

seconda fase del programma straordinario, avviato con delibera CIPE n. 52 del 6 maggio 1998, con la quale è stato approvato il quadro programmatico generale (Programma nazionale quadro) relativo al completamento del programma, con la ripartizione alle Regioni ed alle Province autonome della somma risultante dalla differenza tra la quota complessiva e quanto effettivamente assegnato nel primo triennio, per un ammontare complessivo di 20.600 mld, con una riserva di 1.226,811 mld destinata agli enti diversi dalle Regioni (I.R.C.C.S. - I.Z.S. - Policlinici Universitari. a gestione diretta - I.S.S.). Con delibera n. 53 in pari data è stato approvato il “programma specifico” per un ammontare complessivo di 2.500 mld, finalizzato ad interventi per opere complete o da completare, dotate di progetti esecutivi o preliminari, nonché ad interventi considerati prioritari per le esigenze di maggiore funzionalità del complesso delle strutture regionali e provinciali, richiedendo adeguata certificazione circa l'utilizzo delle risorse finalizzate ad un programma rivolto alla sicurezza delle strutture⁷¹. Come si è detto, a fronte di risorse residue da destinare ad accordi dal totale delle assegnazioni ex art. 20 (20.600 mld), nella II fase del programma, le risorse destinate dalla delibera CIPE alle Regioni sono pari a 19.273,189 mld, dei quali 2.248,6 destinati in completamenti e sicurezza delle strutture. Le residue somme destinate ad accordi ammontano dunque a 17.124,565 mld, rispetto a cui il valore complessivo degli accordi di programma perfezionati è pari a 10.352,960 mld. Al 31 dicembre dell'anno 2000 sono stati stipulati 12 accordi di cui tre (Lombardia, Toscana, Basilicata) nell'ambito delle intese istituzionali di programma⁷².

⁷⁰ In base all'art. 5-bis inserito dopo l'art. 5 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni (*Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico*).

⁷¹ Dei 2.500 mld complessivamente rientranti nel programma specifico 1.476,9 risultano destinati al completamento di opere iniziate nel primo triennio, interventi considerati prioritari per le esigenze di maggiore funzionalità del complesso delle strutture sanitarie, regionali, provinciali e degli enti, nonché opere urgenti da realizzare nelle Regioni Umbria e Marche, colpite dal sisma, e pertanto già autorizzate in deroga alle ordinarie procedure; 793,094 mld risultano destinati ad interventi necessari per adeguare le strutture e le tecnologie sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza ed agli interventi di cui all'art.32, comma 4, legge n. n.449/1997. Una residua somma di 129,996 mld risulta infine accantonata e da assegnare agli enti di cui all'art.4, comma 15 della legge n. 412/1991 (IRCCS, Policlinici, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali). Per quanto riguarda gli IRCCS, i Policlinici a gestione diretta, gli IZS e l'Istituto superiore di sanità, nella seconda fase sono stati finanziati interventi specifici per complessivi 1.000 mld circa. Con tali risorse e con quelle risorse aggiuntive del 2001, l'obiettivo è di pervenire, d'intesa con le Regioni interessate, ad una riqualificazione dell'offerta rappresentata dai centri di ricerca e di formazione, che insistono prevalentemente nelle grandi città, spesso evidenziandone la complessità e la criticità, da rimuovere in coerenza con le generali linee programmatiche.

⁷² E' importante segnalare nella normativa la previsione - che peraltro rinvia agli stessi accordi di programma - di funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, di particolare rilievo, attesa l'ulteriore previsione (comma 3) che, in caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo entro i termini previsti,

Le ulteriori novità che incidono sull'andamento del programma riguardano aspetti istituzionali e normativi già in parte segnalati dalla Corte, ed in particolare la devoluzione delle competenze gestionali dal CIPE ai Ministeri competenti per materia, con la prevista costituzione dei nuclei di valutazione e di verifica degli investimenti pubblici, in attuazione dell'art. 1 della legge n. 144/1999. Con deliberazione CIPE n. 141 del 6 agosto 1999 è stata data attuazione al disegno di trasferimento dal CIPE alle diverse amministrazioni settorialmente competenti dei compiti di gestione tecnica amministrativa e finanziaria già ad esso attribuiti⁷³, riservando allo stesso CIPE una generale competenza sulle questioni di rilevante valenza economico finanziaria e la funzione di coordinamento a livello territoriale o settoriale. Al Ministero della sanità sono state dunque ricondotte (art 4), tra le altre, le funzioni relative all'ammissione a finanziamento dei progetti di edilizia sanitaria suscettibili d'immediata realizzazione (art. 20, c. 5bis), nell'intento di accelerare scansioni procedurali che, soprattutto nella prima fase del programma, avevano evidenziato lungaggini e discrasie⁷⁴. Con la riorganizzazione degli apparati in base al d.P.R. 435 del 7 dicembre 2000, una direzione generale di nuova istituzione è competente, oltre che all'individuazione dei fabbisogni informativi del Servizio sanitario nazionale e del Ministero, ai programmi di investimenti relativi al patrimonio immobiliare e tecnologico del Servizio sanitario nazionale, all'utilizzazione dei fondi strutturali comunitari ed ai rapporti in materia con le competenti Commissioni CIPE.

Nell'accennato complessivo quadro riformatore, anche la funzione di supporto tecnico nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica dei piani, programmi e politiche di interventi promossi ed attuati, si innesta nelle procedure di collaborazione e concertazione che qualificano le linee di attuazione degli obiettivi programmatici generali e di settore, fondati sulla utilizzazione comparata di sistemi e metodologie progettuali. Anche al fine di velocizzare l'attuazione del programma di investimenti e per completare la stipula degli accordi di programma, sono stati attivati tavoli tecnici con le Regioni, per verificare la coerenza degli accordi stipulati anche con le varie linee di finanziamento accessibili, e degli obiettivi selezionati con quelli

le risorse finanziarie vengano riprogrammate e riassegnate in favore di altre regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo.

⁷³ Previsto dall'art. 7 della legge n. 94/1997 e precisato dall'art. 3 della legge n. 144/1999.

generali del Piano, nell'intento di riqualificare l'intero patrimonio strutturale e tecnologico in funzione di servizi organizzati sulla base di una più approfondita analisi della domanda, con effetti positivi anche sul versante della spesa.

Come si è già anticipato, in relazione al nuovo ruolo della programmazione ed all'attuazione degli interventi in materia si segnala l'apporto di iniziative finanziate attraverso i Fondi strutturali della U.E. Alla migliorata capacità progettuale a livello regionale deve dunque corrispondere una ulteriore risposta positiva anche nei tempi di istruttoria ai livelli centrali, conseguibile attraverso una riqualificazione delle strutture valutative ed un decisivo rilancio della funzione programmatoria, in linea con quanto previsto dalla legge n. 144/1999, in ordine alla tempestiva costituzione presso tutte le amministrazioni di efficienti nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici. La capacità di utilizzo delle risorse disponibili potrà migliorare anche in relazione ad una sempre maggiore semplificazione dei procedimenti per l'accesso ai finanziamenti e all'adozione degli strumenti della programmazione negoziata che, avvalendosi anche delle innovazioni introdotte dalla legge sui lavori pubblici, individua soggetti tecnici responsabili della corretta attuazione degli accordi di programma e dei progetti. In tale contesto si inserisce l'iniziativa del Ministero volta a stimolare le capacità progettuali della committenza pubblica attraverso modelli di qualità che rappresentino le più evolute tendenze di una moderna e tecnologicamente avanzata progettualità in edilizia sanitaria⁷⁵.

3.3.3.2 Specifiche linee di finanziamento del programma di investimenti.

Nel contesto di riqualificazione del patrimonio immobiliare sanitario si inserisce anche il "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS" (di cui alla legge n. 135/90), che prevede la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive, comprese le attrezzature e gli arredi, e l'istituzione e il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia e immunologia, per un importo massimo di 2.100 mld. Con riguardo ad esso riemergono talune difficoltà progettuali, manifestatesi soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno, nell'utilizzo delle quote di

⁷⁴ Cfr. Relazioni precedenti.

⁷⁵ Vedasi il modello di ospedale ideale e dal "decalogo" che deve essere osservato da chi commissiona e progetta un ospedale, definiti nell'ambito di una Commissione appositamente incaricata.

finanziamento assegnate; va peraltro considerato che per il settore della residenzialità per i malati di AIDS operano numerose strutture a carattere privato sociale. Da ciò il rilievo, accolto dai documenti programmatici e dalla legge n. 328/2000 di una effettiva integrazione sociosanitaria.

Tra le specifiche linee di finanziamento che caratterizzano il programma di investimenti, peculiare attualità rivestono le misure finalizzate a consentire la libera professione intramuraria. In base al d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, art. 1, le Regioni predispongono, entro il 31/12/2000, il programma per la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività libero professionale intramuraria per un ammontare massimo di lire 1.800 mld, nell'ambito delle risorse regionali disponibili ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. L'obiettivo è, sul piano programmatico, di superare l'attribuzione di quote predefinite attraverso la predisposizione ed il finanziamento di specifici progetti⁷⁶.

Una ulteriore priorità nazionale da soddisfare con le risorse finanziarie di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, finalizzate al potenziamento e alla riqualificazione del parco tecnologico del Servizio sanitario nazionale è rappresentata dal potenziamento delle strutture di radioterapia ex art. 28, comma 12, legge 23 dicembre 1999 n. 488. La riqualificazione delle apparecchiature radioterapiche riveste particolare attenzione nell'ambito della programmazione sanitaria, sia per la sempre più rapida obsolescenza tecnologica, che per la inadeguata e spesso non razionale distribuzione dei centri terapeutici, causa di mobilità interregionale notevole e di lunghi periodi di attesa, con notevoli costi sanitari e sociali. Il carattere prioritario del settore della radioterapia è stato evidenziato in tutti gli accordi di programma sottoscritti ex art. 2 della legge n. 622/1996 e ex art. 5 bis del d.lgs. n. 502/1992 e in quelli, attualmente in corso di perfezionamento, promossi dal Ministero a completamento del programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20⁷⁷.

⁷⁶ In relazione ai programmi regionali, l'Amministrazione informa che è stata di recente predisposta la ripartizione di 1.600 mld destinati alla intramoenia dalla finanziaria 2001 tra le regioni (ad esclusione di quelle che non avevano presentato progetti (Friuli, Bolzano, Calabria, Sicilia, Molise), con riserva per alcune di approfondimento ed integrazione della documentazione prodotta.

⁷⁷ Si ricorda che l'art. 28, comma 12, legge 23 dicembre 1999 n. 488, autorizza un'ulteriore spesa di lire 30 mld nel triennio 2000-2002 per il potenziamento delle strutture di radioterapia; la legge finanziaria 2001, all'articolo 96 (Potenziamento delle strutture di radioterapia), riserva 20 mld per ciascuno degli anni 2001 e 2002, da assicurare nell'ambito dei programmi di cui all'articolo 20. Tali risorse potranno trovare una compiuta utilizzazione anche attraverso l'addizionalità ai programmi regionali finanziati ex art. 20 o con altri finanziamenti regionali e aziendali.

Vanno infine segnalati i finanziamenti previsti dall'art. 2, della legge finanziaria n. 549/95 e dall'art. 2 della legge finanziaria n. 662/96), in base a cui l'INAIL riserva annualmente il 15% delle proprie risorse alla realizzazione o all'acquisto di opere da locare al SSN o da destinare a centri per la riabilitazione. Le disponibilità dell'INAIL riguardano circa 150/200 mld annui, da utilizzare anche in relazione alle intese già sottoscritte, in funzione degli obiettivi comuni in materia di riabilitazione, prevenzione degli infortuni e reinserimento lavorativo.

3.3.3.3 Il Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative e di assistenza ai malati terminali.

La legge n. 39/99, di conversione del d.l. n. 450/98, in coerenza alle richiamate indicazioni programmatiche, all'art.1 comma 1, assegna risorse per interventi finalizzati alla realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, di almeno una struttura dedicata all'assistenza palliativa e di supporto, prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare agli stessi e ai loro familiari una migliore qualità della vita. Per la realizzazione delle strutture stesse viene prevista una somma di 310 mld per 3 anni consecutivi, (oltre a 150 mld da destinare all'assistenza domiciliare con particolare riferimento ai pazienti in fase critica)⁷⁸ in relazione all'Obiettivo IV, del PSN "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli".

Con d.m. 28 settembre 1999⁷⁹ sono state predisposte le caratteristiche del "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative", attuando altresì il riparto delle somme assegnate a tal fine dalla legge, per le prime due annualità delle tre previste⁸⁰. In coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, il programma prevede, oltre alla realizzazione dei Centri residenziali, la predisposizione di un programma complessivo della rete di assistenza integrata con gli altri servizi del territorio e con l'ospedale, i programmi di formazione del personale e il piano di comunicazione alla cittadinanza finalizzato alla corretta divulgazione del nuovo servizio.

⁷⁸ Vedasi par. I.

⁷⁹ Pubblicato in G.U. del 7 marzo 2000.

Il programma prevede la individuazione di indicatori per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza erogata dalle nuove strutture e la predisposizione, contestualmente ai progetti e ai piani di integrazione delle nuove strutture, di programmi di comunicazione da attivare per informare i cittadini. Va segnalato che in caso di inerzia delle Regioni, i Comuni possono presentare direttamente propri progetti al Ministero della sanità. Con D.P.C.M. 20 gennaio 2000⁸¹ è stato emanato l'“Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative” (hospice), ad integrazione dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria approvati con d.P.R. 14 gennaio 1997. Si registra l'adozione da parte di tutte le Regioni del programma regionale applicativo del programma nazionale per le cure palliative, con la tendenziale integrazione delle strutture interessate alla cura ed assistenza dei malati terminali⁸². Va segnalato che in base all'art. 92 della legge n. 388/2000, è prevista la possibilità per le regioni di stipulare convenzioni con istituzioni ed organismi a scopo non lucrativo che dispongano di strutture idonee. La stessa norma, oltre a consentire il finanziamento per la ristrutturazione e l'adeguamento di strutture con vincolo trentennale, ammette a finanziamento anche progetti presentati da organismi a scopo non lucrativo che svolgano attività nel settore dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Di recente risultano adempiute ulteriori iniziative: nella conferenza Conferenza Stato-regioni è stato dato parere favorevole alle “linee guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative”, precisando i destinatari (pazienti colpiti da tumore, AIDS e “patologie non neoplastiche ad andamento progressivo”), i percorsi assistenziali, il ruolo del medico di famiglia e, nei casi più gravi, del ricovero in hospice, coordinando i servizi con quelli ad elevata caratterizzazione sociale; è stato anche approvato lo schema di d.m. sui corsi “pilota” di alta qualificazione teorico-

⁸⁰ Il d.m. 28 settembre 1999 assegna alle regioni le prime due annualità, per complessivi 256,511 mld, delle tre stanziare per complessivi 310 mld.

⁸¹ Pubblicato sulla G.U. del 5 gennaio 2000.

⁸² Si ricorda che con legge 12/2001 sono state approvate “norme per agevolare l'impiego di farmaci analgesici oppiacei nella cura del dolore”.

pratica in cure palliative, a cura dell'ISS di concerto con la direzione generale studi, documentazione, comunicazione ai cittadini, del ministero della sanità⁸³.

3.3.3.4 Il Piano straordinario per le grandi città di cui all'art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448.

Il piano straordinario per le grandi città è finalizzato, in linea con quanto previsto dal D.P.E.F. 1999-2001, alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani, con particolare attenzione al Mezzogiorno, per superare gli elementi di criticità del sistema sanitario nelle grandi città, rappresentati dai fenomeni di congestionamento delle strutture, da lunghe liste di attesa, da inutilizzo di sale operatorie e, a volte, di interi reparti per carenza di requisiti di sicurezza nonché dalla concentrazione in zone periferiche di fasce deboli della popolazione. L'intento, a fronte della crescente esigenza di ammodernamento dell'offerta di prestazioni sanitarie è di sviluppare servizi innovativi, a costi contenuti, coinvolgenti direttamente gli enti locali, il volontariato e le famiglie, anche attraverso forme di cofinanziamento, soprattutto nelle grandi città, con particolare attenzione al Mezzogiorno.

Per l'attuazione del programma, la legge finanziaria del 1999⁸⁴ ha stanziato 1500 mld, integrati fino a 2400 mld con la legge finanziaria del 2000⁸⁵. Il programma non prevede quote prestabilite, ma l'allocazione delle risorse in relazione alle situazioni emergenti dai progetti, alle criticità da superare, ai modi, ai tempi di intervento e alla validità dell'analisi di contesto effettuata; per tale obiettivo è richiesto un cofinanziamento minimo pari al 30%, a carico di altri enti pubblici o privati.

Gli obiettivi del programma sono molto ampi e trasversali, rispetto alle varie tipologie di intervento, e riguardano interventi strutturali e logistici, programmi indirizzati all'innalzamento degli standard di salute della collettività e progetti a carattere organizzativo. In questo senso i progetti dovrebbero favorire il coordinamento delle attività svolte dai singoli soggetti che operano nella sanità dei grandi centri urbani (ASL, Aziende ospedaliere, policlinici IRCCS etc..) secondo criteri rispondenti a

⁸³ Nell'anno in corso è prevista l'assegnazione della terza annualità e la ammissione a finanziamento dei progetti valutati coerenti con le specifiche indicazioni date. Entro il marzo del 2003, è prevista la verifica dell'attuazione del programma da parte del Ministero della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

⁸⁴ Art. 71 della legge 23 dicembre 1998 n. 448.

⁸⁵ Tabella D allegata alla legge 23 dicembre 1999, n. 488.

logiche di equa distribuzione territoriale dei servizi; la razionalizzazione degli investimenti in edilizia ospedaliera e nelle dotazioni tecnologiche; il coordinamento degli interventi sanitari con altri interventi di sviluppo e riqualificazione territoriale dell'area (trasporti, urbanistica, acqua etc.).

Con d.m. 15 settembre 1999 sono stati fissati i criteri, le modalità ed i termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti con la indicazione dei criteri indicativi per la valutazione e l'attivazione delle azioni di sostegno, anche in relazione alle criticità più significative del sistema sanitario delle grandi aree urbane. Dall'applicazione di alcuni parametri (concentrazione dell'offerta ospedaliera in strutture di grandi dimensioni; assistenza erogata a utenti non residenti; indice di vecchiaia; tasso di mortalità infantile) sono state individuate le seguenti città: Roma, Milano, Napoli, Torino, Genova, Palermo, Bologna, Firenze, Catania, Bari, Venezia, Taranto, Reggio Calabria, Cagliari, Perugia, alle quali, in sede di Conferenza Stato-Regioni, sono state aggiunte: Ancona; Perugia; Campobasso; Potenza; Catanzaro, l'Aquila.

Sulla base dell'istruttoria e del relativo parere espresso dalla Commissione paritetica di cui al d.m. 16 giugno 2000⁸⁶, che ha terminato i suoi lavori nel dicembre 2000, applicando i criteri per la valutazione dei progetti indicati nell'Allegato al decreto del Ministero della sanità del 15 settembre 1999, sono stati individuati i progetti beneficiari del cofinanziamento⁸⁷.

Sul piano operativo, alla neoistituita direzione generale del sistema informativo e statistico e degli investimenti strutturali e tecnologici del ministero della sanità, è demandato il sostegno alle regioni per lo sviluppo e l'attuazione della progettazione, anche attraverso la promozione di appositi nuclei interregionali. Essenziale appare anche nel settore la funzione di monitoraggio informatico del programma, sulla base di procedure concordate con le regioni circa i dati e le modalità da aggiornare semestralmente, anche avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, nonché

⁸⁶ Con decreto del Ministro della sanità 16 giugno 2000 è stata definita la istituzione, la definizione dei compiti e la composizione della Commissione paritetica di cui all'articolo 71, comma 2, della legge 448. Le Regioni dovevano inviare, entro 180 giorni dalla data di pubblicazione del decreto, i programmi per la realizzazione della rete di assistenza e delle strutture di cure palliative al Ministero della sanità, competente a verificare l'adeguatezza dei progetti con i requisiti stabiliti, e ad erogare i finanziamenti secondo le quote previste dal riparto.

⁸⁷ Risultano sinora ripartiti dal Ministero solo 15 mld, in anticipazione alle regioni con il citato d.m. 8 febbraio 2000 per favorire la qualità del progetto.

di verifica in itinere ed ex post dell'attuazione dei progetti, attraverso le informazioni fornite dalle regioni stesse, utili anche a prevenire l'eventuale insorgenza di situazioni di criticità che non consentano la realizzazione o la prosecuzione del progetto.

Si assiste in definitiva ad una complessiva articolazione degli interventi di riqualificazione del sistema di offerta rilevanti sia sul piano finanziario, che istituzionale ed operativo, in linea con le esigenze sottese all'intera evoluzione dei modelli pubblici di investimento, orientati ad una sempre maggiore concertazione della programmazione, semplificazione delle procedure, cooperazione dei diversi livelli di governo e gestionali. L'interazione dei programmi, l'attivazione di momenti di concertazione operativa, la misurazione dell'effettiva realizzazione dei progetto finanziati, costituiscono dunque i presupposti per consentire una risposta concreta ad obiettivi da tempo presenti nelle misure programmatiche e sinora solo parzialmente attuati.

4. Le politiche previdenziali.

4.1 La spesa pensionistica.

La spesa pensionistica costituisce, com'è noto, uno dei profili di maggior rilievo per l'analisi dei macroaggregati di spesa del settore pubblico, soprattutto per la sua incidenza sul PIL e per le sue caratteristiche di scarsa dipendenza dalle altre variabili macroeconomiche (la stessa crescita del PIL) con una sostanziale *anelasticità* rispetto al PIL, costituendo un fattore di rigidità del sistema, e di stretto legame con l'andamento demografico del Paese.

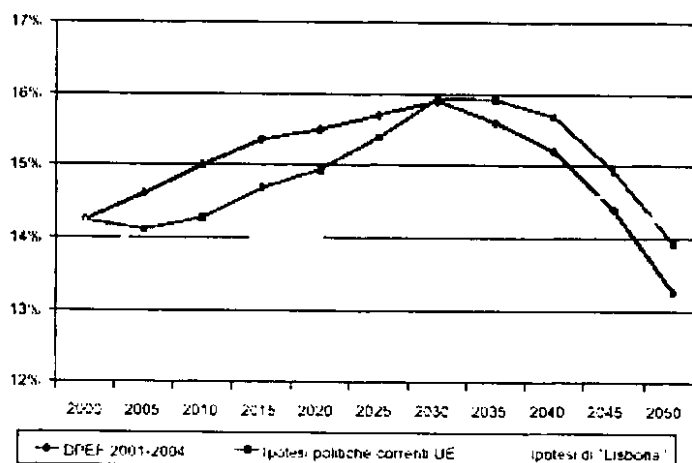
Per tali ragioni, la *curva* della spesa pensionistica viene costantemente analizzata per trarre affidabili previsioni di medio-lungo periodo tali da fornire, a loro volta, indicazioni sia per la modifica della normativa previdenziale (per il 2001 è previsto un *check-up* del sistema e l'ulteriore accelerazione del processo di omogeneizzazione del sistema contributivo), sia per analisi che riguardano il complesso della spesa pubblica.

La verifica dell'andamento della predetta *curva* si è soprattutto concentrata nell'individuazione della cosiddetta *gobba*, il momento nel quale si arresta l'andamento ascensionale e quindi l'aumento della spesa pensionistica, per innescarsi il circuito *virtuoso* della diminuzione della spesa pensionistica in rapporto al PIL.

Nella passata relazione veniva richiamata l'analisi realizzata nel *Programma di stabilità dell'Italia*, laddove si prevedeva una crescita costante fino al 2015, con un incremento di 1,4 punti percentuali, dal 1998 al 2015 (dal 14,2% al 15,6%) per poi attenuarsi, con un ritmo di crescita più lento, per raggiungere il punto massimo nel 2031 con un livello del 15,8% del PIL. Da questo momento veniva previsto l'inizio della fase decrescente di tale rapporto, fino a raggiungere il 14,2% nel 2045.

L'aggiornamento del documento del *Programma di stabilità*⁸⁸, il quale si basa sui Documenti di Programmazione Economico-Finanziaria predisposti dal Governo⁸⁹, considera tre diversi scenari che si riferiscono, rispettivamente, il primo, alla struttura del D.P.E.F., il secondo definito "a politiche correnti UE" ed il terzo, definito "di Lisbona" perché implica tassi di occupazione che siano coerenti con le conclusioni del Consiglio di Lisbona del marzo 2000; commisurati ad un tasso di crescita del PIL di quasi l'1,5% e quindi più elevato rispetto agli altri due scenari dove il medesimo di attesta per l'Italia ad un livello di poco superiore all'1,4%.

Proiezioni di spesa pensionistica (in percentuale del PIL)



Fonte: "Programma di stabilità dell'Italia" agg. Dic. 2000

⁸⁸ Adottato in attuazione dell'art.4 del Regolamento del Consiglio dell'Unione Europea n.1466/97 del 7 luglio 1997.

⁸⁹ Documento di programmazione economico-finanziaria per gli anni 2001-2004 (D.P.E.F. 2001-2004), approvato dal Parlamento il 27 luglio 2000, sulla sua *Nota di aggiornamento*, sulla Relazione previsionale e programmatica per il 2001 e sulla Legge Finanziaria per il 2001.

Lo scenario legato al D.P.E.F. mostra una spesa pensionistica che dal 14,2% del 2000 raggiunge il 15,9% nel 2030 per poi discendere a quasi il 14,5% nel 2045 fino a poco più del 13% nel 2050.

Gli andamenti rappresentati mostrano quindi differenze minime rispetto alle previsioni dello scorso anno, salvo l'anticipazione della *gobba* al 2030.

Ben diversa è la rappresentazione effettuata nel diverso scenario "a politiche correnti UE", non tanto per i livelli raggiunti al 2030 (16%), quanto per la celerità della crescita (già al 15% nel 2010), che mantiene per un lasso di tempo piuttosto rilevante (dal 2010 al 2035) livelli superiori al 15%, con il particolare fenomeno del mantenimento dell'apice (16%) per un quinquennio (dal 2030 al 2035) e di una discesa piuttosto lenta che al 2045 attesta la spesa ancora al 15% per raggiungere il 14% nel 2050.

L'ultimo scenario, quello definito "di Lisbona", risente della condizione d'origine di dare per assunto livelli di incremento medio del PIL di circa l'1,5%, superiori di quasi lo 0,1% rispetto ai precedenti, con la conseguenza di mantenere una forte stabilità della spesa pensionistica al 14% fino al 2020 per poi innescare un andamento ciclico e raggiungere i livelli più alti (di poco più del 14,5%) nel 2030, nel 2040 e nel 2045 per poi scendere a circa il 14% nel 2050.

Come si vede, al cambiamento di scenario corrisponde un sensibile cambiamento delle proiezioni che risentono dei diversi rapporti tra occupati e pensionati.

Nel primo caso, infatti, viene molto realisticamente considerato in aumento il numero dei pensionati rispetto agli occupati e non vi è un'attesa eccessiva nel breve e medio periodo di un miglior rapporto tra oneri pensionistici e produttività media, determinato dalla riforma pensionistica.

Lo scenario "a politiche correnti UE" appare piuttosto allarmante, ma è legato alla previsione di una forte crescita dell'occupazione e della produttività nel primo decennio, alla quale conseguirebbe un maggior numero di pensioni ed un livello medio delle stesse più elevato nell'ultimo periodo di rilevazione.

Meno credibile sembra il terzo scenario che ha, come si è detto, la caratteristica di non presentare la *gobba*, perché la situazione è piuttosto stabile e prevede fino al 2020

un andamento al valore minimo (14%) che successivamente si alza per circa mezzo punto percentuale per poi ridiscendere.

In tale contesto, secondo il "Programma di stabilità", viene ipotizzato un incremento del tasso di occupazione che sarebbe realizzabile *solo con un aumento dell'età media al pensionamento di circa tre anni*.

Nella *Relazione generale sulla situazione economica del Paese* per il 1999, il livello della spesa pensionistica sul PIL viene indicato, per il 2000 nel 14,0%, dato questo lievemente diverso da quello indicato nel "Programma di stabilità", nello scenario D.P.E.F. (14,2%) e comunque in diminuzione rispetto al 1999 (il dato rettificato è del 14,4%).

Al riguardo, avrebbero concorso a detta diminuzione più concause.

Da un lato, infatti, sembrano aver prodotto effetti le misure normative in materia, quali l'aumento, dal 2000, dell'età per accedere al pensionamento di vecchiaia per i lavoratori subordinati privati (da 64 a 65 anni per gli uomini e da 59 a 60 anni per le donne, ai sensi del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 503), ma va anche considerata la modifica della normativa relativa al cumulo tra pensioni e redditi da lavoro (apportata con la legge n. 448/1998), che consente ai titolari di pensioni di anzianità di percepire redditi da lavoro autonomo senza subire decurtazioni dei trattamenti in godimento, purché abbiano maturato 40 anni di anzianità.

Dall'altro, appare migliorato il controllo delle posizioni pensionistiche, attraverso l'aggiornamento degli archivi INPS, reso possibile dalla costituzione del Casellario centrale dei pensionati

Come si era già constatato nella passata relazione, va dunque considerato che sull'andamento nel breve e medio periodo della spesa pensionistica influiscono, sia aspetti normativi che determinano ritardi sugli effettivi pensionamenti, come si è indicato sopra, sia fenomeni indotti dalla prospettiva di un cambiamento del regime pensionistico.

Ne costituiscono significativi esempi due articoli della legge finanziaria per il 2001 (legge 23 dicembre 2000, n. 388): l'art. 72 concernente il *cumulo tra pensione e reddito da lavoro* e l'art.75 relativo ad *incentivi all'occupazione dei lavoratori anziani*.

Con il primo viene sancita, a decorrere dal 1° gennaio 2001, per le pensioni di *vecchiaia*, la completa cumulabilità con i redditi da lavoro autonomo e dipendente, mentre, per le pensioni di *anzianità*, sempre a decorrere dal 1° gennaio 2001, viene ammessa, per i trattamenti eccedenti il minimo, la cumulabilità, con i redditi da lavoro autonomo, nella misura del 70%, con il vincolo per l'Amministrazione, che le trattenute relative al cumulo non possano in ogni caso superare il 30% di detti redditi.

Con il secondo viene introdotto un principio completamente nuovo nel sistema normativo previdenziale italiano: al lavoratore dipendente che ha maturato i requisiti minimi per l'accesso al pensionamento per anzianità - previa rinuncia alla copertura assicurativa per *ivs - invalidità, vecchiaia e superstiti* o forme sostitutive, e, quindi sollevamento dal corrispondente onere contributivo per il datore di lavoro - viene data la possibilità di proseguire nel proprio rapporto di lavoro, purché ciò avvenga per un periodo minimo di due anni rispetto alla prima scadenza utile per il pensionamento (la cosiddetta *finestra*) ed, ovviamente, successiva all'esercizio di detta facoltà, e venga stipulato tra lavoratore e datore di lavoro un contratto a tempo determinato che regoli il rapporto.

Si tratta di una facoltà che può essere esercitata più volte e la conseguenza è che, al momento dell'effettivo pensionamento, il lavoratore percepirà il trattamento pensionistico che gli sarebbe spettato al momento in cui ha esercitato, per la prima volta, detta facoltà.

Il ripetersi di interventi normativi in materia, anche a prescindere dagli *steps* previsti dalla riforma previdenziale (uno dei quali dovrebbe realizzarsi, come si è detto, nel 2001), ed aventi contenuto anche di particolare originalità, come quello in ultimo citato, indicano l'intento di favorire, nella fattispecie in termini inequivoci, la prosecuzione del rapporto di lavoro, senza ulteriori oneri previdenziali sia per il datore di lavoro sia per il lavoratore, a prescindere dalla coerenza con gli incentivi per la *nuova occupazione* e con quelli relativa alla *ricollocazione* di chi è già *escluso dal mercato del lavoro*.

Tutto ciò determina un vero e proprio *calmiere* nel trend dei collocamenti a riposo del personale dipendente, i cui effetti si riscontrano subito nel rapporto della spesa pensionistica con il PIL.

Per quanto attiene alle prestazioni aventi carattere assistenziale⁹⁰ la spesa è cresciuta del 2,6% sul 1999 (rispetto all'incremento dell'8,8% che si era registrato per il 1999 sul 1998 e che era dovuto ai nuovi importi mensili indicati nella manovra di bilancio per il 1999), il che dimostra gli effetti di un miglior meccanismo di selezione e controllo.

4.2 La funzione Previdenza.

Anche nella presente relazione, com'è avvenuto lo scorso anno, si ritiene di particolare interesse l'analisi che prende in considerazione le prestazioni distinte per funzione⁹¹ e per tipologia, secondo i parametri *dell'evento, del rischio e del bisogno*⁹², dalla quale è tratta la seguente tabella⁹³, che inquadra la funzione *Previdenza* nella sua globalità, e nel contesto più generale della *Protezione sociale*.

PRESTAZIONI DI PROTEZIONE SOCIALE SECONDO L'EVENTO, IL RISCHIO E IL BISOGNO PER FUNZIONE E PER TIPO DI PRESTAZIONE

Istituzioni pubbliche

(in miliardi)

Funzione e tipo di prestazione	ANNO 1999							TOTALE
	Malattia	Invalità	Famiglia	Vecchiaia	Superstiti	Disoccupazione		
<i>Previdenza</i>	3.729	13.280	11.802	249.831	56.735	8.690	344.067	
- Pensioni e rendite		13.037		238.679	(b)	56.735	(c)	308.451
- Liquidazioni per fine rapporto di lavoro				10.052				10.052
- Indennità di malattia, per infortuni e maternità	3.729		2.664					6.393
- Indennità di disoccupazione						7.226		7.226
- Assegno di integrazione salariale						1.464		1.464
- Assegni familiari			9.133	(d)				9.133
- Altri sussidi e assegni (a)		243	5	1.100				1.348

(a) Comprende: equo indennizzo, liquidazioni in capitale, assegni, indennità, sussidi complementari al reddito.

(b) Comprende: 208.119 mld erogati dagli Enti di Prev., 3.400 mld erogati dallo Stato, 814 mld erogati da altre Ist. Pubb., 26.346 mld di pensioni di inval. erogate a beneficiari che sono in età per percepire una pensione di vecchiaia.

(c) Comprende: 55.511 mld erogati dagli Enti di Previdenza (di cui 53.536 mld sono pensioni indirette e 1.975 mld rendite indirette), 967 mld erogati dallo Stato, e 257 mld erogati da altre Istituzioni pubbliche.

(d) Comprende: 7.856 mld erogati dagli Enti di Previdenza, 420 mld erogati dallo Stato e 697 mld erogati da altre Istituzioni pubbliche.

⁹⁰ Che, com'è noto, ricomprendono pensioni ed assegni sociali, pensioni ad invalidi civili, ciechi e sordomuti, nonché pensioni di guerra.

⁹¹ Adottata da Eurostat, per il confronto tra le prestazioni sociali dei differenti Paesi.

⁹² Contenuta nella Relazione sulla situazione economica del Paese 1999.

⁹³ Per la lettura della quale, va tenuto presente che si dispone di dati rettificati per gli esercizi precedenti e, quindi, seppur di poco, diversi da quelli contenuti nella passata relazione.

ANNO 2000

Funzione e tipo di prestazione	Malattia	Invalidità	Famiglia	Vecchiaia	Superstiti	Disoccupazione	TOTALE
<i>Previdenza</i>	3.868	13.545	12.153	256.800	57.401	8.363	352.130
- Pensioni e rendite		13.295		245.143 (b)	57.401 (c)		315.839
- Liquidazioni per fine rapporto di lavoro				10.524			10.524
- Indennità di malattia, per infortuni e maternità	3.868		2.717				6.585
- Indennità di disoccupazione						7.116	7.116
- Assegno di integrazione salariale						1.247	1.247
- Assegni familiari			9.431 (d)				9.431
- Altri sussidi e assegni (a)		250	5	1.133			1.388

(a) Comprende: equo indennizzo, liquidazioni in capitale, assegni, indennità, sussidi complementari al reddito.

(b) Comprende: 213.603 mld erogati dagli Enti di Prev., 3.067 mld erogati dallo Stato, 780 mld erogati da altre Ist. Pubb., 27.693 mld di pensioni di inval. erogate a beneficiari che sono in età per percepire una pensione di vecchiaia.

(c) Comprende: 56.282 mld erogati dagli Enti di Previdenza (di cui 54.323 mld sono pensioni indirette e 1.959 mld rendite indirette), 872 mld erogati dallo Stato e 247 mld erogati da altre Istituzioni pubbliche.

(d) Comprende: 8.176 mld erogati dagli Enti di Previdenza, 527 mld erogati dallo Stato e 734 mld erogati da altre Istituzioni pubbliche.

Fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2000 - Ministero del tesoro e della programmazione economica

Estrapolando le rilevazioni attinenti a *Invalidità*, *Vecchiaia* e *Superstiti*, corrispondenti al comparto IVS, si constata come, le pensioni e le rendite che ad esso si riferiscono, raggiungano, nell'esercizio 2000, 315.839 mld rispetto ai 308.451 mld dell'esercizio 1999, con un incremento del 2,39%.

Tale incremento è, in termini disaggregati, dell'1,98% (13.295 mld del 2000 rispetto ai 13.037 del 1999) per *Invalidità*, del 2,70% (245.143 mld nel 2000 e 238.679 nel 1999) per *Vecchiaia* e dell'1,17% (57.401 mld nel 2000 e 56.735 nel 1999) per *Superstiti*.

Gli analoghi rapporti del 1999 sul 1998 danno un incremento del 9,29% (13.037 su 11.929) per *Invalidità*, del 4,95% (238.679 su 227.411) per *Vecchiaia* e del 7,99% (56.735 su 52.539) per *Superstiti*.

Ponendo l'accento sui trattamenti pensionistici di *Vecchiaia*, nel cui ambito sono ricompresi quelli per *Anzianità*⁹⁴, si rileva un incremento sull'esercizio precedente, inferiore (2,70%) rispetto a quello riscontrato nel rapporto 99-98 (4,95%), e si trova

⁹⁴ Le pensioni di vecchiaia sono corrisposte ai lavoratori che abbiano raggiunto una determinata età anagrafica e possano far valere un certo periodo o numero di contribuzioni, mentre le pensioni di anzianità spettano a coloro che

dunque conferma di quanto si è detto in precedenza sul limitato aumento dei trattamenti pensionistici sul quale, peraltro, influiscono, come si è visto, fattori eterogenei.

Dall'esame della *Stima del fabbisogno di cassa per l'anno 2000 e del fabbisogno di cassa al 31 dicembre 1999*, emerge dal conto degli Enti previdenziali, per quel che attiene alla spesa pensionistica, una situazione ulteriormente appesantita rispetto al 1999 (109.152 mld rispetto ai 100.262 del 1999), dovuta a ragioni diverse da quelle indicate nella passata relazione⁹⁵.

La prima e più importante è costituita dall'allarmante situazione che si è determinata per la *cartolarizzazione* dei crediti vantati dall'I.N.P.S. la quale risulta⁹⁶ aver prodotto solo 300 mld rispetto agli 8.000 (su 11.100 mld di crediti complessivamente recuperati) del 1999.

Tale elemento, in parte compensato dalla *cartolarizzazione* dei crediti INAIL, che ha prodotto 900 mld e da contabilizzazioni avvenute nel 2000 ma relative al 1999, incide profondamente sugli effetti del gettito contributivo.

Questo, infatti, risulta aumentato del 2,7%, ma una stima più accurata che tenga conto delle anomalie più rilevanti, come quella appena citata, porta ad attestare il reale incremento del gettito contributivo al 4,3%.

L'aumento della spesa pensionistica (depurando i dati dalle pensioni ai ferrovieri, dal 1° aprile 2000 a carico dell'INPS per circa 5.600 mld, e precedentemente erogate dal *Fondo pensioni* delle F.S. S.p.A., nonché dai maggiori oneri IRPEF sulle pensioni INPDAP, imputati all'esercizio 1999 a causa della *mensilizzazione* dei versamenti) è inferiore alle attese, venendo stimato al 3,2%, rispetto ad una previsione del 4,3%.

I dati appena citati vanno comunque letti alla luce delle modificazioni normative, alle quali si è fatto cenno in precedenza, le quali, almeno in parte, (come la possibilità di proseguire l'attività lavorativa senza ulteriore copertura previdenziale, introdotta dall'art. 75 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, la Finanziaria per il 2001) mirano a procrastinare l'onere pensionistico.

possono vantare un determinato periodo minimo di iscrizione, a forme previdenziali obbligatorie e di contribuzione, a prescindere dall'età anagrafica.

⁹⁵ In particolare, si faceva riferimento al particolare aggravio (che ha raggiunto 15.500 mld) dovuto all'entrata a regime del pagamento delle pensioni ai minorati civili.

⁹⁶ Secondo le stime della Relazione citata presentata il 4 aprile 2001.