre realtà regionali con percentuale inversa quanto a costo del personale.

La spesa farmaceutica - A livello nazionale, la spesa per l'assistenza farmaceutica evidenzia già a partire dall'anno 2000 un andamento incrementale di particolare rilevanza superiore di quasi 2.000 miliardi rispetto al '99 e percentualmente pari a +13%. Nell'anno 2001 la spesa farmaceutica pubblica cresce notevolmente e raggiunge i 22.476 miliardi, con un incremento di 5.729 miliardi sull'anno precedente pari ad un aumento del 34,2%. Va ricordato a riguardo che alla finanziaria 2001 risale l'incremento di 1.900 miliardi a compensazione degli effetti finanziari conseguenti l'eliminazione e/o riduzione dei ticket, peraltro risultato a consuntivo del tutto inadeguato. Pertanto sono da registrare positivamente le iniziative del Governo intese a calmierare l'eccessiva dinamicità assunta dalla spesa farmaceutica.

Terza in ordine di importanza relativa, la spesa pubblica per medicinali nel 2001 ha assorbito circa il 15,8% della spesa corrente totale con un +3,8% rispetto all'incidenza dei due anni precedenti [12%,].

Analisi ufficiali indicano fra le principali cause della crescita fisiologica della farmaceutica: l'aumento dei consumi, l'incremento dei prezzi, lo spostamento delle prescrizioni verso farmaci nuovi e più costosi [effetto *mix*], che si coniuga spesso con l'invecchiamento della popolazione ed esigenze di cura più mirate. Sul 2001 hanno poi giocato gli effetti di cui si è già detto, laddove l'abolizione dei ticket ha determinato oltre la perdita delle corrispondenti risorse, altresì l'effetto indiretto di maggiore consumo e spostamento dal mercato privato alla copertura totale del SSN.

Ne è conferma la crescita del numero di ricette medio pro-capite che, passato da 5,4 del 1998 a 5,7 del 1999 e attestatosi nell'anno 2000 a 6,1, balza nel 2001 a 7,3, con un numero complessivo di ricette che, a sua volta, sale del 20,6% rispetto all'anno precedente [423 milioni / 351 milioni = +72 milioni]. Sale altresì la spesa netta per singola ricetta in misura percentualmente pari al 10%.

A riguardo della spesa netta pro-capite 2001 e con riferimento alla popolazione "pesata", sopra il valore nazionale di lire 389.661 si collocano le Regioni del Sud-Isole, ad eccezione del Molise [365.967 lire], sia le Regioni del Centro, con l'eccezione di Toscana [337.463 lire], Marche [362.388 lire] e Umbria [348.489 lire]. Sotto media tutto il Nord, a eccezione della Liguria [392.261 lire]. E' l'Emilia Romagna, insieme al Friuli e alle due Province autonome ad esporre la spesa pro-capite più bassa.

Notevole variabilità nel consumo dei farmaci si registra nelle diverse aree geografiche e realtà territoriali. Il numero di ricette pro-capite, nell'anno 2001 cresce del 20,6% e si attesta al numero di 7,3 per abitante. La graduatoria fra Regioni oscilla

fra il dato della Provincia di Trento del 5,3 e il dato negativo di Sicilia e Campania del 9,2 e del 9,0. A livelli intermedi le altre Regioni con minore *performance* nel Sud e nel Centro e migliori risultati nelle Regioni del Nord.

La spesa netta per ricetta - in media nazionale pari a 53.145 lire - colloca fra le Regioni più virtuose: Umbria [47.263 lire], Toscana [47.547 lire], Emilia Romagna [48.818 lire], Basilicata [48.983].

Con riferimento al quadriennio 1998-2001 la tendenza alla crescita della spesa per farmaci è stata continuativa ed è passata dai 13.474 miliardi di lire del 1998 ai 22.476 miliardi del 2001, con un maggior costo in quattro anni di circa 9.000 miliardi.

La spesa per beni e servizi, tra il 1998 e il 2000 ha fatto registrare un andamento in crescita passando da 24.504 miliardi a 30.094 miliardi di lire. Le misure di contenimento, reiteratamente riprodotte con le annuali manovre a partire dal 1994, hanno mancato l'obiettivo della prevista riduzione. Con riferimento al 1998 la riduzione prevista del 2,25% sul dato rendicontato 1996 [18.889 mld], incrementato del tasso programmato d'inflazione '97 e '98, avrebbe dovuto registrare una spesa massima per beni e servizi non superiore a 19.366 miliardi risultata invece di pari a 24.504 miliardi con travalicamento di 5.138 miliardi. Quanto agli anni successivi il necessario contenimento è stato dapprima incluso nelle regole del Patto di stabilità interno [art. 28, legge 448/'98], mentre per il 2000 e 2001 è al sistema della centralizzazione degli acquisti che viene affidato l'obiettivo di risparmio.

Le misure di razionalizzazione della spesa per beni e servizi hanno trovato una compiuta regolamentazione con l'art. 26 della legge 488 del 1999 [finanz. 2000] che ha previsto il ricorso a convenzioni stipulate in forma centralizzata. Con l'accordo dell'8 agosto 2001 e del recepimento con d.l. 347/01 [conv. con legge 405/01] è stabilito l'obbligo per le Regioni di ottenere dalle aziende sanitarie e ospedaliere - anche tramite l'introduzione di sanzioni a carico degli amministratori - l'adesione alle convenzioni con la CONSIP per gli acquisti di beni e servizi.

L'esito dell'anno 2000 conferma l'andamento in crescita, già riscontrato nel '98 e '99, con incremento percentuale del 14,4%. Sopra media nazionale sono: Campania [28,6%], Calabria [23,2%], Lazio [19,2%], Umbria [20,3%], Liguria [19,1%]. Sotto media, con i migliori risultati: Emilia Romagna [9,3%], Valle d'Aosta [9,2%], Friuli V.G. [9,1%], Marche [9,7%], Puglia [7,6%].

Nell'*ospedaliera convenzionata* rientrano i costi per assistenza ospedaliera in IRCCS pubblici e privati, in ospedali ecclesiastici classificati convenzionati, in case di cura private accreditate, in cliniche universitarie e istituti universitari di ricovero, nonché i costi per rimborso ricoveri in Italia e all'estero.

Differenziate sono le situazioni riconducibili alle realtà regionali. La Lombardia espone nell'anno 2000 una crescita percentuale pari a oltre il 50% della spesa registrata nel 1999. Notevole anche la crescita in Calabria [+30,6%], nell'Umbria [+16,3%] e nel Lazio [+9,4%]. Risultati opposti sono quelli di una consistente diminuzione di spesa in questo settore ospedaliero registrabile in molte Regioni, per effetto di politiche di razionamento nell'utilizzazione delle strutture di ricovero private, calmierate a livello di volume di prestazioni erogabili con meccanismi tariffari penalizzanti il *surplus*.

L'effetto è nei dati delle Marche [-47,5], dell'Abruzzo [-32,5%], Toscana [-27,8%], Puglia [-18,9%], Emilia Romagna [-15,2%].

Per quanto riguarda l'incidenza sulla spesa sanitaria di parte corrente, primeggia il Lazio con la percentuale del 25,2%, seguito dalla Lombardia che con questa voce di spesa assorbe il 16% del totale; ad influirvi, in entrambi i casi, l'elevata presenza nel territorio di IRCCS, ospedali classificati e, nel caso del Lazio, di Policlinici universitari, nonché case di cura accreditate, numerose peraltro anche in Lombardia.

In conclusione, sulla spesa sanitaria due sono i capitoli di spesa che maggiormente mettono a rischio i risultati.

Il primo riguarda la spesa del personale [costo del personale e costo del lavoro] e la forte spinta alla crescita in conseguenza di un sistema di contrattazione collettiva che non consente di indicare con precisione la copertura dei costi con riferimento ai bilanci delle aziende e/o delle Regioni che dovrebbero poi sostenerli. La situazione, seppure riferibile ad altre realtà decentrate, è particolarmente grave per la sanità dove il personale pesa finanziariamente per il 37% della spesa corrente complessiva [riferimento anno 2000]. Le integrazioni al fabbisogno per l'assistenza sanitaria di recente disposte hanno trovato buon gioco nella responsabilità del Governo assunte a fronte degli effetti di CCNL risultati senza sufficiente copertura.

Altro rischio per la tenuta dei fabbisogni sanitari è nella crescita della spesa farmaceutica. L'Italia, è fra i paesi europei, quello che registra il maggiore incremento dei consumi farmaceutici con la conseguenza di forte crescita annuale nella spesa relativa che, nel 2001, ha segnato il record di +34,2% rispetto al 2000.

Su tali aspetti occorre la massima attenzione, considerata la percentuale di composizione di tali voci di spesa su quella complessiva [50%].

L'analisi per livelli di assistenza indica la decisa prevalenza della spesa ospedaliera che assorbe circa il 49% della spesa totale; segue per importanza relativa il costo delle prestazioni in ambito distrettuale percentualmente pari al 40%, mentre la prevenzione pesa sul costo totale per il 3,0%. I servizi amministrativi assorbono nel complesso dei tre livelli assistenziali il 7%.

L'assistenza ospedaliera assume decisa prevalenza nella composizione della spesa per l'assistenza sanitaria. La serie storica 1997-2000 espone tuttavia un progressivo restringimento dell'offerta ospedaliera a vantaggio delle altre aree di assistenza con una percentuale rispetto alla spesa totale che passa dal 52,6% del 1997 alle percentuali del 50,6%, 49,4% e infine 49,1%.

In soli tre anni, a partire dal 1997, la spesa ospedaliera è cresciuta del 15%. Nell'anno 2000 l'aumento rispetto al '99 è pari a 5.892 miliardi con incremento percentuale del 9,8%, assai superiore al tasso di evoluzione della spesa sanitaria corrente complessiva [+6,2].

Sostenuto è l'incremento della spesa ospedaliera in Campania [+12,3%], in Toscana [+13,0%], nel Lazio [+12,2%], in Calabria [+12,1%], in Piemonte [11,2%], in Puglia [+10,4%] con percentuali superiori al dato medio nazionale. Resta comunque elevata l'evoluzione incrementale anche in Veneto [+9%] e Lombardia [+7,2%] che, seppure entro la media dell'area assistenziale considerata, resta però al di sopra del tasso di evoluzione della spesa corrente sanitaria [+6,2%]. Più virtuosi i dati dell'Emilia

Romagna [+5,7%], della Liguria [+4,0%], della Sicilia [+5,3%] che si mantengono al di sotto dell'evoluzione della stessa spesa sanitaria complessiva di parte corrente.

L'incidenza sul costo totale dell'assistenza sanitaria flette nel quadriennio, attestandosi al 49% a fine anno 2000 rispetto al 53% del 1997. Il processo di deospedalizzazione che ha ispirato la più recente strategia in sanità, coniugato alla riorganizzazione della rete ospedaliera, partecipa del suddetto risultato. Restano tuttavia differenti le situazioni riscontrabili nelle realtà regionali. La maggior parte delle Regioni meridionali è sopra media nazionale [Calabria, Basilicata, Puglia, Molise], sintomo di non appropriato uso dell'ospedale. Al Centro, sono Abruzzo e Lazio che mantengono la percentuale più alta di costo per l'ospedaliera [60,2% e 56,2%] superiore a tutte le altre Regioni e che per il Lazio solo in parte è spiegabile con l'elevata mobilità passiva e per la presenza nel territorio di strutture ad elevata complessità.

Nella composizione del costo ospedaliero maggiore è il peso percentuale del personale [51,8%], nel cui ambito elevato è il costo riferibile al ruolo sanitario, pari a 28.332 miliardi e che rappresenta l'82,9% del totale riferito al personale ospedaliero e il 43% del totale della spesa ospedaliera. Medici e infermieri pesano nella rispettiva percentuale del 46,2% e del 45,1% da tenersi in adeguata considerazione in sede di rinnovi contrattuali per l'elevatissima incidenza sui costi della sanità.

Un'indagine comparativa per scrutare gli aspetti strutturali e di offerta suscettibili di incidere sugli andamenti di spesa e sui risultati gestionali dell'assistenza ospedaliera è stata avviata dalla Corte e ha coinvolto tutte le Sezioni decentrate di controllo con l'obiettivo di un confronto fra sistemi e per riscontrare gli effetti a ciascuno di essi riconducibile in termini di esiti gestionali e tasso di crescita della spesa.

Ne è emerso un quadro variegato, entro il quale segnalazione meritano i casi particolari del Lazio, della Lombardia, dell'Emilia Romagna.

Nel Lazio il problema dei Policlinici e la presenza massiccia di case di cura accreditate aggiunge motivi di complessità ad un quadro già in difficoltà per le problematiche di settore; l'effetto è in un tasso medio di crescita della spesa sanitaria del 7% nel quadriennio 1998-2001 [6,7% il dato nazionale]. L'analisi sui principali indicatori mette in luce le seguenti caratteristiche: disavanzo di 1.701 miliardi di lire nel 2001, il più elevato fra tutte le Regioni; alta l'incidenza della spesa ospedaliera che cresce in misura percentualmente superiore alla media nazionale [+ 12,3%>9,8%]; notevole il ricorso all'ospedaliera privata, con una presenza di 98 case di cura accreditate che assorbono il 18,1% dei ricoveri ordinari per acuti [15% il dato nazionale] e il 71,4% della riabilitazione (57,1 % dato nazionale); degenza media in ambito pubblico [acuti ordinaria] 7,7 rispetto a 6,6 nazionale; offerta sanitaria con posti letto pari a 6,35 x 1000 abitanti [5,12 x 1000 il dato nazionale] eccessiva rispetto ad una domanda di ricovero che è inferiore al dato nazionale. Indice di rotazione per letto più basso della media [perciò degenze lunghe], mentre elevato è l'indice di utilizzazione delle strutture. Indici di complessità e appropriatezza sono sotto media nazionale e il numero di ricoveri chirurgici non spiega né i costi elevati né le degenze superiori alla media. Dai dati esposti, nella comparazione con il dato nazionale e con quello di altre realtà regionali, si trae la conclusione che nel Lazio la questione dei disavanzi non trova spiegazione nell'elevata qualità dei servizi prestati o nell'elevata domanda di

ospedalizzazione né con la complessità dei casi trattati, ma viceversa trova la sua origine in fattori organizzativi e strutturali che vanno urgentemente risanati.

In Lombardia e in Emilia Romagna aspetto di rilievo è l'incidenza della popolazione anziana [anni 65+] influente su indici di complessità e numero di ricoveri chirurgici entrambi sopra media, mentre resta contenuta entro il dato nazionale la degenza media. Il quadro comparativo offre segnali di buona efficienza strutturale e organizzativa. Ma è poi la maggiore o minore apertura al mercato privato che qualche dato in più offre alla valutazione delle due realtà.

La piena parità pubblico-privato per l'accreditamento in Lombardia, senza applicazione di abbattimenti tariffari per prestazioni eccedenti, ha determinato elevata risposta sanitaria con riduzione dei tempi di attesa ma incremento della spesa nel 1999 del 6,7%. La recente attivazione di una politica di contenimento con tetti di spesa definiti ha consentito, a partire dal 2001, di mantenere il tasso di crescita al 5,6%

Vincente in termini di controllo della spesa, la linea dell'Emilia Romagna che ha puntato sin dall'anno '98, su appropriatezza, accreditamento, tetti predefiniti di spesa e prestazioni coniugate a meccanismi di penalizzazione mediante riduzione proporzionale delle tariffe al superamento dei tetti. L'attenzione posta al miglioramento della qualità, con riduzione di ricoveri inappropriati, ha consentito un percorso virtuoso collocando i risultati di fine 2001 dell'Emilia Romagna fra i migliori in termini di evoluzione della spesa sanitaria con tasso di crescita di appena il 2,4%.

Una valutazione comparativa di sintesi, riferita alle altre Regioni, mette in chiaro la realtà del Mezzogiorno e Isole ove prevalgono dati favorevoli in termini di degenza media per acuti, basso indice di "letti vuoti" e buona rotazione di pazienti per letto, che scontano poi bassi indici per complessità di episodi di ricovero e per interventi chirurgici. Sono viceversa le Regioni del Nord a primeggiare nella graduatoria formata dal più elevato numero percentuale di interventi chirurgici e complessità di *case-mix*.

Sotto l'aspetto finanziario i confronti interregionali delle attività e delle prestazioni rese in ambito ospedaliero si prestano a riflessione. Le Regioni del Sud e Isole espongono una spesa media pro-capite nell'assistenza sanitaria inferiore alla media nazionale. Tale risultato si coniuga peraltro ad un peso percentuale dell'attività chirurgica di molto inferiore a quello registrabile nelle realtà regionali del Nord del Paese, del resto coniugato con minori indici di complessità nelle prestazioni rese.

Tutto ciò trova corrispondenza e si riflette nella massiccia esportazione di pazienti dal Sud-Isole al Centro-Nord con ulteriore aggravio per queste Regioni che in parte scontano gli effetti di una maggiore appropriatezza e efficacia di risposta sanitaria.

PARTE IV^ - LE POLITICHE DI INTERVENTO

Nuovi strumenti per lo sviluppo - All'obiettivo di *riqualificazione degli investimenti pubblici* appaiono finalizzate talune regole innovative introdotte nel contesto della programmazione comunitaria, dirette da un lato ad accelerare i processi di modernizzazione degli apparati burocratici preposti alle correlate gestioni, dall'altro ad introdurre specifici meccanismi di controllo della qualità e di monitoraggio dei risultati.

Notevole rilievo presenta -oltre al disimpegno automatico delle anticipazioni non erogate a determinate scadenze - la c.d. riserva di premialità parimenti prevista dal Q.C.S., diretta ad incentivare comportamenti virtuosi delle amministrazioni

responsabili, garantendo risorse ulteriori in presenza di positivi risultati gestionali, da verificare in base ad appositi criteri ed indicatori.

Il monitoraggio dei criteri del sistema premiale, assicurato da un Gruppo tecnico istituito con decreto del Capo Dipartimento per le politiche di sviluppo e coesione del Ministero dell'economia e delle finanze, consente di conoscere l'andamento della spesa e di verificare rapidamente il raggiungimento degli obiettivi programmati.

L'art. 73 della legge n. 448 del 2001 [finanziaria 2002] ha esteso le logiche programmatorie e di premialità previste per l'assegnazione dei fondi comunitari anche ai fondi nazionali per finanziare progetti selezionati secondo criteri di avanzamento progettuale e di coerenza programmatica, con particolare riferimento alle priorità della programmazione comunitaria 2000-2006.

La delibera CIPE 36/'02 ha ripartito per il triennio 2002-2004 2.744,36 milioni di euro, destinando il 76,4% delle risorse alle Regioni e alle Province autonome; di tali risorse, il 51,8% verrà assegnato nel 2004.

Tramite le *Intese istituzionali di programma*, Governo, Regioni e Province autonome hanno adottato piani pluriennali concordati per la realizzazione di interventi infrastrutturali di interesse comune. Detti strumenti sono stati attivati sull'intero territorio nazionale solo nel primo semestre del 2001.

In attuazione delle Intese sono stati stipulati, fino all'ottobre 2001, 81 *Accordi di programma quadro* (APQ).

Lo strumento contribuisce all'obiettivo, aggiornato nel DPEF 2000-2006, di destinare al Mezzogiorno circa il 30% delle risorse ordinarie del prossimo settennio.

Le risorse ordinarie [statali, regionali e di altri enti locali] attivate dagli APQ sono pari al 29,6% del totale. Tenuto conto anche dell'APQ per la Puglia [in istruttoria] dovrebbe essere superata la soglia programmata del 30%.

A fronte delle progettate risorse permangono gravi carenze di progettualità e quindi di realizzabilità degli investimenti.

E' urgente un recupero di qualità nei progetti delle opere, allo scopo di evitare la perdita di competitività.

Funzionali a questo scopo sono gli "*studi di fattibilità*" che presentano uno stato di attuazione pari a 286 studi su un totale di 320 iniziative [70%] con maggiore attivazione nel Mezzogiorno, mentre nel quadro di forte rilancio delle opere pubbliche è la previsione a forme di partenariato pubblico-privato anche con ricorso al *project financing*.

Incentivi alle attività produttive – Con riferimento alle politiche di sviluppo, l'analisi sugli interventi infrastrutturali concordati nelle intese istituzionali di programma tra Stato e Regioni consente di rilevare il positivo avvio dei programmi esecutivi confluiti, all'ottobre 2001, negli Accordi di programma quadro con possibilità di consistenti risorse aggiuntive.

Il settore attività produttive negli ultimi due anni è stato influenzato dall'avvio del nuovo ciclo di programmazione comunitaria e dall'attuazione del decentramento amministrativo. Il che ha determinato una flessione degli impegni assunti nell'esercizio 2000 e del numero di procedimenti agevolativi avviati in tale anno rispetto a quelli relativi al 1999. Si registrano peraltro segnali di ripresa nel primo semestre del 2001.

Da segnalare il maggior ruolo delle Regioni nei processi di pianificazione e gestione degli interventi di politica industriale che interessa non solo quelli istituiti a livello regionale e quelli conferiti, ma anche importanti regimi tuttora di competenza dello Stato fra i quali, in particolare, le agevolazioni ex lege n. 488/92 e le relative innovazioni procedurali che prevedono la partecipazione diretta delle Regioni alla individuazione delle priorità territoriali.

Decisivo impulso, nel periodo preso in esame, ha avuto la promozione di iniziative imprenditoriali inserite nell'ambito degli strumenti di programmazione negoziata. Sono stati, infatti, stipulati a tutto il 2001 ben 169 nuovi patti territoriali - di cui 91 settoriali [pesca e agricoltura] e 78 generalisti - e 32 contratti di programma.

Si tratta di segnale positivo per le potenzialità di tali strumenti in termini di impatto sullo sviluppo locale e sulla crescita complessiva dell'economia nazionale.

I fondi strutturali - Le risorse dei fondi strutturali costituiscono una rilevante fonte di finanziamento degli investimenti, condizionando le iniziative di sviluppo e di programmazione regionale.

Al 30 settembre 2001 lo stato di *attuazione della programmazione 1994/99* ha visto assegnare all'Italia 52.442.639,01 migliaia di euro. Il livello dei pagamenti effettuati nei diversi obiettivi e con riguardo ai singoli progetti si è rivelato generalmente soddisfacente, raggiungendo nell'*obiettivo 1* la percentuale di spesa, rispetto agli stanziamenti, dell'87,66% pari a 27.920.644,082 migliaia di euro, divenuto alla data del 31 dicembre 2001 il 92,73% con punte di eccellenza per le Regioni: Abruzzo [POP] con il 108,69%, Sicilia [At - Pop Sicilia - A.Andersen] con il 106,18%, Basilicata [POP] con il 102,69% e Calabria [POP] con il 101,45%.

Nell'*obiettivo 2*, la percentuale del 76%, pari a 2.059.106,176 migliaia di euro, è passata all'85,89% al 31 dicembre 2001.

Nell'*obiettivo 3*, la percentuale del 76,5%, pari a 2.332.676 migliaia di euro, ha subito un miglioramento raggiungendo l'81,96% con i pagamenti effettuati al 31 dicembre 2001.

Nell'*obiettivo 4*, la percentuale di spesa del 71%, pari a 653.632 migliaia di euro è stata ulteriormente migliorata al 31 dicembre 2001 con una media del 75,61%.

Nell'*obiettivo 5a*, per il FEOGA la percentuale dei pagamenti è stata pari a 79,03% per 1.877.506,506 migliaia di euro e per lo SFOP la percentuale è del 61,05% pari a 196.347,363, diventata dell'83,27% al 31 dicembre 2001.

Nell'*obiettivo 5b* la percentuale dei pagamenti è stata del 77,61%, pari a 4.015.015,722 migliaia di euro, registrando al 31 dicembre 2001, un incremento con l'81,51%; infine per i Programmi di iniziativa comunitaria, la percentuale dei pagamenti rispetto agli stanziamenti è stata del 54,10% per 2.382.022,468 migliaia di euro, incrementata al 59,92% con i pagamenti realizzati al 31 dicembre 2001.

Sulla nuova *programmazione 2000/2006* è stato positivo l'impatto della riforma dei fondi strutturali [Reg. comunitario 1260/99] sulla gestione finanziaria dell'intero ciclo di programmazione. All'Italia sono stati assegnati circa 65.000 miliardi di lire [corrispondenti a più di 33 miliardi di euro] da spendere entro il 31 dicembre 2008, di cui 21.626.858,80 migliaia di euro assegnati all'obiettivo 1, 2.608.000 migliaia di Euro all'obiettivo 2 e 8.720.184,053 migliaia di euro all'obiettivo 3. L'obiettivo 1 assorbe la maggior parte delle risorse assegnate per circa il 64%.

I programmi regionali [POR], a cui sono stati assegnati dalla CE risorse per 15.175.028,00 migliaia di euro corrispondenti a circa il 70,1% delle risorse dell'obiettivo 1, hanno interessato 7 Regioni del mezzogiorno [Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia e Basilicata] considerate, secondo i parametri comunitari, in ritardo di sviluppo. Le medesime Regioni sono destinatarie, altresì, dei contributi finanziari assegnati ai sette programmi nazionali [PON] per l'importo di 6.451.830,80 migliaia di euro. L'esame dei finanziamenti evidenzia un positivo impiego di risorse private con il raggiungimento dei più alti livelli in Sicilia, Campania e Puglia, che conferma l'esito di coinvolgimento dell'imprenditoria locale del mezzogiorno, favorendo un effetto di dinamismo sull'economia.

L'obiettivo 2, indirizzato alle Regioni del Centro-Nord in declino industriale, ha interessato 12 Regioni e 2 Province autonome [Abruzzo, Emilia - Romagna, Friuli - Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta, Veneto, P.A. Bolzano e P.A. Trento] con finanziamento dal Fondo di sviluppo regionale [FESR]. Nel periodo fra settembre e dicembre 2001 sono stati approvati dalla Commissione Europea gli assi prioritari, completando il quadro di programmazione. Tale ritardo ha reso necessario prorogare i tempi di spesa al 30 aprile 2009

L'obiettivo 3, indirizzato a favorire la formazione e l'occupazione, ha riguardato 12 Regioni e 2 Province autonome del Centro-Nord [Abruzzo, Emilia - Romagna, Friuli - Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta Veneto, P.A. Trento e P.A. Bolzano] e ha interessato esclusivamente il Fondo sociale europeo [FSE]. Per tale obiettivo, chiusa la fase di programmazione, sono stati avviati i relativi impegni con una incidenza variabile rispetto agli stanziamenti, attestata mediamente intorno al 15%, incrementata al 31/12/2001 al 18,54%.

La nuova disciplina dei controlli ha introdotto due livelli sanzionatori, l'uno per le rettifiche finanziarie cui segue l'eliminazione parziale o totale del contributo comunitario, l'altro per la sospensione dei pagamenti in presenza di mancato adeguamento alle osservazioni CE.

Trasporto pubblico locale – Una indagine speciale coordinata dalla sede centrale della Corte è stata avviata con riguardo al trasporto pubblico locale e ha coinvolto tutte le Sezioni di controllo decentrate con l'obiettivo di analisi comparative alla luce del processo avviato con il d.lgs. 422/97 [modificato con il d.lgs. n. 400/99] e in vista di una riorganizzazione dei servizi con ampia apertura alle logiche concorrenziali

La finanziaria 2002 con l'art. 35 ha modificato il testo unico sugli enti locali, dettando norme relative alla gestione delle reti e all'erogazione dei servizi pubblici locali. La compatibilità di tali disposizioni con il nuovo testo del titolo V della costituzione è stata oggetto di dibattito in Senato durante l'esame della legge finanziaria. Da parte regionale ne è stata fatta questione dinanzi alla Corte costituzionale.

Strumento essenziale della riforma è il contratto di servizio che, nel superamento di assetti monopolistici e sulla base di regole ispirate alla concorrenza, si pone come momento centrale ai fini del risanamento del settore, ai cui costi operativi va assicurata, tramite i ricavi del traffico, una copertura non inferiore al 35%, mentre a fronte degli