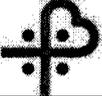
 <b>ASLCagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 1 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

# INTUBAZIONE DIFFICILE NEL BLOCCO OPERATORIO

ATTIVITA	RESPONSABILE	FIRMA
Redazione e Verifica	Gruppo di lavoro aziendale	
Approvazione	Direzione Generale	
Emissione e distribuzione	<ul style="list-style-type: none"><li>• SSD Accreditamento Istituzionale</li><li>• Qualità e Risk Management</li></ul>	

 <b>ASL Cagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 2 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

**GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE**

<i>Dr. Aldo Monni</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Dr. Antonio Saiu</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Dr. Ferdinando Corrias</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Dr. Luigi Fucas</i>	<i>Infermiere</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Dott.ssa M. Vincenza Monni</i>	<i>Infermiera</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Dr. Luciano Serra</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Anestesia P.O. Businco</i>	<i>Redazione e Verifica</i>
<i>Dr. Cristiano Chirra</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Anestesia P.O. SS Trinità</i>	<i>Verifica</i>
<i>Dr. Vittorio Floris</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Anestesia P.O. Marino</i>	<i>Verifica</i>
<i>Dr. Antonello Murgia</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Anestesia P.O. San Marcellino</i>	<i>verifica</i>
<i>Sig.ra Raffaella Conte</i>	<i>Infermiera</i>	<i>Anestesia P.O. SS.Trinità</i>	<i>Verifica</i>
<i>Sig.ra Arianna Piludu</i>	<i>Infermiera</i>	<i>Anestesia - P.O. San Marcellino</i>	<i>Verifica</i>
<i>Sig. Gabriele Cozza</i>	<i>Cord. Infermieristico</i>	<i>Anestesia P.O. SS Trinità</i>	<i>Verifica</i>
<i>Dott.ssa Luciana Cauli</i>	<i>Infermiera</i>	<i>Servizio delle Professioni Sanitarie</i>	<i>Verifica</i>
<i>Dott.ssa Sandra Cardis</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SC Qualità e Risk Management</i>	<i>Verifica</i>

 <b>ASLCagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 3 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

<i>Indice</i>	<i>Pagina</i>
<i>1. Scopo</i>	<i>4</i>
<i>2. Campo di applicazione</i>	<i>4</i>
<i>3. Abbreviazioni Definizioni e terminologia</i>	<i>4</i>
<i>4. Responsabilità</i>	<i>5</i>
<i>5. Descrizione Attività</i>	<i>5</i>
<i>6. Validazione</i>	<i>9</i>
<i>7. Materiali e strumenti utilizzati</i>	<i>10</i>
<i>8. Bibliografia e riferimenti normativi</i>	<i>10</i>
<i>9. Allegati</i>	<i>10</i>
<i>Allegato n°1: Carrelli dedicati</i>	<i>11</i>
<i>Allegato n°2: Algoritmo gestione vie aeree difficili del Gruppo di Studio SIAARTI</i>	<i>12</i>
<i>Allegato n°3: Algoritmo Decisionale</i>	<i>13</i>

 <b>ASL Cagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 4 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

## 1.SCOPO

Questa procedura ha come scopo la corretta gestione delle vie aeree del paziente da sottoporre ad intervento chirurgico o a procedure invasive in caso di ventilazione/intubazione difficile prevista o imprevista.

## 2.CAMPO DI APPLICAZIONE

Si applica a tutti i pazienti, ricoverati in regime ordinario o in DS, che devono effettuare un'anestesia generale o loco-regionale per interventi chirurgici od altre procedure diagnostico/terapeutiche effettuate in elezione o in urgenza; essa verrà utilizzata da tutti gli anestesisti e rianimatori dell'azienda ASL di Cagliari.

## 3. ABBREVIAZIONI TERMINOLOGIA DEFINIZIONI

**FOB:** fibrobroncoscopio flessibile

**LMA:** laryngeal mask air way (maschera laringea)

**DS:** Day Surgery

**SpO2:** Saturazione periferica transcutanea di ossigeno nel sangue

**BMI:** Body Mass Index (indice di massa corporea)

**Difficolta' di controllo della via aerea:** difficoltà a ventilare (con maschera facciale o altro presidio extra-glottico) e/o ad intubare con attrezzatura standard (laringoscopia a lama curva e tubo semplice).

**Difficolta' a Ventilare In Maschera :** ogniqualvolta non si riesca a somministrare al paziente il volume corrente richiesto se non ricorrendo ad un ausilio (ad esempio cannula orofaringea o ventilazione a tre mani se si impiega la maschera facciale) o all'abbandono della procedura standard (ad esempio la maschera facciale per un presidio extra-glottico) o all'intubazione direttamente (ad esempio per insuccesso del presidio extra-glottico) .

**Intubazione Difficile e/o Impossibile:** la manovra eseguita in posizione corretta della testa con manipolazione della laringe che sia stata caratterizzata da:

- a) laringoscopia difficile (intesa in senso lato);
- b) necessità di eseguire più di un tentativo;
- c) necessità d'impiego di presidi e/o procedure diverse da quelli standard;
- d) rinuncia e differimento.

 <b>ASL Cagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 5 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

**Laringoscopia Difficile:** l'impossibilità di vedere le corde vocali anche con la manipolazione esterna del laringe.

#### 4. RESPONSABILITÀ

##### Pianificazione della difficoltà di gestione delle vie aeree IMPREVISTA

<i>Attività</i>	<i>Funzione</i>	Anestesista	Infermiere
Arrivo del paziente in sala operatoria: Verifica cartella anestesiologicala con eventuali note di difficoltà di gestione delle vie aeree Rivalutazione della difficoltà di gestione delle vie aeree		R	
Induzione anestesia, Laringoscopia diretta, Intubazione difficile : Quantificazione della difficoltà di gestione delle vie aeree (Cormack e Lehane) Richiesta di collaborazione		R	C
Intubazione fallita: Limitare il numero dei tentativi, Ossigenare il paziente, Revisione della tecnica		R	R
Intubazione fallita e/o difficoltà a ventilare: in caso di difficoltà a ventilare passare precocemente dalla maschera facciale alla LMA e/o ad altri presidi sopraglottici		R	R
Posizionamento presidio sopraglottico: e il paziente è ventilabile prosecuzione o risveglio in relazione all'intervento chirurgico e all'urgenza		R	R
Ventilazione e Ossigenazione fallita: Riposizionare maschera facciale. Se successo posporre intervento e svegliare il paz Programmare intubazione con FOB		R	R
Ventilazione e Ossigenazione fallita: Se aumento ipossiemia effettuare cricotomia percutanea e svegliare il paz Programmare intubazione con FOB		R	R

**R: RESPONSABILE C: COLLABORA**

#### 5. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

La gestione delle vie aeree presenta tante variabili e le procedure proposte non sempre hanno una evidenza scientifica, ma sono indicate in base all'esperienza personale; quindi anche in questo documento useremo la seguente terminologia riferita alle raccomandazioni proposte:

- Consigliabile, quando viene suggerita all'operatore;
- Sconsigliabile, quando non viene suggerita all'operatore;
- Indispensabile, quando la raccomandazione è vincolante.

 <b>ASL Cagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 6 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

È consigliabile, sia in condizioni elettive sia in urgenza, sia in previsione di una anestesia generale che loco-regionale, una raccolta anamnestica e una valutazione preoperatoria accurata e mirata al problema delle vie aeree.

Esse permettono di prevedere buona parte delle difficoltà e consentono di pianificare il modo per affrontarle.

È consigliabile che tutti i rilievi fatti vengano riportati per iscritto nella cartella di anestesia.

In condizioni elettive o in urgenza, in previsione di una anestesia generale o loco-regionale, l'anestesista personalmente coinvolto nell'esecuzione dell'anestesia deve valutare il paziente dal punto di vista della gestione delle vie aeree per quanto riguarda la ventilazione e l'intubazione.

La previsione preoperatoria di problemi di gestione delle vie aeree e la difficoltà di intubazione, esclude automaticamente il paziente da programmi di day surgery.

Dal momento che nessun test è in grado di escludere una difficoltà imprevista, è consigliabile che vengano fatti sempre rilievi multipli sia per la ventilazione che per l'intubazione. Per quanto riguarda quest'ultima è indispensabile l'esecuzione sistematica di:

- Test di Mallampati e sua modifica con la fonazione
- Misura della distanza interdentaria
- Misura della distanza mento-tiroide
- Misura del grado di prognatismo mascellare e sua correggibilità
- Misura della mobilità e della flessione-estensione del collo
- Valutazione di alterazioni anatomiche
- Valutazione del BMI

Tutte le valutazioni effettuate devono essere registrate nella cartella anestesiologicala.

La gestione perioperatoria delle vie aeree prevede un algoritmo di comportamento in caso di difficoltà prevista o imprevista.

#### **Pianificazione della difficoltà prevista**

- Nella difficoltà prevista, prescindendo dalla sua entità, l'anestesista deve informare il paziente in modo dettagliato sui rischi della procedura ed acquisire il consenso informato scritto sul programma di intubazione previsto.

 <b>ASL Cagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 7 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

- L'anestesista deve informare il paziente in modo dettagliato sulle strategie che intende applicare in caso di insuccesso ( ad esempio risveglio o ricorso al fibroscopio).
- La procedura deve prevedere la presenza contemporanea di almeno due operatori medici .
- E' indispensabile una preossigenazione adeguata ed il monitoraggio continuo della SpO2 durante le manovre anche se non eseguite in narcosi.
- E' consigliabile che la difficoltà prevista grave venga possibilmente affrontata senza abolire la coscienza ed il respiro spontaneo.
- La procedura consigliabile come prima scelta per il paziente adulto collaborante è l'intubazione fibroscopica eseguita da sveglio, in anestesia di superficie.
- E' indispensabile la monitorizzazione della sedazione e quello della ossigenazione.
- In previsione di difficoltà di intubazione grave con presunta difficoltà ad intubare è sconsigliabile effettuare l'intervento chirurgico in anestesia loco-regionale perché, in caso di complicanze, non è garantito il controllo delle vie aeree.
- L'intubazione con procedure in visione diretta è consigliabile rispetto alle tecniche alla cieca.
- In assenza di collaborazione da parte del paziente e necessità di intubazione fibroscopica in narcosi si devono utilizzare presidi adatti a consentire la ventilazione.
- E' indispensabile che la possibilità di intubare con il fibroscopio sia garantita a tutti i Servizi di Anestesia in modo autonomo o ricorrendo ad altre UU.OO. del P.O.
- Deve essere programmata la formazione degli operatori che utilizzano e gestiscono il FOB.
- E' consigliabile che in condizioni elettive, nell'impossibilità di effettuare tale procedura, il paziente venga indirizzato presso altra struttura.

#### **Pianificazione della difficoltà imprevista**

La scelta dell' anestesista è condizionata dal grado di urgenza dell'intervento chirurgico: elettivo differibile, urgente differibile, urgente indifferibile o di emergenza.

In caso di intervento chirurgico differibile se il paziente non presenta problemi di ossigenazione e di ventilazione con maschera facciale si consiglia il seguente algoritmo:

- Ricerca immediata di collaborazione.
- Quantificazione della difficoltà di laringoscopia in modo da decidere come procedere.

 <b>ASLCagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 8 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

- Rinuncia immediata in caso di valutazione di difficoltà non risolvibile con le opzioni disponibili in quel momento.
- Limitare il numero delle laringoscopie.
- Riossigenare il paziente tra i tentativi di laringoscopia.
- In caso di difficoltà a ventilare passare precocemente dalla maschera facciale alla LMA e/o ad altri presidi sopraglottici considerati equivalenti in relazione all'esperienza individuale dell'anestesista.
- Se persiste difficoltà e/o impossibilità a ventilare effettuare l'accesso cricotiroideo.
- Scelta successiva tra rinviare l'intervento chirurgico, proseguire in anestesia loco-regionale, ricorrere all'intubazione fibroscopica da sveglio in anestesia locale a breve termine o differita.

Nel caso di pazienti non intubabili e non digiuni a rischio di inalazione la prosecuzione dell'intervento chirurgico con la LMA o altri presidi sopraglottici deve essere riservato agli interventi chirurgici urgenti indifferibili ed alle emergenze.

In caso di intervento chirurgico urgente indifferibile o di emergenza l'algoritmo è il seguente:

- Dare sempre la priorità assoluta all'ossigenazione del paziente.
- E' consigliabile che l'anestesista durante i tentativi di laringoscopia ed intubazione scelga uno schema farmacologico che consenta il rapido ripristino dello stato di coscienza e del respiro spontaneo.
- Deve essere presa come riferimento la Classificazione laringoscopica di Cormack e Lehane.
- E' consigliabile rinunciare subito all'intubazione in caso di classificazione di grado 4 o 3 estremo, mentre negli altri casi ridurre il numero dei tentativi.
- I tentativi, oltre che da operatori diversi, devono essere effettuati utilizzando presidi e tecniche alternativi.
- Prima di un nuovo tentativo bisogna riossigenare e verificare la ventilabilità del paziente.
- E' sconsigliabile proseguire nei tentativi d'intubazione al minimo segno di deficit di ossigenazione non immediatamente correggibile.
- Si considera inevitabile la prosecuzione senza intubazione tracheale di un intervento a rischio di vomito se l'emergenza è dichiarata e l'intubazione fallita.
- E' consigliabile il ricorso alla LMA ed altri presidi sopraglottici in modo non tardivo.
- L'intubazione alla cieca attraverso LMA o altri presidi sopraglottici è sconsigliabile in emergenza dopo ripetuti tentativi di intubazione.

 <b>ASL Cagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 9 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

- Non è consigliabile l'utilizzo del FOB in emergenza.
- E' indispensabile acquisire l'esperienza nell'utilizzo di tutti i presidi e delle tecniche sul manichino e con simulazioni cliniche teorico-pratiche.

### **Il paziente non ventilabile-non intubabile**

Dopo ripetuti tentativi di laringoscopia ed intubazione aumenta il rischio di non ventilabilità in maschera facciale.

Per poter ossigenare il paziente bisogna quindi utilizzare precocemente la LMA o altri presidi sopraglottici equivalenti.

Nel paziente non ventilabile-non intubabile bisogna utilizzare le procedure di accesso rapido alle vie aeree quali la puntura della membrana cricotiroidea e la cricotirotomia percutanea.

### **Controllo della posizione del tubo tracheale**

Dopo ogni intubazione difficile è indispensabile verificare il corretto posizionamento del tubo endotracheale con rilievi clinici o la capnografia.

La sicurezza, non sempre possibile, si ha con la visione degli anelli tracheali e della carena mediante il FOB.

### **L'estubazione in sicurezza**

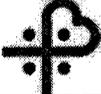
Tra le varie tecniche attuabili, la manovra più sicura al risveglio per poter eventualmente reintubare il paziente è quella di introdurre in trachea attraverso il tubo orotracheale uno scambiatubi con flusso continuo di ossigeno.

Al termine delle procedure l'anestesista responsabile compilerà un report della procedura che resterà nella cartella clinica del paziente.

Si ricorda infine che presso ogni blocco operatorio deve essere allestito un apposito carrello comprendente i presidi necessari per la gestione delle vie aeree difficili (elenco materiale presente in allegato).

## **6. VALIDAZIONE**

N.A.

 <b>ASL Cagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 10 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

## 7. MATERIALI E STRUMENTI UTILIZZATI

- Videolaringoscopio ,
- Fibroscopio
- Carrelli dedicati per Adulto e/o Pediatrico in sala operatoria (Vedi Allegato 1)

### Modulo informativo

In tutti i casi di gestione difficile delle vie aeree, sia prevista che non, il medico anestesista dovrà compilare l'apposito modulo informativo in duplice copia: una da consegnare al paziente al momento della dimissione e l'altra da inserire nella cartella clinica.

Il modulo è predisposto in modo da raccogliere informazioni riguardo a:

- Difficoltà prevista o imprevista
- Alterazioni anatomiche
- Test di Mallampati e/o altre alterazioni verificate
- Visione laringoscopica (secondo Cormack e Lehane)
- Strategia utilizzata ed esito riuscito o meno dell'intubazione
- Presidi utilizzati

Il paziente viene così informato delle problematiche riscontrate, raccomandandogli inoltre di conservare e consegnare il modulo in caso di altre anestesi e/o interventi chirurgici.

## 8. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

### *Linee guida SIAARTI giugno 1998*

Difficult airway algorithm – Anesthesiology, V98, No 5, May 2003: 1269-77

Recommendations for airway control and difficult airway management (Gruppo di Studio SIAARTI vie aeree difficili) – Minerva Anestesiol 2005; 71: 617-657

## 9. ALLEGATI

- Allegato n°1: Carrelli dedicati
- Allegato n°2: Algoritmo gestione vie aeree difficili del Gruppo di Studio SIAARTI
- Allegato n°3: Algoritmo Decisionale

 <b>ASL Cagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 11 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

## ALLEGATO N° 1

### Carrello dedicato

A) Nel blocco operatorio, o in ogni gruppo di sale nei presidi non dotati di blocco unico, deve essere disponibile un carrello per le intubazioni difficili.

Il carrello deve essere dotato dei seguenti presidi:

- Laringoscopio rigido convenzionale con lama curva in versione media e lunga e fonte luminosa a LED
- Maschere facciali misure varie
- Cannule di Guedel misure varie
- Tubi tracheali cuffiati di misura variabile dal 5,5 a 8 ID, semplici ed armati
- Mandrino corto malleabile
- Introduttore tracheale (possibilmente cavo)
- Fibroscopio adulto/pediatrico con relativa fonte luminosa\*
- Fibroxy-mask di varie misure con membrana forata per la ventilazione del paziente durante le manovre col fibroscopio\*
- Videolaringoscopio adulti/pediatrico \*
- Pinza di Magill
- Valigetta con Fastrack Nr. 3-4-5 con relativi accessori e tubi
- Agocannula per puntura cricotiroidea di almeno 14 G
- Set per cricotirotomia percutanea (preferibilmente con tecnica Seldinger)
- Scambiatubi
- Kit per intubazione pediatrica

\* Nei presidi ospedalieri dove non esiste il blocco operatorio unico, è indispensabile per queste dotazioni individuare una localizzazione centralizzata con pronta disponibilità.

Nota bene: dovrà essere previsto il reintegro del materiale di consumo in base ad una check list che accompagna il carrello stesso, insieme al modulo di registrazione da compilare da parte dell'operatore.

 <b>ASL Cagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 12 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

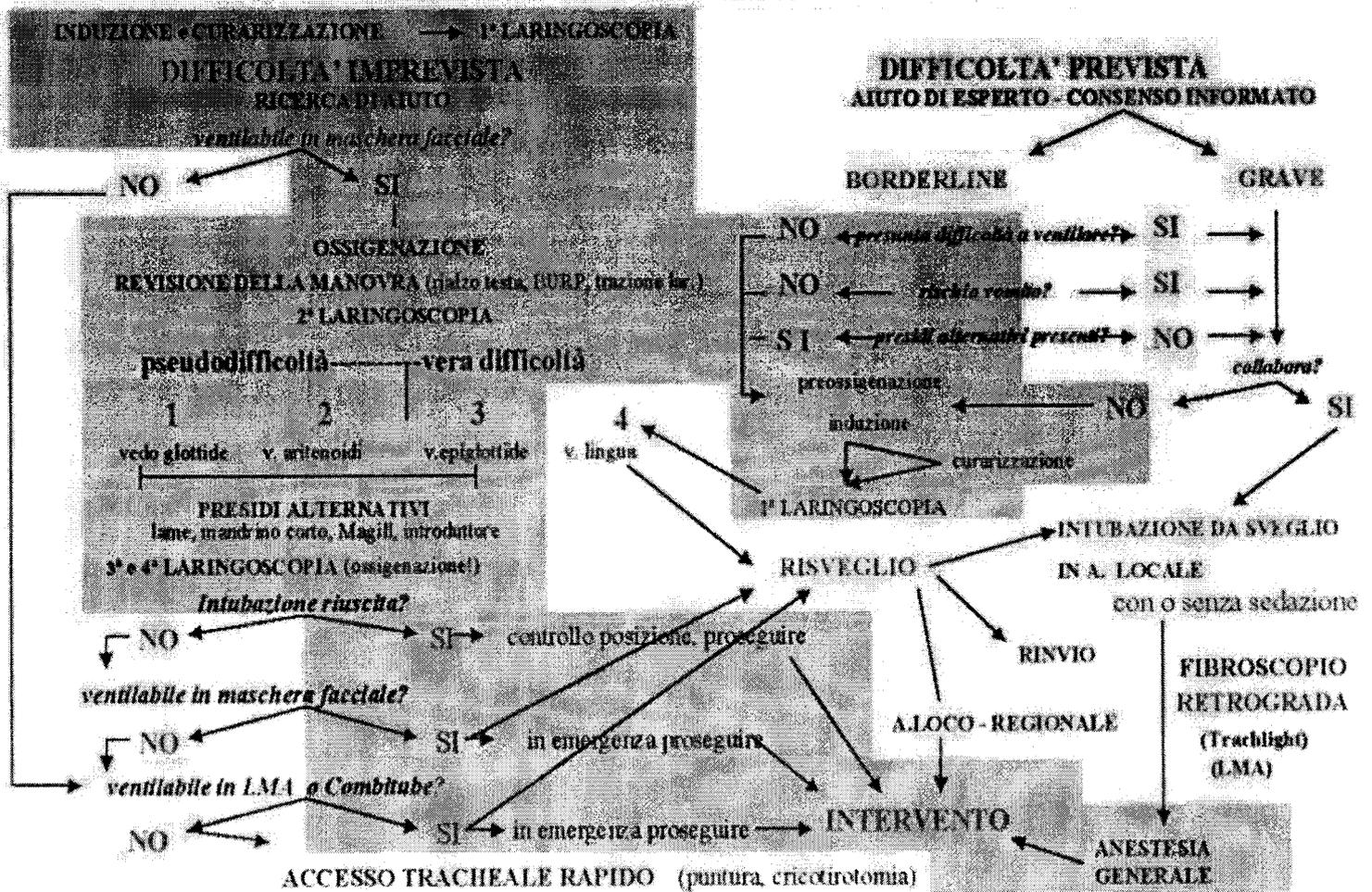
ALLEGATO N°2:

Algoritmo da utilizzare nel paziente con difficoltà di gestione delle vie aeree

# ALGORITMO DECISIONALE

per il medico

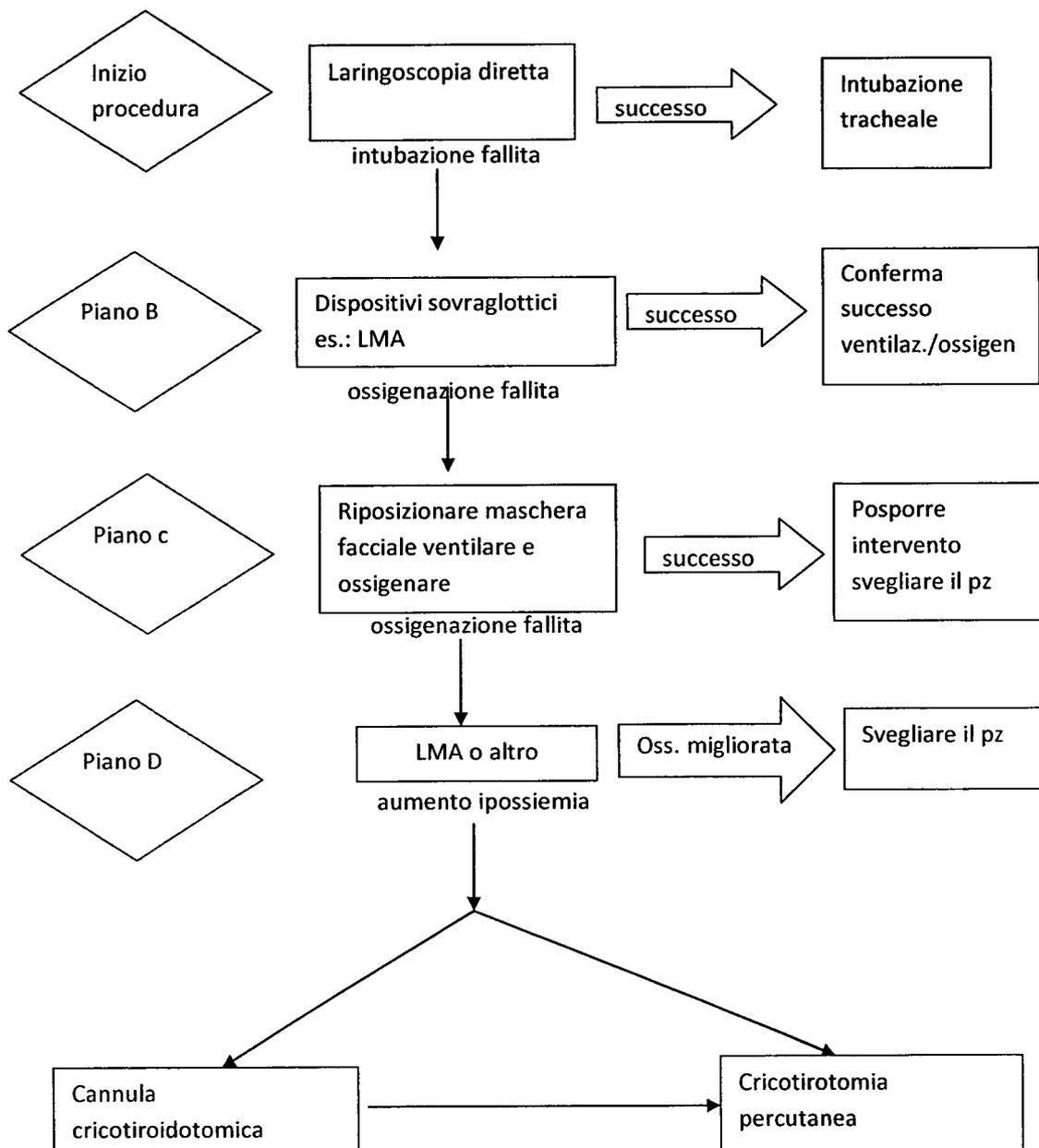
Gruppo di Studio SIAARTI "Vie Aeree Difficili" *Minerva Anestesiol. 1998; 64:361-71*



 <b>ASLCagliari</b>	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Anestesia e Rianimazione	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-016/0 pag. 13 di 13	Intubazione difficile nel blocco operatorio	Data: 16/04/2014 Revisione 0

ALLEGATO N°3

Algoritmo Decisionale



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1466 DEL 21 DIC. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreras*  
 IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Fant*  
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO *Dott.ssa Savino Ortu*

Il presente allegato è composto di n° 7 fogli di n° 13 pagine.

ASL Cagliari  
 Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
 SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie  
 Il Responsabile *Dott. Aldo*