Proposta della Direzione Generale n.625 del 28.12.2016

Deliberazione del Commissario Straordinario

n. 535 ***del*** 29 DIC. 2016

Oggetto: Adozione procedura aziendale "Cateterismo venoso avanzato" e costituzione in via sperimentale dell' "Infusion team" aziendale

PREMESSO che

- il paziente affetto da patologie acute o da patologie con decorso clinico cronico, talvolta riacutizzato, necessita spesso di farmaci e/o di supporto nutrizionale che non sempre possono essere somministrati per via orale o attraverso una vena periferica;
- in questi ultimi anni, con l'ampliamento delle tecniche di posizionamento (eco-assistito ed eco-guidato) e delle diverse tipologie di dispositivi (PORT, CVC tunnellizzati, PICC e Midline) associati ad una sempre più crescente domanda di accessi vascolari a lunga permanenza, appare sempre più necessario lo studio e l'approfondimento della problematica per garantire un approccio costo-efficacia adeguato;
- nella nostra Azienda, al momento, non risultano adeguatamente definiti e condivisi sia i criteri per la valutazione delle indicazioni e per la scelta dei dispositivi sia le modalità per la gestione delle eventuali complicanze;
- appare, quindi, evidente la necessità di adottare una apposita procedura e costituire un apposito team multispecialistico e multiprofessionale;

VISTA

- la procedura ASL4 PO POS "Cateterismo Venoso Avanzato" predisposta, dal gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare costituito sotto la responsabilità del direttore dell'UO di Anestesia e rianimazione, come previsto dagli obiettivi di budget anni 2015 e 2016, al fine di assicurare la corretta gestione del paziente che necessita del posizionamento di un catetere venoso centrale tramite la definizione dei criteri di appropriatezza clinica ed il setting assistenziale;
- la proposta di costituzione dell' "Infusion team" avanzata, dal direttore dell'UO di Anestesia e rianimazione con nota indirizzata alla Direzione Generale PG/2016/0013873 del 27.06.2016, al fine di migliorare in ambito aziendale i livelli di appropriatezza nell'utilizzo di devices ad alto costo e ad alto rischio nonché al fine di monitorare l'andamento del servizio con particolare

riferimento agli esiti ed ai costi;

- la proposta di composizione dell' "Infusion team", avanzata dal direttore dell'UO di Anestesia e rianimazione con nota indirizzata alla Direzione Generale PG/2016/0013873 del 27.06.2016, di seguito riportata

Francesco Loddo	d.m. UO Anestesia e rianimazione
Cristina Dettori	d.m. UO Anestesia e rianimazione
Antonio Vacca	d.m. UO Chirurgia generale
Ignazio Podda	Inf. UO Anestesia e rianimazione
Carla Vargiu	Inf. UO Anestesia e rianimazione

"Infusion team" che è previsto operi sotto la diretta responsabilità del direttore dell'UO di Anestesia e rianimazione, d.m. Assunta Marongiu, e assicuri le funzioni e compiti di seguito indicati:

- definizione degli elementi clinici ed organizzativi correlati ai criteri per il posizionamento;
- scelta del tipo di dispositivo da posizionare;
- definizione delle modalità di posizionamento;
- gestione periprocedurale;
- diagnosi e trattamento delle eventuali complicanze;
- aggiornamento della linea guida in base alle nuove evidenze scientifiche disponibili in letteratura e ai risultati della verifica dell'applicazione della stessa;
- organizzazione e conduzione di iniziative di formazione sul tema dei CVC (seminari, convegni, corsi, opuscoli)
- organizzazione e conduzione di studi clinici inerenti i CVC;

RITENUTO necessario procedere alla adozione formale della procedura ASL4 PO POS "Cateterismo Venoso Avanzato" nonché alla istituzione sperimentale dell' "Infusion team" per un periodo di 12 mesi al termine dei quali effettuare una valutazione in relazione agli esiti ed alla sostenibilità economica;

ATTESTATO che il presente atto è conforme alle previsioni contenute nel piano di rientro, di cui alla delibera del Commissario Straordinario n.62 del 19/02/2016;

VISTO l'art. 9 della legge Regionale del 17 novembre 2014, n. 23, avente ad oggetto "Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012" che prevede l'adeguamento organizzativo ed il commissariamento delle aziende sanitarie;

VISTO l'art. 16, comma 4, della legge Regionale del 27 luglio 2016, n. 17 "Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del

servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale) che ha disposto la proroga del commissariamento delle Aziende sanitarie fino al 31.12.2016;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 49/8 del 13/09/2016, con la quale alla dott.ssa Grazia Cattina è stato prorogato l'incarico di Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria di Lanusei fino al 31 dicembre 2016;

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario n. 351 del 14/09/2016 con la quale al dott. Giovanni Deiana è stato prorogato l'incarico di Direttore Amministrativo f.f. fino al 31 dicembre 2016;

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario n. 352 del 16/09/2016 con la quale al dott. Bruno Pilia è stato prorogato l'incarico di Direttore Sanitario f.f. fino al 31 dicembre 2016;

VISTO l'art. 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 552, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" che disciplina l'organizzazione delle Unità sanitarie locali;

VISTI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, resi ai sensi dell'art. 32, comma 8, dell'Atto Aziendale;

SENTITI in comune il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, ai sensi dell'art. 32, comma 8, dell'Atto Aziendale;

DELIBERA

per i motivi espressi in premessa:

- di adottare la procedura ASL4 PO POS "Cateterismo Venoso Avanzato" allegata alla presente per farne parte integrante e sostanziale;
- di istituire in via sperimentale, per un periodo di 12 mesi, al termine dei quali effettuare una valutazione in relazione agli esiti ed alla sostenibilità economica, l' "Infusion team" con la composizione di seguito indicata che può prevedere l'apporto di altri professionisti, qualora ritenuto opportuno o necessario:

Francesco Loddo	d.m. UO Anestesia e rianimazione
Cristina Dettori	d.m. UO Anestesia e rianimazione
Antonio Vacca	d.m. UO Chirurgia generale
Ignazio Podda	Inf. UO Anestesia e rianimazione
Carla Vargiu	Inf. UO Anestesia e rianimazione

- di prevedere che l' "Infusion team" assicuri le funzioni e compiti di seguito indicati:

- definizione degli elementi clinici ed organizzativi correlati ai criteri per il posizionamento;
- scelta del tipo di dispositivo da posizionare;
- definizione delle modalità di posizionamento;
- gestione periprocedurale;
- diagnosi e trattamento delle eventuali complicanze;
- aggiornamento della linea guida in base alle nuove evidenze scientifiche disponibili in letteratura e ai risultati della verifica dell'applicazione della stessa;
- organizzazione e conduzione di iniziative di formazione sul tema dei CVC (seminari, convegni, corsi, opuscoli)
- organizzazione e conduzione di studi clinici inerenti i CVC;

- di prevedere che l' "Infusion team" operi sotto la responsabilità diretta del direttore dell'UO di Anestesia e rianimazione, d.m. Assunta Marongiu alla quale è affidato il monitoraggio dell'attività in relazione ad appropriatezza, esiti e sostenibilità economica;
- di incaricare la direzione di Presidio Ospedaliero, il Servizio Risorse umane, il Servizio Bilancio e contabilità, il S. Programmazione e controllo ed il CUP-Ticket Aziendale degli adempimenti conseguenti.

Il Direttore Amministrativo F.F.
Dr. Giovanni Deiana

Il Direttore Sanitario F.F.
d.m. Bruno Pilia

Il Commissario Straordinario
dott. Grazia Cattina

Il Responsabile del Servizio Affari Generali certifica che la presente deliberazione è stata pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Amministrazione per la durata di giorni 15 con decorrenza dal

29 DIC. 2016

Il Direttore del Servizio Affari Generali e Legali

[√]	Esecutiva in quanto atto non soggetto a controllo preventivo (art. 29, 2° comma L.R. 10/2006).
[ ]	Esecutiva in data _____ in quanto al controllo regionale non sono stati riscontrati vizi (art. 29, 1° comma L.R. 10/2006).
[ ]	Annullata in sede di controllo regionale con decisione n°_____ del _____ (art. 29, 1° comma L.R. 10/2006).

Il Direttore del Servizio Affari Generali e Legali

Protocollo n° PG/2016/ 28636 Lanusei, lì 29 DIC. 2016

DESTINATARI:

- Commissario Straordinario
- Collegio Sindacale
- Servizio AA.GG e Legali
- Servizio Bilancio
- Servizio Personale
- Direttore Presidio Ospedaliero
- Direttore DSMD
- Direttore del Distretto Socio-Sanitario
- CUP-Ticket Aziendale

Cateterismo venoso avanzato

1 Premessa 2
2 Scopo 2
3 Campo di applicazione 2
4 Terminologia ed abbreviazioni 3
5 Responsabilità 3
6 Modalità esecutive 4
6.1 Infusion Team 4
6.2 Compiti dell'Infusion Team: 4
6.3 Selezione dei pazienti e dei presidi 5
7 Percorso 6
7.1 Primo accesso 7
7.2 Secondo accesso 7
7.3 Terzo accesso 8
8 Materiali 8
9 Monitoraggio 8
10 Bibliografia 8
11 Allegati 8
11.1 Allegato 1: FlowChart di scelta dell'accesso venoso idoneo 8
11.2 Allegato 2: Modulo di richiesta 8
11.3 Allegato 3: Informativa CVC 8

Rev.	Data di approvaz.	Causale modifica	Redatto da	Approvato da	Validato da	Codificato da
0.0		Prima stesura	GDL	Direttori UUOO PO, DSPO, d.SPS	DSPO	DG
Trasmesso il 27.06.2016			Codificato il		Distribuito il	
Destinatari						
Direttori UUOO PO, SPS, Direttore Distretto						

1 Premessa

Il paziente acuto o affetto da patologie con decorso clinico cronico, talvolta riacutizzato, necessita spesso di farmaci e/o supporto nutrizionale che non sempre possono essere somministrati per via orale o attraverso una vena periferica.

In questi ultimi anni, con l'ampliamento delle tecniche di posizionamento (eco-assistito ed eco-guidato) e delle diverse tipologie di dispositivi (PORT, CVC tunnellizzati, PICC e Midline) associati ad una sempre più crescente domanda di accessi vascolari a lunga permanenza da reparti quali Medicina e Nefrologia o servizi di DH quali Oncologia, appare sempre più necessario lo studio e l'approfondimento del problema per garantire un approccio costo-efficacia adeguato.

Nella nostra Azienda Sanitaria, il posizionamento dei suddetti accessi venosi centrali, la valutazione delle indicazioni, la scelta dei dispositivi da utilizzare e la gestione delle eventuali complicanze non sono attualmente ben definiti; pertanto, appare evidente la necessità di costituire un team multispecialistico in grado di valutare e gestire al meglio questi aspetti fondamentali.

2 Scopo

Assicurare la corretta gestione del paziente che necessita del posizionamento di un catetere venoso centrale per migliorare la qualità dell'assistenza definendo i criteri di appropriatezza clinica e il setting assistenziale.

A tal fine gli obiettivi specifici da realizzarsi nei diversi livelli e contesti assistenziali dell'Azienda, consistono nell'assicurare al paziente:

- la sistematica e appropriata valutazione dell'indicazione al posizionamento di una via infusiva venosa;
- l'appropriata, per gli aspetti sia clinici sia organizzativi, scelta del dispositivo endovenoso da utilizzare;
- il posizionamento del suddetto dispositivo in condizioni di massima sicurezza e professionalità per il paziente stesso;
- la gestione delle eventuali complicanze correlate alla procedura.

3 Campo di applicazione

Tutti i pazienti che necessitano di un accesso venoso avanzato nella ASL di Lanusei.

4 Terminologia ed abbreviazioni

CVC	Catetere Venoso Centrale
PiCC	Catetere Venoso Centrale ad inserzione periferica
CICC	Catetere Venoso Centrale ad inserzione centrale
FICC	Venoso Centrale ad inserzione Femorale
UO	Unità Operativa
SC	Struttura Complessa
CUP	Centro Unico di Prenotazione
EBPM	Eparine a Basso Peso Molecolare

5 Responsabilità

In relazione al processo specificato dalla presente procedura.

Il direttore dell'UO di Anestesia e Rianimazione e di Chirurgia ha la responsabilità di:

- approvare la procedura;
- distribuire la procedura ai medici dell'UO;
- vigilare in merito alla corretta attuazione della presente procedura da parte degli operatori dell'UO;
- registrare le eventuali non conformità;
- conservare la documentazione clinica del paziente.

Il coordinatore infermieristico dell'UO di Anestesia e Rianimazione ha la responsabilità di:

- distribuire la procedura agli operatori delle professioni sanitarie dell'UO;
- vigilare in merito alla corretta attuazione della presente procedura da parte degli operatori dell'UO;
- segnalare le eventuali non conformità;
- assicurare l'approvvigionamento di farmaci e presidi;
- sorvegliare il buon funzionamento delle apparecchiature assicurando le adeguate manutenzioni ordinarie e straordinarie;
- conservare la documentazione clinica del paziente per quanto di competenza.

Il medico anestesista del "infusion team" ha la responsabilità di:

- valutare l'adeguatezza dell'indicazione posta dal medico curante riguardo il posizionamento di una via infusiva venosa "avanzata" in collaborazione con il chirurgo;
- scegliere il dispositivo endovenoso più adatto allo specifico paziente;
- posizionare il suddetto dispositivo endovenoso in collaborazione col chirurgo ove previsto;
- gestire le eventuali complicanze.

Il medico chirurgo del "infusion team" ha la responsabilità di:

- valutare l'adeguatezza dell'indicazione posta dal medico curante riguardo il posizionamento di una via infusiva venosa "avanzata" in collaborazione con l'anestesista;
- collaborare con l'anestesista-rianimatore al posizionamento del dispositivo endovenoso scelto e nel gestire eventuali complicanze.

L'infermiere dell'UO di Anestesia e Rianimazione ha la responsabilità di:

- posizionare particolari dispositivi endovenosi definiti PICC
- compilare la documentazione per quanto di competenza
- verificare la presenza della documentazione;
- compilare registro di carico e scarico degli stupefacenti;
- scaricare i farmaci ed i presidi utilizzati.

L'infermiere di Sala Operatoria ha la responsabilità di:

- collaborare con l'operatore nelle attività di preparazione e di esecuzione della procedura.

6 Modalità esecutive

6.1 Infusion Team

Gruppo multidisciplinare, la cui composizione è formulata come segue:

- n° 2 anestesisti-rianimatori;
- n° 1 chirurgo;
- n° 2 infermieri.

6.2 Compiti dell'Infusion Team:

- definizione degli aspetti clinici ed organizzativi correlati ai criteri per il posizionamento, la scelta del tipo di dispositivo da posizionare, le modalità di posizionamento, la gestione periprocedurale, la diagnosi ed il trattamento delle eventuali complicanze
- aggiornamento della linea guida in base alle nuove evidenze scientifiche disponibili in letteratura e ai risultati della verifica dell'applicazione della stessa;

- organizzazione e conduzione di iniziative di formazione sul tema dei CVC (seminari, convegni, corsi, opuscoli)
- organizzazione e conduzione di studi clinici inerenti i CVC;

Ogni componente del gruppo si muove in autonomia operativa, pur seguendo linee guida e comportamenti comuni e condivisi dal resto del team. Tutti i cateteri posizionati sono soggetti a follow-up, in particolare per quanto riguarda l'incidenza di complicanze infettive.

6.3 Selezione dei pazienti e dei presidi

Per selezionare adeguatamente i pazienti da sottoporre a posizionamento di una via infusiva venosa avanzata vanno fatte attente considerazioni per quanto riguarda le indicazioni al posizionamento, la tipologia di catetere e le eventuali complicanze (vedi Allegato 1: FlowChart di scelta dell'accesso venoso idoneo).

a. Gli accessi venosi centrali presentano numerose indicazioni fra cui:
   - infusione di fluidi ed elettroliti, somministrazione di farmaci (per esempio amine e chemioterapici),
   - somministrazione di nutrizione parenterale,
   - esecuzione di emodialisi e plasmaferesi
   - inaccessibilità delle vene periferiche a causa, non infrequentemente, di esaurimento del patrimonio venoso.

Ad oggi non esistono chiare indicazioni in letteratura volte a prediligere i PICC o i CICC/FICC eccezion fatta per il paziente severamente scoagulato nel quale possono essere preferiti i primi o il paziente che necessiti una CRRT (Continuous Renal Replacement Therapy) o una via venosa in regime di emergenza/urgenza nelle quali condizioni possono essere preferiti i secondi. Nelle restanti ed innumerevoli restanti condizioni rimane la discrezionalità del medico.

La letteratura rimarca un maggiore rischio trombotico per quanto riguarda i PICC e un maggiore rischio infettivo per quanto riguarda i FICC/CICC più basso per i cateteri posizionati in vena ascellare/succlavia e più alto per i cateteri posizionati in vena femorale.

b. Gli accessi venosi possono essere scelti in relazione alla durata ipotetica di permanenza in situ nel paziente che ne abbia necessità:
   - gli accessi venosi a breve termine possono essere posizionati in una vena periferica o centrale e possono permanere in situ rispettivamente da 1 a 4 settimane circa;
   - gli accessi venosi a medio termine possono essere mantenuti in situ per circa 1-3 mesi; si tratta di cateteri esterni non tunnellizzati e il loro principale impiego risiede nella necessità per il paziente di nutrizione parenterale e/o di farmaci cardio-vasoattivi;

- gli accessi venosi a lungo termine vengono utilizzati per praticare particolari terapie (nutrizione parenterale o chemioterapia) per periodi più prolungati (mesi o anni). Sono cateteri tunnellizzati che a loro volta possono essere suddivisi in totalmente e
- parzialmente impiantati. I primi sono indicati per un uso ciclico o episodico, gli altri per un uso quotidiano.
- Inoltre esistono dei particolari cateteri venosi detti PICC (Peripherally Inserted Central Catheters) introdotti in una vena periferica (utilizzando le vene principali del braccio) ma la cui terminazione si immette in una vena centrale. Infine i Midline sono dei cateteri venosi inseriti perifericamente ma la cui punta, pur raggiungendo le vene ascellare o succlavia, non raggiunge una sede centrale. Sia i PICC che i Midline sono preferibili rispetto ai cateteri venosi periferici quando la durata della terapia è prevedibilmente superiore ai 6 giorni.

c. Una recente classificazione topografica prevede una suddivisione basata sulla sede cutanea di introduzione del catetere: abbiamo così, oltre ai già citati PICC, i CICC (Central Inserted Central Catheters) e i FICC (Femoral Inserted Central Catheters) che, pur raggiungendo con la propria estremità la sede centrale, vengono inseriti a livello rispettivamente periferico, centrale (vene ascellare/succlavia o giugulare) o femorale. Tale distinzione sottende anche una differenziazione per ciò che concerne il rischio infettivo che risulta maggiore per i FICC e, in senso decrescente, rispetto ai CICC inseriti in vena giugulare, ai CICC inseriti in vena ascellare/succlavia e ai PICC, in funzione della decrescente carica batterica cutanea vigente nei suddetti siti.

d. Le procedure di posizionamento dei cateteri venosi, soprattutto centrali, possono presentare delle complicanze per fortuna rare al giorno d'oggi grazie all'impiego dell'ecografia. L'ecografia guida il posizionamento dei cateteri venosi in sede periferica (vene cefalica/basilica), femorale o centrale (vene ascellare e giugulare). Esse possono essere suddivise in immediate (p.e. sanguinamento, pneumotorace, aritmie da guida metallica) e tardive (fenomeni infettivi o trombotici). Benchè rare tali complicante possono risultare purtroppo fatali.

7 Percorso

- primo accesso;
- secondo accesso;
- terzo accesso.

7.1 Primo accesso

La richiesta (**Allegato 2**), compilata in tutte le sue parti dal medico specialista (oncologo, nefrologo, anestesista o altro specialista), viene inoltrata al Team situato presso la UO di Anestesia e Rianimazione.

Il paziente viene contattato da uno dei componenti del team e concordato un appuntamento.

Il paziente si presenta presso la UO di Rianimazione nel giorno stabilito con il referto di emocromo, del profilo coagulativo ed con ogni altra documentazione sanitaria in suo possesso.

In questa fase:

- viene eseguita anamnesi mirata verso le principali patologie, le precedenti sedazioni/anestesie, le terapie farmacologiche e le eventuali allergie;
- viene eseguito esame obiettivo e valutazione di esami ematochimici (indispensabile la valutazione di un assetto coagulativo recente),
- vengono indagate le terapie domiciliari (in particolar modo eventuale terapia antiaggregante/anticoagulante);
- viene eseguita la valutazione della tipologia di accesso venoso avanzato più appropriato di cui si pianificherà l'impianto;
- in assenza di controindicazioni, previa sottoscrizione di consenso informato a seguito di informazione tramite informativa scritta e colloquio relativo al rapporto rischi e benefici legati alla procedura, il paziente verrà inserito nel sistema SISAR come ricovero in DH.

7.2 Secondo accesso

Il giorno in cui viene pianificata l'esecuzione della procedura il paziente deve presentarsi presso il reparto di Rianimazione digiuno da almeno 6 ore. Qualora necessitasse di un sistema totalmente impiantato, viene preparato per l'accesso in sala operatoria. Di norma viene garantito un accesso vascolare periferico e viene preparata l'area cutanea sulla quale verrà posizionato il catetere venoso.

Durante la procedura al paziente, sottoposto ad eventuale analgosedazione , viene garantito il monitoraggio delle funzioni vitali: saturimetria, pressione arteriosa, monitoraggio elettrocardiografico e della frequenza cardiaca.

Al termine della procedura viene eseguita una radiografia del torace per confermare il corretto posizionamento del catetere ed escludere eventuali complicanze.

Il paziente viene sorvegliato e monitorato nel reparto per un periodo variabile da 3 a 6 ore.

Dopo tale periodo il paziente viene inviato a domicilio accompagnato da un familiare o altra persona da lui indicata.

7.3 Terzo accesso

A distanza di 7-10, giorni dalla procedura, come indicato nel foglio di dimissione, si esegue valutazione dello stato locale ed eventuale rimozione dei punti di sutura e dimissione definitiva anche sul sistema SISAR.

8 Materiali

- Kit appropriato per la tipologia di accesso venoso centrale
- Teleria e strumentario chirurgico sterile
- Agocannula per vaso periferico
- Farmaci per la sedazione

I costi dei Kit vascolari utilizzati verranno imputati allo specifico centro di costo all'interno della SC di Anestesia e Rianimazione. Nei casi in cui il paziente sia ricoverato nel PO N.S. della Mercede viene attribuito al centro di costo richiedente.

9 Monitoraggio

Vengono elaborati report semestrali relativi al numero, alla tipologia di device utilizzato, alle complicanze ed ai costi di gestione.

10 Bibliografia

1. N.J.M. Cano et al, ESPEN Guidelines for adult parenteral nutrition, Clinical Nutrition 2009; 28:359-479;
2. J. Marschall et al; Strategies to Prevent Central Line–Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update; Infection Control and Hospital Epidemiol Vol. 35, No. 7, July 2014;
3. H. P. Loveday et al, National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England, Journal of Hospital Infection 86S1 (2014) S1–S70.

11 Allegati

11.1 Allegato 1: FlowChart di scelta dell'accesso venoso idoneo

11.2 Allegato 2: Modulo di richiesta

11.3 Allegato 3: Informativa CVC

Rev.	Data di approvaz.	Causale modifica	Redatto da	Approvato da Direttori UO	Validato	Codificato
0.1	26.06 2016	Prima stesura	GDL Dettori Cristina d.m. Anestesia Loddo Francesco d.m. Anestesia Vacca Antonio d.m. Chirurgia Podda Ignazio Inf. Anestesia Vargiu Carla Inf. Anestesia	Anestesia e Rianimazione Chirurgia Servizio Farmaceutico Direttore SPS	Direzione di PO	Direzione Generale