



Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Ammin.va: Piazzale Menghini n°8/9 – 06129 PERUGIA

Sede Legale: Ospedale S. Maria della Misericordia – S.Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA

Part.IVA 02101050546 – tel.: 075/5781 - fax: 075/5783531 Tel. : 075.5781 – Fax. : 075.5783531 – Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 2394 DEL 29 DIC. 2016

OGGETTO: Deliberazione Giunta Regionale Umbria n° 978 del 9 Settembre 2013 “Protocollo operativo per la gestione dei pazienti con Infarto Miocardio Acuto con soprallivellamento del tratto ST (STEMI). Approvazione”: Atto di recepimento ed adozione relativo Protocollo Operativo.

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la proposta di deliberazione del 28 Dicembre 2016, n° 187 di pari oggetto predisposta della Competente Direzione e allegata a questo atto come parte integrante:

ACQUISITI I PARERI FAVOREVOLI DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO E DEL DIRETTORE SANITARIO

DELIBERA

DI FARE INTEGRALMENTE PROPRIA LA MENZIONATA PROPOSTA DI DELIBERA E DI DISPORRE QUINDI COSI' COME IN ESSA INDICATO

IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Duca)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Maurizio Valorosi)

IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Diamante Pacchiarini)

DELIBERA n° 2394 del 29 DIC. 2016

DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA

PROPOSTA DI DELIBERA n. 187 del 28 Dicembre 2016

Oggetto: Deliberazione Giunta Regionale Umbria n° 978 del 9 Settembre 2013 “Protocollo operativo per la gestione dei pazienti con Infarto Miocardio Acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). Approvazione”: Atto di recepimento ed adozione relativo Protocollo Operativo.

- RICHIAMATA la Deliberazione Giunta Regionale Umbria n° 978 del 9 Settembre 2013 “Protocollo operativo per la gestione dei pazienti con Infarto Miocardio Acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). Approvazione”;
- RITENUTO necessario, in ottemperanza di quanto disposto dal punto 3 della succitata DGR 978/2013, il recepimento di quanto disposto dalla stessa e della contestuale adozione di un protocollo operativo per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI);
- PRESO ATTO a tal fine della proposta di Protocollo denominata “Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)” e relativo allegato A), redatto dal Gruppo di lavoro multidisciplinare composto da personale sanitario delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Umbria, di cui all'allegato 1) del presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- PRESO ATTO che il suddetto protocollo risponde all'esigenze assistenziali per la gestione dei pazienti affetti da tale patologia cardiovascolare;

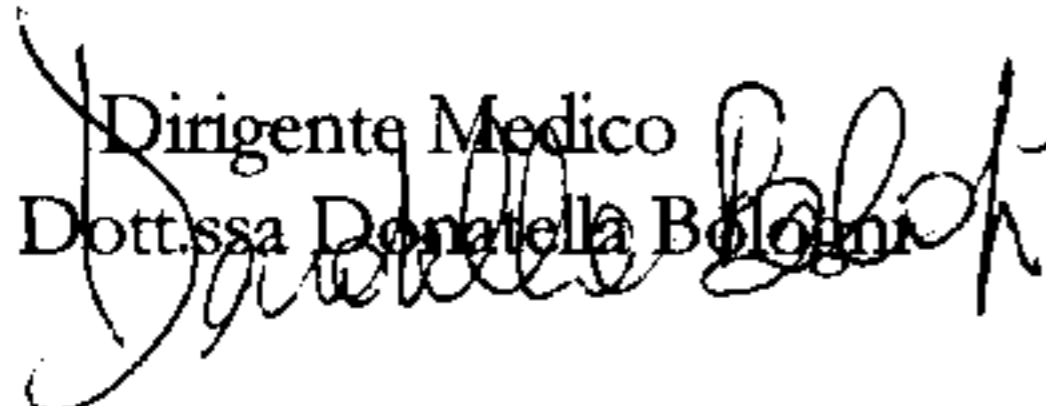
Tutto ciò premesso e considerato

SI PROPONE DI DELIBERARE quanto segue:

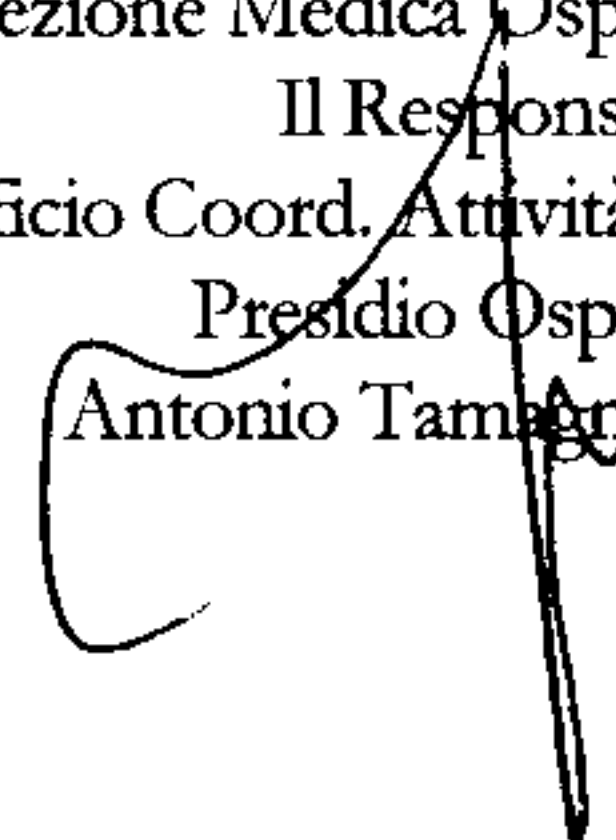
1. RECEPIRE la Deliberazione Giunta Regionale Umbria n° 978 del 9 Settembre 2013 “Protocollo operativo per la gestione dei pazienti con Infarto Miocardio Acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). Approvazione”;
2. STABILIRE, in ottemperanza a quanto previsto dal punto 3 della citata DGR Umbria 978/2013, l'adozione da parte di tutte le Strutture interessate del Protocollo denominato “Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)” e relativo allegato A), quest'ultimo dedicato ai pazienti che giungono al Pronto Soccorso di quest'Azienda e revisionato in data 1 Dicembre 2016, di cui all'allegato 1) del presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
3. TRASMETTERE il presente provvedimento al Servizio Programmazione dell'Assistenza Ospedaliera della Direzione Salute e Welfare della Regione Umbria, alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie USL Umbria 1 e USL Umbria 2 e dell'Azienda Ospedaliera di Terni ed alle Strutture di quest'Azienda interessate, per quanto di successiva competenza.

Direzione Medica Ospedaliera

Dirigente Medico
Dott.ssa Donatella Bologna




Direzione Medica Ospedaliera
Il Responsabile
Ufficio Coord. Attività Amm.ve del
Presidio Ospedaliero
Antonio Tamagnini



Direzione Medica Ospedaliera

Il Direttore
Dott. Diamante Pacchiarini



	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 1 di 18

PROCEDURA OPERATIVA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO CON SOPRASLIVELLAMENTO DEL TRATTO ST (STEMI) PROVENIENTI DA CENTRI PERIFERICI (SPOKE)


Redatto da Referente Gruppo di lavoro
 Del Pinto Maurizio

Verificato da RQ Bracco Costanza Maria

Approvato da Direttore Sanitario
 Diamante Pacchiarini

STORIA DELLE MODIFICHE APPORTATE

Data	Rev.	Motivo del cambiamento
02/09/2013	Rev00	Prima stesura
09/09/2013	Rev 01	Adeguamento Delibera Giunta Regionale
23/05/2014	Rev 02	Ulteriore Controllo documento RQ S.C. Cardiologia
01/12/2016	Rev 03	Aggiornamento protocollo operativo interno

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 2 di 18

SOMMARIO

1. SCOPO.....PAG 1

2.CAMPO D'APPLICAZIONE.....PAG 2

3.RIFERIMENTI..... PAG 2

4.TERMINI ED ABBREVIAZIONI..... PAG 2

5.MODALITA'OPERATIVE.....PAG 4

6. RESPONSABILITA'.....PAG 11

7.MODULI ASSOCIATI.....PAG 12

8.GRUPPO DI LAVOROPAG 12


9. ALLEGATO A AGGIORNAMENTI.....PAG 13

1. SCOPO

In Italia, le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte e il loro impatto in termini di mortalità, morbosità e sui ricoveri ospedalieri si mantiene elevato, rimanendo il primo problema di sanità pubblica.

Ogni anno in Italia circa 150.000 vengono colpite da infarto miocardico acuto. Circa il 50% dei pazienti che decedono per infarto muore prima di raggiungere l'ospedale. La mortalità intraospedaliera per infarto è scesa dal 31% degli anni Sessanta al 18% degli anni Settanta: l'istituzione delle Unità Coronariche con ogni probabilità ha avuto un ruolo importante.

Successivamente, con il diffondersi della trombolisi, la mortalità è scesa al 12%. Attualmente la mortalità è intorno 5-6%; questa ulteriore riduzione può essere dovuta ad una serie di fattori, fra cui il miglioramento della tempestività e della qualità delle terapie, anche grazie al diffondersi delle tecniche di angioplastica primaria (PTCA). La gestione ottimale del paziente con infarto miocardico acuto deve prevedere la creazione di un sistema in rete (network) per l'emergenza tra ospedali (a diversa complessità assistenziale) e territorio, connessi da un adeguato sistema di trasporto, che abbia lo scopo di assicurare la riperfusione ottimale a tutti i pazienti con infarto miocardico acuto con ST sovraslivellato,

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 3 di 18

con strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato, sul profilo di rischio del paziente e dall'altro, sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

L'obiettivo generale di tale sistema per lo STEMI è quello di garantire la migliore strategia di riperfusione per il singolo paziente in relazione alla latenza di presentazione e ai tempi necessari per il trattamento riperfusivo al fine di ridurre mortalità, complicanze precoci e tardive e disabilità residua.

Questo si traduce nella seguenti azioni:

1. Diagnosticare lo STEMI nel più breve tempo possibile;
2. Ottenere il numero più elevato possibile di pazienti riperfusi (angioplastica primaria o fibrinolisi);
3. Rendere disponibili, nel minor tempo possibile, trattamenti adeguati per tutti i pazienti con STEMI, indipendentemente dal luogo dove viene formulata la diagnosi;
4. Ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione Elettrocardiografica a distanza;
5. Garantire percorsi diagnostici e terapeutici tempestivi, preordinati e condivisi.

Quindi lo scopo di questo documento è di descrivere nel dettaglio tutte le fasi procedurali per la gestione in area critica dell'assistito con STEMI (s-t elevation myocardial infarction).

2. CAMPO DI APPLICAZIONE


UTIC, 118, OSPEDALI PERIFERICI, EMODINAMICA

3. RIFERIMENTI

LINEE GUIDA ACC, AHA, ESC, ANMCO, PROCEDURE E REGOLAMENTI AZIENDALI, DGR 978 DEL 09/09/2013

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- U.T.I.C. → Unità Terapia Intensiva Cardiologica
- U.S.I. → Unità Semi Intensiva Cardiologica
- C.P.S. → Infermiere
- O.S.S. → Operatore Socio Sanitario
- C.P.S.E. → Collaboratore Professionale Sanitario Esperto
- MDG → Medico Di Guardia
- T.C. → Temperatura Corporea
- P.V. → Parametri Vitali
- P.A. → Pressione Arteriosa
- FR → Frequenza respiratoria
- E.G.C. → Elettrocardiogramma
- E.G.A → Emogasanalisi
- TR BAND → Device di compressione art. radiale
- STEMI → ST elevation myocardial infarction
- IABP → Contropulsatore aortico

	29 DIC 2016 2335 H	PRO_CARDIO_03	
	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 4 di 18
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)			

- DO → diuresi oraria
- BI → bilancio idrico
- I.A. → Introduttore Arterioso
- I.V. → Introduttore Venoso
- I A/V → Introduttore Arterioso/venoso
- SatO₂ → Saturazione O₂
- C.V.P. → Catetere venoso periferico
- C.V.C. → Catetere venoso centrale
- C.V. → Catetere vescicale
- S.D.O. → Scheda dimissioni ospedaliera
- PMK → Pace maker
- PTCA → Angioplastica
- ADT → Accettazione Dimissione Trasferimento in via telematica
- PCA → percorso clinico assistenziale
- DPS → Dipartimento Professioni sanitarie

5. MODALITÀ OPERATIVE

Il sistema in rete è di tipo **HUB & SPOKE**: esso prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (SPOKE). Un centro viene definito "**HUB**" se dotato di UTIC con Emodinamica H24. Le UTIC dei Centri Hub ricevono e gestiscono tutti gli STEMI che necessitano di angioplastica afferenti direttamente al Centro, trasferite dai Centri Spoke o direttamente dal territorio entrambi tramite il 118. L'UTIC Hub si trova quindi a trattare pazienti con un profilo medio di rischio più elevato.


Un centro viene definito "**SPOKE**" se dotato di UTIC senza Emodinamica. Le UTIC dei Centri Spoke inviano le sindromi coronariche acute che necessitano di angioplastica direttamente al Centro Hub. Il centro Spoke deve avere la disponibilità di ricevere il paziente dopo trattamento interventistico, ove il paziente sia a basso rischio e trasportabile. E' pertanto necessario che ciascuna struttura in grado di diagnosticare e iniziare il trattamento per lo STEMI abbia conoscenza precisa dei tempi necessari per un eventuale trasferimento del paziente nel centro Hub.

Laddove, sulla base delle considerazioni precedenti sia stata prescelta la terapia fibrinolitica come trattamento primario, il paziente deve comunque essere avviato al centro Hub senza attendere la comparsa dei segni di riperfusione a 60-90'. La valutazione della eventuale avvenuta riperfusione viene demandata ai medici dell'UTIC del centro Hub, i quali, una volta ricevuto il paziente decideranno per un'angioplastica secondaria entro 24 ore o una angioplastica di salvataggio immediata (vedi Allegato 1)

Nella nostra Regione attualmente sono attivi 3 centri Hub h24 per 7 giorni la settimana (Perugia, Terni, Foligno).

I rispettivi Centri spoke sono rappresentati:

- per il centro Hub di Perugia da tutte le strutture appartenenti alle precedenti ASL 2 e ASL 1;

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 5 di 18

- per il centro Hub di Terni dalle strutture della precedente ASL 4;
- per il centro Hub di Foligno dalle strutture della precedente ASL 3.

La disponibilità di un centro Hub a ricevere un paziente con STEMI proveniente da un corrispondente centro Spoke deve essere garantita in maniera assoluta e non può essere condizionata dalla disponibilità di posti letto.

Solo in caso di problemi tecnici gravi (per esempio quelli derivanti dal malfunzionamento persistente delle apparecchiature radiologiche) dovrà *preventivamente* essere individuato un centro Hub alternativo.

Allo scopo di aumentare la disponibilità di Posti Letto nelle UTIC dei Centri HUB, i pazienti sottoposti ad angioplastica (PCI) e clinicamente stabili, devono essere ritrasferiti appena possibile all'UTIC del Centro Spoke di provenienza o competente per territorio di residenza. In caso di indisponibilità di posti letto l'UTIC del Centro Spoke dovrà individuare un Centro Spoke alternativo sito nella propria Azienda Sanitaria Locale o nell'altra. Resta, comunque, facoltà delle Direzioni Sanitarie sede dei Centri HUB e Spoke di stilare specifici protocolli interaziendali sulle modalità di ritrasferimento dei pazienti stabilizzati una volta trattati con angioplastica negli HUB.

Tutte le strutture di 1° intervento (Pronti Soccorso, Ambulanze 118, Automediche...) devono essere in grado di teletrasmettere un ECG a 12 derivazioni all'UTIC di riferimento territoriale.

Ciascun Pronto Soccorso deve essere dotato di un protocollo per la gestione operativa dei pazienti con STEMI che si presentano spontaneamente e per i pazienti che si presentano con ambulanza non 118 che non è possibile far afferire direttamente al centro Hub. Tale protocollo gestionale deve essere in grado di eliminare i ritardi dovuti al trattamento intraospedaliero e all'attivazione del 118.

I pazienti sottoposti ad angioplastica (PTCA) nel centro Hub, clinicamente stabili, devono essere ritrasferiti entro 24-48 ore all'UTIC del centro Spoke competente per territorio di residenza.

Il ri-trasferimento al centro spoke di pazienti sottoposti a terapia riperfusiva che non abbiano manifestato per almeno 12 ore alterazioni emodinamiche o respiratorie (scompenso cardiaco, aritmie ventricolari maggiori, recidive ischemiche), può essere effettuato senza accompagnamento medico.

Ruolo del 118


Il 118 deve garantire sia il trasporto primario (dal territorio al presidio ospedaliero) sia il trasporto secondario (da un presidio ospedaliero ad un altro) cioè al centro Hub.

Per garantire la diagnosi più tempestiva tutte le ambulanze dovranno essere dotate, in tempi auspicabilmente brevi, di un sistema efficiente di teletrasmissione ECG, possibilmente unico per tutta la regione.

ASPETTI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

Indicazione alla riperfusione immediata

La riperfusione immediata è di regola indicata in tutti gli STEMI entro 12 ore dall'esordio, o anche più tardivamente se persistono segni o sintomi di ischemia miocardica persistente o ricorrente. Un trattamento conservativo, non riperfusivo, potrà essere preso in considerazione

	<p style="text-align: center;">AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</p>	<p style="text-align: center;">PRO_CARDIO_03</p>	
<p style="text-align: center;">TITOLO</p> <p style="text-align: center;">Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)</p>		<p style="text-align: center;">Rev. 03 Data Dicembre 2016</p>	<p style="text-align: center;">Pagina 6 di 18</p>

solo in pazienti con gravissime comorbidità (per esempio neoplasie avanzate, gravi stati di deterioramento cognitivo). L'età avanzata di per sé non deve controindicare la riperfusione.

Scelta della terapia riperfusiva: Angioplastica primaria (PTCA) o Fibrinolisi

La scelta sarà condizionata dall'età, dalla presenza/assenza di controindicazioni alla terapia fibrinolitica, dalla valutazione dei tempi di latenza dall'esordio dei sintomi qualificanti, dalla valutazione presunta dei tempi di trasferimento in emodinamica

Si rappresentano le seguenti possibilità:

A) Pazienti con età > 75 anni, o in shock cardiogeno o con controindicazioni alla fibrinolisi (vedi Allegato 2): **PTCA**

B) Pazienti con età < 75 anni, non in shock, senza controindicazioni alla fibrinolisi:

B1) Intervallo di tempo dalla insorgenza dei sintomi > 2 ore: **PTCA**

B2) Intervallo di tempo dalla insorgenza dei sintomi < 2 ore:

B2a) Se tempo presunto di trasferimento in emodinamica > 60 minuti: **Fibrinolisi**

B2b) Se tempo presunto di trasferimento in emodinamica < 60 minuti: **PTCA**

Trattamento di base per tutti i pazienti con STEMI

Aspirina (ASA 300 mg masticabili o acetilsalicilato di lisina 250 mg e.v)

Nitrati*

Morfina*

Ossigeno terapia*

*secondo le indicazioni abituali

Protocollo farmacologico pre-PTCA

Tutti i pazienti avviati al centro Hub per eseguire angioplastica primaria devono essere sottoposti a Pretrattamento antitrombotico (oltre all' ASA) con:

Eparina e.v. 70 UI/kg in bolo


Prasugrel 60 mg os (no se precedente TIA/stroke, età >75 anni); oppure Ticagrelor 180 mg (soprattutto per i pazienti già in trattamento con Clopidogrel) oppure Clopidogrel 300 mg se Prasugrel/Ticagrelor non disponibili)

In sala di emodinamica andrà somministrata eparina tenendo conto di quella già somministrata e con un target di ACT 250-350" senza inibitore IIb/IIIa, o 200-250" se associato inibitore IIb/IIIa.

L'utilizzo degli inibitori IIb/IIIa (tipicamente nei pazienti con notevole carico trombotico della coronaria responsabile dello STEMI o con procedura complicata) è lasciata alla decisione dell'operatore.

Analogamente l'utilizzo della bivalirudina (come alternativa alla associazione eparina + inibitore IIb/IIIa), che viene consigliata nei pazienti con rischio elevato di complicanze emorragiche (anziani, insufficienza renale etc), viene lasciata alla discrezione dell'operatore.

L'intervallo di tempo tra la somministrazione del bolo di eparina in ambulanza o in P.S, e il bolo di bivalirudina in emodinamica deve essere di almeno 30'. Il trattamento anticoagulante va, di norma, sospeso dopo la procedura. Nel caso della Bivalirudina è consigliato protrarre l'infusione del farmaco per 4-6 ore dopo la fine della procedura Nel caso in cui non sia stato preventivamente somministrato un inibitore P2Y12 (Prasugrel, Ticagrelor o Clopidogrel) questo dovrà essere somministrato in sala di emodinamica.

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 7 di 18

Protocollo Fibrinolisi

La fibrinolisi dovrà essere eseguita con TNK in base al peso corporeo secondo le modalità indicate nella scheda tecnica.

Alla fibrinolisi deve essere associata terapia con eparina non frazionata ev (60 UI/kg; max 4000 U.I.) e con Clopidogrel per os (300 mg carico).

I pazienti trattati con fibrinolisi dovranno essere trasferiti in centro Hub per esecuzione di PCI rescue (in caso di non avvenuta riperfusione: mancata remissione dell'angor e/o riduzione del sopralivellamento del tratto ST) o per esecuzione di PTCA secondaria, (preferibilmente entro 3-24 ore) in caso di efficace riperfusione.

Nei pazienti con efficace riperfusione dopo fibrinolisi e in attesa di PTCA differita dovrà essere mantenuto trattamento anticoagulante con enoxaparina 100U/kg x 2 volte die.


Scenario A: inizio percorso diagnostico-terapeutico in Ambulanza/Automedica:

Nel caso in cui l'ambulanza/automedica 118 soccorra un paziente con sospetto STEMI sono previsti i seguenti passaggi:

- A. Spogliare il paziente
- B. Il Medico del 118, inviato dalla Centrale operativa unica, invia ECG all'UTIC territoriale di riferimento.
- C. Colloquio telefonico tra il medico del 118 ed il Cardiologo dell'UTIC territoriale di riferimento con decisione sul tipo di riperfusione da attuare in caso nel caso di confermata diagnosi di STEMI .
- D. Il medico del centro spoke avverte il cardiologo del centro Hub dell'arrivo del paziente STEMI
- E. Il cardiologo dell' Hub provvede all'attivazione dell'emodinamica se decisione per PTCA
- F. Se decisione per fibrinolisi il medico 118 esegue direttamente la fibrinolisi in ambulanza
- G. Il Medico del 118 accompagna il paziente al centro hub (in emodinamica se decisione per pPCI; in UTIC se praticata terapia fibrinolitica o se emodinamica non immediatamente disponibile) fino al ricovero del paziente.
- H. Durante il trasporto vengono assicurate le seguenti operazioni:
 - Posizionamento di un accesso venoso in vena antecubitale sinistra, almeno 18 G, con sola infusione di soluzione salina
 - Posizionamento di un secondo accesso venoso se devono essere somministrati farmaci in infusione continua
 - Per l'infusione continua utilizzare pompe-siringa e rampe di rubinetti
 - Riportare sulla siringa dell'infusione la diluizione dei farmaci
 - Applicare sul torace le placche del defibrillatore automatico
 - Eseguire (se possibile) tricotomia inguinale bilaterale e agli avambracci bilateralmente

Scenario B: inizio percorso diagnostico-terapeutico in Pronto Soccorso centro Spoke e predisposizione del paziente per il trasporto secondario

Nel Pronto Soccorso di un Ospedale non dotato di emodinamica interventistica, non appena fatta diagnosi elettrocardiografica di STEMI con indicazioni alla PTCA:

	<p style="text-align: center;">AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</p>	<p style="text-align: center;">PRO_CARDIO_03</p>	
<p style="text-align: center;">TITOLO</p> <p style="text-align: center;">Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)</p>		<p style="text-align: center;">Rev. 03 Data Dicembre 2016</p>	<p style="text-align: center;">Pagina 8 di 18</p>

- attivare immediatamente il mezzo di trasporto più indicato disponibile (teoricamente sempre il 118)
 - contattare il Centro Hub
 - Durante il trasporto vengono assicurate le seguenti operazioni:
 - o posizionare un accesso venoso in vena antecubitale sinistra, almeno 18 G, con sola infusione di soluzione salina
 - o posizionare un secondo accesso venoso se devono essere somministrati farmaci in infusione continua
 - o per l'infusione continua utilizzare pompe-siringa e rampe di rubinetti
 - o riportare sulla siringa dell'infusione la diluizione dei farmaci
 - o applicare sul torace le placche del defibrillatore automatico
 - o predisporre i farmaci necessari per il trasporto già in siringa con la corretta diluizione
 - o eseguire tricotomia inguinale bilaterale e agli avambracci bilateralmente
- I seguenti comportamenti possono comportare un ritardo nell'esecuzione della PTCA e devono pertanto essere evitati:
- eseguire in modo non tempestivo l'ECG (possibilmente entro 10')
 - trasferire il paziente nell'UTIC del proprio Ospedale per la diagnosi
 - attendere l'arrivo del Cardiologo in PS prima di attivare le procedure di trasferimento (eventuale teletrasmissione ECG in UTIC)
 - attendere l'assenso del centro interventistico prima di attivare il mezzo per il trasporto


Scenario C: inizio percorso diagnostico-terapeutico in Pronto Soccorso centro

Hub:

- In questo caso, una volta fatta diagnosi di STEMI, tutti i pazienti dovrebbero, di norma, essere avviati alla riperfusione meccanica. Eccezioni possono essere rappresentate dalla presenza di gravissime comorbidità (che fanno deporre per un atteggiamento conservativo) o dalla indisponibilità temporanea del laboratorio di emodinamica (che può determinare, in casi selezionati, il ricorso alla fibrinolisi per evitare eccessivi ritardi al trattamento).
- Ciascun pronto soccorso dei centri Hub dovrà dotarsi di un protocollo operativo interno che garantisca, sia nella fascia oraria di attività del laboratorio di emodinamica, che in quella notturna o festiva, l'immediata attivazione del personale del laboratorio (in servizio o reperibile) e un percorso del paziente teso ad ottenere la riperfusione nel più breve tempo possibile (possibilmente entro 60 minuti).

Scenario della gestione assistenziale del paziente in UTIC:


- Ricovero
- Rilevazione dati personali:
-
- Presentazione attiva al paziente
- Spogliare il paziente
- Monitorizzazione

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 9 di 18

- Controllo pervietà accesso venoso e/o posizionamento accesso venoso al braccio sn
- ECG 12 derivazioni e se richiesto con V3r, V4r, V7, V8
- Rilevazione parametri vitali (PA, FC, FR, Sat O₂)
- Se il paziente è diabetico si esegue stick glicemico
- Somministrazione ossigenoterapia
- Rimozione protesi mobili (vengono consegnate ai familiari compilando l'apposito modulo, in loro assenza si ripongono nel comodino)
- Prelievo degli esami ematici: emocromo, quadro emostatico, funzione renale, elettroliti, Troponina, CPK massa
- Valutazione del dolore
- Somministrazione della terapia se prescritta
- Firma dei consensi informati per Coronarografia e/o PTCA
- Tricotomia braccio dx e sn e inguine a pantaloncino
- Posizionare se necessario catetere vescicale
- Controllo costante parametri vitali
- Controllo insorgenza aritmie
- Monitorizzazione del paziente con defibrillatore e accompagnarlo in emodinamica

Rientro in reparto dopo CORONAROGRAFIA e/o PTCA

- Monitorizzazione
- Registrazione ECG 12 derivazioni
- Rilevazione parametri vitali
- PA ogni 30 minuti per le prime tre ore e ogni ora per le 12 seguenti (se il paziente ha introduttore arterioso in situ si monitorizza PA cruenta)
- FC
- Sat O₂
- Controllo sedi di inserzione per la procedura
- Polso radiale (TR band, compressiva)
- femorale (compressiva, angioseal o perclose. presenza di introduttori arteriosi e/o venosi in situ)
- Controllare gli arti dove e' stata eseguita la procedura, perfusione, presenza di polso, colore della cute, evidenziare sanguinamenti, ematomi, gonfiori informando il medico
- In base alla Sat O₂ ed alle disposizioni mediche applicare ossigenoterapia
- Somministrare la terapia prescritta
- Applicare liquidi per eliminazione del mezzo di contrasto
- Controllare la diuresi se il paziente ha il CV, altrimenti controllare che riesca ad urinare spontaneamente, in caso contrario applicare CV
- Programmare (in base alle disposizioni del medico) esami ematici a 3 o 6 ore e per la mattina successiva: emocromo, quadro emostatico, funzione renale, elettroliti, Troponina CPK massa

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 10 di 18


- Informare il paziente che non deve alzarsi fino a nuova disposizione medica se ha introduttore in situ informare il paziente che non deve muovere l'arto
- Informare il paziente che non può bere e mangiare per le due ore successive alla procedura
- Allentare gradualmente il TR band in radiale dx dopo 2 ore ed entro 6 ore rimuoverlo (se non ci sono sanguinamenti)
- Durante la procedura può essere stato necessario posizionare:
 - IABP
 - SWAN GANZ
 - PMK PROVVISORIO

CONTROLLO DELL'INSORGENZA DI COMPLICANZE POSTPROCEDURALI


- ARITMIE: ipocinetiche
Ipercinetiche (RIVA)
- VASCOLARI: embolie/trombosi
Pseudoaneurisma
Ischemie dell'arto
Ematomi femorale/radiale. Classificazione: lieve fino 3 cm
Moderato fra 3 e 5 cm
Severo oltre 5 cm
Ematoma retroperitoneale (dolore lombare, segni di anemizzazione controllo emocromo)
- CRISI VAGALI

METABOLICHE nefropatia da mezzo di contrasto

6. RESPONSABILITA'

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 11 di 18


ATTIVITÀ	MDG	Coordinatore sanitario	Infermiere	Oss
ACCOGLIENZA		x	x	x
MONITORIZZAZIONE		x	x	
IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE		x	x	
REGISTRAZIONE ECG		x	x	
RIMOZIONE PROTESI MOBILI			x	x
CONTROLLO ACCESSI VENOSI			x	
PRESCRIZIONE TERAPIA	x	x		
SOMMINISTRAZIONE TERAPIA		x	x	
RILEVAZIONE PV		x	x	
CONTROLLO STICK GLICEMICO se diabetico				x
FIRMA CONSENSI INFORMATI CON INFORMATIVA	x	x	x	
PREPARAZIONE A PEROCEDURA INVASIVA		x	x	x
CONTROLLO TR BAND E/O COMPRESSIVE	x		x	
APPLICAZIONE CV se occorre		x	x	
ATTIVITA' ALBERGHIERA		x		x
PROGRAMMAZIONE DEGLI ESAMI EMATICI	x		x	
POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE		x	x	x
CONTROLLO INSORGENZA ARITMIE	x		x	
CONTROLLO INSORGENZA COMPLICAZE POSTPROCEDURALI	x		x	

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 12 di 18

7 MODULI ASSOCIATI ALLA PROCEDURA

- Algoritmo decisionale
- Controindicazioni alla terapia fibrinolitica

8 GRUPPO DI LAVORO Dott. Cavallini (cardiologia Perugia), Dott. Del Pinto (cardiologia Perugia), Dott. Arcuri (cardiologia Città di Castello), Dott. Maragoni (cardiologia Spoleto), Dott. Patriarchi (cardiologia Foligno), Dott.ssa Mandorla (cardiologia Branca), Dott. Boschetti (cardiologia Terni), Dott. Cozzari (118 Umbertide) e Dott. Borgognoni (118 Assisi) CPSE Falchetti Donatella, CPS Andreucci Gabriele, Aurori Emanuele, Bianchi Marina, Branda Manuela, Caprile Michele, Cerrini Roberta, Dottorini Mirella, Frisone Carmela, Galizia Barbara, Gambelunghe Claudia, Giorgi Alessio, Graziani Roberta, Maiotti Gian Luca, Mancini Anna Rita, Mariotti Andrea, Pannacci Cristina, Pericoli Nicoletta, Polli Mauro, Raiola Stefania, Sonaglia Debora, Trastulla Giovanni, Trotta Monica, OSS Ambrosi Stefania, Bossi Romina, Mirra Elisabetta, Proietti Anna Maria

		ALLEGATO <i>A</i> ALLA DELIBERAZIONE 29 DIC. 2016 2384 PAG. N. 13.	
		AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 13 di 18

9. ALLEGATO A AGGIORNAMENTO

ALLEGATO A AGGIORNAMENTO PROTOCOLLO OPERATIVO INTERNO PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO CON SOPRASLIVELLAMENTO DEL TRATTO ST (STEMI)

A integrazione e aggiornamento del Protocollo aziendale approvato il 23/5/2014 si fornisce il seguente protocollo operativo interno


Versione aggiornata al 1/12/2016

Scenario A: Percorso diagnostico-terapeutico per paziente STEMI che arriva in Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Premessa: fatta diagnosi di STEMI, tutti i pazienti dovrebbero, di norma, essere avviati alla riperfusione meccanica. Eccezioni possono essere rappresentate dalla presenza di gravissime comorbidità (che fanno deporre per un atteggiamento conservativo) o dalla indisponibilità temporanea del laboratorio di emodinamica (che può determinare, in casi selezionati, il ricorso alla fibrinolisi per evitare eccessivi ritardi al trattamento).

Paziente che accede al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia con dolore toracico:

- 1) Effettuare ECG a 12 derivazioni + derivazioni ventricolari destre e V7 e V8 entro 10 minuti dall'arrivo in Pronto Soccorso; posizionare ago cannula (possibilmente in vena antecubitale sinistra)
- 2) Lettura immediata da parte del Cardiologo del Pronto Soccorso dell'ECG (inviare al Cardiologo dell'UTIC solo in caso di assenza del Cardiologo del Pronto Soccorso per Consulenze nei Reparti)
- 3) In caso di diagnosi ECG di STEMI è necessario immediatamente:
 - a) spogliare il paziente, monitorarlo con monitor portatile e applicare le piastre adesive del defibrillatore correttamente sul torace e collegarle all'apparecchio
 - b) misurare i parametri vitali (PA, FC, SpO2)
 - c) applicare O2 in ventimask
 - d) somministrare carico di Ac. Acetilsalicilico 300 mg os masticabili o 250 mg e. v. + carico di Eparina Sodica e. v. 70 UI/Kg in bolo + carico di Prasugrel 60 mg os, no se

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	129 DIC. 2016 N. 2394 PAG. 11	
		PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 14 di 18

precedente TIA o stroke o età superiore ai 75 anni oppure Ticagrelor 180 mg oppure Clopidogrel 300 mg se Prasugrel/Ticagrelor non disponibile

e) somministrare nitrati, beta-bloccanti, morfina secondo le indicazioni abituali

f) effettuare tricotomia inguinale bilaterale e agli avambracci bilateralmente

g) se il paziente è cosciente ed in grado di intendere e volere far firmare il consenso informato alla procedura

4) Nel frattempo il Cardiologo del Pronto Soccorso appena fatta diagnosi di STEMI deve allertare l'emodinamica:

- Dalle ore 8.00 alle ore 17.00, vista la presenza in laboratorio di Emodinamica del personale medico ed infermieristico, è sufficiente chiamare il 2234.

- Dalle ore 17.00 alle 8.00 chiamare il Cardiologo Emodinamista reperibile;

- Dopo aver comunicato con il medico Emodinamista dovrà allertare l'UTIC (2623) per comunicare la presenza del paziente con STEMI in Emodinamica.

5) l'infermiere del Pronto soccorso Cardiologico dovrà:

- dalle 17.00 alle 20.00 chiamare il personale tecnico ed infermieristico presente in Emodinamica al 2234

-dalle 20.00 alle 8.00 chiamare il centralino dell'Ospedale che provvederà a contattare il personale tecnico ed infermieristico di Emodinamica reperibile.


6) non appena il personale dell'Emodinamica comunica la disponibilità della Sala trasportare il paziente direttamente in Emodinamica. In caso di sale impegnate da altre procedure in corso o in attesa dell'arrivo del personale reperibile il paziente andrà inizialmente inviato in UTIC.

7) il paziente va accompagnato in Emodinamica o in UTIC da personale medico ed infermieristico del Pronto Soccorso monitorato, con piastre adesive del defibrillatore correttamente posizionate sul torace e collegate all'apparecchio; devono essere disponibili durante il trasporto farmaci d'urgenza (atropina, adrenalina), cannula di Guedel e Ambu al fine di essere in condizioni di effettuare, se necessario, manovre rianimatorie durante il trasporto.

Scenario B: Percorso diagnostico-terapeutico del paziente STEMI ricoverato in altro Reparto dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

In caso di dolore toracico sospetto per ischemia miocardica che insorga in paziente già ricoverato c/o altro reparto va effettuato entro 10 minuti un ECG a 12 derivazioni + derivazioni ventricolari destre + V7 e V8 da far refertare immediatamente al Cardiologo del Pronto Soccorso.

Una volta effettuata diagnosi di STEMI seguire il protocollo già illustrato per lo scenario A dal punto 3 al punto 7.


	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 15 di 18

Gestione assistenziale del paziente in UTIC:

- Ricovero
- Rilevazione dati personali:
- Presentazione attiva al paziente
- Spogliare il paziente
- Monitorizzazione
- Controllo pervietà accesso venoso e/o posizionamento accesso venoso al braccio sn
- ECG 12 derivazioni e se richiesto con V3r, V4r, V7, V8
- Rilevazione parametri vitali (PA, FC, FR, Sat O₂)
- Se il paziente è diabetico si esegue stick glicemico
- Somministrazione ossigenoterapia
- Rimozione protesi mobili (vengono consegnate ai familiari compilando l'apposito modulo, in loro assenza si ripongono nel comodino)
- Prelievo degli esami ematici: emocromo, quadro emostatico, funzione renale, elettroliti, Troponina, CPK massa
- Valutazione del dolore
- Somministrazione della terapia se prescritta
- Firma dei consensi informati per Coronarografia e/o PTCA
- Tricotomia braccio dx e sn e inguine a pantaloncino
- Posizionare se necessario catetere vescicale
- Controllo costante parametri vitali
- Controllo insorgenza aritmie
- Monitorizzazione del paziente con defibrillatore e accompagnarlo in emodinamica

Rientro in UTIC dopo CORONAROGRAFIA e/o PTCA

- Monitorizzazione
- Registrazione ECG 12 derivazioni
- Rilevazione parametri vitali
- PA ogni 30 minuti per le prime tre ore e ogni ora per le 12 seguenti (se il paziente ha introduttore arterioso in situ si monitorizza PA cruenta)
- FC
- Sat O₂
- Controllo sedi di inserzione per la procedura
- Polso radiale (TR band, compressiva)
- femorale (compressiva, angioseal o perclose. presenza di introduttori arteriosi e/o venosi in situ)
- Controllare gli arti dove è stata eseguita la procedura, perfusione, presenza di polso, colore della cute, evidenziare sanguinamenti, ematomi, gonfiori informando il medico
- In base alla Sat O₂ ed alle disposizioni mediche applicare ossigenoterapia
- Somministrare la terapia prescritta
- Applicare liquidi per eliminazione del mezzo di contrasto

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 16 di 18

- Controllare la diuresi se il paziente ha il CV, altrimenti controllare che riesca ad urinare spontaneamente, in caso contrario applicare CV
- Programmare (in base alle disposizioni del medico) esami ematici a 3 o 6 ore e per la mattina successiva: emocromo, quadro emostatico, funzione renale, elettroliti, Troponina CPK massa
- Informare il paziente che non deve alzarsi fino a nuova disposizione medica se ha introduttore in situ informare il paziente che non deve muovere l'arto
- Informare il paziente che non può bere e mangiare per le due ore successive alla procedura
- Allentare gradualmente il TR band in radiale dx dopo 2 ore ed entro 6 ore rimuoverlo (se non ci sono sanguinamenti)
- Durante la procedura può essere stato necessario posizionare:
 - IABP
 - SWAN GANZ
 - PMK PROVVISORIO

Gestione del paziente in Emodinamica

Le procedure che seguono vengono eseguite in maniera rapida e contemporanea da parte del personale di sala e del medico, al fine di rendere più breve possibile il tempo dall'arrivo in sala del paziente alla riperfusione coronarica.


Fase I: preparazione alla procedura

Medico

- Visiona la documentazione clinica
- Verifica la presenza di precedenti angiografie a carico del paziente
- Informa il paziente del tipo di procedura che verrà eseguita e dei relativi rischi che ne conseguono
- Sottopone al paziente il consenso informato della coronarografia/PTCA (si soprassiede su questo passaggio se condizioni di shock del paziente o nel caso di paziente non collaborante)

Infermiere I e II

- Si accertano che il paziente sia stato preparato come da protocollo
- Verificano che il campo operatorio sia pronto per il trasferimento del paziente sul tavolo angiografico

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 17 di 18

- Trasferiscono il paziente dalla barella al tavolo angiografico
- Posizionano il paziente uniformemente all'accesso arterioso da utilizzare
- Posizionano gli elettrodi per ECG e piastre adesive per defibrillatore
- Controllano la pervietà dell'accesso venoso (lo posizionano se assente) e collegano la via venosa alla sacca di soluzione fisiologica
- Posizionano il capo del paziente per permettere eventuali manovre rianimatorie
- Collegano il monitoraggio dei parametri vitali

TSRM

- Interroga il paziente in merito ad allergie note, in particolare a mezzo di contrasto iodato (e sullo stato di gravidanza se donna in età fertile)
- Inserisce l'anagrafica del paziente nel sistema Elefante seguendo la numerazione del registro aziendale
- Inserisce i dati del paziente nella memoria del Poligrafo
- Imposta le tracce ECG e stampa tracciato ECG 12 derivazioni

Infermieri I e II

- Detergono la zona di elezione vascolare con iodopovidone 10%
- Coprono il pube del paziente con pezza laparatomica sterile e posizionano il telo angiografico
- Posizionano il materiale sterile sul campo operatorio
- Collegano il trasduttore di pressione all'iniettore ACIST
- Effettuano lo spurgo nel circuito ACIST


Fase II: Coronarografia/angioplastica coronarica

Infermieri I e II

- Chiedono al cardiologo il tipo di catetere da utilizzare per la coronarografia
- Assistono il cardiologo emodinamista nella preparazione dell'accesso arterioso

Medico

- Posiziona accesso arterioso
- Esegue angiografia diagnostica
- Valuta indicazione a PTCA ed eventuale necessità di assistenza anestesiologicala in sale
- Esegue eventuale PTCA
- Fornisce indicazioni terapeutiche al personale infermieristico in merito alla terapia antitrombotica

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	ALLEGATO 1 ALLA DELIBERAZIONE 29 DIC. 2016 E. 2331, PAG. N. 18	
		PRO_CARDIO_03	
TITOLO Procedura Operativa per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) provenienti da centri periferici (SPOKE)		Rev. 03 Data Dicembre 2016	Pagina 18 di 18

Infermieri I e II

- Controllano i parametri vitali
- Somministrano farmaci ed ossigeno (se necessario)
- Trascrivono sul modulo infermieristico materiali e farmaci utilizzati
- Eseguono eventuali manovre rianimatorie in collaborazione con il medico anestesista
- Collaborano con il cardiologo emodinamista nell'eventuale posizionamento di pacemaker temporaneo
- Collaborano con il cardiologo emodinamista nell'eventuale posizionamento di contropulsatore aortico

TSRM

- Esegue lo "zero" delle linee di pressione cruenta con stampa del loro azzeramento
- Aiuta il medico emodinamista nella ottimizzazione delle proiezioni e nella acquisizione delle sequenze angiografiche
- Ottimizza la dose radiante con l'utilizzo di schermature e diaframmi
- Ottimizza la qualità dell'immagine radioscopica

Fase 3: post-procedura

Infermieri I e II

- Puliscono con soluz. Fisiol. eparinata la cute del paziente sulla zona di inserzione dell'introduttore
- Tolgono il telo angiografico dal paziente
- Scollegano il monitoraggio dei parametri vitali, mantengono monitorizzazione con defibrillatore
- Trasferiscono il paziente dal tavolo operatorio alla barella
- Trasferiscono il paziente In terapia intensiva cardiologica

Medico

- Fornisce indicazioni sulla terapia antiaggregante da somministrare al personale di sala
- Comunica al collega medico di guardia in merito all'esito della procedura
- Compila il referto della procedura



Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Dir. Gen. e Sede Amm.va: Piazzale G. Menghini n. 8/9- 06129 PERUGIA
Sede Legale: S. Maria della Misericordia in S. Andrea delle Fratte 06156PERUGIA
Partita IVA 02101050546 Tel. 075 5781 - Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

UFFICIO DELIBERAZIONI

ATTESTAZIONI RELATIVE ALLA DELIBERA N. 239h DEL 29 DIC. 2016

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato

CONSTA DI FOGLI 22 incluso il presente ed inclusi gli allegati

Perugia, 29 DIC. 2016

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

E' ESECUTIVA IMMEDIATAMENTE, non essendo soggetta a controllo

HA CONSEGUITO ESECUTIVITA' IL _____

PER PROVVEDIMENTO POSITIVO DELLA GIUNTA REGIONALE N. _____ DEL _____

CHE HA RICEVUTO LA DELIBERA IL _____

PER DECORRENZA DEL TERMINE DI LEGGE PER IL CONTROLLO SENZA RILIEVI DA PARTE

DELLA GIUNTA REGIONALE, CHE HA RICEVUTO LA DELIBERA IL _____

ALTRO (esecutività dopo richiesta di chiarimenti, parziale annullamento dell'atto, annullamento integrale, ecc.. - Specificare gli estremi dei provvedimenti)

Perugia, 29 DIC. 2016

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato,

VIENE PUBBLICATA all'albo pretorio dell'Azienda Ospedaliera di Perugia il 29 DIC. 2016

per la durata di 15 giorni.

Perugia, 29 DIC. 2016

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

Questa copia della delibera sopra indicata è conforme al suo originale esistente presso questo ufficio e consta di n. _____ pagine inclusa la presente

Perugia,

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI