

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people standing in a circle, suggesting a group or community. The silhouettes are dark blue and are positioned behind the main text.

Rapporto

CEIS - Sanità 2007

*Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà,
Integrazione, Valutazione e Empowerment:
6 “nuove” parole chiave per il futuro del SSN*

3.1 - Le politiche regionali di allocazione delle risorse finanziarie e i bisogni di razionalizzazione della spesa sanitaria

Fioravanti L.¹, Spandonaro F.²

3.1.1 Introduzione

Le scelte finanziarie delle Regioni, strettamente connesse alla struttura dell'offerta e dei livelli di costo locali, sembrano sempre più orientate verso scelte di (neo)centralismo² per far fronte alle attuali esigenze di contenimento della spesa sanitaria.

Come evidenziato nel Rapporto CEIS Sanità 2004, 2005 e 2006³, anche nei modelli di finanziamento più decentrati, con risorse destinate direttamente alle aziende sanitarie territoriali, sono presenti diversi modelli negoziali tra aziende territoriali acquirenti e aziende erogatrici (ospedaliere), nonché vincoli di destinazione, che tendono a mantenere il controllo finanziario complessivo a livello regionale. La tendenza all'accentramento finanziario (sia per le quote di risorse che rimangono a vari livelli nella discrezione delle Regioni, sia a livello di imposizioni di vincoli di destinazione e di tetti di spesa) è tanto più evidente nelle scelte adottate negli anni 2006 e 2007 e in particolare in quelle Regioni caratterizzate da elevati livelli di disavanzo sanitario.

Possiamo ritenere, quindi, che il vero driver delle scelte di distribuzione delle risorse finanziarie destinate alla sanità sia il livello di disavanzo regionale.

3.1.2 Le scelte regionali

I criteri base della nostra analisi, riferita al periodo 2003-2007, sono le metodologie di riparto dei fondi sanitari regionali di Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana e Valle d'Aosta, il grado di centralizzazione/decentralizzazione delle risorse finanziarie destinate alla sanità e le quote di FSR volte a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Le differenze regionali nell'assegnazione delle risorse finanziarie per la sanità dipendono essenzialmente dalla situazione finanziaria in essere e dagli obiettivi di efficienza prefis-

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

² Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

³ Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005); Fioravanti L., Spandonaro F. (2006).

sati: infatti le Regioni, ormai non più soggette a vincoli di destinazione formali, devono garantire i Livelli Essenziali di Assistenza nel territorio regionale (LEA).

La diversa autonomia e responsabilizzazione attribuita alle aziende sanitarie è evidente osservando la destinazione delle risorse ripartite tra i livelli di assistenza e la variazione che è avvenuta negli anni (tabella 1).

Partendo dall'“Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro”, è possibile osservare che convivono realtà regionali molto diverse. A fronte di Regioni come la Sardegna, ove non è prevista l'assegnazione di quote specifiche per sottocategorie di spesa, vi sono Regioni che destinano risorse a funzioni chiaramente individuate: ad esempio la Regione Lazio vincola l'intero ammontare di tali risorse alla prevenzione e la Regione Campania⁴ destina una parte delle risorse alla “Salute Mentale” e all'ARPA (Agenzia Regionale per l'Ambiente), classificate nella voce “Altro”. In questi due casi si evidenzia un (neo)centralismo regionale nell'assegnazione delle risorse e quindi una minore responsabilizzazione finanziaria delle aziende sanitarie, di fatto soggette a vincoli di spesa.

Ulteriori indicatori dell'autonomia regionale sono rappresentati dalle risorse assegnate all'Assistenza Territoriale/Distrettuale e all'Assistenza Ospedaliera.

I dati riportati nella tabella 1 mostrano una elevata variabilità regionale: le risorse asse-

Tabella 1 - Il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

Regioni	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro						Assistenza ospedaliera					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Basilicata	5,0%	5,0%	n.d.	n.d.	5,0%		49,5%	49,5%	n.d.	n.d.	44,0%	
Calabria	n.d.	n.d.	5,0%	n.d.	5,0%		n.d.	n.d.	44,0%	n.d.	44,0%	
Campania	5,0%	n.d.	-	5,0%	5,0%	5,0%	41,0%	n.d.	41,0%	42,0%	42,0%	42,0%
Emilia R.	4,5%	4,5%	n.d.	n.d.	4,6%		45,5%	45,5%	n.d.	n.d.	45,4%	
Lazio	5,0%	4,9%	4,6%	4,9%	4,9%	4,9%	47,6%	48,5%	44,7%	48,5%	48,5%	48,5%
Liguria	-	-	n.d.	n.d.	n.d.		49,1%	46,0%	n.d.	n.d.	n.d.	
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,5%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	43,5%	
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	-	n.d.		n.d.	n.d.	n.d.	45,0%	n.d.	
Piemonte	n.d.	n.d.	4,8%	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.	46,0%	n.d.	n.d.	
Puglia	-	n.d.	-	n.d.	n.d.		48,8%	n.d.	47,2%	n.d.	n.d.	
Sardegna	n.d.	n.d.	5,0%	5,0%	5,0%		n.d.	n.d.	40,9%	43,0%	43,0%	
Sicilia	0,7%	n.d.	5,0%	5,0%	5,0%		47,0%	n.d.	48,0%	47,0%	43,0%	
Toscana	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%		43,0%	43,0%	43,0%	43,0%	43,0%	
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,5%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	45,0%	

Fonte: nostre elaborazioni su dati contenuti nelle Deliberazioni Giunta Regionale

(*) dati previsionali

⁴ Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

gnate all'assistenza ospedaliera nel 2007 variano dal 42,0% della Campania al 48,5% del Lazio; le risorse assegnate all'Assistenza Territoriale presentano una variabilità ancora maggiore, si passa dal 39,1% della Campania al 52,0% della Sicilia⁵.

Tale variabilità dovrebbe essere imputabile, nella logica federalista, al raggiungimento di un obiettivo di aumento dell'efficienza interna, che si dovrebbe tradurre in:

- un'allocatione più aderente alle specificità regionali (ad esempio la struttura per età della popolazione);
- un'allocatione concorde alla programmazione delle risorse esistenti (la Regione Campania, ad esempio, ha predisposto un piano di risorse destinate al finanziamento dei LEA per il quadriennio 2007-2010, integrato con l'obiettivo di contenimento di particolari voci di spesa, quali i finanziamenti diretti all'Assistenza Farmaceutica, che dovrà diminuire nel periodo considerato, e all'Assistenza Territoriale che dovrà aumentare nel tempo).

In molte Regioni sussiste, però, il rischio che le quote vengano determinate ex-post sulla base della spesa storica e quindi delle scelte (o "non scelte") fatte nel tempo in termini di programmazione sanitaria e in particolare riqualificazione dell'offerta. Ad esempio, il finanziamento dell'Assistenza Ospedaliera sembra più legato a problemi di carattere gestionale delle strutture (posti letto, costi di struttura) che della effettiva domanda (appropriata) di assistenza.

Il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

Regioni	Assistenza Territoriale/Distrettuale						Altro					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Basilicata	45,5%	45,5%	n.d.	n.d.	51,0%							
Calabria	n.d.	n.d.	51,0%	n.d.	51,0%							
Campania	35,4%	n.d.	28,6%	34,4%	39,1%	39,6%	18,6%		30,4%	13,6%	13,9%	13,4%
Emilia R.	50,0%	50,0%	n.d.	n.d.	50,0%							
Lazio	47,4%	46,6%	42,9%	46,6%	46,6%	46,6%			7,8%			
Liguria	50,9%	54,0%	n.d.	n.d.	n.d.							
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	51,0%							
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	50,0%	n.d.					5,0%		
Piemonte	n.d.	n.d.	49,2%	n.d.	n.d.							
Puglia	47,4%	n.d.	48,4%	n.d.	n.d.		3,8%		4,4%			
Sardegna	n.d.	n.d.	48,6%	52,0%	52,0%				5,5%			
Sicilia	52,3%	n.d.	48,0%	48,0%	52,0%				2,9%			
Toscana	52,0%	52,0%	52,0%	52,0%	52,0%							
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	46,0%						3,5%	

⁵ Questi dati confermano i risultati di variabilità riportati per il triennio 2003-2005 nelle edizioni passate del Rapporto CEIS Sanità.

Tale situazione, che le Regioni stanno cercando di affrontare integrando le scelte di riparto delle risorse finanziarie per la sanità con i piani sanitari regionali e la programmazione sanitaria, potrebbe determinare il perpetuarsi di una situazione di inefficienza piuttosto che configurare un incentivo verso la razionalizzazione del sistema di offerta. L'analisi delle determinazioni regionali in tale ambito sembra far emergere che, come evidenziato anche nelle edizioni precedenti del Rapporto CEIS Sanità, sia il finanziamento dell'offerta esistente il vero obiettivo: un maggior numero di posti letto è associato ad un finanziamento maggiore dell'Assistenza Ospedaliera⁶. Il Lazio, che rispetto alle altre Regioni destina la maggior quota di risorse all'assistenza ospedaliera, registra contemporaneamente il maggior numero di posti letto accreditati⁷; di contro la Sardegna destina una quota limitata di risorse per l'Assistenza Ospedaliera a fronte di un limitato numero di posti letto.

3.1.3 Le modalità di assegnazione delle risorse per la sanità a livello regionale

Le scelte finanziarie delle Regioni sono state analizzate considerando anche i criteri di assegnazione delle risorse finanziarie alle aziende sanitarie.

Le Regioni seguono generalmente i criteri previsti dal sistema di riparto nazionale (DPCM 29 novembre 2001), introducendo criteri di "pesatura" differenziati per livelli di assistenza e in base alle specificità territoriali, a riprova della propria autonomia.

Del totale delle risorse finanziarie disponibili, inoltre, è frequente che le Regioni mantengano una quota a gestione diretta e/o vincolata per garantire un allineamento delle risorse alle spese storicamente determinatesi a livello locale. Tali somme possono essere considerate il "polmone finanziario" della sanità regionale perché sono generalmente utilizzate nel corso dell'esercizio finanziario per esigenze di carattere generale:

- accantonamenti, per progetti obiettivo, per far fronte a variazioni tariffarie, per spese impreviste, etc.;
- fondi per finalità specifiche, ad esempio per rinnovi contrattuali;
- fondi per obiettivi strategici, ad esempio per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria regionale;
- fondo per riequilibrio e perequazione;
- accantonamenti a destinazione vincolata, ad esempio come previsto nella Regione Sicilia a finanziamento dell'Istituto Zooprofilattico di Palermo, per il pagamento dei ricettari predisposti dall'IPZS (Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato)

come riportato nella tabella 2.

Un basso grado di autonomia finanziaria assegnato alle aziende locali ed una quota di risorse direttamente controllate e gestite dalla Regione sono certamente i sintomi di quello che si definisce neo(centralismo) regionale.

Nel 2007 sono numerose le Regioni, tra quelle monitorate, che assegnano una elevata

⁶ Per omogeneità, vengono escluse le Regioni di più piccole dimensioni: Basilicata, Molise, Valle d'Aosta.

⁷ Posti letto accreditati, anno 2005 (Fonte: Ministero della Salute).

autonomia alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e lasciano alla negoziazione aziendale il compito di allocare le risorse tra Assistenza Territoriale e Assistenza Ospedaliera. Di fatto, però, le realtà territoriali possono risultare molto diverse tra loro:

- Toscana (100,0% delle risorse del FSR alle ASL e AO nel 2007), Basilicata (100,0% delle risorse del FSR nel 2007) e Liguria (98,0% del FSR nel 2007) sono le Regioni che assegnano la maggiore autonomia alle ASL, lasciando agli accordi contrattuali tra ASL e Aziende ospedaliere pubbliche e private accreditate la regolamentazione dei rapporti finanziari. In Liguria, ad esempio, gli accordi contrattuali devono riguardare tutte le prestazioni sanitarie (non solo quelle ospedaliere, ma anche quelle ambulatoriali, la somministrazione di farmaci, etc.) che vengono erogate in nome e per conto dell'ASL;
- la Calabria attribuisce una elevata autonomia alle ASL (95,4% delle risorse del FSR anno 2005), ma impone dei limiti: tetti alla produzione, ad esempio il tetto alla spesa farmaceutica e/o alla spesa territoriale;
- Molise e Valle D'Aosta lasciano una elevata autonomia alle ASL, di fatto però si deve tener conto che in queste Regioni è presente un'unica Azienda sanitaria che, di conseguenza, è completamente assoggettata al controllo regionale.

Esistono, d'altra parte, Regioni che presentano un elevato grado di centralismo finanziario regionale, ma anche qui le situazioni sono molto diversificate:

- in Campania il 12,4% del FSR 2007 è gestito a livello centrale per far fronte ad esi-

Tabella 2 - Centralizzazione/decentralizzazione delle risorse finanziarie regionali per la sanità

Regioni	FSR Quota assegnata alle ASL						Finanziamento diretto della Regione					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Basilicata	97,4%	96,5%	n.d.	n.d.	100,0%		2,6%	3,5%	n.d.	n.d.	0	
Calabria	n.d.	n.d.	95,4%	n.d.	92,3%		n.d.	n.d.	4,6%	n.d.	7,7%	
Campania	88,4%	n.d.	89,5%	85,5%	87,6%	88,0%	6,7%	n.d.	10,5%	14,5%	12,4%	12,0%
Emilia R.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	96,4%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3,6%	
Lazio	95,0%	95,1%	95,4%	n.d.	n.d.		5,0%	4,9%	4,6%	n.d.	n.d.	
Liguria	96,8%	96,2%	n.d.	n.d.	98,0%		3,2%	3,8%	n.d.	n.d.	2,0%	
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	97,0%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3,0%	
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	100,0%	100,0%		n.d.	n.d.	n.d.	0	0	
Puglia	96,6%	n.d.	94,2%	n.d.	n.d.		3,4%	n.d.	5,8%	n.d.	n.d.	
Sardegna	n.d.	n.d.	95,6%	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.	4,4%	n.d.	n.d.	
Sicilia	97,1%	n.d.	97,1%	93,5%	n.d.		2,9%	n.d.	2,9%	6,4%	n.d.	
Toscana	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		0	0	0	0	0	
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	96,1%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3,9%	

(*) dati previsionali

Fonte: nostre elaborazioni su dati contenuti nelle Deliberazioni Giunta Regionale

- genze impreviste e per finalità di equilibrio e perequazione;
- in Calabria il 7,7% del FSR 2007 è gestito direttamente dalla Regione, inoltre vengono fissati dei limiti alla produzione, come il tetto alla spesa farmaceutica alla spesa territoriale e alla produzione, che limitano notevolmente l'autonomia delle ASL.

Le scelte finanziarie delle Regioni sembrano far emergere, quindi, una prevalenza di preoccupazioni di ordine finanziario sulle aspettative di razionalizzazione del sistema attraverso una concorrenza, "fortemente amministrata", fra erogatori⁸.

3.1.4 Conclusioni

L'analisi condotta nel periodo 2003-2008 dimostra che non è possibile definire un modello di finanziamento regionale ottimale, anzi integrando le politiche messe in atto *ex-ante* e i risultati (*ex-post*) in termini di efficienza finanziaria di ciascuna Regione, sembra emergere come la Regione sia condizionata in sede di scelte istituzionali dall'esigenza di ottenere risparmi sul versante finanziario a breve termine. Risulta, infatti, che quanto più la Regione presenta una situazione finanziaria equilibrata, e quindi bassi valori del disavanzo sanitario, tanto più si registra un basso livello di (neo)centralismo, con migliori risultati in termini di efficienza.

Tabella 3 - Disavanzi regionali di parte corrente (% del FSR)

Regioni	2006
Basilicata	3,6%
Calabria	3,5%
Campania	-3,6%
Emilia Romagna	-5,8%
Lazio	-19,8%
Liguria	-2,7%
Lombardia	-2,5%
Molise	-13,4%
Puglia	-0,8%
Sardegna	-1,3%
Sicilia	-7,2%
Toscana	-3,3%
Valle d'Aosta	1,8%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute 2006

⁸ Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

I risultati riportati nella tabella 3 sembrano confermare le nostre considerazioni. Le Regioni a maggior disavanzo (Lazio, Sicilia e Campania) presentano un elevato centralismo e registrano un'incidenza del disavanzo rispetto alle risorse finanziarie disponibili per la sanità più elevata.

Il Lazio, in particolare, presenta il maggior valore del disavanzo espresso in percentuale del FSR (19,8%) e presenta una autonomia finanziaria "formale" a favore delle ASL, nel senso che mantiene il controllo delle risorse finanziarie assegnate ad ASL e Aziende Ospedaliere.

La Regione che, invece, presenta la minore incidenza di deficit rispetto al FSR è la Basilicata (3,6%); questa Regione assegna tutte le risorse disponibili a favore delle Aziende Sanitarie.

In questa ottica, i dati di disavanzo potrebbero essere intesi come un indicatore di inefficienza delle Aziende sanitarie e ospedaliere, piuttosto che la conseguenza di una "cattiva programmazione".

Gli scostamenti a livello regionale dalle indicazioni nazionali di riparto sui LEA possono quindi essere letti tanto in una logica di maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, quanto in quella di adattamento (magari parziale) alla spesa storica che impone ripiani e riequilibri.

Regioni come il Lazio e la Campania, caratterizzate da un elevato deficit sanitario, per ripristinare l'equilibrio finanziario hanno posto in essere politiche di razionalizzazione della spesa sanitaria, oltre che scelte finanziarie di tipo (neo)centralista evidenziate precedentemente. Gli articolati piani di rientro e i "vincoli" di destinazione ai LEA fissati per il triennio 2008-2010 potrebbero essere letti come iniziative "dettate" più da preoccupazioni finanziarie che da obiettivi di efficienza allocativa interna e razionalizzazione del sistema sanitario regionale.

Concludendo, si può ipotizzare che le inefficienze regionali dipendano essenzialmente dal contesto di riferimento e dalla "storia finanziaria" della Regione, caratterizzato da:

- mancata separazione di ruolo fra acquirente ed erogatore che impedisce di trasformare i "segnali" di mercato (perdita di clienti o disavanzi strutturali) in sanzioni efficaci (es. la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti) e determina un aumento della produzione con evidenti rischi di inappropriata;
- scelte di programmazione finanziaria fondate prevalentemente sulla spesa storica, che impone continui ripiani e riequilibri.

Quindi, le situazioni di disavanzo "patologico" sembrano limitare la possibilità di utilizzare la leva competitiva per razionalizzare il mercato e sembrano essere uno dei fattori predominanti di inerzia ai fini del superamento delle situazioni di inefficienza.

Riferimenti bibliografici

- Arachi G, Zanardi A (1999). *Sanità alle Regioni, il rischio di due velocità. Restano insufficienti i meccanismi perequativi*. Il Sole 24 Ore.
- Anessi Pessina E, Cantù E (2006). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Rapporto Oasi 2006.

- Atella V, Mennini FS, Spandonaro F (2004). *Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano*. Politiche Sanitarie, anno V, n. 1, gennaio-marzo 2004, Pensiero Scientifico Editore.
- Cuccurullo C, Meneguzzo M (2003). *Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie. Le tendenze in atto nell'area del federalismo*. Rapporto CEIS Sanità 2003, Italpromo.
- Del Vecchio M (2004). *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione*, in Jommi C (2004) *Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.
- Dirindin N (1996). *Chi paga per la salute degli italiani?* Il Mulino, Bologna.
- Fioravanti L, Spandonaro F (2004). *La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità*, in Rapporto CEIS Sanità 2004.
- Fioravanti L, Ratti M, Spandonaro F (2005). *L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità*, in Rapporto CEIS Sanità 2004.
- Fioravanti L, Spandonaro F (2006). *L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. Le politiche regionali di assegnazione delle risorse finanziarie per la sanità*, in Rapporto CEIS Sanità 2006.
- Jommi C (2000). *I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie*, in Anessi Pessina E e Cantù E (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto Oasi 2000, Milano, Egea.
- Jommi C (2004). *Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.
- Ministero della Salute, *Dati economico-finanziari del SSN*, Programmazione sanitaria e qualità.
- Petretto A (2001). *Il futuro del finanziamento pubblico in sanità*, Fondazione Smith Kline.
- Quaderni Formez (2007). *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*. 57/2007.

Fonti normative nazionali e regionali

- DPCM 29 novembre 2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza.
- Legge n. 662 del 23 dicembre 1996, Misure di razionalizzazione della finanza pubblica, G.U. n. 303 del 28 dicembre 1996.

Fonti normative regionali

Regione Basilicata

- DGR n. 1001 del 28 aprile 2004, Fondo Sanitario Regionale anno 2003, parte corrente, Programma di ripartizione definitivo.
- DGR n. 1004 del 22 aprile 2005, Fondo Sanitario Regionale anno 2003, parte corrente, Programma di ripartizione definitivo.
- DGR n. 2001 del 20 aprile 2006, Riparto del FSR di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata. Riparto provvisorio per l'anno 2007.

Regione Calabria

- DGR n. 334 del 6 maggio 2006, Programmazione e riparto per l'anno 2006.
- DGR n. 169 del 14 maggio 2007, Programmazione SSR – Riparto Fondi anno 2007.

Regione Campania

- DGR n. 1215 del 23 settembre 2005, Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per la spesa corrente - Esercizio 2005.
- DGR n. 726 del 24 aprile 2007, Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL. Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per la spesa corrente 2006-2010.

Regione Emilia Romagna

- DGR n. 896 del 20 maggio 2003, Finanziamento del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2003. Linee di indirizzo per la programmazione dell'attività delle Aziende Sanitarie.
- DGR n. 1280/2004, Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2004.
- DGR n. 1051 del 24 luglio 2006, Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2006.
- DGR n. 559/2007, Provvedimenti in ordine al finanziamento della spesa sanitaria per l'anno 2006.
- DGR n. 686/2007, Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2006.

Regione Lazio

- DGR n. 1762 del 20 dicembre 2002, Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno 2003.
- DGR n. 602 del 9 luglio 2004, Ripartizione tra le ASL del Lazio del Fondo Sanitario Regionale 2004.
- DGR n. 143 del 22 marzo 2006, Ripartizione nei livelli di assistenza del Fondo Sanitario Regionale 2006.

Regione Liguria

- DGR n. 838/2003, Ripartizione del FSR per l'anno 2003.
- DGR n. 929/2004, Ripartizione del FSR per l'anno 2004.
- DGR n. 138/2007, Assegnazione delle risorse finanziarie alle aziende sanitarie e agli enti equiparati. Direttive e obiettivi.

Regione Lombardia

- DGR n. 3776/2006, Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2007.

Regione Molise

- DGR 03/2006, Riparto Fondo Sanitario Regionale di parte corrente indistinta 2006.

Regione Piemonte

- Interrogazione n. 386 Consiglio Regionale del Piemonte, Criteri riparto del FSR 2005/2006 (versione 11 ottobre 2005).

Regione Puglia

- DGR n. 1226 del 24 agosto 2005, Documento di indirizzo Economico-Funzionale del SSR per l'anno 2005. Assegnazione alle Aziende USL, alle Aziende Ospedaliere, agli EE ed IRCCS dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 2005.
- DGR 533/2007, Progetto di piano regionale della salute 2006-2008.

Regione Sardegna

- DGR n. 32/3 del 13 luglio 2005, Aziende Sanitarie, Policlinici Universitari, I.N.R.C.A. – Ripartizione e attribuzione delle risorse destinate al finanziamento della spesa di parte

corrente per l'esercizio 2005 (art. 63 della L.R. n° 5/95; art. 6, c. 7, lettera a) della Legge n. 724/94 e art. 12 del Decreto Leg.vo n. 502/92).

Regione Sicilia

- Decreto Assessore Sanità n. 9 del 30 dicembre 2005, Criteri di assegnazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2005.
- Decreto Assessorato Sanità del 21 dicembre 2006, Criteri di assegnazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2006.

Regione Toscana

- Piano Sanitario Regionale 2002-2004.
- Piano Sanitario Regionale 2005-2007.

Regione Valle d'Aosta

- DGR n. 51/2007 Disposizioni all'Azienda USL della Valle d'Aosta ai fini della definizione del contratto di programma e per la successiva adozione del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2007 e per il triennio 2007-2009.