

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 3097 del 21 ottobre 2008

D. Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2008 degli erogatori privati provvisoriamente accreditati.

[Sanità e igiene pubblica]

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr) [L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Ing. Sandro Sandri, riferisce quanto segue.

Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, prevede che le Regioni programmino l'erogazione, da parte dei soggetti pubblici e privati accreditati, delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e definiscano l'insieme di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni stesse.

La Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22, all'articolo 17, attribuisce alla Giunta Regionale il compito di determinare, sentite le associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei soggetti accreditati pubblici o equiparati e privati di cui all'art. 4, comma 12 del D.L.vo 502/1992, i piani annuali preventivi di attività, indicanti la quantità e tipologia di prestazioni da erogare, nell'ambito del livello di spesa annualmente definito.

Diversamente dalle precedenti delibere regionali di determinazione dei tetti di spesa (a partire dalla D.G.R. n. 4776 del 30.12.1997 fino, da ultimo, alla D.G.R. n. 452 del 27.2.2007) che avevano riguardo a tutti gli erogatori privati senza distinzione alcuna, vale a dire sia a quelli privati *tout court*, sia a quelli equiparati ai pubblici di cui all'art. 4, comma 12 del d.lgs. 502/1992, il presente provvedimento si applica ai soli erogatori privati cioè a quelli non equiparati.

Infatti, a seguito di alcune recenti pronunce giurisprudenziali (da ultimo Consiglio di Stato, Quinta Sezione, Sent. n. 1858/08), con le quali è stato affermato il principio secondo cui la ricostruzione del panorama normativo in ordine ai c.d. tetti di spesa induce a ritenere che "da un lato stanno le strutture pubbliche e quelle ad esse equiparate (ospedali classificati, IRCCS, etc.), dall'altro quelle private accreditate", si è ritenuto di adottare due provvedimenti distinti.

Il sistema di determinazione dei tetti di spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto del presente provvedimento, riprende alcuni principi introdotti dalla D.G.R. n. 452 del 27.2.2007 di pari oggetto, ed in particolare:

- l'esigenza che tutti gli erogatori concorrano all'ottimizzazione dell'offerta complessiva dell'Azienda U.L.S.S. nella quale insistono e delle Aziende U.L.S.S. limitrofe, orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dell'utente;

- l'esigenza del rispetto del patto di stabilità e, conseguentemente l'abbandono della logica del tetto dinamico e la determinazione del budget entro un ammontare predefinito che consenta di non superare il limite massimo di spesa sostenibile per l'assistenza specialistica.

Come suindicato, il presente sistema di determinazione dei tetti di spesa ha valenza annuale, dall'1.1.2008 al 31.12.2008.

La deliberazione in oggetto viene approvata in data successiva al 31.12.2007. Ciò ha determinato, fino a questo momento per tutte le macroaree/branche specialistiche, l'applicazione del "meccanismo del budget provvisorio", secondo quanto disposto dalla D.G.R. n. 452 del 27.2.2007 e dalla D.G.R. n. 4302 del 29.12.2004, ivi richiamata.

Considerato che i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2008, di seguito indicati, sono uguali o migliorativi rispetto a quelli relativi all'anno 2007, il presente provvedimento viene adottato nel pieno rispetto dell'affidamento degli erogatori privati provvisoriamente accreditati.

I Direttori Generali provvederanno a rideterminare per ogni erogatore il budget per l'intero anno 2008 secondo quanto di seguito stabilito.

E' funzionale al sistema, come già previsto sia dal Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa di cui all'Intesa Stato - Regioni del 28.3.2006, che dalla D.G.R. n. 600 del 13.3.2007, di adozione del relativo piano regionale, che anche le prestazioni

erogate con oneri a carico del S.S.N. dagli erogatori privati provvisoriamente accreditati siano gestite tramite il Centro Unico di Prenotazione - CUP - dell'Azienda U.L.S.S. di ubicazione territoriale.

Pertanto, viene istituito, entro il mese di ottobre 2008, un apposito tavolo tecnico, composto da referenti della Segreteria Regionale Sanità e Sociale e da rappresentanti delle Associazioni di categoria, che definirà le modalità di attivazione e gestione del sistema, tenuto conto dei principi che seguono:

- l'erogatore accede alla rete CUP con ruolo attivo bilaterale e paritetico nella prenotazione, nei limiti che saranno stabiliti, tenendo conto anche della posizione dei professionisti "*ad personam*";

- alla rete CUP potranno aderire, su base volontaria, anche le strutture di laboratorio analisi e gli ambulatori monospecialistici per la prenotazione delle prestazioni di altre branche, nei limiti che verranno individuati;

- l'inserimento delle prestazioni nella rete CUP (auspicabilmente a livello provinciale) avrà ad oggetto tutte le tipologie di prestazioni che la struttura/il professionista privato erogano con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, ad eccezione delle prestazioni non soggette a prenotazione (ad esempio quelle di laboratorio) e di quelle prestazioni che il tavolo tecnico valuterà di escludere dalla prenotazione tramite CUP per oggettive esigenze organizzative;

- i lavori del tavolo tecnico dovranno terminare entro il 31.12.2008; dall'1.1.2009, e comunque dal momento in cui l'erogatore privato provvisoriamente accreditato ha la possibilità di accedere ad una rete CUP con il ruolo attivo bilaterale e paritario, il 30% delle prestazioni degli erogatori privati provvisoriamente accreditati rese per conto del S.S.R. dovrà essere inserito a CUP (la percentuale sarà calcolata sui valori 2008);

- la fornitura, l'installazione e l'aggiornamento del software specifico e l'attivazione del collegamento dei sistemi informatici dell'Azienda di riferimento con quelli degli erogatori privati provvisoriamente accreditati sono a carico della Regione Veneto nella misura del 100% dei costi sostenuti. Le spese di gestione sono invece a totale carico dell'erogatore.

Gli erogatori privati provvisoriamente accreditati possono essere inoltre riconosciuti dall'Azienda U.L.S.S. di appartenenza, per ciascuna branca specialistica, punto di erogazione nel quale l'Azienda stessa si impegna a garantire il rispetto dei tempi di attesa, ai sensi della D.G.R. n. 600/2007; il rispetto dei tempi massimi di attesa potrà essere ottenuto anche attraverso l'acquisto di pacchetti di prestazioni aggiuntive.

Il budget per l'anno 2008 di ciascun erogatore privato provvisoriamente accreditato per le macroaree di radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita è costituito dal budget assegnato nell'anno 2007.

Il budget deve intendersi al netto delle quote di partecipazione alla spesa, dedotte altresì le prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso urgenti e indifferibili nonché le prestazioni rese agli assistiti di altre Regioni; queste ultime, oggetto di compensazione interregionale, sono da remunerarsi a tariffa regionale piena salvo quanto definito in materia da accordi interregionali, in ordine ai quali la Regione per il futuro si confronterà preliminarmente con le associazioni di categoria.

Gli importi relativi ai "fondi aggiuntivi" previsti nell'anno 2007 con riferimento alle prestazioni di ricovero ospedaliero la cui erogazione è stata ricondotta anche al regime ambulatoriale, come previsto dalla D.G.R. n. 452/2007, costituiscono budget dell'attività specialistica per l'anno 2008 e ne seguono integralmente le regole; conseguentemente per le strutture interessate il budget dell'anno 2008 è quindi il budget dell'anno 2007 incrementato dagli importi di tali "fondi".

La previsione del prossimo trasferimento anche a regime ambulatoriale di ulteriori prestazioni di ricovero ospedaliero richiede la semplificazione del procedimento previsto dalle DD.G.R. n. 4449/2006 e n. 452/2007 con l'abbandono del sistema dei "fondi aggiuntivi". Pertanto, a partire dall'anno 2009, per le prestazioni oggetto di trasferimento, con apposito provvedimento verranno definiti la soglia di appropriatezza, la tariffa e i criteri di quantificazione dell'ammontare del budget da trasferire; tale budget, quindi, andrà direttamente, vale a dire senza la creazione di "fondi aggiuntivi", ad incrementare il budget della macroarea/branca specialistica relativa, con corrispondente diminuzione del budget dell'attività ospedaliera.

A ciascun erogatore privato provvisoriamente accreditato viene riconosciuto per l'anno 2008, con riferimento alle suindicate macroaree/branche specialistiche, un incremento finanziario pari al 5% (che comprende l'incremento del 2% di cui alla D.G.R. n. 452/2007) da calcolarsi sul budget 2008. Tale incremento finanziario, che non costituisce budget, trova principale motivazione nell'adeguamento dell'attività erogata agli indici di inflazione reale e nell'incremento rispetto al 2007 del riparto delle risorse da destinare alle Regioni ad opera del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Alle strutture che erogano anche prestazioni di ricovero ospedaliero viene confermata, per l'anno 2008, la possibilità prevista dalle DD.G.R. n. 4449/2006 e n. 452/2007 di beneficiare della quota finanziaria del budget di attività ospedaliera non utilizzata, a seguito del piano di rientro del numero dei ricoveri, in aggiunta al budget ambulatoriale rispettivamente dell'anno successivo o di quello dell'anno in corso.

Le prestazioni erogate in supero al budget assegnato per l'anno 2008 sono assoggettate al meccanismo della regressione tariffaria secondo le seguenti modalità applicative:

- prestazioni erogate in supero al budget fino al raggiungimento dell'importo corrispondente al 10% dello stesso: abbattimento tariffario pari al 30%;
- prestazioni erogate in supero all'importo corrispondente al budget maggiorato della percentuale del 10%: abbattimento tariffario pari al 90%.

La remunerazione in regressione non concorrerà a costituire il budget relativo agli anni successivi.

Gli erogatori privati provvisoriamente accreditati hanno facoltà di ricorrere al meccanismo di "assestamento dei budget" assegnati per ciascuna macroarea/branca specialistica (radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita), al fine di ricalibrarli in rapporto all'effettivo andamento della domanda assistenziale, previa comunicazione al Direttore Generale dell'U.L.S.S. di riferimento. Tale meccanismo consiste nel trasferimento di una parte del budget, non oltre il 25% per ciascuna macroarea, ad una o più delle altre macroaree, considerate dallo stesso erogatore in sofferenza.

L'assestamento del budget può attuarsi una sola volta nell'arco dell'anno, entro il mese di novembre, e deve essere comunicato dall'U.L.S.S. competente alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale.

Possono usufruire di tale meccanismo sia gli erogatori privati provvisoriamente accreditati per più di una macroarea (aventi cioè codice unico di accreditamento provvisorio) sia gli erogatori titolari di più rapporti di provvisorio accreditamento (aventi cioè codici diversi di accreditamento provvisorio) per la stessa o per diverse macroaree/branche specialistiche, purché le rispettive sedi di erogazione siano ubicate nel territorio della stessa Azienda U.L.S.S..

Nel riprendere il principio introdotto dalla D.G.R. n. 452/2007, è auspicabile la definizione di accordi tra Direttore Generale ed erogatori privati provvisoriamente accreditati, anche insistenti nel territorio di altre Aziende U.L.S.S., secondo il meccanismo del "budget contrattato" di cui alla D.G.R. stessa, che risponde all'esigenza di ottimizzare l'offerta complessiva del bacino di utenza dell'Azienda U.L.S.S., anche in riferimento all'accessibilità dell'utente.

Pertanto il Direttore Generale, non appena assegnato il budget secondo i criteri definiti dalla Regione Veneto, può concordare per ciascuna branca specialistica, con l'erogatore privato provvisoriamente accreditato, la tipologia e quantità di prestazioni, ed eventualmente la relativa tempistica, che questi si impegna comunque a erogare nell'ambito del budget ad esso assegnato, tenuto conto della capacità di offerta e dell'organizzazione dell'Azienda pubblica, degli obiettivi di contenimento delle liste di attesa definiti dalla D.G.R. n. 600/2007, nonché della potenzialità dell'erogatore provvisoriamente accreditato.

Della contrattazione di budget possono avvalersi anche i Direttori Generali di altra Azienda U.L.S.S. limitrofa, preferibilmente della Provincia, a favore dei propri assistiti. In tale caso l'Azienda U.L.S.S. deputata a intrattenere i rapporti economici con l'erogatore privato è sempre quella di ubicazione territoriale dell'erogatore, fatto salvo il raccordo tra le Aziende interessate nella definizione e ripartizione delle prestazioni oggetto della contrattazione.

Nel caso in cui almeno il 30% del budget complessivo dell'erogatore sia stato oggetto di contrattazione con l'Azienda/e U.L.S.S., i Direttori Generali hanno la possibilità di ricorrere all'acquisto "extra budget" di pacchetti di prestazioni per determinati archi temporali e/o al riconoscimento di un annuale aumento di budget, per le finalità, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla D.G.R. n. 452/2007.

Il budget per l'anno 2008 di ciascun erogatore privato provvisoriamente accreditato, per la macroarea di diagnostica di laboratorio, è costituito dal budget assegnato nell'anno 2007.

Il budget deve intendersi al netto delle quote di partecipazione alla spesa, dedotte altresì le prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso urgenti e indifferibili nonché le prestazioni rese agli assistiti di altre Regioni; queste ultime, oggetto di compensazione interregionale, sono da remunerarsi a tariffa piena regionale salvo quanto definito in materia da accordi interregionali, in ordine ai quali la Regione per il futuro si confronterà preliminarmente con le associazioni di categoria.

A ciascun erogatore privato provvisoriamente accreditato viene riconosciuto per l'anno 2008, con riferimento alla macroarea di diagnostica di laboratorio, un incremento finanziario pari al 5% (che comprende l'incremento del 2% di cui alla D.G.R. n.

452/2007) da calcolarsi sul budget 2008. Tale incremento finanziario, che non costituisce parte del budget, trova principale motivazione nell'adeguamento dell'attività erogata agli indici di inflazione reale e nella percentuale di incremento rispetto al 2007 del riparto delle risorse da destinare alle Regioni ad opera del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Le prestazioni erogate in supero al budget assegnato per l'anno 2008 sono assoggettate, al pari di quanto stabilito dalla D.G.R. 452/2007, al meccanismo della regressione tariffaria con un abbattimento pari al 90%.

In attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 796 lettera "O" della Legge Finanziaria n. 296 del 27.12.2006, obiettivo della Regione è quello di rivedere la programmazione relativa alla rete di offerta pubblica e privata della macroarea di diagnostica di laboratorio, congiuntamente alla ridefinizione e riequilibrio delle tariffe regionali delle prestazioni di cui trattasi.

Conseguentemente la Regione:

1) promuove la riorganizzazione dell'attività secondo i modelli di rete definiti dalla D.G.R. n. 4052/2007, i quali, tramite la centralizzazione della fase analitica, consentono la razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse e una significativa riduzione dei costi di produzione;

2) consente alle strutture private provvisoriamente accreditate per la diagnostica di laboratorio la riconversione/cessione dell'attività verso altre branche/macroaree già provvisoriamente accreditate, in accordo con il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. di riferimento ed entro i limiti del tetto di spesa assegnato.

A tale fine si individuano le seguenti soluzioni:

a) strutture provvisoriamente accreditate sia per la macroarea di diagnostica di laboratorio che per altre macroaree/branche specialistiche (c.d. strutture "pluribranca"): possibilità di riconvertire tutto o parte del budget nelle altre branche/macroaree provvisoriamente accreditate;

b) strutture provvisoriamente accreditate per la sola diagnostica di laboratorio (c.d. strutture "monobranca"): possibilità di cessione di tutto o di parte del budget ad altri erogatori provvisoriamente accreditati per altre macroaree/branche specialistiche.

In entrambi i casi la diversa destinazione del budget deve essere concordata, nella tipologia di prestazioni, con il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. di riferimento, prima dell'assegnazione del budget annuale, e avrà come obiettivo prioritario il raggiungimento e mantenimento degli standard di attesa massimi di cui alla D.G.R. n. 600/2007.

In entrambi i casi, inoltre, viene consentito all'erogatore che riconverte o cede il budget di mantenere, anche in deroga ai criteri programmatori di cui alla D.G.R. n. 2466/2006, la gestione del/dei punti di prelievo già autorizzati, in collegamento con altro laboratorio pubblico o privato.

Coerentemente, per la macroarea di diagnostica di laboratorio, il meccanismo di "assestamento del budget" può essere effettuato esclusivamente in diminuzione del budget stesso.

Alla remunerazione delle prestazioni di attività specialistica e di diagnostica di laboratorio continua ad essere applicato quanto disposto dalla legge finanziaria 2007 (art. 1, comma 796 lettera "o", L. 27.12.2006, n. 296) relativamente al c.d. "sconto" secondo le indicazioni date dalle note regionali applicative e da ultimo dalla nota a firma del Segretario Regionale alla Sanità e Sociale prot. n. 166760/50.08.00 del 28/3/2008, con cui sono state recepite le indicazioni date dal T.A.R. Veneto a seguito dei vari ricorsi giurisdizionali.

Le prestazioni remunerate con l'abbattimento tariffario del 90% non sono assoggettate al suddetto sconto.

A conferma di quanto già introdotto dalla D.G.R. n. 452/2007, nel caso l'erogatore privato provvisoriamente accreditato realizzi, per due anni consecutivi, a partire dall'anno 2007, un fatturato inferiore al proprio budget annuale, si prevede che l'anno successivo il budget sia ridimensionato, sulla base dei fatturati realizzati nei due anni precedenti, in modo da ridefinire la reale potenzialità dell'erogatore in questione che risulta essere effettivamente inferiore al budget in precedenza assegnato.

Inoltre, qualora l'erogatore non esegua alcuna prestazione o rimanga al di sotto della soglia minima di budget (15.000,00 euro) per due anni consecutivi, a partire dall'anno 2007, l'Amministrazione regionale pronuncia la decadenza del soggetto dal rapporto di accreditamento provvisorio, il quale quindi non avrà più titolo per svolgere attività a carico del servizio sanitario, sulla base delle motivazioni espresse dalla D.G.R. n. 452/2007.

Per gli erogatori che operano in territori con carenze assistenziali oggettivamente dimostrate, il Direttore Generale può proporre, esplicitandone le motivazioni alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale, di mantenere comunque il rapporto di accreditamento provvisorio.

Al fine di assicurare agli erogatori privati provvisoriamente accreditati la possibilità di programmare la propria attività senza soluzione di continuità nell'arco dell'intero anno a venire, nell'ipotesi di non approvazione, entro il 31.12.2008, della delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il biennio 2009-2010, si intende, per l'anno 2009, provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione. Il budget per ogni mese di "vacatio" sarà pari ad un dodicesimo del budget assegnato all'erogatore nel 2008.

I Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. sono tenuti ad assegnare, in applicazione dei criteri sopra descritti, per ciascuna macroarea/branca specialistica, il budget ad ogni erogatore privato provvisoriamente accreditato del proprio territorio entro il 10 novembre 2008.

Diversamente da quanto stabilito dalla D.G.R. n. 4546 del 28.12.2007, gli schemi tipo di accordo contrattuale di cui agli allegati C e D della suddetta delibera non trovano per ora applicazione per la necessità di un loro parziale adeguamento, dovuto alla sopravvenienza di alcune norme e alla necessità di alcuni correttivi.

In ordine al presente provvedimento, che rappresenta dunque il sistema dei tetti di spesa e di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche ambulatoriali valido per l'anno 2008 nei confronti degli erogatori privati provvisoriamente accreditati, sono state sentite, con consultazioni avvenute in più incontri e da ultimo il 5.8.2008, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori stessi (Aiop, Anisap Ansoc, Confindustria e Cuspe) che ne hanno condiviso il contenuto.

Il Relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, comma 2 dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato la regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;

VISTO il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la Legge n. 296 del 27.12.2006 - Finanziaria 2007;

VISTA Legge n. 31 del 20.2.2008, di conversione del D.L. 248/2007;

VISTA la Legge regionale n. 22 del 16.8.2002;

RICHIAMATE le deliberazioni di determinazione dei tetti di spesa: n. 4776 del 30.12.97; n. 270 del 6.2.2004; n. 3292 del 22.10.2004; n. 4302 del 29.12.2004; n. 70 del 17.1.2006; n. 4449 del 28.12.2006; n. 452 del 27.2.2007;

VISTA l'Intesa Stato - Regioni del 28.3.2006 - Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa;

VISTA la D.G.R. n. 600 del 13.3.2007;

VISTA la D.G.R. n. 4052 dell'11.12.2007;

VISTA la D.G.R. n. 4546 del 28.12.2007;

VISTA la nota del Segretario Regionale alla Sanità e Sociale prot. n. 166760/50.08.00 del 28.3.2008.]

delibera

1. di approvare, secondo quanto in premessa esposto e sulla base delle motivazioni in essa esplicitate, i criteri per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2008 per quanto attiene l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dai soggetti privati provvisoriamente accreditati;
2. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. di notificare a ciascun erogatore privato provvisoriamente accreditato del proprio territorio, non appena ne avranno a disposizione il testo, il contenuto del presente provvedimento;

3. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. ad adottare i provvedimenti applicativi entro la data del 10 novembre 2008 e a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari evidenziando le procedure di calcolo effettuate;
4. di sospendere l'applicazione degli schemi tipo di accordo contrattuale di cui agli allegati C e D della D.G.R. 4546 del 28.12.2007, che saranno oggetto di modifica in relazione alle esigenze esplicitate;
5. di incaricare il Segretario Regionale alla Sanità e Sociale di istituire, entro il 31 ottobre 2008, un tavolo tecnico composto da referenti della Segreteria Regionale Sanità e Sociale e da rappresentanti della Associazioni di categoria degli erogatori provvisoriamente accreditati, con il compito di individuare, entro il 31.12.2008, le modalità gestionali e operative per l'inserimento degli erogatori provvisoriamente accreditati nel Centro Unico di Prenotazione dell'Azienda U.L.S.S. di ubicazione territoriale, sulla base dei principi esposti in premessa;
6. di ridefinire, secondo quanto in premessa esposto, le disposizioni di cui alle DD.G.R. n. 4449/2006 e n. 452/2007, in ordine alle procedure di modifica del budget ospedaliero ed ambulatoriale, quale conseguenza del trasferimento, anche al più appropriato regime ambulatoriale, di alcune prestazioni prima erogate solo in regime di ricovero;
7. di stabilire che, qualora entro il 31.12.2008 non venga approvata la delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il biennio 2009-2010, si intende provvisoriamente prorogato per il 2009 il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione;
8. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo.