



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Prot.n.19124 /A.Gen.

Al Signor Presidente della Giunta  
Regionale della Campania  
Via S. Lucia, n. 81  
N A P O L I

Al Presidente della V e II Commissione  
Consiliare Permanente

Ail'Ufficio per il visto di conformità  
presso la Presidenza della Giunta Regionale  
della Campania  
Via S. Lucia, n. 81  
N A P O L I

Ai Consiglieri Regionali

Al Settore Legislativo, Studi e Ricerche

S E D E

**Oggetto: Proposta di Legge:** "Attuazione linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, previste nell'Accordo del 16 dicembre 2010, sancito dalla Conferenza unificata tra Stato, Regioni, Province, Comuni, Comunità Montane". **Reg. Gen. n. 230**

Ad iniziativa dei Consiglieri Schiano e Martusciello.  
Depositata il 18 luglio 2011

**IL PRESIDENTE**

**VISTO** l'articolo 54 del Regolamento interno,

**A S S E G N A**

il provvedimento in oggetto a:

**V Commissione Consiliare Permanente per l'esame;**

**II Commissione Consiliare Permanente per il parere.**

Le stesse si esprimeranno nei modi e termini previsti dal Regolamento.

Napoli, '2 AGO. 2011'

**IL PRESIDENTE**



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

---

*IX LEGISLATURA*

---

*PROPOSTA DI LEGGE*

*“Attuazione linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, previste nell’accordo del 16 dicembre 2010, sancito dalla Conferenza Unificata tra Stato, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane”*

*Ad iniziativa dei Consiglieri Schiano e Martusciello*

*(Registro Generale numero 230)*



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

## RELAZIONE DESCRITTIVA

Nella direzione di programmare ed attuare specifici interventi diretti a realizzare un effettivo incremento dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni assistenziali erogate dal SSR nell'ambito della rete del Percorso Nascita, attesa la necessità improrogabile di una riorganizzazione sistematica complessiva delle reti regionali di assistenza ospedaliera, così come indicato da ultimo nel Patto per la Salute 2010- 2012, siglato il 3 dicembre 2009 con un' intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, la presente proposta di legge propone una disciplina organica diretta al raggiungimento del suindicato obiettivo programmatico, anche attraverso una ridefinizione normativa dei parametri stabiliti per decidere l' eventuale inclusione dei DRG relativi agli interventi chirurgici di taglio cesareo (TC) tra quelli definiti ad alto rischio di inappropriatelyzza, incidendo di conseguenza anche sulla fissazione dei relativi importi tariffari, al fine, tra l'altro, di contrastare il fenomeno del ricorso improprio alla procedura di parto con TC. Ebbene, in via preliminare, va rilevato che, secondo quanto disciplinato da ultimo con Decreto del Commissario ad acta del 17 Gennaio 2011, n. 6, la valutazione di appropriatezza di un ricovero ospedaliero in regime ordinario per una partoriente/puerpera viene incardinata nell'ambito di sistemi di verifica delle prestazioni di ricovero che si avvalgono di procedure prestabilite di monitoraggio sugli archivi informatici delle SDO e di successivi controlli analitici, di regola su base campionaria, aventi ad oggetto la relativa documentazione clinica, salvo il caso di eventuale definizione di un alto rischio di inappropriatelyzza per i DRG relativi ai ricoveri per taglio cesareo, che potrebbe essere effettuata dalla struttura operativa dell'ARSAN Area Controllo e Valutazione di Qualità delle prestazioni del SSR (definita ai sensi dell' art. 5, comma 5, lett. c) della Legge Regionale 18 Novembre 1996, n. 25) e che, nel caso in cui si verificasse il superamento di determinati valori-soglia percentuali prestabili, comporterebbe la presunzione di inappropriatelyzza per le prestazioni di ricovero ospedaliero rese oltre la percentuale prestabilita. Quanto invece alle modalità accertative del livello qualitativo/di appropriatezza in riferimento alla prestazione chirurgica di taglio cesareo, analizzando una rassegna selettiva degli studi scientifici più accreditati finora condotti, si palesa la manifesta inidoneità degli indicatori clinici, di volta in volta identificati nelle raccomandazioni contenute in Linee Guida nazionali e regionali, a rappresentare dei parametri univoci e suffragati da inconfutabili evidenze scientifiche per poter distinguere tra appropriatezza ed inappropriatelyzza nell'erogazione di una prestazione di taglio cesareo e di conseguenza per poter produrre una riduzione, rispetto al risultato atteso e parametrato alla media nazionale, dell'elevato tasso di incidenza registrato in Regione Campania per il ricorso a tale procedura di parto. Infatti, i suddetti indicatori clinici si presentano sotto forma di elencazioni in Linee Guida di categorie di diagnosi, principali o secondarie, e/o di condizioni mediche prestabilite ed agevolmente riconducibili ad una molteplicità eccessiva di casi clinici in cui la valutazione conclusiva del ricorso al taglio cesareo resta pertanto ancorata ad una sfera di notevole discrezionalità (basti pensare all'indicatore della gravidanza protratta o multipla). Pertanto la rilevazione delle suddette diagnosi e/o condizioni mediche, in sede di monitoraggio sulle relative schede di dimissione ospedaliera, non potrebbe integrare un parametro valutativo di tipo determinante al fine di assicurare, nel caso concreto, l'effettiva appropriatezza, sotto il profilo clinico, della decisione diretta a praticare



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

un parto con taglio cesareo. Al riguardo, va infatti segnalato che, per le prestazioni di taglio cesareo, l'adozione del criterio valutativo di appropriatezza rappresentato dalla rilevazione sulle schede di dimissione ospedaliera di determinate categorie di diagnosi, come quelle identificate nell'Allegato alla DGRC 2161/2007, con indicazione dei relativi codici ICDCM2 di classificazione internazionale delle patologie, esprime ad oggi un intervento di politica sanitaria inefficace in vista del raggiungimento dell'obiettivo di riduzione di frequenza, sul tasso regionale atteso, del ricorso al parto cesareo. In questa direzione, così come evidenziato anche in Premessa alle ultime Linee Guida sul taglio cesareo (n. 19 del 2010), elaborate dal Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto superiore di Sanità (SNLG-ISS), si pone la necessità di realizzare una rivisitazione complessiva del sistema di valutazione qualitativa/di appropriatezza del ricorso all'intervento di TC, che può realizzarsi efficacemente soltanto attraverso l'elaborazione/implementazione di veri e propri protocolli clinici, condivisi almeno dalle strutture sanitarie, presso cui sono disponibili i servizi di Punto Nascita e Blocco Parto, aventi sede nel territorio di competenza di ciascuna Asl della Regione Campania. Il suindicato obiettivo programmatico può essere raggiunto anche attraverso l'inclusione, nei percorsi formativi del personale sanitario del Percorso Nascita, disciplinati ai sensi dell'art. 8 della Legge Regionale del 2 marzo 2006, n. 2, di apposite sessioni di studio dedicate allo sviluppo di metodi univoci per la definizione dei protocolli clinici condivisi, così come previsto dalla presente proposta di legge. Al riguardo, occorre infatti riflettere sulla portata applicativa delle Linee Guida, in quanto esse, secondo la definizione elaborata dall'Institute of Medicine del 1992, altro non sono che raccomandazioni di comportamento clinico, formulate secondo *grading* prestabiliti e classificati sulla base del Livello di prova (LdP) e della Forza delle raccomandazioni (FdR), espressi rispettivamente in numeri romani (da I a VI) ed in lettere (da A a E). Ancora, attesa la loro indiscutibile utilità quale strumento per il miglioramento della pratica clinica, le Linee Guida sono prodotte attraverso un processo sistematico al solo scopo di supportare, in forma non vincolante, medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche ed in ogni caso non possono essere reputate come dotate della medesima valenza applicativa dei "percorsi" diagnostico-terapeutici definibili come protocolli clinici. Tutto ciò premesso, a fronte della necessità di assicurare in ogni caso alla gestante/partoriente/puerpera un percorso assistenziale progressivamente migliorativo sotto il profilo della qualità/appropriatezza e sicurezza delle prestazioni rese, in particolar modo in riferimento alla procedura di taglio cesareo, con la presente proposta di legge si dispone che sui DRG relativi ai ricoveri resi in regime ordinario per taglio cesareo, ad iniziativa della struttura operativa dell'ARSAN Area Controllo e Valutazione di Qualità delle prestazioni del SSR (definita ai sensi dell'art. 5, comma 5, lett. c) della Legge Regionale 18 Novembre 1996, n. 25), si debba attivare la procedura per accertare la presenza di un alto rischio di inappropriatazza per i suindicati DRG. A tal fine, devono essere applicati i parametri, peraltro non necessariamente concomitanti tra loro, previsti all'art. 2, comma 1, lett. a), b), c), d) del Decreto del Ministero del Lavoro, della salute e delle Politiche Sociali del 10 Dicembre 2009, il quale tra l'altro, all'art. 2, comma 2, stabilisce la possibilità di definire, a livello regionale, ulteriori parametri di riferimento per effettuare la suddetta procedura accertativa.



*Consiglio Regionale della Campania*  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Ebbene, è appena il caso di segnalare che al fine di identificare l'alto rischio di inappropriata per i DRG relativi alle prestazioni di taglio cesareo è sufficiente analizzare le tabelle di cui all'Allegato 1a) dell'Accordo del 16 Dicembre 2010, sancito dalla Conferenza Unificata tra Stato, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane, le quali evidenziano l'andamento regionale del tasso di incidenza dei parti cesarei in riferimento alle differenti tipologie e dimensioni delle strutture sanitarie presso cui sono disponibili Punti Nascita e di conseguenza in riferimento alla localizzazione territoriale delle relative strutture, per rilevare una manifesta sbilanciata proporzione nel ricorso al taglio cesareo tale da integrare di sicuro i parametri di cui al predetto decreto ministeriale, salva in ogni caso la possibilità, attribuita all'ARSAN dalla presente proposta di legge, di individuare e classificare ulteriori eventuali parametri più adeguati alla valutazione dell'alto rischio di inappropriata dei DRG per taglio cesareo, in riferimento alla specifica situazione registrata in Regione Campania. In conclusione, va specificato che la definizione dell'alto rischio di inappropriata per i DRG relativi a ricoveri per taglio cesareo produrrebbe l'evidente risultato di assicurare finalmente per tali ricoveri un efficace sistema di monitoraggio analitico in quanto esteso alla totalità della relativa documentazione clinica ed inoltre si presenta come una corretta strategia di programmazione regionale per indurre sul medio-lungo periodo una riduzione della frequenza dei parti cesarei. Quest'ultimo obiettivo sarebbe infatti prodotto dalla disincentivazione tariffaria consistente nell'automatico abbattimento delle tariffe fissate per i suindicati DRG e praticato, secondo tassi prestabiliti, sulle percentuali di ricovero per taglio cesareo che si fossero rilevate oltre il limite-soglia, così come definito dall'ARSAN a conclusione della procedura per la definizione dei DRG per taglio cesareo come prestazioni di ricovero ad alto rischio di inappropriata. Su altro fronte, nella medesima direzione di promuovere interventi organici e strutturati per elevare qualità e sicurezza del Percorso Nascita, secondo quanto previsto fin dal Progetto Obiettivo materno-infantile relativo al PSN 1998-2000 di cui al D.M. 24 Aprile 2000, la presente proposta di legge prevede nuove strategie di valorizzazione delle risorse assistenziali territoriali rappresentate dai servizi consultoriali, attraverso la programmazione di interventi sinergici Asl- unità operative ospedaliere di Ginecologia ed Ostetricia e di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN) finalizzati ad organizzare una rete sistematica ed efficace di servizi integrati ospedale-territorio, nella direzione di assicurare adeguato supporto in corso di gravidanza, pre-parto e puerperale alla gestante/partoriente/puerpera, in particolar modo se versa in stato di bisogno socio-sanitario, anche predisponendo un protocollo unico di tipo informativo e assicurandone la relativa divulgazione nei confronti della popolazione femminile.



*Consiglio Regionale della Campania*  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

## **RELAZIONE TECNICO FINANZIARIA**

La presente legge, di nuova formulazione, necessita degli opportuni finanziamenti per la sua concreta applicazione e, per far fronte agli oneri previsti, trova copertura finanziaria per l'esercizio 2011 con i fondi appostati nell'unità previsionale di base 4.15.38 cap.7000

Per i contenuti previsti dalla legge si quantifica una spesa per il primo anno pari ad euro 1.400.000,00 gravante sulla UPB sopraindicata relativa al bilancio della Regione Campania.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art.1  
(Oggetto e finalità)

1. La regione Campania, con la presente legge, provvede all'adozione di misure attuative delle Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, previste nell'Accordo del 16 dicembre 2010, sancito dalla Conferenza unificata tra Stato, regioni, province, comuni e comunità montane, nell'ambito di una revisione dei sistemi di verifica della qualità delle prestazioni di assistenza sanitaria ospedaliera, erogate alla gestante/partoriente/puerpera nell'ambito del Servizio sanitario regionale – di seguito denominato SSR,- remunerate con la modalità del pagamento a prestazione e fondate sul criterio dell'accreditamento delle strutture erogatrici.

1. Per i fini di cui al comma 1, la presente legge definisce i seguenti obiettivi programmatici:

- a) implementare i sistemi e le procedure di controllo previsti per le schede di dimissione ospedaliera – di seguito denominate SDO – e la documentazione clinica relativa ai raggruppamenti omogenei di diagnosi - traduzione della versione n. 24 del Sistema dei Diagnosis Related Groups - di seguito denominati DRG,- riferiti ai ricoveri ordinari per taglio cesareo, - di seguito denominato TC -, per garantire alla gestante l'appropriatezza dell'intero percorso assistenziale e l'erogazione di prestazioni in forma coordinata ed omogenea sull'intero territorio regionale;
- b) incentivare per l'evento nascita procedure progressivamente migliorative del livello di umanizzazione dell'assistenza erogata, al fine di promuovere le condizioni per assicurare un benessere psico-fisico globale della gestante/partoriente/puerpera e del nascituro/neonato nell'ambito dell'intero percorso nascita, anche attraverso nuove forme di valorizzazione del rapporto medico-paziente e la predisposizione di percorsi specifici e personalizzati di ascolto e cura per la donna, nella direzione di realizzare un'integrazione effettiva dell'assistenza ospedaliera con quella territoriale;
- c) potenziare le forme di cooperazione programmatica ed organizzativa tra ciascuna azienda sanitaria locale provinciale e sub-provinciale, agenzia regionale sanitaria – di seguito denominata ARSAN- ed Assessorato regionale alla Sanità per migliorare la conoscenza e l'analisi della domanda sanitaria della gestante e dell'offerta dei servizi resi dalle strutture sanitarie e per monitorare i sistemi e le procedure di controllo previsti per le SDO e la documentazione clinica di cui alla lett. a) del presente comma;
- d) rimodulare la capacità produttiva delle strutture pubbliche, pubbliche equiparate e private presso cui sono disponibili i servizi di punto Nascita e blocco Parto, valutata in base alla classificazione delle strutture per livelli differenti di standard, programmando interventi per la riorganizzazione dei servizi e riqualificazione delle strutture, anche incidendo sulla sbilanciata



*Consiglio Regionale della Campania*  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

- proporzione numerica registrata in regione Campania per i ricoveri ospedalieri relativi a TC a seconda delle differenti tipologie e dimensioni della struttura sanitaria erogatrice;
- e) definire procedure e nuovi parametri per la valutazione della presenza di un alto rischio di inappropriatezza per i DRG relativi ai ricoveri resi in regime ordinario per TC, al fine di attribuire ad essi la definizione di prestazioni di ricovero ad alto rischio di inappropriatezza, attivando controlli analitici, di appropriatezza e congruità, sulla totalità delle relative cartelle cliniche e strumenti di disincentivazione tariffaria nel caso in cui, in seguito ai monitoraggi sulle relative SDO, si verifichi il superamento delle soglie di ricovero per essi ammesse.
3. Ai sensi e per gli effetti di cui alla presente legge si definisce percorso Nascita l'insieme delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, erogate per tutelare e promuovere la salute psico-fisica globale della gestante, partoriente, puerpera e del nascituro o neonato, fornite nell'ambito di una rete coordinata di servizi territoriali ed ospedalieri integrati.

1  
Φ



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 2

(Definizione di appropriatezza per la prestazione di ricovero ordinario per TC e per la prestazione chirurgica di TC)

1. Ai sensi e per gli effetti di cui alla presente legge, al fine di definire l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero, anche erogate per TC, in riferimento ad una determinata struttura sanitaria erogatrice, sono considerati indicatori determinanti di appropriatezza allocativa di risorse, efficacia ed efficienza, gli standard specificati a norma del combinato disposto di cui all'articolo 2, comma 2 e allegato 1, indicatori del rispetto della programmazione nazionale, allegato 2, indicatori sui costi medi per gruppi di prestazioni omogenee-assistenza ospedaliera, allegato 3, indicatori di appropriatezza organizzativa del Patto per la Salute 2010-2012 di cui all'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, di seguito denominato Patto per la Salute 2010-2012.
2. Il calcolo degli indicatori di cui al comma precedente è elaborato secondo il criterio del valore medio delle Regioni, reputate in equilibrio economico, che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza – di seguito denominati LEA - con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 3 del Patto per la Salute 2010-2012.
3. Le categorie di diagnosi, principali o secondarie, identificate e classificate nell'allegato alla delibera di giunta regionale della Campania n.2161/2007, rilevate nel corso dei monitoraggi periodici sulle SDO relative ai ricoveri in regime ordinario per TC, sono indicatori clinici, materni e fetali, di tipo non esclusivo e non determinante ai fini della valutazione di appropriatezza sotto il profilo clinico del ricorso alla prestazione chirurgica di TC.
4. Le elencazioni di ulteriori categorie di diagnosi, principali o secondarie, contenute in Raccomandazioni di Linee Guida, nazionali o regionali, elaborate per promuovere la riduzione di incidenza del ricorso al TC, rappresentano un indicatore di tipo non esclusivo e non determinante per la valutazione di appropriatezza di cui al comma 2.
5. In ogni caso, prevale sul criterio valutativo di appropriatezza rappresentato dall'indicazione nelle SDO di una delle diagnosi elencate nell'Allegato alla D.G.R.C. 2161/2007, l'applicazione di Linee Guida, nazionali o regionali, per la promozione di una riduzione di incidenza del ricorso al TC, che contengono raccomandazioni con Livello di prova di tipo 1 o con Forza della Raccomandazione di tipo A.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 3

(Valutazione accertativa dell'ARSAN)

1. Per realizzare le finalità programmatiche di cui all' art. 1, comma 2, lett. a) ed e), ai sensi di quanto disposto dall' Allegato 2 C del Decreto Presidente Consiglio dei Ministri del 29 Novembre 2001, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale provvede con atto deliberativo a dare incarico all'ARSAN, nelle funzioni di controllo di gestione della spesa sanitaria ospedaliera e di qualità delle prestazioni del SSR, per effettuare una valutazione accertativa sui DRG relativi a ricoveri resi in regime ordinario per TC, al fine della identificazione di ulteriori DRG ad alto rischio di inappropriately sotto il profilo organizzativo rispetto a quelli esistenti definiti a livello nazionale (Allegato 2 C del DPCM 29 Novembre 2001 e art. 6 comma 5 del "Patto per la Salute 2010-2012") e regionale (DGRC 6490/2001 e DGRC 4847/2002).
2. La struttura operativa dell'ARSAN Area Controllo e Valutazione di Qualità delle prestazioni del SSR, definita ai sensi dell' art. 5, comma 5, lett. c) della Legge Regionale 18 Novembre 1996, n. 25, provvede alla valutazione accertativa di cui al comma precedente entro il termine di due mesi dall'entrata in vigore della presente legge, utilizzando i parametri indicativi di fenomeni di inappropriately di erogazione di cui all' art. 2, comma 1, lett. a), b), c), d) del Decreto del Ministero del Lavoro, della salute e delle Politiche Sociali del 10 Dicembre 2009 (Controlli sulle cartelle cliniche).
3. Per gli effetti di cui al presente articolo, i parametri di riferimento specificati nel comma precedente sono indicatori non esclusivi per decidere l'inserimento dei DRG, relativi a ricoveri resi in regime ordinario per la prestazione chirurgica di TC, nell'ambito delle erogazioni ad alto rischio di inappropriately, e in ogni caso possono essere presenti in via alternativa, per un minimo di almeno uno su quattro.
4. Ai fini della decisione di inclusione dei DRG relativi a ricoveri resi in regime ordinario per TC tra le erogazioni ad alto rischio di inappropriately, è reputato criterio determinante e sufficiente il parametro di cui all'art. 2, comma 1, lett. d) del Decreto del Ministero del Lavoro, della salute e delle Politiche Sociali del 10 Dicembre 2009, rappresentato dall'analisi dell'andamento percentuale dei ricoveri in regime ordinario per la prestazione chirurgica di TC, riferito alle differenti tipologie e dimensioni delle strutture sanitarie erogatrici ed a specifiche aree territoriali sub-regionali, effettuata dall'ARSAN, anche utilizzando i dati del monitoraggio periodico sulle SDO, per verificare la presenza di una sbilanciata proporzione di ricoveri per TC tra le strutture sanitarie della Regione Campania.
5. Ai sensi dell'art. 2, comma 2 del Decreto del Ministero del Lavoro, della salute e delle Politiche Sociali del 10 Dicembre 2009 ("Controlli sulle cartelle cliniche") ai fini della valutazione per l'inclusione dei DRG relativi a ricoveri resi in regime ordinario per TC tra le erogazioni ad alto rischio di inappropriately sotto il profilo organizzativo, la presente legge dispone che l'ARSAN può identificare e definire ulteriori parametri.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio ~~Assemblea~~ **Att.4**

(Definizione di nuove soglie di ammissibilità)

1. Nel caso di conclusione positiva della procedura prevista dall'art. 3, diretta all'accertamento di un'alto rischio di inappropriatazza per i DRG relativi a ricoveri erogati in regime ordinario per TC, il direttore generale ARSAN adotta la relativa determinazione e provvede a trasmetterla alla Area Generale di Coordinamento 20 - Assistenza sanitaria dell'Assessorato regionale alla Sanità.
2. Entro il termine di un mese dalla conclusione positiva della procedura di cui al comma 1, la struttura operativa dell'ARSAN- Area Controllo e Valutazione di Qualità delle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale, indicata nell'art. 3, comma 2, provvede alla definizione di soglie di ammissibilità per i DRG relativi a ricoveri resi in regime ordinario per TC, secondo quanto previsto nelle indicazioni tecniche sui compiti attribuiti all'ARSAN, contenute nell'Allegato al Decreto del Commissario ad acta del 17 Gennaio 2011, n. 6 - Linee Guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero - .
3. Le soglie di ammissibilità di cui al comma precedente sono elaborate sotto forma di un valore percentuale massimo per i ricoveri accettabili, definito valore-soglia oltre il quale l'erogazione dei relativi DRG è reputata non appropriata.
4. La struttura operativa dell'ARSAN indicata nell'art. 3, comma 2, provvede alla fissazione dei valori-soglia nel rispetto dei criteri utilizzati in Regione Campania ai fini della definizione del fabbisogno di posti letto, che si basano sull'analisi della domanda e sulla rimodulazione dell'offerta secondo la metodologia adottata dall'Agenzia Nazionale Sanitaria (Age.na.s.), quale strumento programmatico di riferimento per le Regioni commissariate, recepito con Decreto del Commissario ad acta del 24 Marzo 2010, n. 16 ed integrato con eventuali ulteriori analisi elaborate dalla stessa ARSAN.
5. Entro il termine di un mese dalla conclusione positiva della procedura di cui al comma 1, la struttura operativa dell'ARSAN indicata nell'art. 3, comma 2 provvede alla fissazione di percentuali per l'abbattimento tariffario previsto all'art. 5, comma 1, secondo un tasso variabile che si applica in base alla quota di superamento dei valori-soglia, calcolata dagli organismi aziendali Asl di cui all'art. 6, comma 2 sui dati contenuti negli archivi informatici relativi alle SDO.
6. In seguito alla fissazione dei valori-soglia e delle percentuali di abbattimento tariffario secondo quanto disposto dal presente articolo, il direttore generale ARSAN adotta la relativa determinazione e provvede a trasmetterla all'ACG 20 - Assistenza sanitaria dell'Assessorato regionale alla Sanità.
7. Entro il termine di cinque mesi dall'entrata in vigore della presente legge, la Regione Campania, con deliberazione di Giunta regionale, dispone l'inserimento dei DRG relativi ai ricoveri ordinari per TC tra le erogazioni ad alto rischio di inappropriatazza, indicando le soglie di ammissibilità e le percentuali di abbattimento tariffario secondo quanto stabilito nelle determinazioni del direttore generale ARSAN, trasmesse all'Assessorato ai sensi dei commi 1 e 6 del presente articolo.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 5

(Disincentivazione tariffaria per il superamento delle soglie massime di ammissibilità)

1. Nel caso di inclusione dei DRG relativi a ricoveri ordinari per TC tra le erogazioni ad alto rischio di inappropriatazza cessa l'applicazione del metodo di disincentivazione tariffaria di cui alla DGRC 2161/2007 e si applicano, con la presente legge, strumenti di abbattimento tariffario automatico secondo quanto indicato nell'Allegato al Decreto del Commissario ad acta del 17 Gennaio 2011, n. 6 ("Linee Guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero"), ove si verifichi il superamento delle soglie massime di ammissibilità di ricovero definite ai sensi dell'art. 4.
2. La regressione tariffaria di cui al precedente comma si applica sulla percentuale di DRG, relativi a TC in regime di ricovero ordinario e reputati dall'ARSAN ad alto rischio di inappropriatazza, che risulta oltre le soglie massime di ammissibilità di ricovero definite ai sensi dell'art. 4.
3. Ai fini del calcolo del superamento dei valori - soglia non sono considerati i ricoveri resi in regime ordinario per i parti con TC deciso per lo stato di urgenza rappresentato dall'imminente pericolo di vita o di danno grave in cui versa la partoriente e/o il nascituro.
4. La valutazione del superamento delle soglie di ammissibilità, è espletata con periodicità trimestrale dagli organismi aziendali Asl di cui all'art. 6, comma 2, preposti all'analisi di qualità dell'assistenza e di appropriatezza delle prestazioni sanitarie prevista dall'art. 8-octies, comma 1, del D.Lgs. 229/1999, nel corso delle attività di controllo effettuate per verificare la frequenza numerica dei DRG relativi a TC in regime di ricovero ordinario e reputati dall'ARSAN ad alto rischio di inappropriatazza.
5. Le attività di controllo di cui al comma 4 sono svolte sotto forma di monitoraggio degli archivi informatici relativi alle SDO sui ricoveri per TC registrate dalle strutture sanitarie presso cui è attivo il servizio di Punto Nascita e Blocco Parto.
6. Il responsabile della procedura di controllo prevista al comma 4, individuato ai sensi dell'art. 6, comma 3, lett. a) della presente legge, comunica l'esito positivo o negativo della procedura alla struttura sanitaria erogatrice delle prestazioni controllate, segnalando le eventuali situazioni di sfioramento dei valori-soglia stabiliti ai sensi dell'art. 4.
7. Nel caso di mancato adempimento dell'obbligo di osservanza delle soglie di ammissibilità, rilevato in seguito alle attività di controllo di cui al comma 4, è prevista la facoltà di recupero sulle percentuali in eccesso di DRG per TC reputati dall'ARSAN ad alto rischio di inappropriatazza, entro il 31 dicembre dell'anno solare in corso, previsto come termine finale del controllo annuale definitivo.
8. In caso di mancato adeguamento ai valori-soglia definiti ai sensi dell'art. 4, rilevato in seguito al controllo annuale definitivo, si procede all'abbattimento tariffario automatico di cui al comma 1, nella misura stabilita a norma dell'art. 4, comma 5, salva l'attivazione di un'ulteriore procedura di controllo sulla documentazione clinica nel caso di contestazione da parte della struttura erogatrice per l'abbattimento praticato e che si conclude entro i tre mesi successivi.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 6

(Organismi Asl preposti al monitoraggio del superamento delle soglie massime di ammissibilità ed agli ulteriori controlli)

1. Ai sensi della presente legge, la competenza territoriale di ciascuna Asl provinciale e sub provinciale della Regione Campania all'espletamento delle attività di verifica del superamento delle soglie massime di ammissibilità ed agli ulteriori controlli analitici sulle cartelle cliniche per i DRG relativi a ricoveri ordinari per TC, reputati dall'ARSAN ad alto rischio di inappropriatelyzza, è determinata secondo le indicazioni tecniche contenute nell'Allegato al Decreto del Commissario ad acta del 17 Gennaio 2011, n. 6 ("Linee Guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero").
2. Ciascuna Asl della Regione Campania, nella direzione di implementare un modello organizzativo sistematico per l'espletamento delle funzioni di monitoraggio sulla qualità/appropriatezza dell'assistenza ospedaliera anche nell'ambito dell'intero Percorso Nascita, provvede ad attivare e a strutturare uno specifico organismo preposto ai controlli sulle prestazioni di ricovero secondo quanto previsto dal Decreto del Commissario ad acta 6/2011.
3. Per i fini di cui al comma precedente, il direttore generale di ciascuna Asl provvede a:
  - a) nominare, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, un responsabile unico dell'unità operativa SDO/DRG che resta in carica tre anni salvo rinnovo, con funzioni di Coordinatore dello specifico organismo Asl preposto alle attività di controllo sulle prestazioni di ricovero di cui al comma 2;
  - b) nominare, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, almeno cinque medici dedicati alle attività dello specifico organismo di controllo di cui al comma 2 e che restano in carica tre anni salvo rinnovo, selezionati secondo le indicazioni tecniche contenute nell'Allegato al Decreto del Commissario ad acta del 17 Gennaio 2011, n. 6 (Linee Guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero);
  - c) trasmettere, entro i successivi trenta giorni, all'ARSAN e all'AGC 20 – Assistenza Sanitaria dell'Assessorato regionale alla Sanità, l'indicazione nominativa del Coordinatore e dei medici dedicati che compongono l'organismo aziendale preposto ai controlli di cui al comma 2.
4. La mancata designazione del Coordinatore e dei medici dedicati e/o la mancata comunicazione di cui alle lett. a), b) e c) del comma 3 rappresentano elemento di verifica del raggiungimento degli obiettivi specifici al fine della conferma dell'incarico per il direttore generale di ciascuna Asl.
5. Ai sensi di quanto previsto dall'art. 88, comma 2 della legge del 23 Dicembre 2000, n. 388 e successive modificazioni ed integrazioni, per i DRG relativi alla prestazione di TC in regime di ricovero ordinario e reputati dall'ARSAN ad alto rischio di inappropriatelyzza, i controlli analitici sulle relative cartelle cliniche sono effettuati dallo specifico organismo di controllo di cui al comma 2 e sono estesi alla totalità di esse.
6. I controlli analitici di cui al comma 5 comprendono anche l'eventuale rilevazione di fenomeni di incongruità, intesa come non corrispondenza tra il contenuto della documentazione clinica,



*Consiglio Regionale della Campania*  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

relativa alle patologie diagnosticate ed alle prestazioni erogate nel corso del percorso assistenziale, rispetto a quanto registrato e codificato nella relativa SDO.

7. Per le procedure dei controlli analitici di cui al comma 5 si applicano le Modalità operative previste dall'Allegato al Decreto del Commissario ad acta del 17 Gennaio 2011, n. 6 - Linee Guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero -.

8. Ai sensi e per gli effetti di cui alla presente legge, le prestazioni di ricovero in regime ordinario riferite ai DRG per parto vaginale sono sottoposte a controllo analitico per la totalità della relative cartelle cliniche.

9. Sono salve in ogni caso le quote annue attese pari ad almeno il 10% delle cartelle cliniche da sottoporre a controllo analitico su base campionaria e relative alla totalità delle prestazioni di ricovero erogate da ciascuna struttura sanitaria presso cui è disponibile il servizio di Punto Nascita e Blocco Parto, con sede nel territorio di competenza di ciascuna Asl.

1  
Q



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 7

(Monitoraggio dell'ARSAN sulle attività di controllo svolte dagli organismi Asl)

1. Gli organismi Asl preposti ai controlli di cui all'art. 6, comma 2, predispongono con periodicità semestrale una relazione dettagliata sulle tipologie dei controlli svolti anche sui DRG relativi a ricoveri ordinari per TC reputati ad alto rischio di inappropriatelyzza e provvedono alla relativa trasmissione all'ARSAN entro il 31 Luglio dell'anno in corso ed entro il 31 Gennaio dell'anno successivo.
2. L'ARSAN, provvede entro cinque mesi dall'entrata in vigore della presente legge, a trasmettere una relazione all'ACG 20 - Assistenza Sanitaria dell'Assessorato regionale alla Sanità, per illustrare:
  - a) la metodologia e le modalità operative adottate per la procedura accertativa di cui all'art.3, comma 1, diretta a valutare l'inserimento dei DRG relativi a ricoveri ordinari per TC tra le prestazioni di ricovero ospedaliero ad alto rischio di inappropriatelyzza;
  - b) gli ulteriori parametri indicativi di inappropriatelyzza eventualmente identificati e prescelti ai sensi dell' art. 3, comma 5;
  - c) le risultanze conclusive della valutazione accertativa, secondo quanto previsto dall' art. 3, comma 2;
  - d) i criteri di definizione delle soglie massime di ammissibilità e delle percentuali di abbattimento tariffario ai sensi dell' art. 4, commi 2 e 5, per i DRG relativi a ricoveri ordinari per TC, nel caso di conclusione positiva della procedura di valutazione di cui all' art. 3, comma 1.
3. L'ARSAN in ogni caso, nell'esercizio delle funzioni di indirizzo, supporto e coordinamento alle attività di controllo degli organismi Asl di cui all' art. 6, comma 2, trasmette un report annuale all'ACG 20 - Assistenza Sanitaria dell'assessorato regionale alla Sanità, relativo al numero ed alla tipologia dei controlli eseguiti dalle Asl, anche sui DRG per TC reputati ad alto rischio di inappropriatelyzza, presso ciascuna struttura sanitaria erogatrice che presenta la disponibilità del servizio di Punto Nascita e Blocco Parto, al fine di monitorare l'osservanza dei valori-soglia di ammissibilità per i DRG relativi a ricoveri ordinari per TC ad alto rischio di inappropriatelyzza e l'effettiva estensione dei controlli analitici alla totalità delle relative cartelle cliniche.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 8

(Tariffe per i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e relativi a ricoveri ordinari per TC erogati nei limiti del valore-soglia)

1. Nel caso di conclusione positiva della procedura diretta all'accertamento dell'alto rischio di inappropriatelyzza per i DRG riferiti a ricoveri resi in regime ordinario per TC, è fatta salva la determinazione della tariffa relativa alla percentuale di ricoveri nei limiti del valore-soglia, secondo il vigente modello di finanziamento, articolato sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione assistenziale resa, stabilito in relazione alla classe di accreditamento attribuita alla tipologia di struttura erogatrice presso cui è disponibile il servizio di Punto Nascita e Blocco Parto, in conformità a quanto previsto dall'art. 8-sexies comma 5 del D. Lgs. 502/92 così come modificato dall'art. 79, comma 1-quinquies della Legge 133/2008.
2. Entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale provvede con atto deliberativo a dare incarico alla struttura operativa dell'ARSAN di cui all'art. 3, comma 2 per rimodulare la remunerazione prevista per i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza relativi ai ricoveri ordinari per TC erogati nei limiti del valore-soglia e per i DRG relativi a ricoveri per parto vaginale (PV) al fine di promuovere un riequilibrio dei valori tariffari vigenti anche tenendo conto degli indicatori sui costi medi previsti per gruppi di prestazioni ospedaliere omogenee ai sensi dell'Allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012.
3. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, la struttura operativa dell'ARSAN di cui all'art. 3, comma 2 realizza le attività previste dal comma 2 del presente articolo e il direttore generale ARSAN adotta la relativa determinazione, provvedendo alla trasmissione all'ACG 20- Assistenza sanitaria dell'Assessorato regionale alla Sanità.
4. Entro cinque mesi dall'entrata in vigore della presente legge, la Regione Campania, con deliberazione di Giunta regionale, dispone la revisione dei valori tariffari per i DRG indicati nel comma 2, secondo quanto stabilito nella determinazione del direttore generale ARSAN trasmessa ai sensi del comma 3.
5. E' fatta salva in ogni caso la revisione normativa per il vigente sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie, promossa attraverso un'apposita intesa tra Stato e Regioni, secondo quanto previsto dall'art. 7, comma 1, del Patto per la Salute 2010-2012.
6. In vista della revisione normativa di cui al comma precedente, la Regione Campania, nel percorso progressivo di ridefinizione del modello tariffario adottato, può fissare una quota variabile sulle tariffe prestabilite, determinabile in base al profilo qualitativo della prestazione sanitaria resa, dimostrato nel singolo caso da ciascuna struttura sanitaria erogatrice, secondo le indicazioni contenute nell'Allegato 1C all'Accordo del 16 Dicembre 2010, sancito dalla Conferenza Unificata tra Stato, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 9

(Autorizzazione ed accreditamento dei Punti Nascita )

1. Per realizzare le finalità programmatiche di cui all' art. 1, comma 2, lett. d), nelle more dell'attuazione definitiva del complessivo sistema di classificazione delle strutture sanitarie, secondo il modello dell' accreditamento istituzionale con il SSR di cui dall' art. 8-quater e ss. del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni, al fine di promuovere e assicurare la buona qualità ed il miglioramento continuo dell'assistenza ospedaliera resa dai servizi di Punto Nascita e Blocco Parto, attivi presso le strutture pubbliche e private, la Regione Campania, nell'ambito del processo di razionalizzazione e di riorganizzazione della rete dei Punti Nascita e nel rispetto dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e della programmazione regionale, stabilisce nuovi requisiti minimi, strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi, per l'autorizzazione di cui all' art. 8-ter del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, necessaria alla realizzazione e all'esercizio dell'attività sanitaria delle strutture pubbliche e private.
2. Ai fini di cui al comma 1, per la realizzazione e l'esercizio dell'attività sanitaria delle strutture presso cui sono disponibili servizi di Punto Nascita e Blocco Parto, sono reputati criteri determinanti per l'individuazione di nuovi requisiti minimi, integrativi e/o modificativi rispetto a quelli generali previsti a livello nazionale (DPR 14 Gennaio 1997 e DGRC 6181/1997) e specifici previsti a livello regionale (DGRC 3958/2001 e successive modificazioni) gli standard operativi, di sicurezza e tecnologici, relativi ai differenti livelli di assistenza ostetrica e neonatale, di cui all' Allegato 1b) dell' Accordo del 16 Dicembre 2010, sancito dalla Conferenza Unificata tra Stato, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane.
3. Secondo quanto previsto dall'art. 4, comma 1, lett. a) del Regolamento del 22 Giugno 2007, n.1 emanato dal Presidente della Giunta regionale, i nuovi requisiti minimi, stabiliti dalla Regione ai sensi del comma precedente, rappresentano una condizione per attivare la procedura di accreditamento istituzionale di cui all' art. 8-quater e ss. del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni, per le strutture sanitarie presso cui sono disponibili servizi di Punto Nascita e Blocco Parto.
4. Salva la revisione normativa in tema di accreditamento prevista dall'art. 7, comma 1 del Patto per la Salute 2010-2012, la classificazione delle strutture sanitarie autorizzate, presso cui sono disponibili servizi di Punto Nascita e Blocco Parto, articolata secondo un livello base, intermedio o superiore di qualità organizzativa e tecnico-professionale, viene attribuita verificando la corrispondenza delle strutture ad una delle tre differenti tipologie di requisiti ulteriori specifici, (tipo A, B e C) riferiti anche al numero assistito di parti per anno, secondo quanto indicato nell' Allegato B-Scheda SRic5 del Regolamento del 22 Giugno 2007, n.1 emanato dal Presidente Giunta regionale.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 10

(Obbligatorietà di counseling per il consenso informato alla prestazione chirurgica di TC elettivo)

1. La dichiarazione della gestante o partoriente di ricevuta informazione e consenso alla prestazione chirurgica di TC elettivo è preceduta in ogni caso da un'attività di supporto medico e psicologico al processo decisionale (counseling), fornita dalla struttura sanitaria erogatrice e necessaria per illustrare alla donna, in forma chiara e comprensibile, le procedure tecniche, i rischi e le possibili complicanze del TC, in relazione alla specifica situazione clinica, secondo quanto indicato dalle raccomandazioni contenute nelle Linee Guida del Centro Nazionale Collaborativo per la Salute Materno-Infantile (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health – NCC-WCH Guidelines “Caesarean Section”) e dalle Linee Guida 19 sul taglio cesareo elaborate dal Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto superiore di Sanità (SNLG-ISS).
2. La dichiarazione di ricevuta informazione e consenso alla prestazione di TC elettivo di cui al comma 1 è sempre necessaria e può essere resa anche dal tutore, curatore o amministratore di sostegno della gestante o partoriente in stato di incapacità di intendere o di volere. Il medico che ha preso in carico la donna può eventualmente attivarsi per ottenere la nomina da parte dell'autorità giudiziaria del tutore, curatore o amministratore di sostegno, al fine di acquisire il consenso necessario per l'intervento chirurgico di TC.
3. Se nel corso dell'attività di counseling è stata presentata la necessità di programmare un TC per specifiche motivazioni cliniche, la gestante/partoriente, in stato di manifesta capacità di intendere e di volere al momento della decisione, ha facoltà di rifiutare. In caso di rifiuto la struttura sanitaria provvede a fornire la disponibilità di un secondo parere per consentire alla donna di effettuare un'ulteriore riflessione sulle informazioni ricevute, al fine di valutare se il rifiuto è stato determinato da condizionamenti di tipo psicologico e per supportare la donna nel superamento di eventuali conflitti interiori incidenti sul percorso decisionale.
4. Nel caso di TC d'emergenza deciso per la necessità clinica di provocare un parto immediato, l'attività di counseling può essere ridotta alle informazioni essenziali sulle modalità di espletamento della tecnica chirurgica ed è prestata solo se sia realizzabile nel più breve tempo possibile, tenuto conto dell'arco temporale a disposizione per procedere al TC d'emergenza, salva in ogni caso l'acquisizione necessaria del consenso informato della donna, che viene registrato avendo cura di accertare e di segnalare sull'apposito modulo che la donna, nonostante l'eventuale alterazione dello stato emotivo dovuto alla necessità di una decisione immediata, abbia compreso l'indicazione clinica all'intervento di TC.
5. Il medico che ha preso in carico la donna può procedere all'esecuzione di un TC non programmato senza il preventivo consenso espresso dalla partoriente nel solo caso di impossibilità di prestare il consenso, causata da uno stato di incapacità di intendere o di volere al momento del parto, che si sia verificata durante uno stato d'urgenza, definito come necessità indifferibile di intervenire per evitare la morte o un danno grave per la partoriente e il nascituro.



*Consiglio Regionale della Campania*  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

6. Nel caso di espressa richiesta materna per un TC di elezione in assenza di indicazioni mediche, nel corso dell'attività di counseling si informa la donna che, secondo quanto previsto dalle Linee Guida della Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia – FIGO (“Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology”), le più recenti evidenze scientifiche disponibili suggeriscono che il parto fisiologico è più sicuro, a breve e a lungo termine, sia per la madre che per il nascituro rispetto ad un TC praticato in assenza di una precisa indicazione clinica. E' previsto il diritto della donna di accedere ad un secondo parere, attraverso un'ulteriore attività di counseling, per valutare l'eventuale componente di natura psicologica della scelta espressa per il TC in assenza di indicazioni cliniche e per consentire di manifestare e superare eventuali dubbi e timori relativi all'esperienza di un parto fisiologico al fine di raggiungere una decisione conclusiva più consapevole. In ogni caso, al fine di rispettare l'indipendenza dell'atto medico, il ginecologo ostetrico che ha preso in carico la gestante/partoriente e che ha espletato l'attività di counseling, ha diritto di rifiutare l'esecuzione di un TC richiesto dalla donna in assenza di indicazioni cliniche.
7. Secondo quanto previsto dalle “Indicazioni per la riduzione di incidenza del taglio cesareo in Regione Campania” di cui alla DGRC del 2 Febbraio 2005, n.118, nel caso di accoglienza della richiesta materna ad un TC senza indicazioni cliniche, sul modulo di prestazione del consenso informato, in uno spazio dedicato all'illustrazione di eventuali alternative all'intervento chirurgico per cui è prestato il consenso, è inserita l'espressa indicazione che nel corso del counseling è stato concordato di procedere alla prestazione chirurgica di TC, in assenza di indicazioni mediche e su richiesta della donna, specificando che la donna non accetta l'alternativa del parto fisiologico e che è stata informata in modo adeguato sull'assenza di indicazioni cliniche al TC.
8. L'intero percorso decisionale della donna, sia nel caso di TC programmato che deciso d'urgenza, deve essere adeguatamente motivato e documentato nella cartella clinica informatica integrata di cui all'art. 12, comma 2, lett. b).
9. Nel corso dell'attività di counseling è consegnata alla donna copia della Carta Servizi per il Percorso Nascita predisposta dalla struttura sanitaria erogatrice ai sensi dell'art. 11, comma 1 ed è illustrato nei dettagli il contenuto della Carta Servizi relativo alle informazioni generali sul TC elettivo, di cui all'art. 11, comma 4.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 11

(Carta Servizi per il Percorso Nascita)

1. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, per realizzare le finalità programmatiche di cui all'art. 1, comma 2, lett. b), ciascuna struttura sanitaria presso cui è disponibile il servizio di Punto Nascita e Blocco Parto provvede a predisporre, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e trasparenza, una specifica Carta Servizi relativa alle prestazioni fornite nell'ambito dell'intero Percorso Nascita.
2. Ciascuna Carta Servizi predisposta ai sensi del comma 1 contiene indicazioni, formulate in modo chiaro e comprensibile, riguardanti le informazioni generali di cui ai Punti a) e b) dell'Allegato 2 all'Accordo del 16 Dicembre 2010, sancito dalla Conferenza Unificata tra Stato, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane, relative almeno a:
  - a) specifiche prestazioni assistenziali erogate dalla struttura sanitaria nell'ambito dell'intero Percorso Nascita;
  - b) dati statistici sul livello di operatività dei servizi offerti, anche in riferimento al personale coinvolto, indicando la composizione del team di ostetricia e neonatologia ed il numero di figure professionali garantite ad ogni turno di guardia;
  - c) stato di attivazione della rete di servizi integrati ospedalieri-territoriali dedicati al Percorso Nascita di cui all'art. 12;
  - d) specifiche modalità predisposte dalla struttura sanitaria per favorire il miglioramento dell'umanizzazione nell'ambito del Percorso Nascita;
  - e) eventuale presenza di un'accettazione ostetrica/ P.S. ostetrico dedicato e di unità specializzate nelle gravidanze a rischio per patologie materne e fetali, eventuale disponibilità del servizio di trasporto assistito materno (STAM), neonatale d'urgenza (STEN) e dell'unità operativa di terapia intensiva neonatale (TIN).
3. L'informazione generale riguarda anche l'eventuale disponibilità di tecniche, farmacologiche e non, di supporto per il controllo del dolore in corso di travaglio-parto e contiene la specifica indicazione su:
  - a) l'eventuale adozione di protocolli terapeutici per la partoanalgesia, elaborati dalla struttura sanitaria erogatrice, periodicamente aggiornati e condivisi, almeno a livello provinciale, dalle altre strutture sanitarie in cui si praticano metodiche di supporto per il controllo del dolore;
  - b) la disponibilità della copertura di assistenza anestesiológica 24/24 ore, attraverso eventuale equipe multidisciplinare, o almeno la pronta reperibilità nelle 24 ore di un anestesista-rianimatore con specifica e documentata competenza nel settore ostetrico per consentire alla donna di valutare l'effettiva erogabilità della relativa prestazione;



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

- c) le modalità di espletamento della procedura anestesiológica, le controindicazioni, possibili rischi e complicanze per la partoriente e per il nascituro e la possibilità di una incidenza modificativa sui tempi del travaglio di parto;
- d) la necessità, per la gestante che scelga la partoanalgesia, di una visita anestesiológica nel corso della gravidanza e preferibilmente nell' ultimo mese di gestazione, per la registrazione del consenso informato e per la compilazione della relativa cartella clinica, specificando la circostanza che anche nel caso di scelta effettuata al momento stesso del travaglio di parto prevale sulla volontà della donna il parere del ginecologo ostetrico e dell'anestesista rianimatore sull' effettuabilità della procedura nel singolo caso.
4. L'informazione generale riguarda anche le diverse modalità di parto offerto e contiene un riferimento specifico separato alla prestazione chirurgica di taglio cesareo elettivo attraverso un' elencazione, basata sulle più recenti acquisizioni scientifiche, relativa a:
- a) modalità della tecnica chirurgica di TC;
  - b) possibili effetti per la donna e per il nascituro in termini di rischi e complicanze, confrontati con il parto fisiologico, identificando il tasso di incidenza di mortalità e morbilità, materna e neonatale, in relazione alle diverse modalità di espletamento del parto;
  - c) implicazioni per future gravidanze e parti dopo il TC.
5. L'informazione generale di cui al comma 4 contiene anche una nota relativa all'attività di counseling di cui all' art. 10, commi 1 e 6, e un'illustrazione, chiara e comprensibile, del contenuto dello specifico consenso informato per un TC elettivo in assenza di indicazioni mediche, secondo quanto previsto dall' art. 10, comma 7.
6. La Carta Servizi contiene indicazioni sulle procedure predisposte dalla struttura sanitaria erogatrice per inoltrare reclami e segnalazioni, relativi a disservizi occorsi nell' ambito del Percorso Nascita, e per indicare suggerimenti diretti al miglioramento ulteriore del livello qualitativo complessivo del servizio offerto.
7. Ciascun Punto Nascita identifica al proprio interno un componente che fornisce, su richiesta della paziente, informazioni ulteriori, dettagliate e comprensibili, in risposta a quesiti specifici relativi al contenuto della Carta Servizi, tenendo conto del livello di istruzione e di eventuali disabilità o difficoltà di apprendimento, anche emerse nel colloquio con la gestante - partoriente.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art.12

(Organizzazione della rete di servizi integrati ospedalieri-territoriali dedicati al Percorso Nascita)

1. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, al fine di organizzare ed implementare una rete integrata ospedale-territorio, efficace ed efficiente, dedicata al Percorso Nascita, ciascuna Asl provinciale e sub-provinciale, e le strutture sanitarie presso cui è disponibile il servizio di Punto Nascita e Blocco Parto, con sede nel territorio di competenza di ciascuna Asl, stipulano convenzioni, di durata annuale o triennale, per progettare ed attuare specifici interventi di integrazione tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale attraverso forme di collegamento funzionale tra i relativi servizi.

2. Ai fini di cui al comma 1, per incentivare una specifica capacità di risposta assistenziale di supporto a quella ospedaliera da parte dell'Area Materno-Infantile dei Distretti sanitari valorizzando i relativi servizi consultoriali dedicati all'assistenza alla donna, con particolare attenzione alla gravidanza, parto e puerperio, nelle convenzioni stipulate ai sensi del comma 1 vengono concordati interventi congiunti diretti a:

a) adottare un protocollo informativo unico sull'intero percorso assistenziale della gestante-partoriente-puterpera, offerto dalla rete di servizi integrati ospedale-territorio dedicati al Percorso Nascita, attiva nel territorio di competenza di ciascuna Asl, provvedendo a dare comunicazione dell'iniziativa alla popolazione femminile attraverso idonei strumenti di divulgazione, anche avvalendosi per le campagne informative del sostegno di Associazioni di Volontariato e Fondazioni con qualifica di ONLUS;

b) attivare e implementare un sistema informativo interaziendale basato sulla trasmissione dei dati sanitari della gestante-partoriente-puterpera attraverso il collegamento telematico tra le Aree Materno-Infantili distrettuali di ciascuna Asl provinciale e sub-provinciale e le unità operative ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia, di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN), differenziate per livelli di intensità assistenziale e aventi sede nel territorio di ciascuna Asl, al fine di predisporre una cartella clinica integrata informatica per gravidanza-parto-puterperio;

c) erogare nell'ambito del Percorso Nascita prestazioni assistenziali socio-sanitarie di tipo consultoriale fornite a tutela della maternità, di cui all'Allegato 1/C del DPCM 29 novembre 2001, attinenti all'area di intervento assistenziale materno-infantile indicata nell'art. 3-septies, comma 4 del decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, sotto forma di attivazione di progetti di presentazione domiciliare del protocollo informativo unico di cui alla lett. a) del presente comma, e di progetti di specifica assistenza domiciliare, nel corso della gravidanza, pre-parto, e puerperale a seguito delle dimissioni ospedaliere, a supporto delle donne portatrici di un bisogno socio-sanitario complesso sotto il profilo multidimensionale, definendo le modalità



*Consiglio Regionale della Campania*  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

per un coinvolgimento diretto e continuativo nella rete di servizi integrati ospedalieri-territoriali dedicati al Percorso Nascita, dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI) di cui all'art. 41, comma 3, lett. b) della Legge Regionale del 23 Ottobre 2007, n. 11, attiva presso l'Asl territorialmente competente nel singolo caso e con il supporto di Associazioni di Volontariato e/o Fondazioni con qualifica di ONLUS;

d) programmare, con preferenza per le fasce socialmente più deboli e per le donne con difficoltà legate alla competenza linguistica e/o portatrici di disabilità fisica e/o psichica, percorsi di accompagnamento per offrire un'assistenza globale alla gravidanza fisiologica, all'evento parto ed al post-partum, attraverso l'organizzazione di corsi pre-parto, presso i Consultori familiari con il supporto delle strutture sanitarie ospedaliere, predisponendo la partecipazione a specifici programmi per la prevenzione delle patologie materno/fetali e per l'individuazione tempestiva di malformazioni congenite, in collaborazione con i centri di diagnosi prenatale. I percorsi di accompagnamento prevedono anche iniziative dirette a promuovere la pratica dell'allattamento al seno, a favorire l'inserimento familiare/sociale della coppia madre/figlio in seguito alle dimissioni ospedaliere per parto fisiologico o per TC, e a fornire consulenza medica per il neonato fino alla presa in carico da parte del pediatra di libera scelta (PLS), potendo includere il sostegno psicologico alla puerpera, anche attivando misure per monitorare l'eventuale insorgenza della sintomatologia relativa agli stati depressivi del post-partum;

e) individuare, per ciascuna Asl provinciale e sub-provinciale, un ginecologo ostetrico di documentata esperienza con funzioni di responsabile unico per i servizi integrati ospedalieri-territoriali dedicati al Percorso Nascita, nominato dal direttore generale Asl.

3. Ai sensi e per gli effetti di cui alla presente legge, al fine di consentire il superamento, nell'ambito della rete di servizi integrati ospedale-territorio dedicati al Percorso Nascita, di eventuali differenze di accesso e cura in relazione alle condizioni socio-economiche e all'area geografica di provenienza, gli interventi congiunti, concordati nelle convenzioni di cui al comma 1, sono programmati ed attuati con modalità che assicurano alla gestante/partoriente/puerpera, nel territorio di competenza di ciascuna Asl, pari opportunità di accesso al Percorso Nascita e standard uniformi di qualità e di umanizzazione per le relative prestazioni erogate al momento della presa in carico, garantendo la continuità assistenziale.

4. Le convenzioni di cui al comma 1 fissano un termine di sei mesi dalla relativa stipulazione per la realizzazione delle attività programmate e sono trasmesse, a cura di ciascuna Asl, entro il mese successivo alla relativa stipulazione, al Comitato Percorso Nascita (CPN) istituito ai sensi dell'art. 15 comma 1, al fine di consentire le attività di monitoraggio, di cui all'art. 15, comma 4, lett. a), b) e c) sul livello di attuazione delle - Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, previste nell'accordo del 16 Dicembre 2010, sancito dalla Conferenza Unificata tra Stato, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane-.



*Consiglio Regionale della Campania*  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

5. La mancata stipulazione delle convenzioni di cui al comma 1 e la mancata realizzazione delle attività programmate nelle convenzioni, nei termini previsti, rappresentano elemento di verifica del raggiungimento degli obiettivi specifici al fine della conferma dell'incarico per il direttore generale di ciascuna Asl.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

### Art. 13

(Contenuto del protocollo informativo unico)

1. Il protocollo informativo unico di cui all' art. 12, comma 2, lett. a) contiene indicazioni sui percorsi di accesso alle differenti prestazioni sanitarie e socio-sanitarie fornite alla donna nell'ambito del Percorso Nascita nel territorio di competenza di ciascuna Asl, predisponendo anche un elenco delle relative strutture sanitarie che hanno provveduto a:
  - a) attivare percorsi sperimentali di demedicalizzazione del parto, facilitanti il contatto madre-bambino ed elaborare protocolli di diagnosi prenatale e di terapia materno-fetale e neonatale;
  - b) dotarsi di una copertura anestesiológica ventiquattrore su ventiquattrore ore, del servizio di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN), dell'unità operativa di terapia intensiva neonatale (TIN) e del servizio di emergenza ostetrico-ginecologica e pediatrica-neonatologica attivo ventiquattrore su ventiquattrore
2. Il protocollo informativo unico contiene anche un elenco dei servizi consultoriali, con sede nel territorio di competenza di ciascuna Asl, che hanno attivato i progetti assistenziali domiciliari ed i percorsi di accompagnamento di cui all'art. 12, comma 2, lett. c) e d). Nel protocollo informativo unico è sempre presente una nota relativa al diritto della donna di partorire in anonimato ai sensi della vigente legislazione.
3. Al protocollo informativo unico è allegata copia integrale delle specifiche Carte Servizi per il Percorso Nascita di cui all'art. 11, predisposte dalle strutture sanitarie con sede nel territorio di competenza di ciascuna Asl.
4. Il protocollo informativo unico è presentato alla gestante in seguito a colloqui informativi presso la sede dei Consultori familiari o della struttura sanitaria erogatrice, e/o attraverso inviti individuali e/o di gruppo a colloqui informativi da parte delle farmacie e/o del medico di Medicina Generale (MMG) della gestante o di un suo familiare, organizzati anche con il supporto di Associazioni di Volontariato e/o Fondazioni con qualifica di ONLUS, salva la presentazione domiciliare nei casi di cui all' art. 12, comma 2, lett. c). Il protocollo informativo unico è illustrato in modo da tenere conto del livello di istruzione della donna e di specifiche esigenze relative a disabilità o a difficoltà di apprendimento.
5. La presente legge dispone la pubblicazione del protocollo informativo unico per il Percorso Nascita su apposita sezione del sito web di ciascuna Asl della Regione Campania, dal titolo Promozione Qualità del Percorso Nascita.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 14

(Promozione di programmi di formazione per il personale coinvolto nel Percorso Nascita)

1. In conformità a quanto previsto dall' Allegato 8 dell' Accordo del 16 Dicembre 2010, sancito dalla Conferenza Unificata tra Stato, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane", l'ACG 20 – Assistenza sanitaria dell' Assessorato regionale alla Sanità concorda con la struttura operativa dell'ARSAN Area Elaborazione Programmi e Procedure per la Formazione/Aggiornamento del personale del SSR, di cui all' art. 5, comma 5, lett. d) della Legge Regionale del 18 Novembre 1996, n. 25, specifici progetti formativi e di aggiornamento professionale con carattere di multidisciplinarietà, anche definendo corsi separati sull'assistenza al parto fisiologico, nella direzione di incentivare il ricorso a tale procedura rispetto all'intervento chirurgico di TC, e sulle pratiche, farmacologiche e non, per il controllo del dolore in corso di travaglio-parto al fine di favorirne un' adeguata diffusione presso le strutture sanitarie della Regione Campania.
2. Nell' ambito degli specifici progetti formativi sono previste sessioni di studio sullo sviluppo e sull' acquisizione di metodi univoci per l'elaborazione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi relativi alle indicazioni cliniche al parto con TC nell'ambito del Percorso Nascita.
3. Le iniziative formative programmate ai sensi del precedente comma prevedono sistemi di verifica periodica dei livelli formativi teorico-pratici raggiunti e si svolgono nell'ambito dell'attività di formazione continua ECM (Educazione Continua in Medicina) e di quella programmata ai sensi dell' art. 8 della Legge regionale del 2 marzo 2006, n. 2.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 15

(Istituzione del Comitato Percorso Nascita - CPN-)

1. Per realizzare le finalità programmatiche di cui all' art. 1, comma 2, lett. c), la presente legge istituisce presso l' Assessorato regionale alla Sanità il Comitato Regionale di Promozione Qualità del Percorso Nascita, di seguito definito "Comitato Percorso Nascita" (CPN) presso l'Assessorato regionale alla Sanità.
2. I membri del Comitato Percorso Nascita (CPN) si riuniscono con cadenza trimestrale, restano in carica tre anni, salvo rinnovo e sono:
  - a) il responsabile dell' Area Generale Coordinamento (AGC) 20 – Assistenza sanitaria dell' Assessorato regionale alla Sanità, con funzioni di Coordinatore;
  - b) il responsabile della struttura operativa dell'ARSAN Area Controllo e Valutazione di Qualità delle prestazioni del SSR;
  - c) il responsabile della struttura operativa dell'ARSAN Area Elaborazione Programmi e Procedure per la Formazione/Aggiornamento del personale del SSR;
  - d) il responsabile unico, per ciascuna Asl provinciale e sub-provinciale, per i servizi integrati ospedalieri-territoriali dedicati al Percorso Nascita di cui all'art. 12, comma 2, lett.
  - e) un componente legale con competenza giuridica nella materia disciplinata dalla presente legge e con compiti di supporto giuridico specialistico alle attività del Comitato Percorso Nascita (CPN), nominato dall'Assessorato regionale alla Sanità, di concerto con la Quinta Commissione Consiliare Permanente - Sanità e Sicurezza Sociale, entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge.
3. Il responsabile unico, per ciascuna Asl provinciale e sub-provinciale, dei controlli sulle prestazioni di ricovero, identificato ai sensi dell' art. 6, comma 3, lett. a) ed i responsabili delle unità operative ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia, di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN) possono partecipare alle riunioni trimestrali del Comitato Percorso Nascita (CPN) su richiesta espressa, depositata presso l'Assessorato regionale alla Sanità, o su espressa convocazione del Coordinatore del Comitato Percorso Nascita (CPN)
4. Il Comitato Percorso Nascita (CPN) provvede a monitorare l'attuazione delle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, previste nell' accordo del 16 Dicembre 2010, sancito dalla Conferenza Unificata tra Stato, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane", in riferimento a:
  - a) stato dell' adozione e livello di divulgazione del protocollo informativo unico di cui all' art. 12, comma 2, lett. a) nel territorio di ciascuna Asl;
  - b) andamento dell' attivazione e implementazione dei sistemi informativi sanitari interaziendali di cui all' art. 12, comma 2, lett. b);
  - c) stato della programmazione ed attuazione dei progetti assistenziali domiciliari e dei



*Consiglio Regionale della Campania*  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

- d) percorsi di accompagnamento previsti dall'art. 12, comma 2, lett. c) e d);
  - e) valutazione del report annuale ARSAN di cui all' art. 7, comma 3, sulle attività di controllo svolte dalle Asl ai sensi dell' art. 6, comma 2;
  - f) promozione ed attivazione dei corsi di formazione e aggiornamento per tutte le figure professionali coinvolte nel Percorso Nascita, programmati secondo quanto previsto dall'art. 14;
5. Al fine di realizzare le finalità programmatiche di cui all' art. 1, comma 2, lett. d), il Comitato Percorso Nascita (CPN) svolge attività di supporto tecnico all' Assessorato regionale alla Sanità che provvede, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, alla definitiva riorganizzazione e razionalizzazione dei Punti Nascita all'interno delle strutture sanitarie, secondo i criteri di cui Allegato 1 b) dell' Accordo del 16 Dicembre 2010, sancito dalla Conferenza Unificata tra Stato, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane.
6. Il Comitato Percorso Nascita (CPN), entro il 31 marzo di ogni anno, presenta una relazione alla V Commissione Consiliare Permanente - Sanità e Sicurezza Sociale ed alla Commissione Speciale per la Trasparenza e per il Controllo delle Attività della Regione Campania, indicando lo stato di attuazione delle Linee di Indirizzo di cui al comma 4, le eventuali criticità emerse e le misure poste in essere per provvedere al loro effettivo superamento, esprimendo nella stessa relazione un giudizio conclusivo positivo o negativo. Alla relazione è allegato il report annuale trasmesso dall'ARSAN ai sensi dell' art. 7, comma 3.
7. In caso di giudizio conclusivo negativo sullo stato di attuazione delle Linee di Indirizzo di cui al comma 4, espresso dal Comitato Percorso Nascita (CPN) nella relazione presentata a norma del comma 6, per la mancata o carente programmazione ed attuazione dei progetti assistenziali domiciliari e dei percorsi di accompagnamento previsti dall'art. 12, comma 2, lett. c) e d), è sospesa l'erogazione della successiva quota semestrale dello stanziamento di fondi preventivato per l'anno in corso secondo quanto disposto dall' art. 17, comma 2.
8. Il giudizio conclusivo espresso dal Comitato Percorso Nascita (CPN) in riferimento al monitoraggio di cui al comma 4, lett. a), b), c), d) ed e) rappresenta elemento di verifica per valutare il raggiungimento degli obiettivi specifici al fine della conferma dell' incarico per il direttore generale di ciascuna Asl.
9. Entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, l' Assessorato regionale alla Sanità convoca la prima riunione del Comitato Percorso Nascita (CPN).



*Consiglio Regionale della Campania*  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 16

(Autorizzazione al trattamento e obbligatorietà della trasmissione telematica di dati sanitari nell'ambito della rete di servizi integrati dedicati al Percorso Nascita)

1. Si considerano di rilevante interesse pubblico quelle finalità perseguite dagli organismi sanitari pubblici che compongono la rete di servizi integrati dedicati al Percorso Nascita di cui all' art. 12, relative ad attività amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti assistiti dal Servizio sanitario nazionale.
2. Ai sensi del comma 1 dell'art. 20 del decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni ed integrazioni, la presente legge autorizza espressamente gli organismi sanitari pubblici di cui al precedente comma, al trattamento di tutti i tipi di dati sensibili, coinvolti nelle comunicazioni informatiche che si avvalgono della connessione telematica di cui all' art. 12, comma 2, lett. b).
3. E' fatto salvo in ogni caso il consenso dell' interessato per i dati idonei a rivelare lo stato di salute secondo quanto previsto dall' art. 76, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, e che viene espresso al momento della presa in carico dalla rete di servizi integrati di cui all' art. 12.
4. Le operazioni eseguibili sui dati sensibili di cui la presente legge autorizza il trattamento ai sensi del comma 2 sono così specificate:
  - a) raccolta;
  - b) elaborazione;
  - c) archiviazione;
  - d) trasmissione telematica ai sensi dell'art. 12, comma 2, lett. b).
5. Le comunicazioni informatiche di cui al comma 2 sono obbligatorie ed includono i dati sensibili secondo quanto previsto dal presente articolo.



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 17  
(Norma finanziaria)

1. La presente legge prevede di far fronte al finanziamento degli interventi necessari all'attuazione delle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", previste nell'Accordo del 16 Dicembre 2010, sancito dalla Conferenza Unificata tra Stato, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane, con gli appositi stanziamenti di bilancio, la cui entità è quantificata in duecentomila euro annui per ciascuna Asl della Regione Campania, da appostarsi sull'unità previsionale di base U.P.B.4.15.38 Cap.7000, secondo i seguenti importi percentuali:

- a) cinque per cento per attuare e implementare i sistemi informativi sanitari interaziendali di cui all'art. 12, comma 2, lett. b);
- b) l'ottantacinque per cento per programmare ed attuare i progetti assistenziali domiciliari ed i percorsi di accompagnamento previsti dall'art. 12, comma 2, lett. c) e d);
- c) dieci per cento per promuovere ed attivare corsi di formazione e aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel Percorso Nascita, programmati secondo quanto previsto dall'art. 14.

2. Gli stanziamenti di bilancio di cui al comma 1 sono erogati, per ciascun esercizio finanziario, in due quote semestrali e vincolati ad una gestione efficiente, monitorata dal Comitato Percorso Nascita (CPN) secondo quanto previsto dall'art. 15, comma 4 e comma 7.

*R*



*Consiglio Regionale della Campania*  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Art. 18  
(Dichiarazione d'urgenza)

1. La presente legge è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania.