



# MONITORAGGIO CIVICO SULLE STRUTTURE DI EMERGENZA ED URGENZA

Nota a cura del Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva

31 maggio 2011

Incontro presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria,  
dei Livelli Essenziali di Assistenza dei principi etici di sistema del  
Ministero della Salute





## INDAGINE SUI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE: I DATI DEL MONITORAGGIO DEL TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO

### Dati del monitoraggio sulle strutture di emergenza ed urgenza: alcune anticipazioni

In occasione della V giornata Europea dei diritti del Malato, svoltasi il 18 aprile 2011, il Tribunale per i diritti del malato, in collaborazione con i medici della Anaao-Assomed, ha promosso un monitoraggio civico sui dipartimenti di emergenza ed accettazione.

Il monitoraggio civico ha preso in esame le caratteristiche strutturali, la sicurezza, le dotazioni strumentali, la capacità di offerta dei DEA ed i relativi tempi di attesa in relazione alla domanda, la qualità della comunicazione tra operatori sanitari e cittadini.

Sono state analizzate 96 strutture di emergenza della Penisola. In particolare i due terzi degli ospedali monitorati appartengono alla Regione Lazio (28,1%), il 26,2% al Centro Italia. Il Nord è rappresentato per il 16,7%, le Regioni del Sud e le Isole dal 14,5%.

Provenienza geografica	
Nord	16,7%
Centro	26,2%
Regione Lazio	28,1%
Sud	14,5%
Isole	14,5%
Tot.	100%

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

Sono stati esaminati per il 55,27% DEA di primo livello, per il 30,16% DEA di secondo livello. I DEA di terzo livello, i nuclei di cure primarie e i punti di primo intervento monitorati, hanno raggiunto una percentuale di 1,04%.

Tipologia delle strutture di emergenza monitorate	
DEA di primo livello	55,27%
DEA di secondo livello	30,16%
PS di terzo livello <sup>1</sup>	1,04%
Nucleo di cure primarie	1,04%
Punto di primo intervento	1,04%
Non risponde	11,45%
TOT.	100%

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

<sup>1</sup> Per pronto soccorso di terzo livello si fa riferimento all'U.O.C medicina di urgenza e pronto soccorso dell'Ospedale Cannizzaro di Catania che è propriamente stato attivato come riferimento regionale di III livello per l'emergenza.



## Dotazioni strutturali, igiene e sicurezza delle strutture di emergenza ed urgenza

I dati rilevati ed inerenti la sicurezza dei punti di emergenza sono incoraggianti.

In quasi il 90% dei DEA monitorati (89,6%), infatti, sono state eliminate le barriere architettoniche. Il 79,2% delle strutture è attrezzata con un'area di osservazione breve; nel 73,9% dei casi è presente la camera calda. Inoltre, i percorsi di accesso al pronto soccorso, sono distinti dagli accessi ordinari nel 87,5%.

Per ciò che concerne gli indicatori relativi alla sicurezza, nel 95,8% non si sono trovati fili elettrici scoperti, i quadri di comando sono chiusi nel 95,8%, i rifiuti abbandonati riguardano l'8,3%.

Altri elementi, però, mostrano aspetti ancora da migliorare.

Se pur la vigilanza di pubblica sicurezza è presente in più della metà dei DEA (55,2%), se ne segnala la discontinuità del servizio che - viene indicato - non è sempre aperto, è attivo pochi giorni a settimana. Inoltre, nella maggior parte dei casi, il servizio è garantito da vigilanza privata.

La presenza del display di "chiamata per pazienti tramite numero", è segnalata nel 26% dei punti di emergenze, non esiste, invece, nel 72,9%. Si segnala, inoltre, il cattivo funzionamento (fuori servizio, non sempre attivi).

Infine, la privacy è ancora una nota dolente poiché le persone vengono chiamate per nome e non vi sono spazi adeguati per garantire la riservatezza.

Caratteristiche strutturali, igiene e sicurezza				
	Si	No	Non risponde	TOT
Presenza di Barriere architettoniche	7,3%	89,6%	3,1%	100%
Presenza di camera calda	73,9%	24%	2,1%	100%
Presenza di aree di osservazione breve e intensiva	79,2	13,5%	7,3%	100%
Percorsi di accesso distinti	87,5%	10,4%	2,1%	100%
Imbrattamenti non rimossi per oltre 30 minuti (macchie, segni di scarsa pulizia)	8,3%	87,5%	4,2%	100%
Rifiuti abbandonati	8,3%	89,6%	2,1%	100%
Fili scoperti	3,1%	95,8%	1,1%	100%
Quadri comando aperti	3,1%	95,8%	1,1%	100%
Presenza vigilante	55,2%	44,8%	0	100%
Presenza di display di "chiamata" dei pazienti	26%	72,9%	1,1%	100%

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

## Dotazioni strumentali (barelle, sedie a rotelle, locali per l'attesa)

Un elemento preoccupante riguarda luoghi e strumenti necessari per "ospitare" "far attendere", trasportare" il cittadino lungo il percorso di diagnosi e cura dell' emergenza.

Si tratta di barelle, sedie a rotelle, locali per l'attesa.

**Se nel 93,7% si segnala la presenza di sedie a rotelle per malati, queste risultano spesso insufficienti, rotte ed usurate.**

**Il numero delle barelle libere, secondo i monitori è insufficiente.**





Se pur sono presenti locali per l'attesa con posti a sedere (95,8%), i risultati evidenziano che i posti a sedere non sono sufficienti. **Su 96 pronto soccorso monitorati, infatti, in 24 si sono trovati da un minimo di due ad un massimo di 10 malati in piedi, in attesa.**

La presenza di un infermiere che vigila sulla sala d'attesa per quei cittadini è una realtà nel 62,5% dei Pronto soccorso monitorati.

Si incontrano **ambulanze ferme in attesa di riconsegna della barella in dotazione del mezzo di soccorso nel 22,9% dei casi.**

Dotazioni strutturali				
	Si	No	Non risponde	Tot
Presenza di sedie a rotelle	93,7%	6,3%	0	100%
Presenza di locali per l'attesa con posti a sedere	95,8%	2,1	2,1%	100%
Presenza di un infermiere che vigila sulla sala d'attesa	62,5%	34,4%	3,1%	100%
Ambulanze ferme in attesa di riconsegna in dotazione del mezzo di soccorso	22,9%	74,0%	3,1%	100%

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

## Tempi di attesa

I tempi di attesa rimangono una delle note dolenti.

**Se per l'accesso al *triage* si aspetta da pochi minuti a mezz'ora, un codice giallo può essere preso in carico fino a 5 ore dopo il suo arrivo al pronto soccorso, mentre, un codice verde può attendere fino a 12 ore.**

Si segnala un elemento che potrebbe essere causato dalla disorganizzazione o dalla mancanza di personale e macchinari in dotazione. I cittadini, infatti, raccontano di dover attendere per sottoporsi agli accertamenti diagnostici o per ottenere le risposte dei referti provenienti dagli altri reparti (laboratorio analisi, radiologia, ecc.).

Tempi attesa triage, codici verdi e gialli		
Attese per:	Tempo minimo	Tempo massimo
Accesso al triage	Pochi minuti	30 minuti
Visita di Codice verde	Pochi minuti	12 ore
Visita di Codice giallo	Pochi minuti	5 ore

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011





## Osservazione breve, trasferimento in reparto, capacità ricettive

La sezione del monitoraggio inerente l'osservazione breve mostra da una parte le difficoltà della persona malata nel ricevere cure tempestive e comfort adeguato, e dall'altra una situazione ormai congestionata a causa di carenza di posti letto (barelle aggiunte nel 36,7% dei casi, letti aggiunti nel 21%, presenza in osservazione breve di sovraffollamento nel 36,4% ). Dato preoccupante è l' **attesa dei malati per accedere ad un posto letto. Si aspetta anche da 24 ore a 3-4 giorni.**

Dati questi che, inevitabilmente riflettono il problema della riduzione dei posti letto presso i reparti ospedalieri e, in alcuni casi, della carenza di personale.

Osservazione breve e trasferimento in reparto; capacità ricettive				
	Si	no	Non risponde	Tot.
In osservazione breve: ambienti sovraffollati	36,4%	55,2%	8,4%%	100%
Barelle aggiunte	36,7%	54,1%	9,2%	100%
letti aggiunti	21%	68,7%	10,3%	100%
Presenza di malati in attesa di ricovero da più di 6 ore	30,3%	63,5%	6,2%%	100%
I malati o i familiari sono invitati a rivolgersi ad altre strutture per carenza di posti letto	10,4%	78,1%	11,5%	100%
Il 118 vi trasporta persone non trattabili in quel DEA	24%	66,6 %	9,4%	100 %

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

Barelle aggiunte		
Numero medio di barelle aggiunte nei PS	Numero massimo segnalato	Numero minino
5	22	1

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

Malati in attesa di un posto letto		
Malati in attesa di assegnazione di posto letto,	Tempo minino	Tempo massimo
	24 ore	72-96 ore

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011





Note dei monitori civici su utilizzo delle barelle, sovraffollamento, letti aggiunti, capacità ricettive e carenza di personale	
Utilizzo delle barelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- finiscono le barelle e c'è una breve attesa su lettiga dell'ambulanza</li> <li>- quando c'è molto afflusso, non è possibile riconsegnare le barelle</li> <li>- barelle nel corridoio</li> </ul>
Sovraffollamento e letti aggiunti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza di 24 barelle in mq 24</li> <li>- l'affollamento si ha nell'osservazione breve. Una struttura di 6 persone che a volte ne accoglie anche 15-20</li> <li>- In osservazione breve sono presenti 28 letti</li> <li>- 4 letti aggiunti in sala parto- reparto degenza</li> </ul>
Capacità ricettiva, carenza di personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19 persone in attesa di essere visitati (dopo il triage). 10 persone in attesa di triage. 18 persone in osservazione breve . 53 presone già visitate in attesa di esiti diagnostici. Dei 53, 24 sono in attesa di ricovero</li> <li>- L'organico è così distribuito: 12 medici con turnazione 5 mattina, 5 pomeriggio, 2 di notte; 14 infermieri. 5 mattino, 5 pomeriggio e 4 di notte.</li> <li>- Vi sono 2 oss per turno e l'addetto al triage si occupa anche della sala di attesa. Con molto disagio per i cittadini. Tale situazione si aggrava durante il turno notturno perché manca l'unità infermieristica del triage.</li> <li>- 2 medici nel turno del mattino e pomeriggio ed un solo medico nel turno notturno in un pronto soccorso con accessi superiori a 25.000 abitanti per anno.</li> </ul>

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

## Comunicazione tra operatori sanitari e cittadini

Se per la comunicazione tra operatori sanitari e cittadini alcuni miglioramenti ci sono stati, per esempio i dati indicano che vi è un canale preferenziale per la comunicazione con i parenti nel 70,8% dei punti di emergenza monitorati; il 24% segnala delle difficoltà o nel cercare personale che possa fornire informazioni sullo stato di salute del proprio familiare, o perché i servizi adibiti a ciò non funzionano, o funzionano in modo discontinuo.

Si evidenzia, inoltre, **la carenza di mediatori** - presenti solo in un terzo delle strutture (**38,5%**), ma **si segnalano, invece, alcune buone pratiche** volte ad assicurare informazioni ai cittadini di diversa nazionalità ed ad aiutare i medici ad effettuare corretta diagnosi: il servizio telefonico multilingue attivo per tutte le 24 ore; la presenza di vocabolari in diverse lingue; glossari con immagini per identificare il grado del dolore ed il tipo di trauma.





Comunicazione					
	Si	No	Non risponde	Altro	Tot
Presenza del servizio di mediazione culturale	38,5%	61,5%			100
Presenza di materiale informativo in diverse lingue	47,9%	48,9%	2,1	1,1	100
Presenza di comunicazione regolare con i parenti	70,8%	24%	5,2%		100

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

### Principali criticità

Le riposte ottenute dai gruppi di monitori civici alle domande aperte forniscono un'idea sulle principali cause che determinano le disfunzioni delle strutture di emergenza: il numero esiguo di personale, il blocco del *turn over* degli operatori, gli accessi impropri, la mancanza di posti letto nei reparti, la poca capacità del territorio di saper rispondere alla domanda di salute e di emergenza come servirebbe.

Principali criticità segnalate
<ul style="list-style-type: none"><li>• numero esiguo di personale medico e paramedico</li><li>• blocco del <i>turn over</i> degli operatori</li><li>• riduzione del personale nei giorni festivi e nelle ore notturne</li><li>• accessi impropri</li><li>• mancanza di posti nei reparti</li></ul>

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011



## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il Pronto Soccorso rappresenta per molte persone l'**accesso per antonomasia al servizio sanitario**. La possibilità di accedervi 24 ore su 24, la certezza di essere visitati, di ottenere una diagnosi e una terapia e di trovare professionisti altamente qualificati, la convinzione di non avere delle alternative altrettanto valide sul territorio, sono alcune delle ragioni che spingono le persone con un serio problema di salute ad usufruire del servizio di pronto soccorso. Vi si fa riferimento anche in assenza di una reale necessità di ricorrere all'ospedale, in quanto presidio di erogazione di prestazioni ad alta complessità.

I servizi sanitari territoriali, nella gran parte dei casi, non sono ancora considerati, a ragione, come delle **alternative al pronto soccorso**, innanzitutto perché non sono aperti 24 ore su 24, ma soprattutto perché non danno la stessa garanzia di qualità sia nel triage, ossia nella identificazione dei casi più o meno gravi, che nelle terapie (pensiamo a quanti diffidano della guardia medica). Inoltre esiste un problema specifico per gli anziani con molte patologie, che devono necessariamente ricorrere al pronto soccorso e per i quali spesso è mancata una seria presa in carico dal territorio.

Tuttavia siamo a conoscenza di **esperienze valide** in diverse regioni di poliambulatori gestiti dai medici di famiglia con apertura 24 ore su 24, di strutture di degenza di livello territoriale, come ad esempio gli ospedali di comunità, molte iniziative di integrazione ospedale-territorio, nelle quali il sistema di presa in carico è unico e i punti rete comunicano tra di loro.

E' evidente che il problema da affrontare, ai diversi livelli, è prevalentemente, ma non solo, di tipo organizzativo, che il personale del pronto soccorso va rafforzato e formato in modo adeguato; che la soluzione deve arrivare dal territorio e che in parte dipenderà dalla riqualificazione dei medici di medicina generale; che le cronicità meritano soluzioni ad hoc e percorsi predefiniti per singole patologie; che le farmacie potranno fare sempre di più la loro parte; che le buone pratiche esistenti sono dei modelli esemplari da diffondere, ma non fanno il sistema, che nel suo complesso deve assicurare **l'equità dell'accesso e i livelli essenziali di assistenza**.

Un'ultima considerazione va fatta sul **taglio, eccessivo, ai posti letto**, che ha riguardato non solo l'Italia, ma tutta l'Europa (negli ultimi 25 anni i posti letto in Europa si sono ridotti di un terzo e altrettanto la durata della degenza in ospedale). L'obiettivo principale è stato la riduzione dei costi dell'assistenza ospedaliera, ma non solo, anche se, di fatto, i ricoveri sono diminuiti, sono divenuti sempre più complessi e costosi.

La conseguenza è stata che **la deospedalizzazione del sistema**, pur necessaria, non essendo stata accompagnata da un processo parallelo di riorganizzazione della sanità extra





ospedaliera - dalla diffusione di strutture territoriali dedicate alla prima assistenza all'assistenza post-ospedaliera – ha **lasciato un vuoto assistenziale**.

I **posti letto in meno sono spesso posti mancati per chi necessita di cure che non trova** e per le quali attende speranzoso in una stanzetta del pronto soccorso, o su una barella in un corridoio, che non assicura né qualità dell'assistenza, né sicurezza (crescono intanto le infezioni ospedaliere anche a causa della non corretta attività di prevenzione e controllo), né tantomeno **umanizzazione delle cure**.

Una attenzione particolare va riservata alla **popolazione immigrata**, che spesso accede alle cure esclusivamente attraverso i nostri Pronto Soccorso.

Sulla base di queste considerazioni, si chiede con urgenza di affrontare alcuni nodi e di trovare soluzioni tempestive sulle seguenti questioni/proposte:

1. Affrontare in modo organico il problema dell'**affollamento dei Pronto Soccorso e DEA** evitando riorganizzazioni per settori, e promuovendo un lavoro integrato tra reti (ospedale e servizi territoriali) con diversi livelli di complessità.
2. L'affollamento è anche una conseguenza della incapacità dei servizi territoriali di farsi carico delle situazioni di minore urgenza (codici di minore gravità) che non trovano adeguate risposte sul territorio. Questi obiettivi si conseguono attraverso:
  - a. la riorganizzazione dell'intero sistema delle cure primarie che garantisca integrazione ospedale-territorio, con servizi in grado di gestire le urgenze minori, diffusione di poliambulatori aperti 24 ore su 24 e strutture di degenza di livello territoriale per far fronte all'assistenza post-ospedaliera.
  - b. La revisione/riforma del servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica), che così come è organizzato oggi non risponde in modo adeguato alla domanda di assistenza nelle urgenze minori.
3. Sulla questione dell'accesso alle cure e ai servizi di emergenza, le necessarie revisioni delle **reti ospedaliere** creano "buchi" pericolosi per vari milioni di cittadini, in contraddizione palese con il criterio di equità, per cui occorre:
  - a. stabilire urgentemente **standard di copertura del territorio** che prendano in considerazione il punto di vista dei cittadini, attraverso il loro coinvolgimento.
  - b. Fare in modo che la riorganizzazione del SSN nelle diverse Regioni, anche quando debba comportare la chiusura dei piccoli ospedali, sia l'occasione per



migliorare la qualità dell'assistenza (come tutti gli esperti rivendicano) e non solo per ridurre i costi delle aziende ed aumentare quelli a carico dei cittadini.

- c. promuovere il criterio, troppo spesso evaso, della “**contemporaneità**” della chiusura di presidi ospedalieri e relativi Pronto Soccorso e l’apertura di servizi territoriali.
4. Definire a livello nazionale dei percorsi specifici per le **patologie croniche** - Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) - da implementare a livello regionale e aziendale, garantendo:
- a. l’integrazione degli interventi di carattere sociale con quelli di carattere sanitario (integrazione socio-sanitaria);
  - b. l’integrazione (e il raccordo) dei professionisti sanitari nell’erogazione delle cure e quindi un approccio multidisciplinare;
  - c. l’integrazione ospedale-territorio;
  - d. la personalizzazione dei percorsi, in base alle specifiche esigenze della persona.
5. Occuparsi del **personale che lavora presso i DEA**. In particolare:
- a. porre rimedio al blocco del turn-over, che ha generato disagi enormi che avranno sempre di più un impatto negativo sulla qualità dell’assistenza (andrebbe sospeso in questo ambito specifico);
  - b. promuovere sempre di più una formazione del personale specifica in materia di emergenza-urgenza.
6. Promuovere una **politica di accoglienza dei cittadini immigrati**. In molti DEA che abbiamo osservato manca un mediatore culturale, figura essenziale per l’accoglienza della popolazione immigrata, peraltro in aumento nel nostro Paese e nei nostri ospedali. A fronte di questa carenza numerose sono le **buone pratiche** promosse in questo ambito dell’assistenza, che meritano di essere conosciute, valorizzate e riprodotte come modelli organizzativi, peraltro già realizzati e valutati (la Banca Dati del Premio Andrea Alesini 2010, promosso dal Tribunale per i diritti del malato e pubblicata sul sito [www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it), ne è un valido esempio).



**V Giornata europea dei diritti del malato:  
elenco dei 96 punti di emergenza monitorati pronto soccorso**

<b>Abruzzo: 5</b>	Osp. S. Annunziata di Chieti – Osp. di Guardiagrele – Azienda USL di Pescara – Osp. Di Sulmona - Presidio ospedaliero di Teramo.
<b>Basilicata: 6</b>	Osp. civile di Matera – Az. Osp. Reg. San Carlo di Potenza (2 rilev.) - Osp. Giovanni Paolo Secondo di Policoro - Punto territoriale di soccorso del PO di Maratea - Osp. San Giovanni di Lagonegro.
<b>Calabria: 2</b>	Osp. Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria – Osp. di Vibo Valentia.
<b>Campania: 2</b>	Osp. Cardarelli di Napoli - Presidio Osp. G. Moscati di Aversa (CE).
<b>Lazio: 27</b>	Policlinico Umberto 1° di Roma: (Dea - PS Pediatrico – PS Ostetricia e Ginecologia )- San Filippo Neri di Roma – Osp. San Camillo di Roma: Ps Ginecologia e pediatria – PS San Giovanni di Roma – Policlinico Gemelli - Osp. Casilino - Osp. S. Andrea di Roma - Osp. San Eugenio di Roma - Ospedale Oftalmico di Roma - Ospedale odontoiatrico Eastman di Roma – Osp. San Pietro Fatebenefratelli- Osp. Sandro Pertini- Osp. Santa Maria Goretti di Latina - Osp. Grassi di Ostia – Osp. San Camillo De Lellis di Rieti - Osp. Belcolle di Viterbo – Osp. A. Angelucci di Subiaco - Osp. di Tivoli – Osp. Fiorini di Terracina - Ospedali riuniti di Anzio e Nettuno - Osp. S. Scolastica di Cassino – Osp. Fabrizio Spaziani di Frosinone - Nucleo di cure primarie di Fiumicino – Nucleo di cure primarie di Fregene.
<b>Liguria: 1</b>	Osp. S. Andrea AUSL 5 Spezzino di La Spezia
<b>Lombardia: 5</b>	Osp. San Gerardo di Monza - Az. Ospedaliera C. Poma di Pieve di Coriano (MN) – Osp. Bolognini di Seriate – Osp. Pesenti Penaroli di Alzano Lombardo – Osp. Humanitas Savazzeni di Bergamo .



<b>Marche: 4</b>	Ospedale di rete di Jesi – Osp. di Fano - Punto di Primo intervento di Chiaravalle - Struttura della Misericordia di Urbino.
<b>Piemonte: 5</b>	Torino Osp. San Giovanni Bosco - Centro ortopedico di quadrante ASL 14 di Omega - Osp. San Biagio di Domodossola – Osp. Degli Infermi di Biella – Ospedale Castelli di Verbania.
<b>Puglia: 4</b>	Osp. Vito Fazzi di Lecce – PO. Valle D'Itria di Martina Franca - Pres. Osp. S. Cuore di Gesù di Gallipoli- Osp. SS. Annunziata di Taranto
<b>Sardegna: 8</b>	Osp. Brotzu di Cagliari - Osp. San Giovanni di Dio di Cagliari – Osp. Marino di Cagliari - Osp. SS Trinità di Cagliari - Osp Giovanni Paolo II° di Olbia - Osp. SS. Annunziata di Sassari (2 rilevazioni) - Osp. San Francesco di Nuoro
<b>Sicilia: 6</b>	Presidio Osp. di Sciacca - Osp San Giacomo di Licata - Osp. Garibaldi di Catania – Osp. Cannizzaro di Catania - Osp. Vittorio Emanuele di Catania - Ospedale S. Elia di Caltanissetta
<b>Toscana: 15</b>	Osp. Misericordia e dolce di Prato – Struttura osp. di Portoferraio - Osp. Versilia Lido di Camaiore (LU) – Osp. San Donato di Arezzo - Az. ASL 1 di Massa Carrara - ASL 7 Siena Nottola Montepulciano – Pres. Osp. ASL 7 di Siena Poggibonsi - Osp. Campo di Marte Lucca - Osp. S. Maria Nuova di Firenze – Osp. Careggi di Firenze - S. M. Annunziata di Firenze - P.O. 2 S. Maria della Gruccia di Montevarchi (AR) - pres. Osp. ASL 3 di Pistoia – CTO di Firenze - Firenze San Giovanni in Fiore .
<b>Trentino: 2</b>	Osp. Santa Chiara di Trento – Osp. Civile di Tione di Trento.
<b>Umbria: 1</b>	Osp. S. Maria di Terni.
<b>Valle D'Aosta: 3</b>	Ospedale Reg. di Aosta – Ospedale Beauregard di Aosta ( PS ginecologia e ostetricia e pediatrico

