- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

STUDIO OSSERVAZIONALE

Censimento infermieristico delle unità di terapia intensiva cardiologica in Italia

Lucia Sabbadin[1], Cristiana Caredda[2], Virginia Boi[2], Vincenzo Martinelli[3], Annalisa Fiorillo[4], Katalin Virag[5], Roberto Valle[6], Claudio Coletta[7], Giampaolo Scorcu[2]

[1]Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, Ospedale S. Chiara, APSS, Trento, [2]S.C. di Cardiologia-UTIC, A.O. "G. Brotzu", Cagliari, [3]U.O. di Cardiologia, Ospedale "SS. Antonio e Margherita", Tortona (AL), [4]U.O. di Cardiologia-UTIC, DEA, Ospedale "S. Maria della Pietà", Nola (NA), [5]S.D.O. di Cardiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze, [6]U.O.C. di Cardiologia-UTIC, Ospedale Civile, Chioggia (VE), [7]U.O.C. di Cardiologia, Ospedale "Santo Spirito", Azienda USL RME, Roma

Revisione ed analisi dei dati
Virginia Boi, Cristiana Caredda, Giampaolo Scorcu
S.C. di Cardiologia-UTIC, A.O. "G. Brotzu", Cagliari

Segreteria
Simona Saracco, Simonetta Ricci, Luana De Fabrizio
Segreteria ANMCO, Firenze

Key words:
Intensive care;
Nursing;
Surveys.

Background. **The recent evolution of nursing management of cardiovascular disease has led to significant changes in specific healthcare processes. The aim of this study is to present the first nursing survey of Italian intensive cardiac care units (ICCUs).**

Methods. **In March and April 2007, a questionnaire investigating the main problems concerning ICCU organization, specifically addressed to nursing care, has been mailed to all the operative Italian ICCUs. The questionnaire investigated staff characteristics, education and training, daily work organization, risk management strategies, and nursing research.**

Results. **For a more detailed analysis, the ICCUs were divided into three levels (standard, medium and high) based on their technological equipment, and in particular mechanical ventilatory assistance and intra-aortic balloon pumping availability. A high proportion of ICCUs (347/385, 90%) answered to the questionnaire and an analysis of the responses revealed no significant differences between the three main geographical areas of Italy (North, Center, South).**

Conclusions. **Despite some organizational and staffing problems, the survey confirmed the high level of routine nursing care, the strong tendency towards the integration of different professional competencies among the staff, and the high degree of standardization.**

(G Ital Cardiol 2010; 11 (5): 412-424)

© 2010 AIM Publishing Srl

Ricevuto il 13 luglio 2009; nuova stesura il 3 novembre 2009; accettato il 6 novembre 2009.

Per la corrispondenza:
Dr. Claudio Coletta
Via Annia, 26
00184 Roma
E-mail:
claudiocoletta@interfree.it

Introduzione

La necessità di un censimento infermieristico delle unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) in Italia nasceva dalla consapevolezza di alcuni cambiamenti sostanziali a livello del sistema sanitario pubblico: la riorganizzazione delle strutture di assistenza in entità dipartimentali, i mutamenti epidemiologici e gestionali delle patologie cardiovascolari nelle terapie intensive cardiologiche, il nuovo assetto normativo e formativo della professione infermieristica, la sempre più pressante esigenza di una riqualificazione professionale degli infermieri.

Tali cambiamenti dell'assetto organizzativo-assistenziale hanno profondamente modificato il modello di risposta ai bisogni di salute in ambito cardiologico. In particolare, nel settore infermieristico dell'area intensiva cardiologica, l'evidenza di tali trasformazioni ha reso manifesta la necessità di una nuova organizzazione dell'assistenza stimolando una profonda riflessione e sollevando una serie di quesiti:

- come sono cambiate la tipologia e la struttura organizzativa delle UTIC in Italia?
- i modelli organizzativi sono adeguati ai moderni standard assistenziali?
- i criteri di gestione del personale sono coerenti con le nuove competenze che si rendono disponibili e con i nuovi paradigmi di gestione delle risorse umane?
- esistono le condizioni organizzative per garantire sicurezza e qualità dell'assistenza?

Da queste considerazioni e dalla formulazione di queste domande ha preso corpo l'idea di una ricognizione del lavoro infermieristico capace di consegnarci la fotografia dettagliata ed attuale di un sistema in profonda evoluzione.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

La disponibilità di dati utili per analizzare e comprendere la realtà infermieristica, oltre a colmare un vuoto di conoscenze poco giustificabile, offre la possibilità di definire un più moderno assetto dell'assistenza infermieristica in generale e dell'assistenza al paziente cardiologico acuto in particolare.

D'altra parte, tutto ciò potrà rappresentare un punto di riferimento per qualsiasi operazione di monitoraggio sui cambiamenti che verranno a determinarsi negli assetti organizzativi, assistenziali e formativi delle nostre UTIC e pone le basi per fornire informazioni adatte per la stesura di linee guida o standard assistenziali in ambito infermieristico.

Materiali e metodi

È stato preparato un questionario con numerose domande, generalmente a risposta diretta, con l'intento di indagare sugli aspetti virtuosi e sulle criticità del sistema assistenziale infermieristico in ambito di terapia intensiva cardiologica.

Gli argomenti sono stati formulati in modo da rendere disponibile una banca dati interpretabile e utilizzabile per tutte le esigenze di valutazione, programmazione e formazione relative all'area cardiovascolare, in ambito nazionale, macroregionale e regionale. Il questionario prevedeva una serie di domande su: tipologia della struttura; dotazione tecnologica; organizzazione del lavoro; dotazione organica, turni di lavoro e carico orario; modelli assistenziali; documentazione infermieristica; protocolli di trattamento; formazione e aggiornamento; *risk management*.

Con il supporto logistico e finanziario dell'ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri), il questionario è stato inviato a tutte le UTIC catalogate nel database dell'Associazione, a prescindere dalle loro caratteristiche e dall'appartenenza a strutture pubbliche ospedaliere, universitarie o private accreditate. Titolari della raccolta dati erano i Coordinatori Infermieristici delle UTIC e, in seconda battuta, i Sanitari responsabili delle UTIC stesse o i Direttori delle Unità Operative Complesse al cui interno operava l'UTIC interessata.

Lo studio è stato configurato come osservazionale e multicentrico e prevedeva la raccolta di dati clinici tramite loro invio, via fax o web, alla segreteria centrale dell'ANMCO che a sua volta provvedeva alla trasmissione degli stessi al Comitato di Coordinamento (VB, CC, GPS) che ne ha curato la raccolta e la revisione. Il controllo di qualità è stato affidato al Comitato di Coordinamento, che ha generato le *queries* relative a problemi di incompletezza o incongruenza dei dati raccolti.

I questionari sono stati inviati ai Centri il giorno 1 marzo 2007 e la raccolta dei dati definitivi è stata completata entro e non oltre il 30 aprile 2007.

Nel mese di maggio 2007 è stata completata la fase di verifica della completezza e congruità delle risposte fornite. Quando necessario, i Centri sono stati contattati telefonicamente ed è stata fornita tutta l'assistenza possibile finalizzata alla correzione e alla definitiva immissione dei dati. Trattandosi di uno studio osservazionale l'analisi statistica utilizzata è stata di tipo essenzialmente descrittivo.

Risultati

Delle 385 UTIC invitate a partecipare al censimento, il 90.1% (n = 347) ha aderito al progetto (Appendice 1). La distribuzione per area geografica è stata omogenea (Nord: 93%, n = 146; Centro: 92%, n = 84; Sud: 86%, n = 117) così come uniforme è risultata la ripartizione per tipologia di struttura assistenziale. Il 94% delle UTIC (n = 328) sono strutture ospedaliere, le strutture private sono il 5% del totale (n = 17) mentre il rimanente 1% è costituito dalle uniche due strutture universitarie che hanno fornito le risposte alle domande del questionario. Con l'eccezione delle strutture universitarie, i Centri censiti costituiscono un campione assolutamente rappresentativo della realtà nazionale disegnata dal 5° Censimento delle strutture cardiologiche in Italia[1]. Infatti le 328 UTIC ospedaliere che hanno risposto alla raccolta dati rappresentano il 92% delle UTIC ospedaliere catalogate nel 5° Censimento (n = 355). Tale risultato dovrebbe garantire una corretta analisi ed interpretazione dei dati sia a livello nazionale che a livello di macroarea.

Considerando la sempre maggiore complessità dei casi clinici ricoverati nelle UTIC derivante dall'età avanzata, dalle comorbilità, dalla differente epidemiologia dei ricoveri (UTIC sempre più cardiologiche e non solo coronariche), i processi assistenziali e gestionali spesso richiedono l'impiego di alta tecnologia. Per questo motivo è stata verificata la presenza, nel presidio ospedaliero di appartenenza dell'UTIC, di altre strutture ad alta complessità assistenziale e la loro integrazione con l'UTIC. La struttura cardiologica nel cui contesto operano le UTIC è risultata così articolata:

- Cardiologie con sola UTIC: 4% (n = 14);
- Cardiologie con UTIC e post-intensiva: 18% (n = 61);
- Cardiologie con UTIC e degenza cardiologica ordinaria: 42% (n = 146);
- Cardiologie con UTIC, post-intensiva e degenza cardiologica ordinaria: 36% (n = 126).

Una Cardiochirurgia è operativa nel 17% (n = 58) degli ospedali con UTIC, la rianimazione nell'89% (n = 310) e la dialisi nell'83% (n = 287).

Un laboratorio di emodinamica è presente nel 55% (n = 190) delle strutture. Di questi, l'11% (n = 21) esegue solo procedure diagnostiche, il 63% (n = 120) è attivo h24 per le procedure interventistiche, il restante 26% (n = 49) dispone di un'emodinamica interventistica non h24.

Complessità strutturale delle unità di terapia intensiva cardiologica

Il documento "Struttura ed organizzazione funzionale della Cardiologia"[2] definisce nel dettaglio quali sono i bisogni e la dotazione strumentale di una moderna UTIC. Per la gestione di pazienti complessi viene raccomandata la disponibilità, anche condivisa con strutture adiacenti, di strumentazioni essenziali quali la pressione positiva continua delle vie aeree, il contropulsatore aortico, l'ultrafiltrazione e il ventilatore meccanico. I dati del censimento infermieristico confermano che tali attrezzature non sono disponibili in un'alta percentuale di UTIC ospedaliere. Comparando i dati delle UTIC ospedaliere, rispetto al 5° Censimento, si registra comunque un discreto incremento percentuale. Essendo i dati del censimento infermieristico più recenti, sono stati verosimilmente intercettati i miglioramenti ed i

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

rinnovamenti strutturali di diverse UTIC (Figura 1). Il rilievo di una superiore competenza tecnica deriva probabilmente anche dal fatto che il censimento infermieristico fa riferimento non solo all'utilizzo di attrezzature proprie dell'UTIC, ma anche a strumenti condivisi o resi direttamente disponibili da altre unità operative. Va tuttavia sottolineata la disomogenea distribuzione della disponibilità tecnologica in rapporto alle diverse aree geografiche, dal momento che la medesima disponibilità si riduce notevolmente nelle regioni del Centro e del Meridione rispetto alle regioni settentrionali (Figura 2).

La complessità assistenziale della struttura è stata arbitrariamente attribuita sulla base della disponibilità e utilizzo di due dispositivi terapeutici non farmacologici quali il contropulsatore aortico e il ventilatore meccanico. Tale indicatore di complessità è stato ritenuto più appropriato della dotazione dei posti letto per valutare il livello organizzativo-assistenziale. Con questo criterio le 347 UTIC partecipanti al censimento sono state classificate con gradi diversi di complessità assistenziale:

- elevata (dotazione e utilizzo routinario di entrambi i dispositivi): 17% (n = 59);
- media (dotazione o utilizzo di uno solo dei due dispositivi): 46% (n = 161);
- standard (non disponibilità o mancato utilizzo di ambedue i dispositivi): 37% (n = 127).

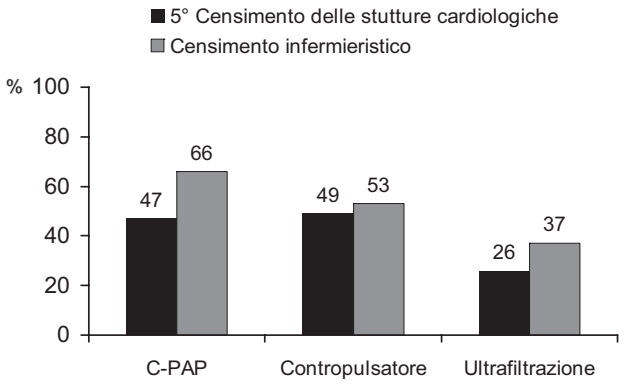

Figura 1. *Disponibilità di dispositivi terapeutici non farmacologici. C-PAP = pressione positiva continua delle vie aeree.*

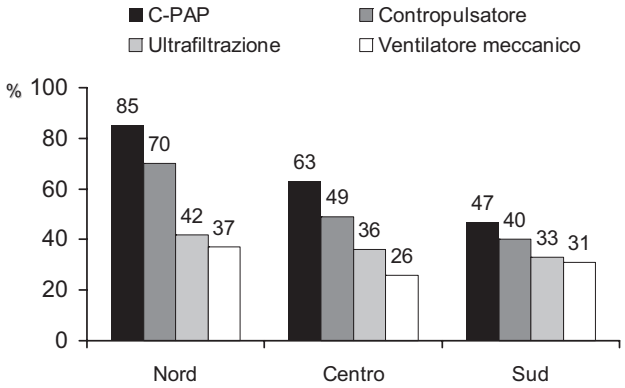

Figura 2. *Disponibilità tecnologica in rapporto alle diverse aree geografiche.*
C-PAP = pressione positiva continua delle vie aeree.

Questo significa che in Italia il 37% delle UTIC fa esclusivo assegnamento sui requisiti standard di una terapia intensiva: monitoraggio centrale, ecocardiografia, elettrostimolazione provvisoria, ecc. Ma il dato rilevante riguarda il 63% delle UTIC (n = 220) che eseguono abitualmente procedure altamente complesse ed invasive. La tecnologia avanzata e l'invasività di tali procedure richiedono competenze specifiche, un elevato grado di organizzazione e di professionalità soprattutto nella gestione di pazienti clinicamente instabili, a rischio di morte o di lesioni permanenti e invalidanti. È dunque fondamentale la presenza di personale infermieristico esperto, specificamente formato e addestrato, inserito in équipe stabili, adeguate numericamente, con un sistema di lavoro regolato da criteri di integrazione, standardizzazione e rigore scientifico.

Modalità di gestione dei posti letto

Il 13.8% (n = 48) delle UTIC interpellate dispone abitualmente di posti letto dislocati in altre terapie intensive, senza peraltro che sia definito quale unità assistenziale abbia realmente in carico il paziente. Sorprendentemente questo aspetto riguarda maggiormente le UTIC con più elevata complessità assistenziale (Figura 3).

Questo dato, piuttosto sorprendente, suscita alcuni interrogativi ai quali il censimento non ha potuto dare risposte:

1) chi è il responsabile della condotta clinica dei pazienti dislocati in altre terapie intensive?
2) esistono protocolli condivisi sulla gestione di questi pazienti?
3) è prevista in questi casi una consulenza infermieristica e, in caso affermativo, su quali problemi specifici?

Il 26.5% (n = 92) delle UTIC fa inoltre ricorso sistematico a letti soprannumerari. Anche se gli standard assistenziali in ambito di terapia intensiva dovrebbero rimanere rigorosamente immodificati, è del tutto evidente come, essendo di regola fisso il numero degli operatori, in tali situazioni aumentino i carichi di lavoro e i vincoli logistici. Il rischio di una riduzione degli standard assistenziali, pur nel rispetto dei criteri di sicurezza per il paziente, appare accettabile solo in caso di insormontabili problemi logistici, quali ad esempio, la totale e provata indisponibilità di posti letto in altre strutture locali o a minore intensità di cure.

Gestione del personale infermieristico nelle unità di terapia intensiva cardiologica

Una gran parte dei Centri pari al 79.5% (n = 276) impiega il personale infermieristico, turno per turno o su cicli di rotazione più prolungati nel tempo, in uno o più settori della strut-

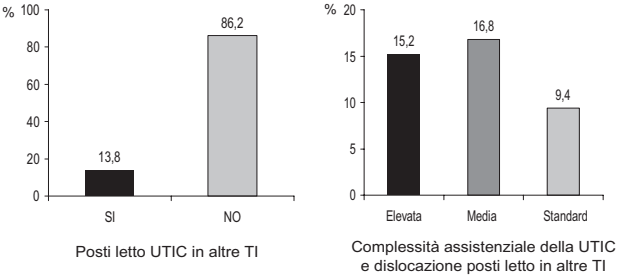

Figura 3. *Gestione dei posti letto nelle unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC): posti letto dislocati in altre terapie intensive (TI).*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

tura cardiologica: degenza, post-intensiva, elettrostimolazione, ambulatorio, emodinamica (Figura 4). Solo il 20.5% (n = 71) delle UTIC dichiara di operare con personale infermieristico esclusivamente dedicato alla terapia intensiva.

Sono prevalentemente le UTIC con livello assistenziale classificato come "standard" ad impiegare il personale applicando il criterio della rotazione in settori diversi. Solo una piccola parte di queste strutture, pari all'11.8% (n = 15), dispone infatti di una dotazione organica infermieristica esclusivamente dedicata. Nelle UTIC con complessità "media" ed "elevata", sebbene il criterio della rotazione sia ugualmente prevalente, il personale infermieristico esclusivamente dedicato alla terapia intensiva è comunque più frequente, rappresentando rispettivamente il 23.6% (n = 38) e il 30.5% (n = 18) del totale (Figura 5).

La condivisione del personale fra settori diversi della struttura cardiologica è un modello assistenziale con aspetti allo stesso tempo critici e virtuosi del sistema organizzativo. Un'articolazione non compartimentata del personale infermieristico e la conseguente interscambiabilità delle unità lavorative garantiscono una maggiore efficienza ed elasticità nella gestione delle risorse umane. Inoltre, la possibilità di operare in ambiti diversi dello stesso reparto rappresenta un'opportunità per l'infermiere, consentendogli di ridurre lo stress derivante dall'operare a lungo in una realtà ad alto impatto clinico, di conoscere il percorso e i problemi del paziente in tutte le fasi della malattia, infine di avere la possibilità di relazionarsi con colleghi diversi evitando schemi relazionali rigidi e sperimentando approcci assistenziali diversi.

La rotazione è un modello organizzativo che quindi può diventare un ottimo strumento di gestione delle risorse umane, a condizione che siano rispettati alcuni criteri relativi a:

a) tempo: periodi stabili e predeterminati di permanenza paiono necessari per favorire la presa in carico di problemi assistenziali, l'assunzione di responsabilità, un atteggiamento attivo e partecipe rispetto alle regole organizzative;
b) gradualità/sequenza: la rotazione deve coincidere con un percorso graduale di acquisizione di competenze da parte dell'operatore;
c) progettualità: la rotazione deve seguire regole dettate da un progetto che miri a dare risposte organizzative attraverso l'utilizzo flessibile del personale, ma che nel contempo coincida con lo sviluppo della professionalità di ciascun operatore.

Se tali regole non venissero rispettate, destinare turno per turno l'operatore a un settore piuttosto che ad un altro comporterebbe una gestione delle risorse ispirata a criteri matematici piuttosto che attitudinali e determinerebbe nel personale un senso di precarietà e di non appartenenza.

Personale in servizio

Il 58% (n = 202) delle UTIC, ognuna con una media di 6 posti letto, ha una dotazione organica incompleta. La carenza di personale è causata prevalentemente dal ricorso a istituti per la gestione delle risorse umane quali part-time, orario ridotto, ecc.

È significativo che la carenza di personale (personale vacante) coinvolga il 32% delle UTIC con infermieri esclusivamente dedicati, e in misura più contenuta (26%) le UTIC con personale condiviso (Figura 6).

Ovviamente l'incompletezza di organico si traduce a livello lavorativo in un aumento dei carichi di lavoro e nella soppressione dei turni di riposo in caso di assenze improvvise.

Altro aspetto da considerare riguarda la prevalenza femminile nella professione infermieristica che determina un significativo aumento del part-time, dell'orario ridotto e dei congedi parentali provocando, di fatto, una grande instabilità nella copertura delle dotazioni organiche. L'analisi relativa al reintegro del personale in caso di lunga assenza, assumendo come tempo minimo l'assenza di 1 me-

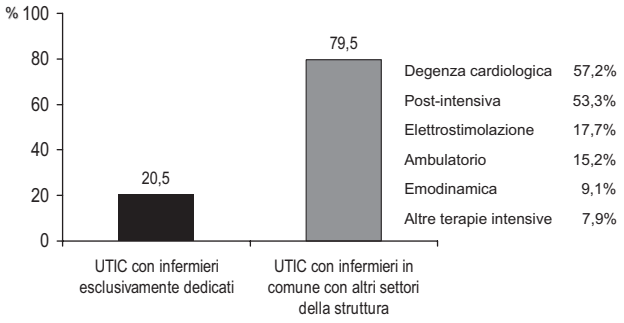

Figura 4. *Destinazione del personale di assistenza. UTIC = unità di terapia intensiva cardiologica.*

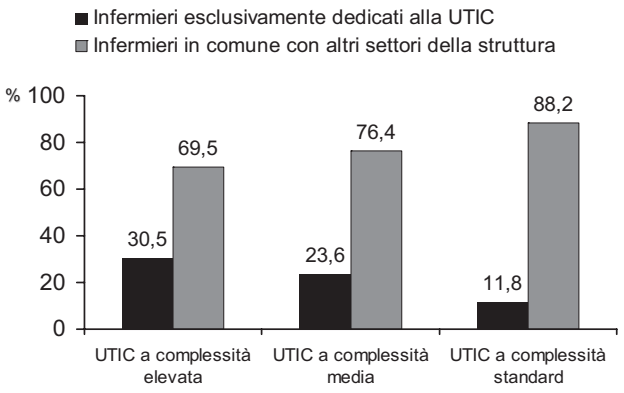

Figura 5. *Dotazione organica infermieristica ed esclusività di impiego in rapporto al grado di complessità assistenziale dell'unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC).*

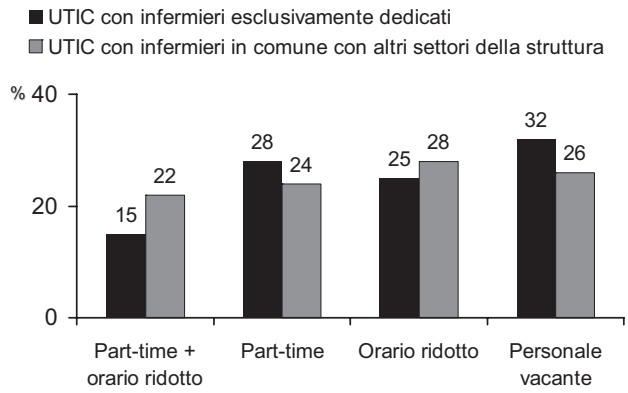

Figura 6. *Principali cause di carenza del personale nelle unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) con dotazione organica infermieristica incompleta.*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

se, indica che nel 70% dei casi l'assenza non viene temporaneamente reintegrata.

Il 35% (n = 122) delle terapie intensive impiega personale a tempo determinato: in particolare nelle UTIC con personale esclusivamente dedicato tale percentuale è pari al 27%, contro il 38% nelle UTIC con organico condiviso. In queste ultime il 41% degli infermieri a tempo determinato è reperito tramite agenzia contro il 26% degli infermieri nelle UTIC con organico dedicato.

Il personale a tempo determinato, generalmente con minore anzianità di servizio, viene dunque più frequentemente utilizzato proprio laddove sarebbe necessaria maggiore esperienza e flessibilità. È oltretutto presumibile che nelle terapie intensive il ricorso al personale di agenzia, per quanto meno frequente rispetto a strutture di degenza ordinaria o riabilitative, nei prossimi anni sia destinato a crescere. Questo dato, piuttosto inatteso, introduce alcuni importanti fattori di criticità. Il disagio di un rapporto di lavoro transitorio nell'attesa della collocazione in ruolo, il bisogno di integrazione culturale e professionale, il senso di precarietà legato alle scelte logistiche e organizzative delle agenzie, incidono fortemente nel processo di formazione del personale e di riflesso sulla qualità della prestazione assistenziale.

In assoluto l'assunzione di personale a tempo determinato è più frequente nelle strutture con minore complessità assistenziale, infatti lo si trova nel 38.6% delle UTIC standard, nel 36.6% delle UTIC a media complessità rispetto al 23.7% delle strutture ad alta complessità.

Standard di personale

Il rapporto tra la dotazione organica infermieristica e il numero dei posti letto di terapia intensiva rappresenta uno snodo fondamentale nell'analisi dell'assetto organizzativo dell'UTIC. A tale scopo le UTIC, oltre alla suddivisione per complessità assistenziale, sono state anche classificate per numero di posti letto (fino a 5, tra 6 e 8, oltre 8 letti). La giornata lavorativa è stata suddivisa nei tre turni di lavoro ordinario (mattina, pomeriggio, notte) ed è stato individuato per ogni singola struttura e per ogni turno di lavoro il numero di letti per singolo infermiere (Tabella 1).

Nel contesto di una sostanziale omogeneità nelle tre tipologie di UTIC, la situazione sembra essere comunque più favorevole nelle UTIC a media e soprattutto ad elevata complessità. Questo dato solo in parte trova spiegazione nella maggiore complessità tecnologica dell'assistenza erogata. Nel turno della mattina il rapporto posti letto/operatore tende ad essere più favorevole rispetto a quello pomeridiano e soprattutto a quello notturno ove risulta una variabilità da 2.4 a 3.7 posti letto per infermiere. È importante rilevare come le UTIC con maggiore dotazione di posti letto abbiano un rapporto meno favorevole rispetto a quelle con un minore numero di letti evidenziando, di fatto, una dotazione organica infermieristica insufficiente.

Tale risultato mette in evidenza una delle criticità maggiori della struttura organizzativa delle nostre UTIC, ovvero la carenza strutturale di personale infermieristico prevalente nei turni pomeridiani e, soprattutto, notturni. Considerata la sempre maggiore complessità assistenziale derivante dall'aumento dell'età media dei pazienti e dalla complessità dei quadri clinici, tale dato non può non suscitare preoccupazione. Gli standard di personale garantiti durante il turno della mattina, per contro, sono decisamente più elevati e paiono finalizzati a supportare la maggiore attività programmata durante la fascia mattutina. È comunque presumibile che la mattina trovi maggiore collocazione il personale che usufruisce di istituti contrattuali protettivi (part-time, orario ridotto, ecc).

Strumenti e metodi di integrazione professionale

I piani di lavoro rappresentano uno strumento fondamentale per l'attività infermieristica così come per le attività di tutti gli operatori sanitari e di supporto. Essi definiscono i ruoli rendendo chiare le attività e le competenze di ciascuno nella struttura di appartenenza.

Dal censimento risulta che l'84% delle UTIC (n = 293) utilizza routinariamente come strumenti di lavoro protocolli condivisi con i medici, senza differenze sostanziali sulla base della complessità tecnologica della struttura.

La grande maggioranza delle UTIC interpellate dichiara inoltre che per documentare il lavoro infermieristico utilizza un metodo di registrazione dati standardizzato, anche se a tal fine vengono impiegati strumenti diversi. Nel 23% dei Centri interpellati viene impiegata la cartella clinica integrata, strumento forse più completo e adeguato per garantire la piena conoscenza del paziente e del suo piano terapeutico e assistenziale. Di fatto, però, la cartella integrata viene ancora utilizzata in misura nettamente inferiore rispetto alla tradizionale cartella infermieristica, che tuttora risulta la metodologia documentale adottata dal 50% delle UTIC. Nel 27% dei casi si ricorre a procedure di trasmissione dati da considerarsi obsolete quali la scheda infermieristica e la consegna scritta che si configurano come strumenti poco strutturati e sicuramente meno affidabili nella gestione clinica quotidiana (Figura 7).

Analizzando i dati relativi alla documentazione infermieristica delle strutture di assistenza intensiva cardiologica emerge comunque un aspetto altamente positivo, specie confrontando questi risultati con quanto pubblicato nel 2006 dal Collegio Nazionale IPASVI sull'utilizzo della cartella infermieristica. In quest'ultimo caso, infatti, risultava che solo il 20% degli infermieri italiani utilizzava la cartella come strumento di lavoro[3].

Tabella 1. Numero di letti per singolo infermiere in rapporto alla complessità assistenziale, al numero di letti dell'unità di terapia intensiva cardiologica ed al turno giornaliero di lavoro.

Complessità assistenziale	≤5 letti			6-8 letti			>8 letti		
	Mattina	Pomeriggio	Notte	Mattina	Pomeriggio	Notte	Mattina	Pomeriggio	Notte
Elevata	2.2	2.4	2.4	2.5	2.7	3.3	2.1	2.1	2.8
Media	2.2	2.5	2.5	2.8	3.1	3.6	2.8	3.7	3.7
Standard	2.4	2.6	2.6	2.5	3	3.1	2.5	3.3	3.3

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

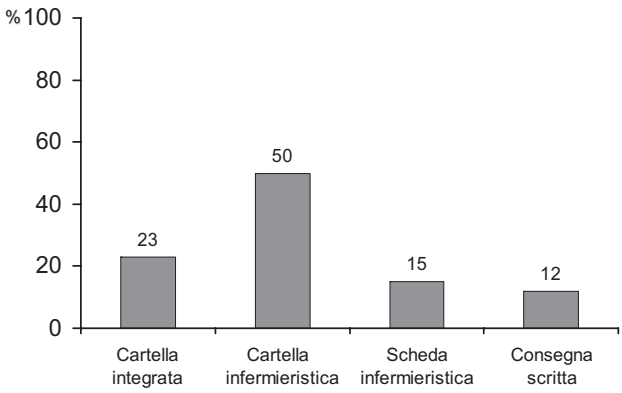

Figura 7. *Strumenti di documentazione infermieristica utilizzati nelle unità di terapia intensiva cardiologica italiane.*

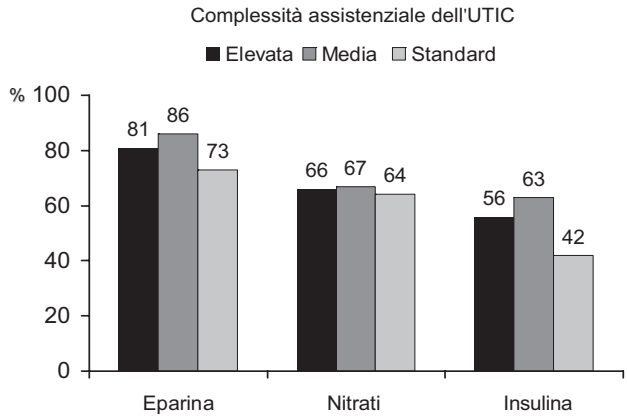

Figura 8. *Complessità assistenziale dell'unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) e gestione infermieristica dei protocolli terapeutici.*

Un altro aspetto, positivo e per certi versi inatteso, è il discreto ricorso alla scheda di trasferimento e/o di dimissione infermieristica. Nel 46% delle istituzioni coinvolte, a conclusione della degenza in terapia intensiva, viene di regola compilata una scheda di dimissione infermieristica nella quale vengono riportate le informazioni più importanti per assicurare la continuità assistenziale. L'utilizzo della cartella infermieristica di trasferimento è riscontrato maggiormente nelle strutture ad elevata e media complessità rispetto alle terapie intensive con dotazione tecnologica standard.

Gestione della terapia farmacologica e risk management

Di particolare interesse è il dato che riguarda l'82% (n = 286) dei Centri, ove l'integrazione tra professionisti e la condivisione dei programmi operativi è tale da permettere l'adozione di protocolli e l'applicazione di algoritmi terapeutici grazie ai quali gli infermieri, secondo indicazioni predefinite, possono gestire autonomamente alcune categorie di farmaci.

Ciò riguarda in particolare gli algoritmi di somministrazione venosa dell'eparina, dei nitrati e dell'insulina che sono gestiti dagli infermieri rispettivamente nell'80%, 66% e 54% delle UTIC. È particolarmente interessante il dato riguardante la sostanziale omogeneità di applicazione dei protocolli senza grande differenza tra Centri con diversa tipologia assistenziale (Figura 8). Sorprende in particolare il dato della terapia insulinica. Infatti è ben nota e dibattuta la complessità e la mutevolezza nel tempo della gestione del controllo glicemico in UTIC per il quale, alla prova dei fatti, il protocollo a gestione infermieristica ha presumibilmente fornito risultati validati nelle singole unità in cui è stato adottato. Da tali dati si desume che viene riconosciuta al personale infermieristico una competenza avanzata che richiede, d'altro canto, capacità di valutazione clinico-assistenziale, rigorosa conoscenza dei farmaci e avanzata capacità di monitoraggio.

Il processo di gestione della terapia si inserisce nel contesto più ampio della gestione e controllo del rischio clinico. Il censimento ha indagato sulla diffusione della prassi relativa alla firma della somministrazione della terapia da parte dell'infermiere, individuando in questa funzione un indicatore di sicurezza e controllo del rischio clinico. Tale prassi è adottata dal 68% (n = 237) delle UTIC, ma è maggiormente diffusa nelle strutture a maggiore e media complessità, rispettivamente 76% e 73%.

È sicuramente discutibile che la conferma dell'avvenuta somministrazione rappresenti un indicatore di qualità fondamentale nelle strategie di *risk management*, ma è altrettanto vero che si tratta di una procedura semplice, finalizzata a certificare l'avvenuta somministrazione della terapia, facilmente definibile e, al contempo, di grande importanza nell'ambito della sicurezza per il paziente.

È proprio in tale contesto che la situazione nelle UTIC interpellate è risultata soddisfacente. Strategie consolidate di *risk management* sono risultate presenti nel 53% (n = 185) delle strutture interpellate e fra queste, l'82% ne ha dichiarato l'attivazione da parte delle aziende, mentre il 18% delle UTIC ha spontaneamente varato dei sistemi di controllo interni al reparto, verosimilmente nell'attesa di strategie proposte dall'azienda di appartenenza.

La diffusione di strategie di *risk management* è stata maggiore nelle realtà più complesse, ma non è risultato un significativo divario tra queste e le UTIC meno complesse, a dimostrazione del fatto che su questo aspetto esiste una grande sensibilità, indipendentemente dalla dotazione tecnologica della struttura.

Formazione e ricerca

Formazione e ricerca sono due aspetti della professione orientati a migliorare la pratica clinica assistenziale e quindi strettamente correlati tra loro. Sempre più, infatti, la formazione utilizza la ricerca per produrre apprendimento e, parallelamente, la ricerca diventa occasione di formazione.

Lo sviluppo della modalità formativa comunemente definita "formazione sul campo" vede riconosciuta la possibilità di accreditare come ECM i progetti in tale ambito, sia di carattere organizzativo che assistenziale. Sarebbe auspicabile che nelle terapie intensive venisse considerata come competenza di base imprescindibile la certificazione sulle pratiche di rianimazione cardiopolmonare (BLS, BLSD, ALS).

I risultati dell'indagine indicano che nel 72% (n = 250) delle UTIC opera personale infermieristico in possesso della certificazione BLSD e/o ALS e che nel 38% (n = 133) dei Centri il personale ha acquisito il titolo di istruttore.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

Rapportando la prevalenza della certificazione BLSD alla complessità assistenziale si osserva una maggiore diffusione tra gli infermieri operanti in strutture ad elevata complessità rispetto a quelli operanti in strutture a complessità media e standard, rispettivamente 80%, 72% e 69% (Figura 9). È probabile che questo risultato sia correlato al maggiore utilizzo, nelle UTIC a minore complessità, di personale proveniente da agenzie o comunque a tempo determinato.

Per quanto concerne l'attività culturale, intesa in senso generale, nel 40% delle UTIC gli infermieri hanno dichiarato di svolgere attività scientifica e divulgativa documentata dalla produzione di lavori presentati a convegni di rilevanza regionale e nazionale, oltre che locale. In tale contesto sono stati considerati anche gli articoli destinati alla pubblicazione su riviste infermieristiche e su giornali di interesse cardiologico in generale. Questi dati confermano che malgrado le difficoltà vissute quotidianamente e la cadenza rigida dei turni di lavoro che assorbe molte delle energie disponibili, gli infermieri delle UTIC italiane dimostrano comunque interesse agli aspetti scientifici e culturali della loro professione.

Una specifica attività di ricerca infermieristica, intesa come partecipazione attiva a protocolli singoli o multicentrici, è stata invece dichiarata solo dal 22% delle UTIC interpellate. In tal caso, come prevedibile, la prevalenza di tale attività è risultata maggiore nelle strutture ad elevata e media complessità assistenziale (22% e 26%, rispettivamente) piuttosto che nelle strutture standard (17%).

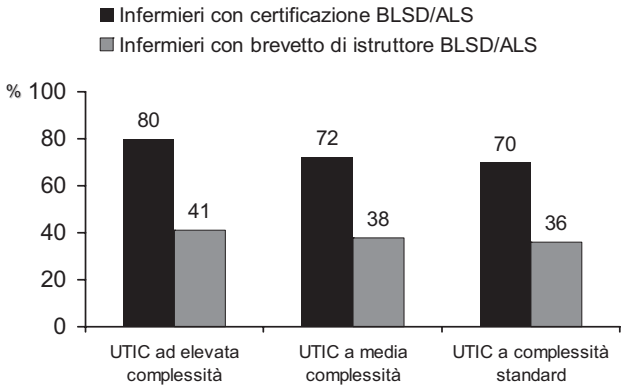

Figura 9. *Formazione professionale. Unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) con infermieri muniti di brevetto per la rianimazione cardiopolmonare BLSD/ALS e con brevetto di istruttore BLSD/ALS.*

Discussione

La maggiore limitazione all'analisi ed interpretazione dei risultati fornita nel presente studio è riferibile alla modalità di raccolta delle informazioni, basata su un'autodichiarazione da parte dei Coordinatori infermieristici e/o dei Sanitari responsabili dei Centri coinvolti. Tuttavia i dati ottenuti, tenuto conto dell'elevato grado di coinvolgimento delle UTIC italiane e dell'anonimato garantito alla risposta, sono da ritenere fedelmente rappresentativi della realtà nazionale al momento della loro raccolta.

Analogamente agli studi BLITZ-1[4] e BLITZ-2[5], frutto della ricerca ANMCO, con le conoscenze derivanti dal Censimento delle UTIC sarà dunque possibile implementare e monitorare correttamente nel tempo nuove procedure organizzative e assistenziali finalizzate al miglioramento del trattamento del paziente cardiopatico acuto.

La fotografia della realtà infermieristica appena delineata mette in luce alcuni aspetti meritevoli di ulteriore approfondimento: i criteri di gestione del personale utilizzato nelle UTIC, l'organizzazione del lavoro in relazione alla peculiarità dei reparti, l'utilizzo del personale di supporto, l'organizzazione e lo sviluppo della ricerca infermieristica.

Un importante elemento di riflessione riguarda la determinazione dei carichi di lavoro e la conseguente dotazione di personale in relazione al numero di posti letto e al livello assistenziale erogato. A partire dal DPR 128/69 sono seguiti molti atti normativi, recepiti a livello nazionale e successivamente ratificati dalle singole regioni, attraverso i quali, con modalità diversificate, si è tentato di disciplinare l'attribuzione del personale all'interno delle strutture di assistenza.

È opinione comune che la dotazione del personale infermieristico debba essere determinata sulla base dei carichi di lavoro. Tale determinazione non può essere correlata al numero di posti letto, ma va impostata sull'effettiva complessità assistenziale della struttura in esame. A tal riguardo, i criteri per la definizione di complessità assistenziale adottati in questo censimento, per quanto incompleti e arbitrari, hanno comunque il pregio di essere riferiti a dati oggettivi, di facile definizione e di semplice riscontro.

Il censimento ci consegna la fotografia di una realtà in grado di fornire risposte assistenziali di qualità, con una forte spinta verso l'integrazione d'équipe e un alto grado di standardizzazione. Ne sono prova il consolidato ricorso a protocolli e linee guida condivise, tra i quali spiccano quello per la terapia insulinica di riconosciuta complessità gestionale, e sorprendentemente, il generalizzato utilizzo di protocolli finalizzati a una gestione infermieristica della terapia eparinica.

La continuità assistenziale e il *risk management* sono aspetti che sempre più trovano attenzione nei reparti di terapia intensiva così come la formazione e l'attività di ricerca che hanno dimostrato un grado di penetrazione non sporadico nella realtà delle UTIC italiane. In questo particolare settore, per quanto sia riconoscibile la volontà di migliorare il sistema, sono ancora molti i vuoti da colmare. In particolare, per quanto riguarda la partecipazione attiva degli infermieri ai protocolli di ricerca multicentrici e monocentrici, questa appare tuttora episodica e legata più a necessità di mano d'opera qualificata che a un reale coinvolgimento attivo delle professionalità infermieristiche, particolarmente per quanto riguarda la progettazione di protocolli di interesse infermieristico.

Nel complesso, dai dati del censimento sembrerebbe emergere che la professione infermieristica, nel rispetto dei ruoli e nella condivisione di intenti sotto l'aspetto assistenziale, si sta appropriando del suo specifico professionale affrancandosi sempre di più dal modello che la relegava ad un ruolo di ausiliarietà rispetto alle figure professionali di riferimento.

Il censimento infermieristico delle UTIC italiane va considerato un punto di partenza, piuttosto che un arrivo. I dati ottenuti rappresentano un patrimonio conoscitivo dal quale partire per un più efficace controllo, nei tempi a venire, dell'efficacia e dell'efficienza clinica delle nostre strutture di terapia intensiva, della dotazione del personale, delle procedure di *risk management*, e dei processi di formazione continua.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

Riassunto

Razionale. Il differente approccio gestionale alle patologie cardiovascolari, la riqualificazione professionale degli infermieri, i nuovi assetti normativi e formativi, hanno determinato un cambiamento profondo dei processi assistenziali. Il primo censimento infermieristico delle unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) italiane ha lo scopo di fotografare ed analizzare l'attività e la realtà infermieristica nell'area intensiva cardiologica in rapporto all'evoluzione costante dell'organizzazione sanitaria.

Materiali e metodi. Nei mesi di marzo ed aprile 2007, le UTIC hanno ricevuto un questionario riguardante il loro assetto organizzativo-assistenziale, con riferimento particolare alle variabili di interesse infermieristico: dotazione del personale, dotazione tecnologica, organizzazione del lavoro, strategie di *risk management*, formazione e ricerca.

Risultati. Hanno fornito risposta 347 delle 385 UTIC invitate (90%), omogeneamente distribuite per area geografica ed uniformemente rappresentate per tipologia di struttura. Quest'ultima è stata arbitrariamente classificata in "elevata, media e standard" sulla base della disponibilità e dell'utilizzo di dispositivi terapeutici non farmacologici quali il contropulsatore aortico e il ventilatore meccanico.

Conclusioni. Nonostante le difficoltà legate all'organizzazione assistenziale ed alle carenze strutturali, il censimento ha consegnato la fotografia di una realtà infermieristica capace di fornire risposte assistenziali di qualità elevata, con una forte spinta verso l'integrazione tra figure professionali diverse e un alto grado di standardizzazione.

Parole chiave: Censimento; Infermieristica; Terapia intensiva.

Ringraziamenti

Una grande massa di dati è stata ottenuta in pochi giorni con uno sforzo organizzativo imponente, che ha visto il coinvolgimento di centinaia di Coordinatori infermieristici delle UTIC ai quali va prima di tutto il ringraziamento e il riconoscimento per lo sforzo fatto nel più puro spirito di collaborazione. Gli autori sentono il dovere di ringraziare tutti i componenti del Consiglio Direttivo ANMCO 2007-2008 e, in particolare, il Presidente dottor Francesco Chiarella, per il sostegno ricevuto durante la preparazione, la raccolta dati e la successiva elaborazione e presentazione alla comunità cardiologica nazionale. Senza il sostegno attivo dell'ANMCO e senza la collaborazione appassionata delle UTIC italiane questo lavoro non sarebbe stato possibile.

Bibliografia

1. 5° Censimento delle strutture cardiologiche in Italia. Federazione Italiana di Cardiologia. Anno 2005. G Ital Cardiol 2008; 9 (Suppl 1-5): 5S-83S.
2. Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia. G Ital Cardiol 2009; 10 (Suppl 3-6): 3S-84S.
3. Casati M. La documentazione clinica e la gestione del rischio. L'Infermiere 2006; 7: 18-20.
4. Di Chiara A, Chiarella F, Savonitto S, et al, for the BLITZ-1 Investigators. Epidemiology of acute myocardial infarction in the Italian CCU network: the BLITZ study. Eur Heart J 2003; 24: 1616-29.
5. Di Chiara A, Fresco C, Savonitto S, et al, for the BLITZ-2 Investigators. Epidemiology of non-ST elevation acute coronary syndromes in the Italian cardiology network: the BLITZ-2 study. Eur Heart J 2006; 27: 393-405.

Appendice 1

Centri che hanno partecipato alla raccolta dei dati.

Città	Ospedale	Coordinatore infermieristico
PIEMONTE-VALLE D'AOSTA		
ACQUI TERME	OSPEDALE CIVILE	ANTONIETTA BERTA
ALESSANDRIA	OSPEDALE CIVILE SS. ANTONIO E BIAGIO	PIERA BAROGLIO
CASALE MONFERRATO	OSPEDALE SANTO SPIRITO	FRANCESCO ZANIN
NOVI LIGURE	OSPEDALE SAN GIACOMO	OTTAVIO GEMME
TORTONA	OSPEDALI RIUNITI	FRANCESCA COGOTTI
ASTI	OSPEDALE CARDINAL MASSAIA	VIVIANA PORTA
BIELLA	OSPEDALE DEGLI INFERMI	SIMONETTA ORECCHIA
ALBA	OSPEDALE CIVILE SAN LAZZARO	GRAZIELLA SALCIO
CUNEO	A.O. SANTA CROCE E CARLE	VILMA BALELLO
MONDOVI'	OSPEDALE CIVILE	TIZIANA ROSSI
SAVIGLIANO	OSPEDALE MAGGIORE SS. ANNUNZIATA	CINZIA DEL PIANO
BORGOMANERO	OSPEDALE SS. TRINITA'	LUIGI PAGANI
NOVARA	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	MANUELE BRUSTIA
CHIVASSO	OSPEDALE CIVILE	MARIA CAGLIANO
CIRIE'	STABILIMENTO OSPEDALIERO CIRIE'	CARLA LAZZARA
IVREA	OSPEDALE CIVILE	GRAZIANA ZUCCHINO
MONCALIERI	OSPEDALE SANTA CROCE	SILVANA CECCHIN
ORBASSANO	OSPEDALE SAN LUIGI GONZAGA	SERENA CAPPELLO
PINEROLO	OSPEDALE CIVILE E. AGNELLI	MARIA ANGELA MAIRONE
RIVOLI	OSPEDALE DEGLI INFERMI	DANIELA FRUSCOLONI
TORINO	A.O. SAN GIOVANNI BATTISTA	GERARDO BOCCHINO
TORINO	OSPEDALE GIOVANNI BOSCO	ROBERTO FIGUS
TORINO	OSPEDALE MARIA VITTORIA	ANTONELLA BIONDI
TORINO	OSPEDALE MARTINI	LAURA DELLA BOSCA
TORINO	OSPEDALE MAURIZIANO	GRAZIA DI BENEDETTO
DOMODOSSOLA	OSPEDALE SAN BIAGIO	SIMONA PAOLO

(segue)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

(continua)

VERBANIA	OSPEDALE CASTELLI DI VERBANIA	ANTONELLA FERRARIO
BORGOSESIA	OSPEDALE SS. PIETRO E PAOLO	PATRIZIA ZANINETTI
VERCELLI	OSPEDALE SANT'ANDREA	MARIELLA CURACANOVA
AOSTA	OSPEDALE GENERALE REGIONALE	SABRINA PANGANO
LOMBARDIA		
BERGAMO	HUMANITAS GAVAZZENI	CARLO SAVASTA
BERGAMO	OSPEDALI RIUNITI	NIVES CHINELLI
PONTE SAN PIETRO	POLICLINICO SAN PIETRO	ROMINA GOTTI
SERIATE	OSPEDALE BOLOGNINI	RITA BASSANI
TREVIGLIO	OSPEDALI RIUNITI DI TREVIGLIO	DEBORA CAPITANIO
BRESCIA	CASA DI CURA POLIAMBULANZA	SONIA TOSONI
BRESCIA	OSP. SANT'ORSOLA FATEBENEFRATELLI	ANNA MARIA MADABENI
CHIARI	OSPEDALE CIVILE MELLINI	ANNA PARIETTI
DESENZANO GARDA	A.O. DESENZANO DEL GARDA	DANIELA CERESARA
ESINE	OSPEDALE CIVILE DI VALLE CAMONICA	DENISE PETTENZI
OME	CLINICA SAN ROCCO DI FRANCIACORTA	ELIO PODAVINI
COMO	OSPEDALE GENERALE DI ZONA VALDUCE	MARIANGELA CAPELLI
COMO	OSPEDALE S. ANNA	SIMONA COLOMBO
ERBA	OSPEDALE SACRA FAMIGLIA	ROSY VOTTA
GRAVEDONA	MORIGGIA PELASCINI ITALIAN HOSPITAL SPA	SONIA BARINI
CASALMAGGIORE	OSPEDALE CIVILE OGLIO PO	FEDERICA BECETTI
CREMA	OSPEDALE MAGGIORE	CONCETTA SECONDO
CREMONA	ISTITUTI OSPITALIERI	PATRIZIA MUSA
LECCO	OSPEDALE ALESSANDRO MANZONI	ELIA BONACINA
CODOGNO	OSPEDALE CIVICO	PIERALBA BIANCHI
LODI	OSPEDALE MAGGIORE	MIRIAM VILLANI
CERNUSCO SUL NAVIGLIO	OSPEDALE DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	RITA VEGGIAN
CINISELLO BALSAMO	OSPEDALE BASSINI	OTTAVIA IAVERNARO
DESIO	OSPEDALE DI CIRCOLO DI DESIO	SIMONA BOTTAN
GARBAGNATE MILANESE	OSPEDALE SANTA CORONA	LUCIANO BADIALI
LEGNANO	OSPEDALE CIVILE	ISABELLA MIGLIANO
MAGENTA	OSPEDALE CIVILE FORNAROLI	ANDREA INTROINI
MILANO	CASA DI CURA SANTA RITA	RITA BRASCHI
MILANO	OSPEDALE FATEBENEFRATELLI	VILIO SIMININI
MILANO	OSPEDALE L. SACCO	STEFANIA ALBERTIN
MILANO	OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	DRUSIANA ALEMANNI
MILANO	OSPEDALE NIGUARDA	VIVIANA VIOLA
MILANO	OSPEDALE SAN CARLO BORROMEO	MARIA ORNASO
MILANO	OSPEDALE SAN PAOLO	GABRIELE CIREFICI
MILANO	OSPEDALE SAN RAFFAELE	ROBERTA ZINI
MONZA	OSPEDALE SAN GERARDO	MICHELE PIROVANO
PADERNO DUGNANO	CLINICA SAN CARLO	ANNA SULLO
RHO	OSPEDALE CIVILE	ADRIANO MAURIZIO BOTTINI
ROZZANO	ISTITUTO CLINICO HUMANITAS	GIOVANNI GABRIELE
SESTO SAN GIOVANNI	IRCCS POLICLINICO MULTIMEDICA	ETTORE PEDRETTI
VIZZOLO PREDABISSI	OSPEDALE DI VIZZOLO PREDABISSI	ARMINIO STANISLAO
MANTOVA	PRESIDIO OSPEDALIERO C. POMA	LUCREZIA CAPPADONNA
VIGEVANO	OSPEDALE CIVILE	CLELIA RISSO
PAVIA	FONDAZIONE IRCCS	MARTIN HOFFMANN
VOGHERA	OSPEDALE CIVILE	DOMENICO CHIODI
SONDRIO	OSPEDALE CIVILE	GIOVANNA CILIBERTO
BUSTO ARSIZIO	OSPEDALE DI CIRCOLO DI BUSTO ARSIZIO	MICHELA MACCHI
CASTELLANZA	ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI	MONICA SAPORITI
GALLARATE	OSPEDALE S. ANTONIO ABATE	FIORENZA CROTTI
SARONNO	PRESIDIO OSPEDALIERO DI SARONNO	MICHELE GUARISCO
TRADATE	OSPEDALE DI CIRCOLO GALMARINI	ANNA CREMONA
P.A. BOLZANO		
BOLZANO	OSPEDALE GENERALE REGIONALE	MASSIMO GIACIMETTI
MERANO	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	CORRADO ZACCHINO
P.A. TRENTO		
ROVERETO	OSPEDALE SANTA MARIA DEL CARMINE	GIUSEPPINA GASPERI
TRENTO	OSPEDALE SANTA CHIARA	EUGENIA BEZZI
VENETO		
BELLUNO	OSPEDALE CIVILE	MANUELA CHILETTO
FELTRE	OSPEDALE SANTA MARIA DEL PRATO	LUCIA CORRA'
CAMPOSAMPIERO	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	GIOVANNI FAVERO
CITTADELLA	OSPEDALE DI CITTADELLA	PAOLA ZANARELLA
ESTE	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	FRANCESCO CHIODIN
PIOVE DI SACCO	OSPEDALE CIVILE IMMACOLATA CONCEZIONE	DARIO SPORZON

(segue)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

(continua)

ADRIA	OSPEDALE CIVILE	LINO MODA
ROVIGO	PRESIDIO OSPEDALIERO	MARTA ZANINATI
CASTELFRANCO VENETO	STABILIMENTO OSP. DI CASTELFRANCO	LUIGI FAVARO
CONEGLIANO VENETO	OSPEDALE SANTA MARIA DEI BATTUTI	DANIELA DONADEL
MONTEBELLUNA	PRESIDIO OSPEDALIERO	ANTONELLA VETTORETTI
TREVISO	OSPEDALE CA' FONCELLO	TIAZIANA VIDONI
MESTRE	OSPEDALE CIVILE UMBERTO I	GIOVANNI PIROLO
MIRANO	OSPEDALE CIVILE	FRANCESCO CECCATTO
SAN DONA' DI PIAVE	OSPEDALE CIVILE	DALIA FRANCESCA AGOSTINO
VENEZIA	OSPEDALI CIVILI RIUNITI	RITA SOMMALAR
ARZIGNANO	OSPEDALE CIVILE	DAVIDE NAVETTI
BASSANO DEL GRAPPA	OSPEDALE CIVILE	ANNA MARIA ZARPELLON
THIENE	STABILIMENTO OSPEDALIERO BOLDRINI	SONIA MARCANTE
VICENZA	OSPEDALE CIVILE SAN BORTOLO	STEFANIA ZUCCON
LEGNAGO	OSPEDALE MATER SALUTIS	ORTENSIA FRACCARO
FRIULI VENEZIA GIULIA		
GORIZIA	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	TROLESE PAOLA
MONFALCONE	OSPEDALE CIVILE SAN POLO	GLORIA GIURICIN
PORDENONE	A.O. SANTA MARIA DEGLI ANGELI	ANNA SPICCA
TRIESTE	A.O.U. OSPEDALI RIUNITI-CATTINARA	TIZIANA CANDERLIC
UDINE	SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	TIZIANA PEZ
LIGURIA		
GENOVA	AZIENDA OSP.- UNIV. SAN MARTINO	MILENA GIANOTTI
GENOVA	OSPEDALI GALLIERA	PAOLA CASERZA
GENOVA	OSPEDALE VILLA SCASSI	TATIANA MANCO
GENOVA-SAMPIERDARENA	OSPEDALI CIVILI DI SAMPIERDARENA	TAMARA SCASSO
GENOVA-SESTRI PONENTE	P.O. GENOVA PONENTE - ASL 3	MARIA ANGELA ZANATTA
LAVAGNA	OSPEDALI RIUNITI V. LEONARDI E. RIBOLI	ANNA M. BERTUCCI
IMPERIA	OSPEDALE CIVILE	TIZIANA LUPPI
SANREMO	PRESIDIO OSPEDALIERO	FRANCA MILETO
LA SPEZIA	OSPEDALE S. ANDREA	PAOLA LUSARDI
SARZANA - LOC. S. CATERINA	OSPEDALE SAN BARTOLOMEO	CARLA GRECO
PIETRA LIGURE	OSPEDALE SANTA CORONA	ANTONIO FERRO
SAVONA	OSPEDALE SAN PAOLO	MAURA VALLERGA
EMILIA ROMAGNA		
BENTIVOGLIO	OSPEDALE DI BENTIVOGLIO	ROBERTA BALETTI
BOLOGNA	OSPEDALE MAGGIORE	ROSA ATTANA'
BOLOGNA	OSPEDALE POLICLINICO S. ORSOLA-MALPIGHI	MARIA RITA BARNABE'
IMOLA	OSPEDALE S. MARIA DELLA SCALETTA	SILVIA LANZONI
CESENA	OSPEDALE M. BUFALINI-G. MARCONI	SERGIO BASCHETTI
FORLI'	OSPEDALE G.B. MORGAGNI-L. PIERANTONI	EMANUELA BACCHILEGA
CENTO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	DANIELA BALBONI
LAGOSANTO	OSPEDALE DEL DELTA	DANIELA ZANELLATI
MIRANDOLA	OSPEDALE SANTA MARIA BIANCA	MILENA BORALI
MODENA	NUOVO OSPEDALE SANT'AGOSTINO-ESTENSE	STEFANO SORRENTINO
SASSUOLO	NUOVO OSPEDALE CIVILE SASSUOLO	DANIELA RIOLI
PIACENZA	OSPEDALE CIVILE GUGLIELMO DA SALICETO	LILIANA ORONTE
FIDENZA	OSPEDALE CIVILE	IVANA SALVI
PARMA	OSPEDALE MAGGIORE	PATRICIA MAESTRI
FAENZA	OSPEDALE PER GLI INFERMI	SANDRA PORTALURI
LUGO	OSPEDALE CIVILE	FIORELLA BACCHILEGA
RAVENNA	OSPEDALE CIVILE SANTA MARIA DELLE CROCI	ELISABETTA BABINI
CASTELNUOVO NE' MONTI	OSPEDALE SANT'ANNA	GABRIELLA ROFFI
CORREGGIO	OSPEDALE CIVILE SAN SEBASTIANO	CLAUDIA GAIONI
GUASTALLA	OSPEDALE CIVILE	ATTILIO RINALDI
REGGIO EMILIA	ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA	RITA SALSI
RICCIONE	OSPEDALE G. CECCARINI	CINZIA GROSSI
RIMINI	OSPEDALE INFERMI	DENISE LOMBARDI
TOSCANA		
AREZZO	OSPEDALE SAN DONATO	ROBERTO ROSPI
MONTEVARCHI	OSPEDALE VALDARNO S. MARIA DELLA GRUCCIA	DANIELA MORANDINI
BAGNO A RIPOLI	OSPEDALE SANTA MARIA ANNUNZIATA	GIANNA BARANI
EMPOLI	OSPEDALE CIVILE SAN GIUSEPPE	DEBORA VACCRI
FIRENZE	AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI	DAISY BERTARELLI
FIRENZE	AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI	BENEDETTA GONZINI
FIRENZE	NUOVO OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO	SONIA MORETTI
FIRENZE	OSPEDALE SANTA MARIA NUOVA	RITA MAZZA
GROSSETO	OSPEDALE DELLA MISERICORDIA	MARCELLA CASINI
CECINA	OSPEDALE CIVILE BASSA VAL DI CECINA	FIORELLA SIGNORINI

(segue)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

(continua)

LIVORNO	OSPEDALI RIUNITI	MARIA LAURA FOGLI
PIOMBINO	OSPEDALE VILLAMARINA	VIRNA AGOSTINI
CASTELNUOVO GARFAGNANA	OSPEDALE SANTA CROCE	ALESSANDRA TURRIANI
LIDO DI CAMAIORE	NUOVO OSPEDALE VERSILIA	RICCARDO MARCHETTI
LUCCA	OSPEDALE CIVILE CAMPO DI MARTE	CRISTINA BELLORA
CARRARA	CIVICO OSPEDALE CARRARA	FIORE MUSETTI
MASSA	OSPEDALE SS. GIACOMO E CRISTOFORO	CESARINA GRASSI
MASSA CARRARA	OSPEDALE PASQUINUCCI	STEFANO BANTI
PISA	AZIENDA OSP. UNIV. PISANA	CLAUDIA TACCHINI
PONTEDERA	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE LOTTI	MARIA CARUSO
VOLTERRA	OSPEDALE SANTA MARIA MADDALENA	MICHELA MAFFEI
PRATO	OSPEDALE MISERICORDIA E DOLCE	DANIELA MARTELLI
PESCIA	OSPEDALE DELLA VAL DI NIEVOLE	CESARE GRASSI
PISTOIA	OSPEDALI RIUNITI	GIUSEPPE DANIELE
MONTEPULCIANO	PRESIDIO OSPEDALIERO VALDICHIANA SENESE	DANIELA CAPITONI
POGGIBONSI	PRESIDIO OSPEDALIERO	ROBERTA FRANCARDI
SIENA	POLICLINICO SANTA MARIA ALLE SCOTTE	LUCIANA MARIOTTI
UMBRIA		
CITTA' DI CASTELLO	PRESIDIO OSPEDALIERO CITTA' DI CASTELLO	GIOVANNI MORINI
FOLIGNO	NUOVO OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA	VELIA MENICHINI
GUBBIO	PRESIDIO OSPEDALIERO ALTO CHIASCIO	IVIANA MINELLI
PERUGIA	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	CLAUDIA ROSSI
SPOLETO	OSPEDALE SAN MATTEO DEGLI INFERMI	ADALGUA CIAVAGLIA
TERNI	AZIENDA OSPEDALIERA SANTA MARIA	ANNA CUPIDI
MARCHE		
ANCONA	ISTITUTO SCIENTIFICO INRCA	ISABELLA MERCURI
ANCONA	PRESIDIO CARDIOLOGICO G.M. LANCISI	MONICA TONON
FABRIANO	OSPEDALE CIVILE PROFILI	CARLA CAPPANELLI
JESI	OSPEDALI RIUNITI	ANNA MARIA CAMAIANI
SENIGALLIA	OSPEDALE CIVILE	SILVANA MANTESI
ASCOLI PICENO	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	MARIA LUIGIA FALLERONI
FERMO	OSPEDALE CIVILE AUGUSTO MURRI	LUISA LANCIA
SAN BENEDETTO DEL TRONTO	OSPEDALE MADONNA DEL SOCCORSO	MARISA ROSSI
CAMERINO	OSPEDALE SANTA MARIA DELLA PIETA'	FERMINA PASCOLINI
CIVITANOVA MARCHE	PRESIDIO OSPEDAL. DI CIVITANOVA MARCHE	STEFANIA LIBERATI
MACERATA	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	GUALBERTO CARPINETI
FANO	OSPEDALE SANTA CROCE	ANNA CANI
URBINO	OSPEDALE SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	SARA CECCARINI
OSIMO	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	SIMONETTA SPUNTARELLI
LAZIO		
FROSINONE	OSPEDALE UMBERTO I	SILVANA LOMBARDI
SORA	OSPEDALE CIVILE SS. TRINITA'	ANNA MARIA NATALIZIO
FORMIA	OSPEDALE DEL DONO SVIZZERO	MARIO MALLOZZI
RIETI	P.O. SAN CAMILLO DE LELLIS	IVANA CASTAGNI
ALBANO LAZIALE	OSPEDALI RIUNITI ALBANO-GENZANO	MARIA ELISABETTA MANNONI
ANZIO	OSPEDALI RIUNITI ANZIO-NETTUNO	ANNA MARIA BONACCORSI
CIVITAVECCHIA	OSPEDALE CIVILE SAN PAOLO	CARLA GASBARRI
COLLEFERRO	OSPEDALE GENERALE ZONA PARODI DELFINO	LUIGINA ANTONELLI
FRASCATI	OSPEDALE SAN SEBASTIANO MARTIRE	ANGELA D'ANTONIO
POMEZIA	CASA DI CURA SANT'ANNA	GIANCARLO FAVA
ROMA	AURELIA HOSPITAL	GIUSEPPINA NUGNES
ROMA	OSPEDALE FATEBENEFRATELLI	PALMA D'INTINO
ROMA	OSPEDALE G.B. GRASSI	DORA BARBALARGA
ROMA	OSPEDALE MADRE GIUSEPPINA VANNINI	ESTHER CUSMA
ROMA	OSPEDALE SAN CAMILLO	FRANCESCO FIORI
ROMA	OSPEDALE SAN FILIPPO NERI	SILVIA MARCHEI
ROMA	OSPEDALE SAN GIACOMO IN AUGUSTA	ROCCO ZECCA
ROMA	OSPEDALE SAN GIOVANNI	MARIA CERRETA
ROMA	OSPEDALE SAN PIETRO FATEBENEFRATELLI	FIRMINIO BELLAROSA
ROMA	OSPEDALE SANDRO PERTINI	DANILO ESPOSITO
ROMA	OSPEDALE SANT'EUGENIO	GIUSEPPINA GERVASIO
ROMA	OSPEDALE SANTO SPIRITO	ENRICO LEO
ROMA	POLICLINICO CASILINO	ANNA D'AGOSTINI
ROMA	CTO	CESARINO MASUT
TIVOLI	OSPEDALE SAN GIOVANNI EVANGELISTA	GIUSEPPE DI FAUSTO
VITERBO	OSPEDALE BELCOLLE	KATIA SENSI
ABRUZZO		
AVEZZANO	OSPEDALE CIVILE SS. FILIPPO E NICOLA	FRANCESCO DE BLASIS
L'AQUILA	PRESIDIO OSPEDALIERO SAN SALVATORE	FRANCA DI MARZIO

(segue)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

(continua)

SULMONA	OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA	MARIA STELLA IACOBINI
CHIETI	OSPEDALE CLINICIZZATO SS. ANNUNZIATA	ELIO TOTO
LANCIANO	OSPEDALE RENZETTI	MORENA ANGELO
VASTO	OSPEDALE SAN PIO DA PIETRELCINA	MARIA GRAZIA CELENZA
PESCARA	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO	RITA CICALO'
POPOLI	OSPEDALE CIVILE SS. TRINITA'	LICIO DI BARTOLO
GIULIANOVA	OSPEDALE MARIA SS.MA DELLO SPLENDORE	MARIA GRAZIA DI SANTE
TERAMO	OSPEDALE CIVILE G. MAZZINI	ELISABETTA CECCHINI
ATRI	OSPEDALE SAN LIBERATORE	TIZIANA ZANNI
MOLISE		
CAMPOBASSO	OSPEDALE A. CARDARELLI	MARIA ALBANESE
TERMOLI	OSPEDALE SAN TIMOTEO	CONCETTA STANISCIA
SERNIA	OSPEDALE F. VENEZIALE	RAFFAELLA MATTIA
CAMPANIA		
AVELLINO	AZIENDA OSPEDALIERA GIUSEPPE MOSCATI	PETRONILLA DI NARDO
MERCOGLIANO	CASA DI SALUTE MONTEVERGINE	FORTUNA GALLUCCI
BENEVENTO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	ROSALIA APICELLA
BENEVENTO	OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU' FBF	TERESA PUTHIADATHU
AVERSA	PRESIDIO OSPEDALIERO MOSCATI	MARIA ROSARIA PELLEGRINO
CASERTA	AZ. OSPEDALIERA S. ANNA E S. SEBASTIANO	STEFANA CHIRICO
PIEDIMONTE MATESE	OSPEDALE CIVILE AVE GRATIA PLENA	LORENZO APPLAUSO
SAN FELICE A CANCELLO	OSPEDALE AVE GRATIA PLENA	FILIPPO DE LUCIA
SANTA MARIA CAPUA VETERE	OSPEDALE SAN GIUSEPPE E MELORIO	GIUEPPE VALENTINI
SESSA AURUNCA	PRESIDIO OSPEDALIERO SAN ROCCO	CLEMENTINA MONTIGLIO
ACERRA	CASA DI CURA VILLA DEI FIORI	ANNA GRECO
CASTELLAMMARE DI STABIA	OSPEDALE SAN LEONARDO	MARIA SCARANO
FRATTAMINORE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	TOMMASO MELE
GIUGLIANO IN CAMPANIA	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	DOMENICO FEMIANO
LACCO AMENO - ISCHIA	OSPEDALE ANNA RIZZOLI	PIO SCIPPA
NAPOLI	AZIENDA OSPEDALIERA VINCENZO MONALDI	MASSIMO ZINGARINI
NAPOLI	CLINICA MEDITERRANEA	BRUNO RICIARDELLI
NAPOLI	OSPEDALE BUON CONSIGLIO FATEBENEFRATELLI	RAFFAELE CIRINO
NAPOLI	OSPEDALE DEI PELLEGRINI	ANTONIETTA VANTAGGIATO
NAPOLI	OSPEDALE LORETO MARE	GIORGIO D'ANGELO
NAPOLI	OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO	ANNUNZIATA PARDO
NOLA	PRES. OSPEDALIERO S. MARIA DELLA PIETA'	ANNA LISA FIORILLO
POLLENA TROCCHIA	PRES. OSPEDALIERO CAV. RAFFAELE APICELLA	ASSUNTA BELLI
POZZUOLI	OSPEDALE SANTA MARIA DELLE GRAZIE	SABATO TORTORELLA
SORRENTO	OSPEDALE SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	ADOLFO CAIAZZO
BOSCOTRECASE	PRESIDIO OSPEDALIERO	GIOVANNI SAVINO
AGROPOLI	OSPEDALE CIVILE	ANTONIO DE CRISTOFARO
BATTIPAGLIA	PRESIDIO OSPED. S. MARIA DELLA SPERANZA	CATERINA BENEDETTO
CAVA DEI TIRRENI	OSPEDALE S. MARIA INCORONATA DELL'OLMO	CARMINE MIETE
EBOLI	OSPEDALE MARIA SS. ADDOLORATA	NEVINA MIRRA
MERCATO SAN SEVERINO	OSPEDALE G. FUCITO	ANNA BASILE
NOCERA INFERIORE	OSPEDALE CIVILE	SALVATORE PADOVANO
OLIVETO CITRA	OSPEDALE SAN FRANCESCO D'ASSISI	GERARDINA DI GREGORIO
POLLA	PRESIDIO OSPEDALIERO LUIGI CURTO	NICOLINO PETRILLO
ROCCADASPIDE	OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	TERESA CAPOZZOLO
SALERNO	A.O. S. GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA	ORLANDO DE CARO
SAPRI	OSPEDALE DELL'IMMACOLATA	SALVATORE LANZO
SARNO	OSPEDALE VILLA MALTA	GAETANO PETTI
SCAFATI	OSPEDALE CIVILE	GIUSEPPE SOMMA
VALLO DELLA LUCANIA	OSPEDALE SAN LUCA	GERARDO GALLO
PUGLIA		
ACQUAVIVA DELLE FONTI	OSPEDALE MIULLI	ANGELA BRUNO
ALTAMURA	OSPEDALE UMBERTO	COSIMO DAMIANO CARDANO
ANDRIA	OSPEDALE L. BONOMO	SILVANA MARINACCI
BARI	CASA DI CURA VILLA BIANCA	MIRIAM BALDASSARRE
BARI	OSPEDALE CONSORZIALE POLICLINICO	DINA CAZZARO'
BARI	OSPEDALE SAN PAOLO	MARIA ELISABETTA PALOMBELLA
BARI-CARBONARA	OSPEDALE DI VENERE	DONATELLA CIACCIA
BARLETTA	OSPEDALE MONSIGNOR ANGELO R. DI MICCOLI	ANTONIA DARGENIO
CANOSA	OSPEDALE CIVILE	DEMETRIO FERRARA
MONOPOLI	OSPEDALE SAN GIACOMO	ROSA PEDOTE
TERLIZZI	OSPEDALE M. SARCONE	MARIA MARCONE
MOLFETTA	OSPEDALE CIVILE	TOMMASO SCIANCALEPORE
BRINDISI	OSPEDALE PERRINO	ADELINA USAI
CERIGNOLA	OSPEDALE CIVILE GIUSEPPE TATARELLA	GIUSEPPINA PACIELLO
SAN GIOVANNI ROTONDO	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	MARIA LUCIA ESPOSTO

(segue)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.223.172.252 Sat, 27 Apr 2024, 05:57:30

(continua)

FOGGIA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA	ANGELINA LIBERTAZZI
CASARANO	PRESIDIO OSPEDALIERO F. FERRARI	EUGENIO MENNI
COPERTINO	OSPEDALE SAN GIUSEPPE DA COPERTINO	MAURO CALDARARO
GALLIPOLI	OSPEDALE CIVILE SACRO CUORE DI GESU'	MARIA COLABENE
LECCE	OSPEDALE VITO FAZZI	ENZO TAFURO
SCORRANO	OSPEDALE IGNAZIO VERIS DELLI PONTI	IVANA CROCETTI
TRICASE	OSPEDALE CARDINALE PANICO	MARIA ROSARIA BENE
MANDURIA	OSPEDALE CIVILE M. GIANNUZZI	CATERINA PUGLIA
TARANTO	CASA DI CURA VILLA VERDE	ANTONIETTA NICOLARDI
TARANTO	OSPEDALE SS. ANNUNZIATA	FRANCESCO MATICHECCHIA
BASILICATA		
MATERA	OSPEDALE MADONNA DELLE GRAZIE	ANNA ETTORRE
POLICORO	OSPEDALE CIVILE	NICCOLA CAPISTRANO
POTENZA	AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO	ENZA GRASSO
VENOSA	OSPEDALE SAN FRANCESCO	VALENTINO MASTRANGELO
CALABRIA		
BELVEDERE MARITTIMO	ISTITUTO N. ROSANO CLINICA TRICARICO	ANGELO MARTORELLO
CASTROVILLARI	OSPEDALE CIVILE FERRARI	ANTONIO FIORE
CETRARO	OSPEDALE CETRARO	MARIA TERESA MACCARI
COSENZA	INRCA ISTITUTO CARDIOVASCULOP. SENILI	FRANCESCO DE ROSA
COSENZA	OSPEDALE SANTISSIMA ANNUNZIATA	DORA GELSOMINO
PAOLA	OSPEDALE SAN FRANCESCO DI PAOLA	ALDO GARRITANO
ROSSANO	OSPEDALE CIVILE N. GIANNETTASIO	MARIO VENEZIANO
TREBISACCE	OSPEDALE CIVILE G. CHIDICHIMO	LORENZO GUGLIOTTI
CATANZARO	OSPEDALE CIVILE PUGLIESE	MARIA FAVA
LAMEZIA TERME	OSPEDALE CIVILE	PASQUALE CARLO MASTROIANNI
CROTONE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	ANNUNZIATA CATANZARO
LOCRI	OSPEDALE CIVILE	SANDRO TROPEANO
POLISTENA	OSPEDALE SANTA MARIA DEGLI UNGHERESI	ANNA MARIA PROFILO
REGGIO CALABRIA	OSPEDALI RIUNITI G. MELACRINO F. BIANCHI	CATERINA RIFEPI
REGGIO CALABRIA	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE	NICOLETTA GENZIANA
VIBO VALENTIA	OSPEDALE CIVILE G. JAZZOLINO	MARIA GRAZIA MACRI'
SICILIA		
AGRIGENTO	OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO	VINCENZO INGRAU
SCIACCA	OSPEDALI CIVILI RIUNITI	MARIELLA CATANIA
GELA	AZ. OSPEDALIERA VITTORIO EMANUELE III	ROCCO CATALANO
CALTAGIRONE	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE GRAVINA	BENIGNA ANNARO
CATANIA	OSPEDALE CANNIZZARO	GRAZIA LEONARDI
CATANIA	OSPEDALE GARIBALDI-CENTRO	MARIA ANTONIETTA VALVO
CATANIA	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	MARCELLO PEZZINO
PEDARA	CENTRO CUORE MORGAGNI	MARIA ROSARIA CRISTAUDO
ENNA	OSPEDALE UMBERTO I	RITA CINGLOTTA
MESSINA	OSPEDALE PAPARDO	MATILDE ARDINI
MILAZZO	OSPEDALE CIVILE	SALVATORA PINO
PATTI	OSPEDALE BARONE ROMEO	DOMENICA MILONE
CEFALU'	FONDAZIONE SAN RAFFAELE G. GIGLIO	GIUSEPPE MANNA
PALERMO	A.R.N.A.S. OSPEDALE CIVICO E BENFRATELLI	CARMELA CANNOVA
PALERMO	OSP. BUCCHERI LA FERLA FATEBENEFRATELLI	PIETRO TRAPANI
PALERMO	OSPEDALE V. CERVELLO	GIOVANNI DI SALVO
PALERMO	PRESIDIO OSPEDALIERO VILLA SOFIA	LIDIA CALABRESE
RAGUSA	OSPEDALE CIVILE	SILVANA DISTEFANO
RAGUSA	OSPEDALE M.P. AREZZO	ANGELO PLUCHINO
SIRACUSA	AZIENDA OSPEDALIERA UMBERTO I	CONCETTA INDOMENICO
ERICE	OSPEDALE CIVILE SANT'ANTONIO ABATE	VINCENZA FODALE
MARSALA	OSPEDALE SAN BIAGIO	GIUSEPPE LUPO
MAZARA DEL VALLO	OSPEDALE A. AJELLO	VINCENZA ASARO
SARDEGNA		
CAGLIARI	A.O. G. BROTZU-S. MICHELE	CRISTIANA CAREDDA
CAGLIARI	A.O.U. OSP. SAN GIOVANNI DI DIO	PATRIZIA MOCCI
CAGLIARI	PRESIDIO OSPEDALIERO SS TRINITA'	MARIA SANNA
CARBONIA	OSPEDALE SIRAI	CARLO MELIS
NUORO	OSPEDALE SAN FRANCESCO	ANTONIO ANDREA MUSINA
ORISTANO	OSPEDALE SAN MARTINO	GIOVANNI BONU
OLBIA	OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO	TIZIANA SILECCHIA
SASSARI	OSPEDALE SS. ANNUNZIATA	GIOVANNA PENSE'