

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 3	Pagina 1 di 11

sedazione moderata e profonda

Rev	Data	Causale della modifica	Condivisa/Valutata
0.0			Coord. Sanitario Distretto Ospedaliero AG 1 Coord. Sanitario Distretto Ospedaliero AG 2 Dir. U.O. Anestesia e Rian. Distr. Osp. AG 1 Dir. U.O. Anestesia e Rian. Distr. Osp. AG 2

Valutata da	Comitato Aziendale Gestione Rischio Clinico	Il Presidente
Approvata da	Direttore Sanitario Aziendale	

Data	Atto Formale	Approvazione Aziendale	
		Il Commissario Straordinario	

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 3	Pagina 2 di 11

- Premessa

La *policy* aziendale sull'assistenza del paziente sottoposto a sedazione moderata e profonda prevede che i pazienti con problemi di salute e bisogni di assistenza simili ricevano cure secondo standard qualitativi e di sicurezza omogenei in tutto l'ospedale e sono coerenti con quanto previsto dallo standard della Joint Commission ASC. 3 *.

Il documento prevede:

- individuazione dei contesti e dei pazienti dove di norma viene utilizzata la sedazione moderata e profonda;
- modalità di pianificazione dell'assistenza ai pazienti;
- documentazione di cui necessita l'équipe di cura per lavorare e comunicare efficacemente;
- considerazioni riguardo a consensi informati;
- requisiti di monitoraggio del paziente;
- qualifiche e le competenze del personale coinvolto nel processo assistenziale;
- disponibilità e l'utilizzo di apparecchiature specialistiche.

ASC. 3 - La sedazione, in particolare la sedazione moderata e profonda, pone dei rischi per il paziente e quindi deve essere erogata utilizzando definizioni, politiche e procedure chiare. I livelli di sedazione progrediscono in un continuum e il paziente può progredire da un livello all'altro, in base al farmaco somministrato, alla via di somministrazione e ai dosaggi. Le considerazioni importanti da tenere presenti comprendono la capacità del paziente di mantenere i riflessi protettivi, di mantenere autonomamente la pervietà delle vie aeree e di rispondere agli stimoli fisici o ai comandi verbali.

Le politiche e le procedure per la sedazione identificano:

- a) le modalità della pianificazione, compresa l'identificazione delle differenze tra pazienti adulti e pazienti pediatrici o altre considerazioni speciali;
- b) la documentazione di cui necessita l'équipe di cura per lavorare e comunicare efficacemente;
- c) le considerazioni riguardo a consensi speciali, laddove appropriati;
- d) la frequenza e il tipo di requisiti per il monitoraggio del paziente;
- e) le qualifiche o le competenze speciali del personale coinvolto nel processo della sedazione;
- f) la disponibilità e l'utilizzo di apparecchiature specialistiche.

Sono inoltre importanti le qualifiche del medico o del professionista qualificato che ha la responsabilità del paziente sottoposto a sedazione moderata e profonda. Il medico o il professionista deve possedere le competenze relative a:

- a) tecniche per le diverse modalità di sedazione;
- b) monitoraggio appropriato;
- c) risposta alle complicanze;
- d) uso di antagonisti;
- e) tecniche di base di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza (come minimo, il BLS).

Il professionista qualificato responsabile effettua una valutazione pre-sedazione del paziente volta ad assicurare che la sedazione e il livello di sedazione programmati siano

appropriati per il paziente. La politica ospedaliera definisce l'ambito e il contenuto della valutazione pre-sedazione.

In aggiunta al medico o un altro operatore sanitario qualificato è responsabile del monitoraggio continuo dei parametri fisiologici del paziente e dell'assistenza in caso di interventi rianimatori o di supporto. Le qualifiche dell'operatore che effettua il monitoraggio e le apparecchiature e i dispositivi utilizzati per il monitoraggio sono gli stessi in tutti gli ambiti ospedalieri, (per esempio in sala operatoria e nell'ambulatorio di odontoiatria) È così possibile garantire un unico livello di assistenza in tutto l'ospedale.

Le definizioni dei livelli di sedazione sono riportate nelle Note.

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>ASC. 3 Pagina 3 di 11</p>	

Elementi Misurabili

1. L'assistenza ai pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda è guidata da politiche e procedure appropriate, che descrivono quantomeno gli elementi di cui ai punti a) – f) dell'intento. (Vedere anche AOP.2, EM 3; MMU.4, EM 1)
2. I professionisti qualificati identificati dallo standard ASC.2(*)partecipano all'elaborazione delle politiche e delle procedure.
3. Viene eseguita una valutazione pre-sedazione, conforme alla politica ospedaliera, per valutare il rischio e l'appropriatezza della sedazione per il singolo paziente.
4. Il professionista medico responsabile della sedazione è qualificato quantomeno negli elementi di cui ai punti g) – k) dell'intento.
5. Un operatore sanitario qualificato effettua il monitoraggio del paziente durante tutto il periodo di sedazione e documenta il monitoraggio.
6. Sono stati elaborati criteri prestabiliti per il risveglio e per la dimissione dalla sedazione e questi criteri sono documentati.
7. La sedazione moderata e profonda è somministrata in base alla politica ospedaliera.

Note

I 3 livelli della sedazione sono i seguenti:

- **sedazione minima (ansiolisi):** stato indotto da farmaci durante il quale il paziente risponde normalmente a comandi verbali. Anche se le funzioni cognitive e di coordinazione possono risultare limitate, la funzionalità respiratoria e cardiovascolare non risultano in alcun modo limitate.
- **sedazione procedurale (o moderata) (precedentemente "sedazione cosciente"):** stato di limitazione della coscienza indotto da farmaci durante il quale il paziente risponde intenzionalmente ai comandi verbali, spontaneamente oppure dopo leggera stimolazione tattile. I riflessi da stimolo doloroso non sono considerati una risposta intenzionale. Il paziente è in grado di mantenere autonomamente la pervietà delle vie aeree, per cui non risulta necessario nessun tipo di intervento per il mantenimento della capacità respiratoria e la ventilazione spontanea risulta adeguata. La funzione cardiovascolare è mantenuta in modo regolare.
- **sedazione profonda / analgesia:** stato di limitazione della coscienza indotto da farmaci durante il quale il paziente non può essere facilmente svegliato, ma risponde decisamente solo dopo una stimolazione ripetuta o dolorosa. La capacità di mantenere la funzione respiratoria autonoma può essere limitata. Il paziente può avere bisogno di aiuto nel mantenimento della pervietà delle vie aeree e la ventilazione spontanea può risultare inadeguata. La funzione cardiovascolare è mantenuta in modo regolare.

- Scopo

La politica si propone di:

1. uniformare i comportamenti degli operatori in tutti gli ambienti in cui si effettua la sedazione moderata e profonda;
2. controllare e, laddove possibile, ridurre i rischi nella gestione del paziente sottoposto a sedazione moderata e profonda;
3. promuovere un'assistenza sicura ed efficiente

- Campo di Applicazione

Le linee di indirizzo sono applicate di norma a tutti i seguenti ambienti ospedalieri di assistenza in cui i pazienti sono sottoposti a sedazione moderata e profonda allo scopo di aumentare il comfort, ridurre o abolire il dolore, consentire la manovra:

- procedure endoscopiche diagnostiche ed operative;
- procedure endoscopiche broncopolmonari;
- procedure radiologiche;
- procedure di cardioversione e di cardiologia interventistica.

I destinatari del documento sono:

- medici anestesisti delle Strutture di Anestesia e Rianimazione;
- infermieri delle Strutture di Anestesia e Rianimazione;
- medici delle Strutture di Endoscopia digestiva, Cardiologia e Radiologia;
- infermieri delle Strutture di Endoscopia digestiva, Cardiologia, Radiologia, Urologia.

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 3 Pagina 4 di 11	

- Indicazioni Operative

Per la definizione di sedazione moderata e profonda la nostra ASP si basa sulla scala di Ramsay.

Ramsay sedation score levels	
1° livello	Paziente ansioso, agitato o irrequieto
2° livello	Paziente tranquillo orientato e collaborante
3° livello	Paziente che risponde solo a chiamata/ai comandi
4° livello	Paziente addormentato, presenta una pronta risposta ad una leggera pressione sulla radice del naso o ad un forte stimolo uditivo
5° livello	Paziente addormentato presenta una risposta rallentata ad una leggera pressione radice del naso o ad un forte stimolo uditivo
6° livello	Paziente addormentato, nessuna risposta ad una leggera pressione sulla radice del naso o ad un forte stimolo uditivo

1. la sedazione minima rientra nei livelli 1 e 2, casi in cui:

- il paziente risponde a tono ed adeguatamente ai comandi verbali senza o con una lieve stimolazione tattile;
- la ventilazione spontanea e la funzione cardiocircolatoria sono adeguatamente mantenute;

2. la sedazione moderata e profonda riguarda i livelli superiori o uguali a 3, casi in cui:

- Il paziente è addormentato e non facilmente risvegliabile, ma risponde a tono e adeguatamente dopo stimolazione dolorosa.
- La pervietà delle vie aeree può essere compromessa e la ventilazione spontanea può essere inadeguata, mentre la funzione cardiocircolatoria è solitamente mantenuta.

La pianificazione del trattamento, sia per l'adulto sia per il bambino, dipende dalla valutazione clinica che viene effettuata prima della procedura o dell'intervento sul paziente. I pazienti vengono sottoposti a valutazione applicando i gradi ASA (American Society of Anesthesiologists), una semplice scala che descrive lo stato in cui si trova il paziente.

Grado ASA

	definizione
ASA 1	Paziente in buono stato di salute, senza nessuna comorbidità e/o storia medica passata o presente clinicamente importante
ASA 2	Paziente con insufficienza sistemica lieve
ASA 3	Paziente che risponde solo a chiamata/ai comandi
ASA 4	Paziente con malattia sistemica severa che né limita l'attività ma non è inabilitante
ASA 5	Paziente con malattia sistemica invalidante in costante pericolo di vita
Grado E	Paziente in situazione di emergenza

La scelta dei farmaci è legata alla tipologia e al livello di sedazione programmata e alle indicazioni della scheda tecnica del farmaco.

Lo specialista programma ed esegue la sedazione adeguata per l'esecuzione della procedura diagnostico/terapeutica, avvalendosi, se necessario, del supporto dell'anestesista in base alla tipologia e alla complessità della prestazione, alle condizioni cliniche e alla *compliance* del paziente.

La sedazione per pazienti pediatrici è sempre effettuata dal medico anestesista.

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 3	Pagina 5 di 11

Matrice di Responsabilità

Figure responsabili	Anestesista	Endoscopista	Cardiologo	Radiologo	Infermiere
Consenso Informato	R				
Identificazione paziente	R	R	R	R	R
Monitoraggio parametri vitali	R				R
Assistenza in corso di procedura e al risveglio	R				R

Documentazione di cui necessita il team sanitario

La documentazione che l'équipe utilizza per la propria attività è così articolata:

- cartella clinica, se paziente ricoverato;
- documentazione ambulatoriale, se paziente esterno;
- modulo del consenso informato specifico per le diverse procedure e interventi in cui è indicato il tipo di sedazione programmato.

L'équipe di lavoro adotta una specifica documentazione per la registrazione delle informazioni relative alla procedura e al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

Tale documentazione è strutturata nel seguente modo:

Fase pre - procedurale:

- valutazione clinica;
- pianificazione del livello di sedazione;
- controllo della presenza del consenso informato.

Fase intra - procedurale:

- monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, S % O₂);
- terapia farmacologica prescritta e somministrata;
- note sulla procedura e sulla sedazione.

Fase post - procedurale, risveglio e dimissione:

- valutazione della presenza dei criteri di dimissibilità e compilazione di una scala specifica.

In caso di sedazione moderata e profonda, è richiesta la presenza dell'anestesista e ciò comporta la compilazione della cartella anestesologica.

Requisiti di monitoraggio del paziente

Il paziente sottoposto a sedazione moderata e profonda viene monitorato come segue:

- Sat. % O₂ obbligatoria in ogni procedura; - pressione arteriosa non invasiva;
- ECG, se indicato;
- ET-CO₂ (capnometria), se indicata.

Al termine della procedura, il paziente è sorvegliato e monitorato fino al recupero dell'autonomia delle funzioni vitali e al raggiungimento delle condizioni per il rientro al reparto di provenienza o all'invio a domicilio. I parametri sono registrati nella scheda anestesologica.

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</p> <p>P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>ASC. 3</p>	<p>Pagina 6 di 11</p>

- Bibliografia

1. Calderini E et al.: SIAARTI Study Group for Safety in Anesthesia and Intensive Care. "Recommendation for anesthesia and sedation in nonoperating room locations". Minerva Anestesiol; 71:11-20, 2005.
2. Beyond the Ramsay Scale: "Need for a validated measure of sedating drug efficacy". ICU Crit Care Med; 22: 732-33, 1994.
3. American Society of Anesthesiology: "Guidelines for nonoperating room anesthetizing locations" 1994. "Practice Guidelines for Sedation and Analgesia by Non Anesthesiologists. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists". Anesthesiology; 96:1004-17, 2002.
4. Documento SIED "Linee guida per la sedazione in Endoscopia Digestiva". Febbraio 2006.
5. Korttila K.: "Recovery period and discharge". In White PE, editor: Outpatient anesthesia. New York, 1990, Churchill Livingstone, pp 369-96.
6. Chung F, Ong D, Seyone C et Al: PADSS – "A discriminative discharge index for ambulatory surgery". Anesthesiology; 75:1105, 1991.
7. Michaloliakou C, Chung F: "Does a modified postanesthetic discharge scoring system determine home readiness sooner?" Can J Anaesth; 40:32, 1993.

 ASP AGRIGENTO	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 3	Pagina 7 di 11



Azienda Sanitaria Provinciale
P.O. _____

Allegato 1

CONSENSO INFORMATO DELEGATO

A TRATTAMENTI SANITARI

Il sottoscritto/adichiara di voler rinunciare al diritto di ricevere personalmente l'informazione che mi viene proposta **delegando** a tale scopo il Sig.....

FIRMA.....

Io sottoscritto/a dichiaro che il Sig.

mi ha **delegato** come suo **rappresentante legale** autorizzandomi a fornire il consenso informato per Suo conto in ordine ai trattamenti sanitari a cui lo stesso/a dovrà essere sottoposto.

Dichiaro che il dott. dell'U.O.

- mi ha messo al corrente in merito alla natura ed alle caratteristiche cliniche della malattia di cui è affetto il sig.

- mi ha informato circa le possibilità diagnostico-terapeutiche che offre la struttura sanitaria dove sono, in atto, ricoverato;

- mi ha messo al corrente sia dei probabili benefici sia dei possibili rischi correlati al trattamento.

Affermo di aver preso visione ed acquisito i contenuti del "**foglio di informazioni per il/la paziente**" in merito alla patologia e/o patologie di cui sono affetto, ai trattamenti sanitari (diagnostico/terapeutico) secondo la EBM.

Confermo di avere avuto il tempo necessario per decidere e di essere, inoltre, stato informato che:

- ❖ posso chiedere in qualsiasi momento ulteriori informazioni;
- ❖ posso comunicare al personale medico di esprimere parere negativo alla trattamento medico/chirurgico prima della data programmata anche se precedentemente avevo autorizzato i sanitari al trattamento stesso

Autorizzo/non autorizzo*:

che il sig. venga sottoposto alle procedure diagnostiche e terapeutiche e/o trattamento medico necessari per il miglioramento e/o risoluzione del quadro clinico e/o patologia di cui è affetto/a

Data

Firma del Paziente

Firma del Medico

(*) Cancellare quanto non interessa

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro



Azienda Sanitaria Provinciale
P.O. _____

Allegato 2

CONSENSO INFORMATO DELEGATO A TRATTAMENTI SANITARI
DI SOGGETTI RICONOSCIUTI DAL GIUDICE TUTELARE
INCAPACI DI INTENDERE E DI VOLERE

Io sottoscritto/a esercente la patria potestà del sig....., riconosciuto da giudice tutelare incapace di intendere e di volere,

- dichiaro che il dott.....mi ha messo al corrente in merito alla natura e alle caratteristiche cliniche della malattia di cui è affetto il sig.....;
- di essere stato informato sulle possibilità terapeutiche a cui può essere sottoposto il sig.....;
- di essere stato messo al corrente dei benefici così come dei possibili effetti collaterali correlati al trattamento.

Affermo di aver preso visione ed acquisito i contenuti del **"foglio di informazioni per il/la paziente"** in merito alla patologia e/o patologie di cui sono affetto, ai trattamenti sanitari (diagnostico/terapeutico) secondo la EBM.

Confermo di avere avuto il tempo necessario per decidere e di essere, inoltre, stato informato che:

- ❖ posso chiedere in qualsiasi momento ulteriori informazioni;
- ❖ posso comunicare al personale medico di esprimere parere negativo al trattamento medico/chirurgico prima della data programmata anche se precedentemente avevo autorizzato i sanitari al trattamento stesso

Autorizzo/non autorizzo*:

che il sig venga sottoposto alle procedure diagnostiche e terapeutiche e/o trattamento medico necessari per il miglioramento e/o risoluzione del quadro clinico e/o patologia di cui è affetto/a

Data _____

Firma del Paziente _____

Firma del Medico _____

(*) Cancellare quanto non interessa.

 ASP AGRIGENTO	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 3	Pagina 9 di 11



Azienda Sanitaria Provinciale
P.O. _____

Allegato 3

CONSENSO INFORMATO DELEGATO A TRATTAMENTI SANITARI
DI SOGGETTI MINORI

Io sottoscritto/a esercente la patria potestà del minore

- dichiaro che il dott.....mi ha messo al corrente in merito alla natura e alle caratteristiche cliniche della malattia di cui è affetto il minore.....;
- di essere stato informato sulle possibilità terapeutiche a cui può essere sottoposto il minore.....;
- di essere stato messo al corrente dei benefici così come dei possibili effetti collaterali correlati al trattamento.

Affermo di aver preso visione ed acquisito i contenuti del "**foglio di informazioni per il/la paziente**" in merito alla patologia e/o patologie di cui sono affetto, ai trattamenti sanitari (diagnostico/terapeutico) secondo la EBM.

Confermo di avere avuto il tempo necessario (24/48 ore) per decidere e di essere, inoltre, stato informato che:

- ❖ posso chiedere in qualsiasi momento ulteriori informazioni;
- ❖ posso comunicare al personale medico di esprimere parere negativo al trattamento medico/chirurgico prima della data programmata anche se precedentemente avevo autorizzato i sanitari al trattamento stesso

Autorizzo/non autorizzo*:

che il minorevenga sottoposto alle procedure diagnostiche e terapeutiche e/o trattamento medico necessari per il miglioramento e/o risoluzione del quadro clinico e/o patologia di cui è affetto/a

.....

Data

Firma del Paziente

Firma del Medico

(* Cancellare quanto non interessa.

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 3	Pagina 10 di 11

TEMPI di ATTUAZIONE

Il presente documento entra in vigore a partire dal _____.

La procedura si applica:

- a tutto il personale operante nel Complesso Operatorio
- a tutto il personale sanitario ed infermieristico UU.OO. Anestesia e Rianimazione
- a tutto il personale sanitario ed infermieristico UU.OO. Cardiologia
- a tutto il personale sanitario ed infermieristico UU.OO. Radiologia
- a tutto il personale sanitario ed infermieristico di Endoscopia (digestiva, respiratoria, urologia, ecc.)

La presente procedura sarà consultabile nell'Ufficio:

- Responsabile Complesso Operatorio,
- Direttori UU.OO. Chirurgiche di degenza e cura
- Direttore U.O. di Anestesia e Rianimazione
- Direttore U.O. di Cardiologia ed UTIC
- Direttore U.O. di Radiologia
- Coordinatore Infermieristico UU.OO. di degenza chirurgica
- Coordinatore Infermieristico U.O. Anestesia e Rianimazione
- Resp. *Clinical Risk Management*
- Direzione Sanitaria di Presidio

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 3	Pagina 11 di 11

Lista di distribuzione
Direttore U. O. Anestesia e Rianimazione con obbligo di divulgazione ai sanitari
Coordinatore Infermieristico U.O. Anestesia e Rianimazione con obbligo di divulgazione ad Infermieri Professionali
Direttori UU.OO. Chirurgiche del Presidio Ospedaliero di pertinenza
Direttori UU.OO. Cardiologia e UTIC
Direttori UU.OO. Radiologia
Responsabile Complesso Operatorio Presidio Ospedaliero di pertinenza
Resp. Servizio Infermieristico con obbligo di divulgazione ad Infermieri Professionali AG 1
Resp. Servizio Infermieristico con obbligo di divulgazione ad Infermieri Professionali AG 2
Direzione Sanitaria di Presidio di pertinenza