



*Regione Campania*

*Il Presidente*

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL  
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

## DECRETO N.21 DEL 24/03/2010

OGGETTO: Indennità Art. 44, comma 6, CCNL del 1994/97 e sovrapposizione orario turni -  
Comparto Sanità. Rif. punto n. 5 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/7/09.

VISTE:

- la Deliberazione adottata nella seduta del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale il Presidente pro - tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario;
- la delibera del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre con cui è stato nominato un sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

CONSIDERATO:

- che, la Regione Campania per aver presentato al 31.12.08 un disavanzo di gestione pari a circa 900 milioni di euro è stata sottoposta alla procedura di commissariamento ;
- che per riportare progressivamente il Bilancio regionale in equilibrio di gestione, sono stati adottati - e sono in corso di assunzione - numerosi provvedimenti giuntali e commissariali, alcuni dei quali volti ad incidere in maniera strutturale sui fattori generativi della spesa, altri, destinati medio tempore a contenere il trend incrementale dell'indebitamento regionale;

PRESO ATTO:

che, l'Art. 44, comma 6, del CCNL del Comparto Sanità del 1994/97, prevede "Al personale infermieristico competono, altresì, le seguenti indennità per ogni giornata di effettivo servizio prestato:

- a) nelle terapie intensive e nelle sale operatorie: L. 8.000;
- b) nelle terapie sub-intensive individuate ai sensi delle disposizioni regionali e nei servizi di nefrologia e dialisi: L. 8.000.
- c) nei servizi di malattie infettive: L. 10.000";

PRESO ATTO, inoltre:

- che, occorre conciliare una efficace ed efficiente organizzazione delle attività con la legittima tutela dei bisogni del personale che presta la propria opera all'interno delle



*Regione Campania*

*Il Presidente*

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL  
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

Aziende, assicurando il benessere psico-fisico dei dipendenti dando indicazioni di uniformità su tutto il territorio regionale, anche allo scopo di evitare sperequazioni del personale interessato, per quel che riguarda la sovrapposizione dell'orario dei turni del personale di comparto turnante;

#### RITENUTO

- che, la situazione di grave squilibrio economico della Regione Campania renda assolutamente necessario fornire indicazioni nel senso dell'adozione da parte di tutte le aziende sanitarie di provvedimenti attuativi del predetto dettato contrattuale rigorosi ed univoci, idonei ad impedire ulteriori aumenti dei costi di gestione che - non presentando copertura di spesa - non sono in alcun modo autorizzabili;

#### RAVVISATA la necessità:

- di dover ridefinire alla luce dell'esigenza di strutturare l'organizzazione ospedaliera secondo le moderne visioni che si fondano sulla graduazione delle intensità di cura, in particolare per la indennità cd. sub-intensiva specificando che, la terapia sub-intensiva interviene su pazienti nei quali siano temporaneamente interessate funzioni vitali secondarie e per i quali può ragionevolmente prevedersi che la mancanza di un assiduo monitoraggio possa aggravare la criticità del paziente ritardando, in caso di necessità, l'espletamento di interventi adeguati. Essa consiste, in pratica, nell'assicurare una monitorizzazione clinica e strumentale del paziente con instabilità di uno o più parametri fisiologici o a rischio di instabilità ed è riservata a quei pazienti che richiedono un'assistenza inferiore a quella fornita in una terapia intensiva, ma superiore a quella fornita da un reparto di cure generali. Tale indennità è di esclusiva attribuzione al personale infermieristico, ostetrico, vigilatrici e perfusionisti delle strutture ospedaliere nei limiti della capienza del relativo fondo contrattuale;
- di dover uniformare su tutto il territorio regionale il tempo di sovrapposizione dell'orario dei turni del personale di comparto turnante;

#### PRECISATO:

- che, laddove non sia percorribile la strada della centralizzazione delle terapie sub intensive, impossibilità validamente documentata dalle direzioni mediche di presidio insieme ai relativi organi tecnici delle aziende, di applicare, sulla base della metodologia di cui all'allegato A), al presente decreto, i seguenti criteri:
  - a) I° Raggruppamento, discipline di oculistica – psichiatria – otorinolaringoiatria – ostetricia e ginecologia – chirurgia maxillo faciale – odontoiatria – angiologia – urologia pediatrica – pediatria – ortopedia – dermatologia – nido.  
Agli operatori di dette discipline non si applica l'indennità di sub-intensiva;
  - b) II° Raggruppamento, discipline di neonatologia (escluso il nido) – malattie endocrine, del



*Regione Campania*

*Il Presidente*

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL  
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

ricambio e diabetologia – chirurgia pediatrica.

Agli operatori di dette discipline l'indennità si può applicare fino ad una percentuale del 25% dei turni di servizio;

- c) III° Raggruppamento, discipline di cardiocirurgia – ematologia – oncoematologia – chirurgia toracica – chirurgia vascolare – neurochirurgia – cardiologia senza Utic – pneumologia – geriatria – gastroenterologia – chirurgia generale – medicina generale.

Agli operatori di dette discipline l'indennità si può applicare fino ad una percentuale del 50 % dei turni di servizio;

- d) IV° Raggruppamento, le discipline appartenenti a questo raggruppamento sono quelle per le quali il comma 6, dell'art 44, prevede la corresponsione dell'indennità, a cui vanno aggiunte unità organizzative che per similitudine di trattamenti meritano l'applicazione dell'indennità completa e specificatamente:

- rianimazione e terapia intensiva;
- unità di terapia intensiva cardiologica;
- unità di terapia intensiva neonatale;
- centro grandi ustionati;
- nefrologia con dialisi;
- sale operatorie;
- malattie infettive

- e) V° Raggruppamento, strutture assimilabili alle sale operatorie: sala di radiologia vascolare ed interventistica, neuroradiologia interventistica, cardiologia interventistica ed emodinamica.

Agli operatori di dette strutture si applica percentualmente l'indennità, solo in relazione al volume delle attività interventistiche ed angioplastiche delle stesse.

PRECISATO, inoltre:

- che, per i punti b), c), e), dei criteri sopra esposti per l'attribuzione della indennità in parola, il Direttore medico di presidio e il Responsabile dell'Unità Operativa interessata devono:
  - a) svolgere una relazione che dimostri l'effettiva attività di sub-intensiva nel periodo 1° settembre 2009 – 31 dicembre 2009, percentualizzando l'impegno assistenziale sostenuto dal personale in rapporto al carico complessivo;
  - b) a partire dal 1° gennaio 2010, monitorare con cadenza trimestrale l'andamento della situazione relazionando sulle percentuali di utilizzo dei posti letto di terapia sub-intensiva;
  - c) provvedere, alla scadenza di un semestre di valutazione, alla definizione del numero dei posti letto di terapia sub-intensiva da individuarsi all'interno della singola Unità Operativa, adottando apposita disposizione aziendale nella quale siano specificamente indicati i posti letto ordinari, quelli di terapia intensiva, di terapia sub intensiva e quelli riservati a ricoveri alternativi;
- che, le Aziende devono dotare con urgenza i posti letto così definiti, di strumenti di monitoraggio e devono valutare con cadenza annuale l'occupazione dei posti letto di terapia sub intensiva.



*Regione Campania*

*Il Presidente*

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL  
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

PRECISATO, inoltre che, il tempo necessario e sufficiente per consentire il passaggio di consegne fra il personale di comparto turnista è fissato in minuti 10 per il solo personale smontante

#### DECRETA

1. che i Direttori Generali ed i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie della Campania procedano alla erogazione dell'indennità di cui l'Art. 44 comma 6, del CCNL del Comparto Sanità del 1994/97 esclusivamente al personale infermieristico, ostetrico, vigilatrici e perfusionisti delle strutture ospedaliere, nei limiti della capienza del relativo fondo contrattuale;
2. che i Direttori Generali ed i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie della Campania, laddove non sia percorribile la strada della centralizzazione delle terapie sub intensive, impossibilità validamente documentata dalle direzioni mediche di presidio insieme ai relativi organi tecnici delle aziende, applichino per l'erogazione della predetta indennità i seguenti criteri:
  - a) I° Raggruppamento, discipline di oculistica – psichiatria – otorinolaringoiatria – ostetricia e ginecologia – chirurgia maxillo faciale – odontoiatria – angiologia – urologia pediatrica – pediatria – ortopedia – dermatologia – nido.  
Agli operatori di dette discipline non si applica l'indennità di sub-intensiva;
  - b) II° Raggruppamento, discipline di neonatologia (escluso il nido) – malattie endocrine, del ricambio e diabetologia – chirurgia pediatrica.  
Agli operatori di dette discipline l'indennità si può applicare fino ad una percentuale del 25% dei turni di servizio;
  - c) III° Raggruppamento, discipline di cardiocirurgia – ematologia – oncoematologia – chirurgia toracica – chirurgia vascolare – neurochirurgia – cardiologia senza Utic – pneumologia – geriatria – gastroenterologia – chirurgia generale – medicina generale.  
Agli operatori di dette discipline l'indennità si può applicare fino ad una percentuale del 50 % dei turni di servizio;
  - d) IV° Raggruppamento, le discipline appartenenti a questo raggruppamento sono quelle per le quali il comma 6, dell'art 44, prevede la corresponsione dell'indennità, a cui vanno aggiunte unità organizzative che per similitudine di trattamenti meritano l'applicazione dell'indennità completa e specificatamente:
    - rianimazione e terapia intensiva;
    - unità di terapia intensiva cardiologica;
    - unità di terapia intensiva neonatale;
    - centro grandi ustionati;
    - nefrologia con dialisi;



*Regione Campania*

*Il Presidente*

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL  
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

- sale operatorie;
  - malattie infettive
  - e) V° Raggruppamento, strutture assimilabili alle sale operatorie: sala di radiologia vascolare ed interventistica, neuroradiologia interventistica, cardiologia interventistica ed emodinamica.  
Agli operatori di dette strutture si applica percentualmente l'indennità, solo in relazione al volume delle attività interventistiche ed angioplastiche delle stesse.
3. che, per i punti b), c), e), dei criteri sopra esposti ,per l'attribuzione della indennità in parola, il Direttore medico di presidio e il Responsabile dell'Unità Operativa interessata devono:
    - svolgere una relazione che dimostri l'effettiva attività di sub-intensiva nel periodo 1° settembre 2009 – 31 dicembre 2009, percentualizzando l'impegno assistenziale sostenuto dal personale in rapporto al carico complessivo;
    - a partire dal 1° gennaio 2010, monitorare con cadenza trimestrale l'andamento della situazione relazionando sulle percentuali di utilizzo dei posti letto di terapia sub-intensiva;
    - provvedere, alla scadenza di un semestre di valutazione, alla definizione del numero dei posti letto di terapia sub-intensiva da individuarsi all'interno della singola Unità Operativa, adottando apposita disposizione aziendale nella quale siano specificamente indicati i posti letto ordinari, quelli di terapia intensiva, di terapia sub intensiva e quelli riservati a ricoveri alternativi;
  4. che i Direttori Generali ed i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie della Campania, devono dotare con urgenza i posti letto così definiti, di strumenti di monitoraggio e devono valutare con cadenza annuale l'occupazione dei posti letto di terapia sub intensiva;
  5. che i Direttori Generali ed i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie della Campania, entro trenta giorni dalla notifica del presente Decreto, relazioneranno alla Struttura Commissariale sulla piena aderenza delle modalità di erogazione di detta indennità alla presente disposizione;
  6. di subordinare all'esito dell'analisi da parte del Commissario ad acta delle relazioni aziendali di cui al precedente punto, l'adozione di ulteriori disposizioni commissariali di adeguamento;
  7. che i Direttori Generali ed i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie della Campania procedano a fissare il tempo necessario e sufficiente per consentire il passaggio di consegne fra il personale di comparto turnista in minuti 10 per il solo personale smontante;



*Regione Campania*

*Il Presidente*

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL  
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

8. in caso di inadempimento di quanto decretato ai punti precedenti sarà disposta la sospensione dall'incarico del Direttore Generale o del Commissario Straordinario;
9. la Struttura di Supporto è incaricata dell'esecuzione del presente provvedimento e dell'invio al BURC per la pubblicazione.

Il Commissario ad Acta  
Antonio Bassolino

Il Sub Commissario  
Dott. G. Zuccatelli

L'Assessore alla Sanità  
Prof. M.L. Santangelo

Il Coordinatore A.G.C. 19  
Dott. A.D. Ascoli

Il Coordinatore A.G.C. 20  
Dott. M. Vasso

Il Dirigente del Settore Gestione Ruolo Pers.le SSR  
Dott. A. Postiglione

## ALLEGATO A)

### I DETERMINANTI DELLA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE - DEFINIZIONI DI TERAPIA INTENSIVA E SUB INTENSIVA

La complessità assistenziale è definita dall'interazione di più variabili e si traduce nella capacità di presa in carico globale e continua del paziente da parte del sistema sanitario.

Una valutazione della complessità assistenziale (per certi versi assimilabile ad un risk assessment individuale) richiede l'analisi di tre fondamentali variabili:

- valutazione della stabilità/instabilità clinica;
- valutazione della capacità del paziente di comprensione/scelta adeguata o inadeguata;
- valutazione della possibilità/capacità di agire coerentemente e quindi della autonomia/dipendenza.

L'intreccio tra i livelli assunti dalle predette variabili influenza la gerarchia della complessità assistenziale secondo lo schema seguente

In funzione alla presenza/assenza di una o più delle predette variabili di complessità è possibile classificare le condizioni del paziente in 4 livelli di complessità crescente che vanno dalla bassa complessità fino all'assistenza intensiva.

- In condizioni di bassa complessità tutti e tre i determinanti della complessità sono favorevoli
- In condizioni di media complessità uno solo dei tre determinanti della complessità è sfavorevole
- In condizioni di alta complessità due dei tre determinanti della complessità sono sfavorevoli
- In condizioni di intensività tutti e tre i determinanti della complessità sono sfavorevoli

Stabilità clinica: <i>presente</i> Comprensione/scelta adeguate: <i>presenti</i> Autonomia: <i>presente</i>	Bassa Complessità
Stabilità clinica : <i>presente</i> Comprensione/scelta: <i>inadeguate</i> Autonomia: <i>presente</i>	
Stabilità clinica: <i>presente</i> Comprensione/scelta: <i>adeguate</i> <i>Dipendenza</i>	Media Complessità
<i>Instabilità clinica</i> Comprensione/scelta <i>adeguate</i> Autonomia: <i>presente</i>	
Stabilità clinica : <i>presente</i> Comprensione/scelta <i>inadeguate</i> <i>Dipendenza</i>	
<i>Instabilità clinica</i> Comprensione/scelta <i>inadeguate</i>	Alta Complessità

Autonomia : <i>presente</i>	
<i>Instabilità clinica</i>	
Comprensione/scelta <i>adeguate</i>	
<i>Dipendenza</i>	
<i>Instabilità clinica</i>	Assistenza Intensiva
Comprensione/scelta <i>inadeguate</i>	
<i>Dipendenza</i>	

L'adeguata valutazione del livello di complessità assistenziale degli assistiti è di fondamentale importanza per una corretta impostazione di tutti gli interventi assistenziali che dovranno essere adottati.

Sono, pertanto, individuabili aree di degenza e servizi con 4 livelli di complessità (Fig.1):

- a bassa complessità assistenziale;
- a media complessità assistenziale;
- ad alta complessità assistenziale;
- di assistenza intensiva.

la valutazione della stabilità/instabilità clinica è prevalentemente di competenza medica; la valutazione dei livelli di autonomia/dipendenza è prevalentemente di competenza infermieristica; mentre la valutazione di comprensione/scelta è condivisa dai diversi professionisti che intervengono nei processi di cura ed assistenza. Il carico assistenziale infermieristico dipende da queste tre variabili che determinano i bisogni di assistenza infermieristica del paziente sintetizzabili nelle seguenti dimensioni:

- pianificazione e coordinamento dell'assistenza
- respirazione, circolazione e sintomi fisici
- nutrizione e terapie farmacologiche
- igiene e secrezioni
- attività, sonno e riposo
- insegnamento delle cure, supporto emozionale

La Terapia Intensiva è deputata all'assistenza del paziente critico, paziente che richiede un elevato livello di intensività di cure in quanto affetto da una o più insufficienze d'organo, acute potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita od insorgenza di complicanze maggiori; questi paziente richiedono monitoraggio continuo strumentale e sostegno strumentale e farmacologico delle funzioni vitali al fine di prevenire le complicanze maggiori e la morte.

La terapia intensiva Polivalente/Rianimazione rappresenta l'area assistenziale, all'interno della quale si assume la presa in carico di pazienti affetti da una o più insufficienze d'organo acute potenzialmente reversibili in cui l'instabilità clinica interessa funzioni vitali primarie (respiratorie, cardiache e metaboliche) tali da comportare pericolo di vita od insorgenza di complicanze maggiori. Questi pazienti necessitano di monitoraggio intensivo e mantenimento delle funzioni vitali al fine di prevenire complicanze maggiori o addirittura la morte.

Per assistenza al paziente critico si intende un insieme di interventi assistenziali (ventilazione artificiale/CPAP\*, monitoraggio emodinamico invasivo, monitoraggio pressione intracranica,

emodialisi, emofiltrazione ecc.) integrati a diversi livelli, gestito dagli intensivisti nell'ambito di una attività interdisciplinare che coinvolge infermieri professionali, medici chirurghi, medici specialisti e la famiglia.

La terapia intensiva monospecialistica rappresenta l'area assistenziale, all'interno della quale si assume la presa in carico di pazienti affetti, di norma, da insufficienza di un solo organo, acuta potenzialmente reversibile e in cui l'instabilità clinica che comunque necessita di monitoraggio continuo clinico e strumentale dei parametri clinici compromessi tali da comportare pericolo di vita od insorgenza di complicanze maggiori.

- la terapia subintensiva interviene su pazienti nei quali siano temporaneamente interessate funzioni vitali secondarie e per i quali può, ragionevolmente, prevedersi che la mancanza di un assiduo monitoraggio possa aggravare la criticità del paziente ritardando, in caso di necessità, l'espletamento di interventi adeguati; essa consiste, in pratica, nell'assicurare una monitorizzazione clinica e strumentale del paziente con instabilità di uno più parametri fisiologici o a rischio di instabilità ed è riservata a quei pazienti che richiedono un'assistenza inferiore a quella fornita in una terapia intensiva, ma superiore a quella fornita da un reparto di cure generali.

Ci si trova quindi, solo per fare qualche esempio, nell'ambito dell'area medica di fronte al caso del paziente affetti da:

1. insufficienza respiratoria acuta - sottoposti a ventilazione non invasiva
2. scompenso cardiaco grave
3. squilibri metabolici ed elettrolitici con necessità di esecuzione frequente di emogasanalisi arteriosa
4. shock settico, cardiogeno emorragico
5. accidenti cerebrovascolari in fase acuta

in area chirurgica è il caso, invece, dei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici che, o per la patologia trattata e/o per le condizioni del paziente stesso, o per il rischi connessi alla procedura chirurgica effettuata, necessitano, nel periodo immediatamente successivo all'intervento, di assistenza intensiva e di monitoraggio continuo.

Non esiste un rapporto diretto automatico tra attività di urgenza/emergenza e necessità di assistenza subintensiva; infatti vi sono condizioni cliniche che pur presentando le caratteristiche dell'emergenza non richiedono né cure intensive né monitoraggio continuo dei parametri clinici come ad esempio accade nel caso delle fratture ossee che richiedono urgentemente la riduzione della frattura e l'immobilizzazione ma non necessitano di cure intensive.

## METODOLOGIA PER INDIVIDUARE LE DISCIPLINE IN CUI APPLICARE L'ART 44 COMMA 6

Con l'introduzione della registrazione di tutti i ricoveri attraverso la scheda di dimissione ospedaliera sono, da oltre 10 anni, disponibili informazioni relative ai pazienti ricoverati negli istituti di cura per acuti che consentono di classificare ciascun ricovero attraverso vari sistemi di classificazione della casistica. I sistemi più utilizzati nel nostro paese sono il sistema dei DRG che è adatto a valutare la complessità di ciascun caso rispetto al consumo di risorse necessarie al trattamento e che rappresenta il sistema ufficiale italiano per valutare sia la complessità sia la remunerazione delle prestazioni di ricovero. Altro sistema molto diffuso in Italia è costituito da un sistema evoluto di DRG, particolare affinato, denominato APR DRG, che consente di attribuire ciascun episodio di ricovero per acuti a

uno specifico raggruppamento APR DRG che è, a sua volta, distinto in 4 stadi crescenti di severità e 4 stadi crescenti di rischio di morte

Per quanto riguarda le classi di severità esse sono:

- 1) minore
- 2) moderata
- 3) maggiore
- 4) estrema

Il metodo di assegnazione della classe di severità prevede che ad ogni diagnosi secondaria sia attribuito un livello di severità della malattia. Il livello di severità è modificato in base all'età, al APR-DRG ed a specifiche procedure chirurgiche le Sottoclassi di severità si modificata in base alle:

interazioni fra diagnosi secondarie

interazione fra APR-DRG e diagnosi principale

interazione fra APR-DRG, diagnosi principale ed età

interazione fra APR-DRG, diagnosi principale e procedure terapeutiche

Per individuare retrospettivamente le discipline che hanno probabilità di trattare pazienti in condizioni cliniche tali da richiedere assistenza sub intensiva e monitoraggio clinico-strumentale dei parametri fisiologici, si è utilizzato il binomio costituito dal peso DRG e dalla frequenza di casi assegnati a classi APR DRG con severità 3(maggiore), e 4 (estrema).

In base a questi parametri le discipline, non di terapia intensiva, così sono state divise in 3 gruppi:

#### 1° raggruppamento

Discipline nelle quali analizzando le dimissioni del 2008 si è osservato :

Peso medio DRG minore o uguale a 1,2 e contemporaneamente una frequenza di ricoveri con severità APR DRG 3 e 4 inferiore al 3%. In queste discipline la probabilità che sia erogata assistenza di tipo sub intensivo risulta bassissima e pertanto agli operatori di dette discipline non si applicherebbe l'indennità di sub intensiva. Le discipline appartenenti a questo raggruppamento sono: oculistica – psichiatria – otorinolaringoiatria – ostetricia e ginecologia – chirurgia maxillo faciale – odontoiatria – angiologia – urologia pediatrica – pediatria – ortopedia – dermatologia – nido.

#### 2° raggruppamento

Discipline nelle quali analizzando le dimissioni del 2008 si è osservato :

Peso medio DRG minore o uguale a 1,2 e contemporaneamente una frequenza di ricoveri con severità APR DRG 3 e 4 maggiore del 3%. In queste discipline la probabilità che sia erogata assistenza di tipo sub intensivo risulta moderatamente più elevata rispetto al precedente raggruppamento

Le discipline appartenenti a questo raggruppamento sono:

neonatologia (escluso il nido) – malattie endocrine, del ricambio e diabetologia – chirurgia pediatrica;

#### 3° raggruppamento

Discipline nelle quali analizzando le dimissioni del 2008 si è osservato :

Peso medio DRG maggiore a 1,2 e contemporaneamente una frequenza di ricoveri con severità APR DRG 3 e 4 maggiore del 3%. In queste discipline la probabilità che sia erogata assistenza di tipo sub intensivo risulta più elevata rispetto al precedente.

Le discipline appartenenti a questo raggruppamento sono:

cardiochirurgia – ematologia – oncoematologia – chirurgia toracica – chirurgia vascolare – neurochirurgia – cardiologia senza Utic – pneumologia – geriatria – gastroenterologia – chirurgia generale – medicina generale

#### 4° raggruppamento

Le discipline appartenenti a questo raggruppamento sono quelle per le quali il comma 6 dell'art 44 prevedono la corresponsione dell'indennità a cui vanno aggiunte unità organizzative che per similitudine di trattamenti vanno considerati meritano l'applicazione dell'indennità completa.

- rianimazione e terapia intensiva
- 6. unità di terapia intensiva cardiologia;
- 7. unità di terapia intensiva neonatale;
- 8. centro grandi ustionati;
- 9. nefrologia con dialisi;
  - sala operatoria:
  - malattie infettive.

5° Raggruppamento. Strutture assimilabili alle sale operatorie, solo in relazione al volume delle attività interventistiche ed angioplastiche delle stesse:  
sala di radiologia vascolare ed interventistica, neuroradiologia interventistica, cardiologia interventistica ed emodinamica.