

LEGGE REGIONALE N. 24 DEL 19 DICEMBRE 2006

“PIANO REGIONALE OSPEDALIERO PER IL TRIENNIO 2007 - 2009”

IL CONSIGLIO REGIONALE

Ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

La seguente legge:

Articolo 1

Oggetto ed efficacia

1. In conformità con le disposizioni di cui alla legge regionale 11 luglio 2002, n. 10, articolo 10, ed al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, in coerenza con la previsione del Piano sanitario nazionale 2006-2008, è approvato il Piano regionale ospedaliero per il triennio 2007-2009.
2. Le indicazioni di merito relative alle azioni e agli interventi da effettuare sono contenute nel testo allegato al presente provvedimento di legge, che costituisce atto amministrativo di portata generale, programmatoria e di indirizzo e che il Consiglio regionale approva con apposita e separata deliberazione.
3. Gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o di potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui alla legge 30 dicembre 2004, n. 311, articolo 1, comma 180, come integrati dagli accordi di cui alla legge 23 dicembre 2005, n. 266, articolo 1, commi 278 e 281, sono vincolanti per la regione Campania. La Giunta regionale, in coerenza con quanto previsto dal Patto per la salute sottoscritto con il Governo nazionale, può procedere a modifiche del presente Piano sulle quali il Consiglio regionale si pronuncia entro il termine perentorio di trenta giorni decorsi i quali la pronuncia si intende favorevole.
4. Proposte di modifica all'atto di cui al comma 2 possono essere avanzate dalla Giunta o da un dodicesimo dei consiglieri alla Presidenza del Consiglio regionale che provvede ad assegnarle alla quinta Commissione consiliare che, con procedura d'urgenza, esamina le proposte e ne riferisce al Consiglio regionale per l'approvazione o la reiezione.
5. Il Piano ospedaliero 2007-2009 ha efficacia fino all'approvazione del nuovo Piano sanitario regionale comprensivo della disciplina relativa alla rete ospedaliera.

Articolo 2

Coordinamento tecnico provinciale

1. E' istituito, in ciascuna provincia, il Coordinamento Tecnico Provinciale, di seguito denominato CTP, finalizzato a rappresentare interfaccia con la Regione attraverso l'elaborazione di proposte finalizzate a:

- a) attivare un osservatorio per l'analisi del fabbisogno sanitario su base provinciale;
- b) elaborare piani di offerta provinciali in relazione alla vocazione delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- c) promuovere tutte le sinergie aziendali per assicurare ai cittadini residenti l'autosufficienza dei servizi sanitari in rapporto ai bisogni di salute;
- d) predisporre azioni mirate congiunte per la riduzione della mobilità intra ed extraregionale;
- e) realizzare una concreta integrazione con la domanda sociale;
- f) allocare le risorse e gli investimenti;
- g) definire i piani di offerta ed i tetti di prestazioni.

2. Al CTP partecipano:

- a) l'assessore regionale alla sanità o un suo delegato;
- b) i direttori generali del territorio provinciale;
- c) una rappresentanza dei comitati dei sindaci formata dai presidenti dei comitati medesimi o loro delegati e dai sindaci dei comuni sede di presidio ospedaliero e di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ciascuno con potere di delega singola;
- d) due tecnici nominati dalla quinta commissione consiliare permanente, per i quali non è previsto alcun compenso, di cui uno designato dalla maggioranza ed uno dalla minoranza.

3. La presidenza del CTP è affidata all'assessore regionale alla sanità e nella prima seduta sono definite le modalità di convocazione e la calendarizzazione degli incontri.

4. Il CTP si riunisce almeno una volta al mese. I lavori sono oggetto di formale relazione sullo stato di attuazione della programmazione regionale disposta con la presente legge. Tale relazione è trasmessa, con cadenza semestrale, alla Giunta ed al Consiglio regionale. Entro quarantacinque giorni dalla data di invio il Consiglio regionale, previo parere delle commissioni sanità, bilancio e trasparenza e sentita la relazione dell'assessore alla sanità, si esprime nel merito.

5. I CTP sono attivati dall'assessore regionale alla sanità entro dieci giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Articolo 3

Direttori generali

1. Ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, articoli 3 e 4, anche ai fini di cui alla legge regionale 11 agosto 2005, n.15, articolo 22, i direttori generali, nell'ambito delle proprie competenze e nel rispetto dell'autonomia gestionale, garantiscono il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza gestionale delle aziende affidate alla loro direzione.

2. Entro il termine perentorio del trenta settembre di ogni anno ciascun direttore generale delle aziende sanitarie e ospedaliere trasmette al Presidente della Giunta regionale il bilancio preventivo dell'anno successivo. Entro trenta giorni dalla data di recepimento la Giunta regionale delibera, su proposta dell'assessore alla sanità, sul bilancio medesimo. In caso di mancata approvazione, entro quindici giorni dalla data di notifica del relativo provvedimento, il direttore generale interessato è tenuto a trasmettere il nuovo testo di bilancio preventivo al Presidente della Giunta regionale, dando applicazione alle prescrizioni contenute nell'atto di non approvazione.

3. La rimodulazione della rete ospedaliera campana, anche al fine di arginare la migrazione sanitaria, è attuata attraverso scelte organizzative efficaci, verificate e verificabili, mediante azioni tese:

- a) alla progressiva riqualificazione delle prestazioni di alta specialità ed eccellenza;
- b) alla opportuna e qualificata dotazione professionale e tecnologica che tiene conto anche dei nuovi profili professionali emergenti dai nuovi corsi accademici ad indirizzo sanitario e della figura professionale di operatore socio sanitario istituita a livello regionale;
- c) alla sempre maggiore riqualificazione delle risposte all'emergenza;
- d) all'ottimizzazione delle risposte alla domanda sempre più consistente di attività riabilitative, territoriali, di day hospital medico-chirurgico.

4. I direttori generali delle aziende possono destinare l'uno per cento del fondo sanitario, annualmente ripartito, a spese di investimento, in coerenza con le previsioni programmatiche del Piano regionale ospedaliero e con gli interventi in corso di espletamento del programma straordinario di edilizia sanitaria ai sensi della legge 11 marzo 1988, n. 67, articolo 20. I direttori generali devono destinare a spese di investimento il venti per cento dei fondi ricavati dalla vendita degli immobili di proprietà, alienabili perché non vincolati al perseguimento dei fini istituzionali delle aziende. I direttori generali devono altresì provvedere alla redistribuzione delle risorse reperite mediante la razionalizzazione dell'organizzazione esistente sempre in coerenza rispetto alle scelte di programmazione previste nel presente Piano.

5. In applicazione alle disposizioni di cui alla legge regionale n. 15/05 i direttori generali provvedono ad inviare i bilanci consuntivi alla Giunta ed alla competente commissione consiliare. In caso di inadempienza da parte del direttore generale, si applica quanto previsto dalla sopra citata legge regionale n. 15/05, articolo 22.

Articolo 4 ***Accesso agli atti***

1. In conformità alla legislazione vigente è garantito ai consiglieri regionali l'accesso agli atti amministrativi delle aziende sanitarie locali, ospedaliere, universitarie e dell'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico – Pascale operanti in regione con le modalità previste dalla legge.

Articolo 5 ***Norma abrogativa***

1. E' abrogata la legge regionale 26 febbraio 1998, n.2, nonché le disposizioni contenute in altre leggi regionali in contrasto o non compatibili con quelle della presente legge.

Articolo 6 ***Dichiarazione d'urgenza***

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti degli articoli 43 e 45 dello Statuto della regione Campania ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel bollettino ufficiale della regione Campania.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

E' fatto obbligo a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Campania.

Bassolino

LEGGE REGIONALE: “Piano regionale ospedaliero per il triennio 2007 - 2009”

Avvertenza: il testo della legge viene pubblicato con le note redatte dal Settore Legislativo, al solo scopo di facilitarne la lettura (D.P.G.R.C. n. 10328 del 21 giugno 1996).

Nota all'art. 1

Comma 1.

Legge Regionale 11 luglio 2002, n. 10: “Norme per il Piano regionale sanitario per il triennio 2002 - 2004 ”.

Art. 10: “Revisione della rete ospedaliera”.

“1. La Giunta regionale, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, approva, quale proposta al Consiglio regionale, un nuovo Piano regionale ospedaliero per la revisione della rete ospedaliera campana e per la conseguente rideterminazione del fabbisogno regionale dei posti letto pubblici e privati. Tale revisione è finalizzata ad una più qualificata assistenza ospedaliera, ad una più efficace utilizzazione delle risorse, anche finanziarie, in relazione al bisogno della popolazione, all'attivazione di procedure di preospedalizzazione atte a ridurre i tempi di ricovero in ospedale, nonché all'adozione di misure idonee per una utilizzazione degli ospedali appropriata al ruolo che essi svolgono nella rete ospedaliera.

2. La revisione di cui al comma 1 è effettuata sulla base:

- a) dell'indice dei posti letto pubblici e privati programmati dalle Aziende sanitarie in attuazione del Piano regionale ospedaliero, approvato con legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2;
- b) della progressiva attivazione del day surgery demandata alle Aziende sanitarie, sulla base delle caratteristiche delle strutture erogatrici delle prestazioni, delle procedure chirurgiche, eseguibili in day surgery e delle modalità organizzative di tale attività, individuate dalla Giunta regionale;
- c) della riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali ed in regime di ricovero secondo i criteri definiti dalla Giunta regionale per la determinazione dei tempi di attesa massimi e per la corretta gestione delle liste;
- d) dell'integrazione ospedale - territorio, da realizzarsi attraverso:
 - 1) una maggiore capacità di risposta del Distretto alla domanda di prestazioni;
 - 2) una più appropriata risposta dell'ospedale, anche in relazione alle variazioni del quadro epidemiologico ed alle innovazioni diagnostico-assistenziali;
 - 3) una migliore integrazione tra le due funzioni.

3. Le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, attraverso protocolli annuali di intesa, adottati previa acquisizione del parere di un collegio composto dai responsabili di Dipartimento, dal direttore amministrativo e da quello sanitario di ciascuna Azienda interessata, realizzano la rete dei servizi ospedalieri e territoriali, intesa quale integrazione e collegamento funzionale tra le strutture, allo scopo di assicurare al cittadino l'appropriatezza del percorso assistenziale attraverso l'erogazione delle prestazioni in forma coordinata ed adeguata alla complessità delle stesse.”

D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”

Comma 3.

L. 30 dicembre 2004, n. 311: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)”

Art. 1, comma 180: “La regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176 nonché in caso di mancato adempimento per gli anni 2004 e precedenti, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma”

L. 23 dicembre 2005, n. 266: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006).”

Art. 1, comma 278: “Al fine di agevolare la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica di cui al comma 274, il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, di cui all'articolo 1, comma 164, della *legge 30 dicembre 2004, n. 311*, è incrementato di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2006. L'incremento di cui al primo periodo è da ripartire tra le regioni, secondo criteri e modalità concessive definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che prevedano comunque, per le regioni interessate, la stipula di specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo”.

Art. 1, comma 281: “L'accesso al concorso di cui al comma 279 è altresì subordinato, per le regioni che nel periodo 2001-2005 abbiano fatto registrare, in base ai dati risultanti dal Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti regionali, un disavanzo medio pari o superiore al 5 per cento, ovvero che abbiano fatto registrare nell'anno 2005 un incremento del disavanzo rispetto all'anno 2001 pari o superiore al 200 per cento, alla stipula di un apposito accordo tra la regione interessata e i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, ovvero all'integrazione di accordi già sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della *legge 30 dicembre 2004, n. 311*, per l'adeguamento alle indicazioni del Piano sanitario nazionale 2006-2008 e il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza”.

Nota all'art. 3

Comma 1.

D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 già citato in precedenza.

Art. 3: “Organizzazione delle unità sanitarie locali”.

“1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

1-quinquies. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

5. Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:

g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20, D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.

7. Il direttore sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale. Sono soppresse le figure del

coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

9. Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate sono cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi ed ai direttori sanitari. La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni.

11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;

b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;

c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'art. 15 della L. 3 agosto 1988, n. 327, e dall'art. 14, L. 19 marzo 1990, n. 55;

d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro

trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale.”

Art. 4: “Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri”.

“1. Per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica, nonché di didattica del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dei criteri e delle modalità di cui ai commi 1-bis e seguenti, possono essere costituiti o confermati in aziende, disciplinate dall'articolo 3, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, con le particolarità procedurali e organizzative previste dalle disposizioni attuative dell'articolo 11, comma 1, lettera b) della legge 15 marzo 1997, n. 59; le aziende di cui all'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419, secondo le specifiche disposizioni definite in sede di attuazione della delega ivi prevista; le aziende ospedaliere di rilievo nazionale o interregionale, alle quali si applicano, salvo che sia diversamente previsto, le disposizioni del presente decreto relative alle unità sanitarie locali. Sino all'emanazione delle disposizioni attuative sugli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a essi si applicano le disposizioni del presente decreto relative alla dirigenza sanitaria, ai dipartimenti, alla direzione sanitaria e amministrativa aziendale e al collegio di direzione. Le disposizioni del presente decreto, salvo quanto in esso diversamente disposto, non si applicano ai policlinici universitari e alle aziende ove insistono le facoltà di medicina e chirurgia prima della data indicata dalle disposizioni attuative della delega prevista dall'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419; ove tale data non sia prevista, dette disposizioni si applicano a partire dal 1° aprile 2000.

1-bis. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal presente decreto, le regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto di cui all'articolo 3, comma 1-bis, in coerenza con l'articolo 17-bis;
- b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
- c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità secondo le specificazioni di cui al decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 26 del 1° febbraio 1992, e successive modificazioni;
- d) dipartimento di emergenza di secondo livello, ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni, secondo le specificazioni contenute nell'Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicate nella Gazzetta Ufficiale n. 114 del 17 maggio 1996;

e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal Piano sanitario regionale e in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da presidi ospedalieri regionali di minore complessità;

f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in regioni diverse, superiore di almeno il dieci per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia e in Sardegna;

g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore ad almeno il venti per cento rispetto al valore medio regionale;

h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie. 1-ter. I requisiti di cui alle lettere c) e d) del comma 1-bis non si applicano agli ospedali specializzati di cui al decreto ministeriale 31 gennaio 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 127 del 2 giugno 1995. In ogni caso, non si procede alla costituzione o alla conferma in azienda ospedaliera qualora questa costituisca il solo presidio ospedaliero pubblico presente nella azienda unità sanitaria locale.

1-quater. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al Ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della individuazione degli ospedali di rilievo nazionale o interregionale da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto dai commi 1-bis e 1-ter. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, il Ministro della sanità attenendosi alle indicazioni pervenute dalle regioni previa verifica dei requisiti e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei Ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei Ministri, le regioni costituiscono in azienda, ai sensi del comma 1, i predetti ospedali.

1-quinquies. Nel predisporre il Piano sanitario regionale, e comunque dopo tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la regione procede a verificare la permanenza dei requisiti di cui al comma 1-bis e a valutare l'equilibrio economico delle aziende ospedaliere costituite nel suo ambito territoriale. In caso di grave disavanzo nel triennio considerato, oppure di perdita dei requisiti di cui al comma 1-bis, la costituzione in azienda viene revocata, secondo le procedure previste per la costituzione medesima, e la regione individua l'unità sanitaria locale subentrante nei relativi rapporti attivi e passivi.

1-sexies. I presidi attualmente costituiti in aziende ospedaliere, con esclusione dei presidi di cui al comma 6, per i quali viene richiesta la conferma e che non soddisfano i requisiti di cui al comma 1-bis, possono essere confermati per un periodo massimo di tre anni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sulla base di un progetto di adeguamento presentato dalla regione, con la procedura di cui al comma 1-quater. Alla scadenza del termine previsto nel provvedimento di conferma, ove permanga la carenza dei requisiti, le regioni e il ministero della sanità attivano la procedura di cui all'ultimo periodo del comma 1-quinquies; ove i requisiti sussistano, si procede ai sensi del comma 1-quater.

1-septies. Le regioni definiscono le modalità dell'integrazione dell'attività assistenziale delle aziende di cui al comma 1 nella programmazione regionale e le forme della collaborazione con le unità sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui operano, anche ai sensi dell'articolo 3-septies.

1-octies. Ai progetti elaborati dalle regioni e finanziati ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, hanno titolo a partecipare anche gli enti e gli istituti di cui al comma 12.

2. Possono essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che dispongono di tutte le seguenti caratteristiche:

a) [presenza di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specificazioni fornite nel decreto del Ministro della sanità del 29 gennaio 1992, emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595] (83). Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il

Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime;

3. Sono ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione i policlinici universitari, che devono essere inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al D.P.R. 27 marzo 1992.

8. Le aziende ospedaliere, incluse quelle di cui al comma 5, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte della regione e la revoca dell'autonomia aziendale.

9. Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpate ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'art. 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale. A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.

10. Fermo restando quanto previsto dall'art. 3, comma 5, lettera g) in materia di personale in esubero, le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'art. 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti, ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti. All'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende di cui al presente articolo sono riservati spazi adeguati, da reperire entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti-letto per la istituzione di camere a pagamento. I direttori generali delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e, fino al loro insediamento, gli amministratori straordinari pro-tempore, nonché le autorità responsabili delle aziende di cui al comma 5, sono direttamente responsabili dell'attuazione di dette disposizioni. In caso di inosservanza la regione adotta i conseguenti provvedimenti sostitutivi. In caso di documentata impossibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti, previa autorizzazione della regione, anche mediante appositi contratti tra le unità sanitarie locali e case di cura o altre strutture sanitarie, pubbliche o private. Per l'attività libero-professionale presso le suddette strutture sanitarie i medici sono tenuti ad utilizzare i modulari delle strutture sanitarie pubbliche da cui dipendono. I contratti sono limitati al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche e comunque non possono avere durata superiore ad un anno e non possono essere rinnovati. Il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera delle stesse, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero-professionale, di una somma forfettaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi. In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo, e comunque entro un triennio dall'entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e al D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, nonché le disposizioni del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 129.

11. I posti letto da riservare, ai sensi del comma 10 per la istituzione di camere a pagamento nonché quelli ascritti agli spazi riservati all'esercizio della libera professione intramuraria, non concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dall'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

11-bis. Al fine di consentire in condizione di compatibilità e di coerenza con le esigenze e le finalità assistenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, l'esercizio delle attività libero professionali in regime ambulatoriale all'interno delle strutture e dei servizi, le disposizioni di cui all'art. 35, comma 2, lettera d), del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, si applicano anche al restante personale della dirigenza del ruolo sanitario di cui all'art. 15 del presente decreto. Per le prestazioni di consulenza e per la ripartizione dei proventi derivanti dalle predette attività si applicano le vigenti disposizioni contrattuali.

12. Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'ospedale Galliera di Genova, l'Ordine Mauriziano e gli istituti ed enti che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli articoli 40, 41 e 43, secondo comma, della L. 23 dicembre 1978, n. 833, fermo restando che l'apporto dell'attività dei suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale è regolamentato con le modalità previste dal presente articolo. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, i requisiti tecnico-organizzativi ed i regolamenti sulla dotazione organica e sull'organizzazione dei predetti presidi sono adeguati, per la parte compatibile, ai principi del presente decreto e a quelli di cui all'art. 4, comma 7, della L. 30 dicembre 1991, n. 412, e sono approvati con decreto del Ministro della sanità.

13. I rapporti tra l'ospedale Bambino Gesù, appartenente alla Santa Sede, le strutture del Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Servizio sanitario nazionale, relativamente all'attività assistenziale, sono disciplinati da appositi accordi da stipularsi rispettivamente tra la Santa Sede, il Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Governo italiano.

Legge Regionale 11 agosto 2005, n.15: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione Campania - Legge finanziaria regionale 2005".

Art. 22: "1. La Giunta regionale presenta al Consiglio regionale i conti consuntivi delle Aziende sanitarie ed Aziende ospedaliere della Regione, nonché delle Aziende universitarie Federico II e della Seconda Università di Napoli e dell'Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico Pascale - I.R.C.C.S. - di Napoli.

2. I Direttori generali, che dall'esame dei consuntivi non raggiungono gli obiettivi contrattualmente prefissati, sono dichiarati decaduti ancorché riconfermati."

Comma 4.

L. 11 marzo 1988, n. 67: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)"

Art. 20: "1. È autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di lire 34.000 miliardi. Al finanziamento degli interventi si provvede mediante operazioni di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono autorizzate ad effettuare, nel limite del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e aziende di credito all'uopo abilitati, secondo modalità e procedure da stabilirsi con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro della sanità.

2. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale ed un nucleo di valutazione costituito da tecnici di economia sanitaria, edilizia e tecnologia ospedaliera e di funzioni medico-sanitarie, da istituire con proprio decreto, definisce con altro proprio decreto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri generali per la programmazione degli

interventi che debbono essere finalizzati ai seguenti obiettivi di massima:

- a) riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;
- b) sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;
- c) ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrale recupero con adeguate misure di riadattamento;
- d) conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;
- e) completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri ed ospedalieri diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lettere a), b), c);
- f) realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standards che saranno emanati a norma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standards dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti-letto ospedalieri;
- g) adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;
- h) potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali ed alle strutture di sanità pubblica veterinaria;
- i) conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi, il cui utilizzo è stabilito da ciascuna regione o provincia autonoma con propria determinazione.

3. Il secondo decreto di cui al comma 2 definisce modalità di coordinamento in relazione agli interventi nel medesimo settore dell'edilizia sanitaria effettuati dall'Agenzia per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno, dal Ministero dei lavori pubblici, dalle università nell'ambito dell'edilizia universitaria ospedaliera e da altre pubbliche amministrazioni, anche a valere sulle risorse del Fondo investimenti e occupazione (FIO).

4. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano predispongono, entro quattro mesi dalla pubblicazione del decreto di cui al comma 3, il programma degli interventi di cui chiedono il finanziamento con la specificazione dei progetti da realizzare. Sulla base dei programmi regionali o provinciali, il Ministro della sanità predispone il programma nazionale che viene sottoposto all'approvazione del CIPE.

5. Entro sessanta giorni dal termine di cui al comma 2, il CIPE determina le quote di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono contrarre nei diversi esercizi. Entro sessanta giorni dalla scadenza dei termini di cui al comma 4 il CIPE approva il programma nazionale di cui al comma medesimo. Per il triennio 1988-1990 il limite massimo complessivo dei mutui resta determinato in lire 10.000 miliardi, in ragione di lire 3.000 miliardi per l'anno 1988 e lire 3.500 miliardi per ciascuno degli anni 1989 e 1990. Le stesse regioni e province autonome di Trento e di Bolzano presentano in successione temporale i progetti suscettibili di immediata realizzazione. I progetti sono sottoposti al vaglio di conformità del Ministero della sanità, per quanto concerne gli aspetti tecnico-sanitari e in coerenza con il programma nazionale, e all'approvazione del CIPE che decide, sentito il Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici.

5-bis. Dalla data del 30 novembre 1993, i progetti attuativi del programma di cui al comma 5, con la sola esclusione di quelli già approvati dal CIPE e di quelli già esaminati con esito positivo dal Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici alla data del 30 giugno 1993, per i quali il CIPE autorizza il finanziamento, e di quelli presentati dagli enti di cui all'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono approvati dai competenti organi regionali, i quali accertano che la progettazione esecutiva, ivi compresa quella delle Università degli studi con policlinici a gestione diretta nonché degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di loro competenza

territoriale, sia completa di tutti gli elaborati tecnici idonei a definire nella sua completezza tutti gli elementi ed i particolari costruttivi necessari per l'esecuzione dell'opera; essi accertano altresì la conformità dei progetti esecutivi agli studi di fattibilità approvati dal Ministero della sanità. Inoltre, al fine di evitare sovrapposizioni di interventi, i competenti organi regionali verificano la coerenza con l'attuale programmazione sanitaria. Le regioni, le province autonome e gli enti di cui all'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, presentano al CIPE, in successione temporale, istanza per il finanziamento dei progetti, corredata dai provvedimenti della loro avvenuta approvazione, da un programma temporale di realizzazione, dalla dichiarazione che essi sono redatti nel rispetto delle normative nazionali e regionali sugli standards ammissibili e sulla capacità di offerta necessaria e che sono dotati di copertura per l'intero progetto o per parti funzionali dello stesso.

6. L'onere di ammortamento dei mutui è assunto a carico del bilancio dello Stato ed è iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro, in ragione di lire 330 miliardi per l'anno 1989 e di lire 715 miliardi per l'anno 1990.

7. Il limite di età per l'accesso ai concorsi banditi dal Servizio sanitario nazionale è elevato, per il personale laureato che partecipi a concorsi del ruolo sanitario, a 38 anni, per un periodo di tre anni a decorrere dal 1° gennaio 1988.”

Comma 5.

Legge Regionale 11 agosto 2005, n.15 già citata in precedenza.

Art. 22: “ 1. La Giunta regionale presenta al Consiglio regionale i conti consuntivi delle Aziende sanitarie ed Aziende ospedaliere della Regione, nonché delle Aziende universitarie Federico II e della Seconda Università di Napoli e dell'Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico Pascale - I.R.C.C.S. - di Napoli.

2. I Direttori generali, che dall'esame dei consuntivi non raggiungono gli obiettivi contrattualmente prefissati, sono dichiarati decaduti ancorché riconfermati.”

Nota all'art. 5

Comma 1.

Legge Regionale 26 febbraio 1998, n.2 “Piano regionale ospedaliero per il triennio 1997-1999”

Nota all'art. 6

Comma 1.

Art. 43 dello Statuto: “Procedura di approvazione” “ Ogni progetto di legge, previo esame in Commissione, è discusso e votato dal Consiglio articolo per articolo e con votazione finale. Il regolamento stabilisce i procedimenti abbreviati per i disegni di legge dei quali è dichiarata l'urgenza.”

Art.45 dello Statuto: “ Promulgazione e pubblicazione delle leggi regionali”.....omissis..... “La legge regionale entra in vigore il quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della regione, salvo che la stessa stabilisca un termine maggiore.

Una legge dichiarata urgente dal Consiglio Regionale può essere promulgata ed entrare in vigore prima della scadenza dei termini di cui sopra.”