

Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di  
**AGRIGENTO**

DELIBERAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 532 DEL 23 MAR 2022

**OGGETTO: Procedura Operativa – PROTOCOLLO VISITA ANESTESIOLOGICA  
PREOPERATORIA dei P.O. San Giovanni di Dio di Agrigento e Giovanni Paolo II di Sciacca  
(Rev.1)**

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI  
STATISTICI AZIENDALI

PROPOSTA N. 608 DEL 23/03/2022

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Maurizio Galletto

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Dott. Filadelfio Adriano Crao

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

( ) come da prospetto allegato ( ALL. N. \_\_\_\_\_ ) che è parte integrante della presente delibera.

( ) Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

Sig.ra Siracusa Maria  
S.E.F.P.  
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

Dr. Beatrice Sarago  
IL DIRETTORE U.O.C.  
SERVIZIO ECONOMICO  
FINANZIARIO E PATRIMONIALE

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

23 MAR 2022

L'anno duemilaventidue il giorno VENTITRE del mese di MARZO  
nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Mario Zappia, nominato con Decreto Assessoriale n. 696/2020 del 31/07/2020, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dott. Alessandro Mazzara, nominato con delibera n. 414 del 17/06/2019 e dal Direttore Sanitario, dott. Gaetano Mancuso, nominato con delibera n. 415 del 17/06/2019, con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOT. SSA TERESA CINQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

## PROPOSTA

**Il Direttore f.f. della UOC CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI STATISTICI AZIENDALI Dott. Filadelfio Adriano Cracò**

**Visto** l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

**Considerato** che necessita adottare la Procedura Operativa – PROTOCOLLO VISITA ANESTESIOLOGICA PREOPERATORIA dei P.O. San Giovanni di Dio di Agrigento e P.O. Giovanni Paolo II di Sciacca (Rev.1)

**Considerato** che tale procedura operativa è stata acquisita dalla Direzione Sanitaria Aziendale in data 22.03.2022 e trasmessa in pari data alla U.O.C. Controllo di Gestione, con invito a predisporre l'atto deliberativo del documento di che trattasi;

**Ritenuto necessario** provvedere alla presa atto della Procedura Operativa – PROTOCOLLO VISITA ANESTESIOLOGICA PREOPERATORIA dei P.O. San Giovanni di Dio di Agrigento e P.O. Giovanni Paolo II di Sciacca (Rev.1), che è parte integrante del presente atto (Allegato 1)

## PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

**Prendere Atto** PROTOCOLLO VISITA ANESTESIOLOGICA PREOPERATORIA dei P.O. San Giovanni di Dio di Agrigento e P.O. Giovanni Paolo II di Sciacca (Rev.1), che è parte integrante del presente atto (Allegato 1)

**Che** l'esecuzione della deliberazione verrà curata dal Dott. F.A. Cracò, Direttore f.f. U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi, Statistici Aziendali, prevedendo il caricamento del PDTA sulla apposita sezione del sito aziendale;

**Stante** l'importanza del documento, munire il presente atto della clausola di immediata esecuzione;

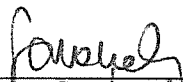
Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore F.F. UOC Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali  
Dott. Filadelfio Adriano Cracò

**SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI**


Parere

Data

  
23/03/2022

Parere

Data

  
23/03/2022

**Il Direttore Amministrativo**

Dott. Alessandro Mazzara

**Il Direttore Sanitario**

Dott. Gaetano Mancuso

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**Vista** la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Filadelfio Cracò, Direttore F.F. UOC Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali., che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

**Ritenuto** di condividere il contenuto della medesima proposta;

**Tenuto** conto dei pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Filadelfio Adriano Cracò, Direttore F.F. UOC Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Mario Zappia

**Il Segretario verbalizzante**

IL COLLABORATORE AMMINISTRATIVO  
"Ufficio Studi e Controllo di Gestione"  
Dott.ssa Teresa Sindona





**UOC ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA  
P.O. SAN GIOVANNI DI DIO – AGRIGENTO**

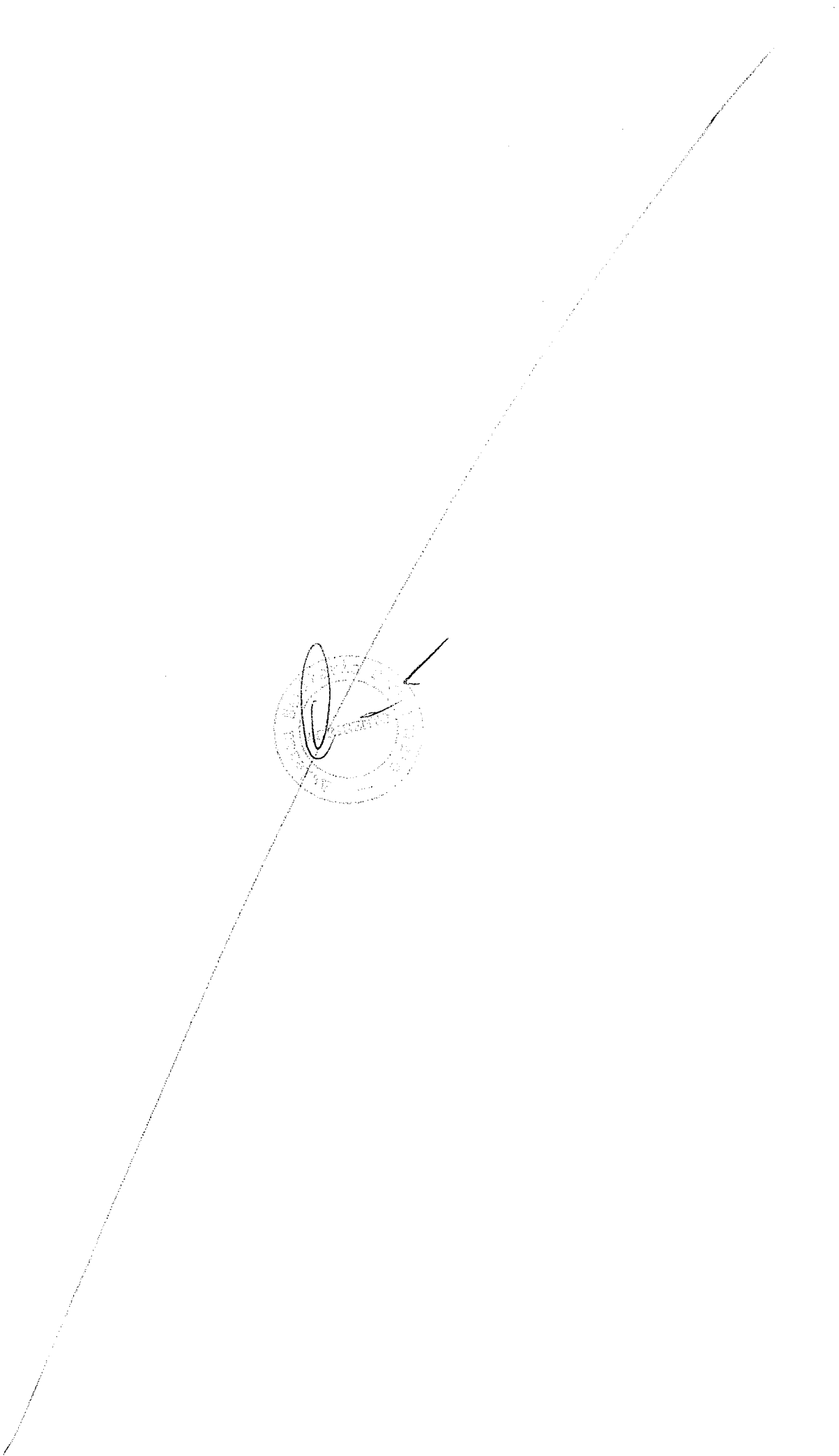
**UOC ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA  
P.O. GIOVANNI PAOLO II - SCIACCA**

## PROCEDURA OPERATIVA

### PROTOCOLLO VISITA ANESTESIOLOGICA PREOPERATORIA

.....

DATA DI STESURA	REVISIONE	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
18/03/2022	1	<p>Dr. Gerlando Fiorica Direttore FF UOC Anestesia e Rianimazione P.O. di Agrigento</p> <p><b>ASP AGRIGENTO</b> <b>P.O. SAN GIOVANNI DI DIO</b> <b>UOC ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA</b> <b>DIRETTORE F.F. DR. GERLANDO FIORICA</b></p> <p>Dr. Francesco Petrusa Direttore FF UOC Anestesia e Rianimazione P.O. di Sciacca Azienda Sanitaria Provinciale - Agrigento Distretto Ospedaliero AC 2 U.O. C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE Direttore F.F. Dr. FRANCESCO PETRUSA Ordine Medici Agrigento n. 3503</p> <p>Dr.ssa Rosi Alessi, Dr. Marco Occhipinti Dirigenti Medici UOC Anestesia e Rianimazione P.O. di Agrigento</p> <p>Dr.ssa Fileccia Paola, Dr. Galante Giuseppe, Dr.ssa Leonardi Maria Cristina, Dr. Modafferi Marco, Dr.ssa Riccobono Cecilia, Dr. Ruggirello Davide, Dr. Vecchio Marcello. Assistenti in formazione Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione – Università degli Studi di Palermo – Policlinico Universitario di Palermo</p>	<p>Dr. Maurizio Galletto Risk Manager</p>	<p>Dr. Gaetano Mancuso Direttore Sanitario Azienda</p> <p>Dr. Mario Zappia Commissario Straordinario</p>



## **Indice**

1. Scopo
2. Campo di Applicazione
3. Destinatari
4. Modalità di svolgimento delle attività
  - 4.1 La valutazione anestesiologicala
  - 4.2 Timing valutazione anestesiologicala
  - 4.3 Prenotazione e svolgimento della valutazione anestesiologicala
  - 4.4 Digiuno preoperatorio
  - 4.5 Adattamento terapia domiciliare
  - 4.6 Sospensione antiaggreganti/anticoagulanti
  - 4.7 Profilassi tromboembolica
  - 4.8 Profilassi allergologica
5. Test diagnostici preoperatori
6. Esami ematochimici
7. Rx Torace
8. Elettrocardiogramma e visita cardiologica
9. Riferimenti normativi e bibliografici

## **1. Scopo**

Il protocollo ha come scopo l'identificazione più appropriata dei test pre-operatori che il paziente deve eseguire per essere sottoposto ad intervento chirurgico.

La principale finalità della procedura è migliorare l'efficienza nella valutazione anestesiologicala pre-operatoria del paziente chirurgico con lo scopo di:

1. Semplificare e allo stesso tempo migliorare la preparazione del paziente all'intervento chirurgico;
2. Evitare l'esecuzione di test pre-operatori non necessari al fine della stratificazione del rischio anestesiologicalo del paziente;
3. Ottimizzare le risorse economiche evitando esami ed indagini diagnostiche costose;
4. Fornire delle chiare indicazioni ai reparti relativamente agli esami ematochimici e alle indagini diagnostiche da eseguire nel paziente chirurgico, con attenzione anche al loro periodo di validità;
5. Uniformare la valutazione pre-operatoria dell'equipe anestesiologicala.

## **2. Campo di applicazione**

Il protocollo si applica all'attività ambulatoriale di valutazione pre-anestesiologicala del paziente da sottoporre ad intervento chirurgico elettivo, urgente o a procedure di sedazione o narcosi in respiro spontaneo.

## **3. Destinatari**

La procedura sarà utilizzata per competenza:

- dagli Anestesisti Rianimatori

La procedura è destinata anche:

- al personale Medico delle UU.OO. di degenza

- al personale Infermieristico delle UU.OO. di degenza

## **4. Modalità di svolgimento delle attività**

Questa procedura è stata formulata in linea con le "Raccomandazioni per la valutazione anestesiologicala in previsione di procedure diagnostiche-terapeutiche in elezione" SIAARTI e con le linee guida NICE (National Institute for Health and Care Excellence) del Regno Unito, raccomandazioni basate su una revisione sistematica delle migliori evidenze disponibili ed esplicite considerazioni di costo/efficacia.

### **4.1 La valutazione anestesiologicala**

La procedura per la richiesta appropriata di test preoperatori rientra nell'ambito della "Valutazione anestesiologicala" ovvero di quel processo di approfondimento clinico e di previsione organizzativa che precede l'atto anestesiologicalo per procedure diagnostiche e/o terapeutiche.

Nella valutazione anestesiologicala è indispensabile: definire lo stato basale del paziente (valutazione clinica basale), anche attraverso indagini (di laboratorio e/o strumentali) che il medico anestesista reputi necessari eseguire e dal quale scaturirà la stratificazione del rischio anestesiologicalo, in relazione anche alla procedura programmata ed al tipo di anestesia necessaria.

### **4.2 Timing valutazione anestesiologicala preoperatoria**

Per le procedure in elezione è auspicabile l'effettuazione della valutazione, in regime ambulatoriale, con un congruo anticipo e comunque non meno di 24 ore, al fine di ridurre i tempi di degenza e ottimizzare la programmazione delle



procedure elettive. Non è possibile, in ogni caso, sottoporre i pazienti alla raccolta del consenso informato il giorno stesso dell'intervento.

#### 4.3 Prenotazione e svolgimento della valutazione anestesiológica

La valutazione preoperatoria avverrà mediante attività ambulatoriale programmata presso l'ambulatorio dedicato dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione secondo le giornate stabilite dai Servizi di Anestesia dei diversi Presidi Ospedalieri.

Per i pazienti ricoverati impossibilitati a spostarsi, sarà l'Anestesista a recarsi in reparto per eseguire la visita anestesiológica entro le ore 18:00 per dare la possibilità ai medici dei vari reparti di provvedere ed attuare le consegne anestesiológicas (eventuali consulenze da richiedere).

Condizione imprescindibile per effettuare la visita anestesiológica pre-operatoria è la richiesta su med-office di visita anestesiológica indicando la tipologia di intervento chirurgico previsto e la presenza in cartella di esami, ecg, eventuali consulenze e referto del tampone molecolare Sars Cov 2.

L'eventuale inidoneità di un paziente ad essere operato il giorno previsto (richiesta di accertamenti, necessità di terapie ecc..) sarà tempestivamente comunicata al responsabile del reparto chirurgico di appartenenza che eventualmente proporrà l'inserimento di un altro intervento chirurgico in sostituzione.

#### 4.4 Digiuno preoperatorio

Durante la visita anestesiológica sarà data informazione al paziente circa i rischi correlati all'esecuzione dell'anestesia e istruzioni circa il digiuno preoperatorio da seguire.

Le modalità che riguardano l'assunzione di cibi solidi o liquidi rivestono una grande importanza: l'inalazione nelle vie aeree di materiale gastrico è una delle più gravi complicanze della sedazione farmacológica. Le indicazioni sul periodo di digiuno da osservare prima della sedazione devono essere fornite al paziente, ai genitori o ai tutori legali del bambino o del paziente non in grado di intendere e di volere.

ALIMENTI o BEVANDE	Periodo minimo di digiuno
Liquidi (acqua, caffè, the, succo di frutta senza scorie) in piccole	2 ore
Latte materno	4 ore
Formula neonati	6 ore
Cibi solidi, latte	6-8 ore
Tutti i cibi solidi e liquidi per i pazienti a rischio di inalazione (gravidanza, obesità, diabete, ernia iatale, RGE, occlusione)	8 ore

#### 4.5 Adattamento terapia domiciliare

**Pazienti in trattamento con farmaci:** è opportuno che assumano la loro terapia *per os* con un quantitativo minimo di acqua (max 30 ml) anche la mattina stessa dell'intervento chirurgico, due ore prima del loro trasferimento in sala operatoria.

- ✓  $\beta$ -bloccanti, calcio-antagonisti,  $\alpha$ -agonisti: non sospendere, salvo diversa indicazione del cardiologo
- ✓ diuretici: sospendere il giorno dell'intervento e riprendere nel postoperatorio.
- ✓ ACE-inibitori: continua il dibattito sulla loro eventuale sospensione. Se si sceglie di sospenderli seguire le indicazioni:
  - Captopril e Quinapril: 12 ore prima dell'intervento
  - Enalapril, Lisinopril, Ramipril: 24 ore prima dell'intervento
- ✓ Antiaritmici di classe I (disopiramide, flecainide): sospendere 24 h prima
- ✓ Amiodarone, sotalolo, digossina: non sospendere
- ✓ Statine: non sospendere
- ✓ Antidepressivi triciclici: non sospendere
- ✓ Inibitori della ricaptazione della serotonina: non si sospendono
- ✓ Inibitori delle MAO: sospendere il giorno dell'intervento per rischio di Sr. serotoninergica e crisi ipertensiva
- ✓ Antiparkinsoniani, L-Dopa: non sospendere

- ✓ Anticolinergici: non sospendere
- ✓ Neurolettici, antiepilettici: non sospendere
- ✓ Glucocorticoidi: non sospendere
- ✓ Ormoni tiroidei: non sospendere
- ✓ Agenti antitiroidei: non sospendere
- ✓ Antidiabetici orali: sospendere il giorno dell'intervento
- ✓ Metformina: sospendere 48 h prima dell'intervento
- ✓ Insulina: sospendere il giorno dell'intervento
- ✓ Terapia Ormonale Sostitutiva:
  - a) Se il paziente viene sottoposto a procedure con rischio da basso a moderato di tromboembolia, i contraccettivi orali (OC) devono essere continuati fino al giorno dell'intervento chirurgico, incluso.
  - b) Se il paziente è sottoposto a procedure ad alto rischio di tromboembolia, l'OC deve essere continuata fino al giorno dell'intervento chirurgico, incluso, e il paziente deve eseguire una tromboprofilassi nel periodo perioperatorio.
  - c) L'OC deve essere ripreso dopo l'intervento chirurgico, quando il paziente ha le prime mestruazioni e recupera la mobilità.

#### 4.6 Sospensione Antiaggreganti/anticoagulanti

L'anestesista è responsabile dell'Anestesia Locoregionale, dell'informazione che viene data al paziente in pre-ospedalizzazione, della gestione perioperatoria fino alla risoluzione del blocco e nel caso di analgesia peridurale o perineurale, fino alla rimozione dei cateteri. Per il paziente in terapia cronica con farmaci antiaggreganti o anticoagulanti diverse figure professionali (per la patologia che richiede la terapia antiaggregante/anticoagulante: cardiologo, neurologo, chirurgo vascolare, ematologo) partecipano alla gestione durante tutto l'iter diagnostico/terapeutico ospedaliero, dalla valutazione preoperatoria fino alla sua dimissione. Quindi, è fondamentale l'ottimizzazione perioperatoria con la sospensione dei farmaci attivi sull'emostasi e il reinserimento nella terapia cronica del paziente, appena possibile, nel postoperatorio.

<b>Anestesia rachidea e blocchi profondi in pazienti in terapia con anticoagulanti/antiaggreganti</b>		
Principio attivo	Nome commerciale	Tempo di sospensione - note
<b>ANTIAGGREGANTI</b>		
Acido acetilsalicilico	Aspirina Cardirene Cardioaspirina	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si può sospendere nei casi di prevenzione primaria (ipertensione, diabete, ecc.) per interventi di chirurgia maggiore;</li> <li>▪ Non sospendere nei casi di prevenzione secondaria (pregresso IMA, ictus cerebrale)</li> </ul>
Ticlopidina	Tiklid	Sospendere 10 gg prima
Clopidogrel	Plavix	Sospendere 7 gg prima
Prasugrel	Effient	
Ticagrelor	Brilique - Brilinta	
abciximab	Reopro	Sospendere 48 ore prima
indobufene	Ibustrin	Sospendere 48 ore prima
tirofiban	Aggrastat	Sospendere 24 ore prima
Eptifibatide	Integrilin	

ANTICOAGULANTI		
Eparina a basso peso molecolare Enoxaparina	Clexane	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sospendere 12 ore prima se a dosi profilattiche;</li> <li>▪ Sospendere 24 ore prima:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- se a dosi terapeutiche (100 u/Kg 2 volte/die )</li> <li>- se in associazione ad antiaggregante</li> </ul> </li> </ul>
Fondaparinux	Arixtra	Sospendere 42 ore prima
ANTICOAGULANTI ORALI		
Warfarin Acenocumarolo	Coumadin Sintrom	Sospendere 5 giorni prima, valutando INR prima dell'intervento (<1,5) e bridge con eparina nei pazienti ad alto rischio tromboembolico. In casi urgenti improcrastinabili somministrare complesso protrombinico o PFC
NAO - NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI		
Rivaroxaban	Xarelto	Sospendere 72 ore prima
Apixaban	Eliquis	
Edoxaban	Savaysa, Lixiana	
Dabigatran	Pradaxa	Sospendere 96 ore prima

- Per l'esecuzione di **blocchi nervosi periferici profondi** (es.blocco del plesso lombare) valgono le stesse regole di sospensione degli anticoagulanti/antiaggreganti che per le anestesie rachidee.
- Per quelli superficiali vanno attuate solo misure di cautela compressione, monitoraggio per sanguinamento, ematoma, etc. e **NON E' NECESSARIA LA SOSPENSIONE** dei suddetti farmaci.
- In pazienti con infarto miocardico recente o altro rischio ischemico elevato che richiedono doppia terapia antiaggregante (DAPT), la chirurgia elettiva dovrebbe essere posticipata per un massimo di 6 mesi
- Se la DAPT deve essere sospesa obbligatoriamente nel perioperatorio, può essere presa in considerazione una bridge-therapy con agenti antiplastrinici intravenosi (cangrelor) specialmente se la chirurgia deve essere eseguita entro 1 mese dall'impianto dello stent;
- Si consiglia di non interrompere DAPT entro il primo mese di trattamento in pazienti sottoposti a chirurgia elettiva non cardiaca
- **Riprendere L'Antiaggregante il giorno successivo l'intervento**
- Attuare Bridging therapy in pazienti in terapia con AVK ad alto rischio di eventi tromboembolici a partire da 72 h prima dell'intervento chirurgico. L'ultima dose di EBPM viene somministrata 24 h prima dell'intervento. La dose successiva viene effettuata dopo 24 h dall'intervento sempre che l'emostasi sia efficace ed il pz non stia sanguinando. La terapia con AVK viene ripresa a partire da 48 ore dopo l'intervento, fermo restando il principio dell'adeguata emostasi locale. Al raggiungimento di valori di INR > 2.0 la terapia con EBPM viene sospesa.

#### 4.7 Profilassi tromboembolica

Il rischio trombotico venoso dipende dal tipo di chirurgia e dalla presenza di fattori di rischio per ciascun paziente. Nei pazienti ad alto rischio tromboembolico la profilassi farmacologica e meccanica è da iniziare 12h prima dell'intervento.

##### 4.7.1 Rischio correlato al paziente

Rischio medio	Rischio elevato
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesità BMI&gt;30</li> <li>• Allettamento &gt; 4 giorni</li> <li>• Età &gt; 40 anni</li> <li>• Infezione peri operatoria</li> <li>• Insufficienza venosa cronica</li> <li>• Trattamento ormonale sostitutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologia oncologica</li> <li>• Trombofilia</li> <li>• Anamnesi di tvp</li> <li>• paralisi o paresi arti inferiori</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trattamento estroprogestinico</li> <li>• Post-partum (8settimane)</li> <li>• Scompenso cardiorespiratorio</li> <li>• Malattie infiammatoria intestinale</li> <li>• Sindrome nefrosica</li> </ul>	
---	--

#### 4.7.2 Rischio correlato alla chirurgia

CHIRURGIA	RISCHIO BASSO	RISCHIO MEDIO	RISCHIO ELEVATO
ORTOPEDIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• artroscopia di ginocchio</li> <li>• chirurgia del piede</li> <li>• rimozione osteosintesi</li> <li>• trauma ginocchio senza fratture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• frattura gamba e caviglia</li> <li>• ricostruzione legamenti ginocchio</li> <li>• gesso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PTA</li> <li>• PTG</li> <li>• Frattura estremità prossimale femore</li> <li>• Frattura del femore, piatto tibiale</li> <li>• politrauma</li> </ul>
DIGESTIVA E VASCOLARE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• varici</li> <li>• proctologia</li> <li>• chirurgia parietale</li> <li>• appendice semplice</li> <li>• patologie non infiammatorie colecisti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• urgenza</li> <li>• durata operatoria &gt;1 h</li> <li>• dissezione chirurgica estesa e/o emorragica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bariatrica</li> <li>• oncologica</li> <li>• addominale maggiore</li> <li>• aortica o vascolare arti inferiori</li> </ul>
PLASTICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lifting</li> <li>• chirurgia estetica mammaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chirurgia mammaria ricostruttiva</li> <li>• lipoaspirazione</li> <li>• dermolipectomia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• addominoplastica</li> </ul>
GINECOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IVU, RCU conizzazione, bartolinite</li> <li>• Isteroscopia</li> <li>• Laparoscopia &gt;1h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isterectomia vaginale</li> <li>• Ch. Mammaria oncologica</li> <li>• Isterectomia laparoscopica</li> <li>• Laparoscopia &gt;1h</li> <li>• Laparotomia esplorativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgia oncologica</li> <li>• Isterectomia laparotomica</li> <li>• Chirurgia del prolasso</li> </ul>
UROLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgia endoscopica percutanea del pene</li> <li>• Testicoli, uretra, surrenali</li> <li>• Ch. incontinenza</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ch. Oncologica</li> <li>• Trapianto renale</li> <li>• Chirurgia open rene e basse vie urinare</li> </ul>
NEUROCHIR.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernia discale</li> <li>• laminectomia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• laminectomia estesa</li> <li>• osteosintesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trauma midollare</li> <li>• chirurgia intracranica</li> </ul>
TORACICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mediastinoscopia</li> </ul>	Resezione polmonare	

### 4.7.3 Mezzi di prevenzione

#### MEZZI FARMACOLOGICI

- ENF
- EBPM
- Enoxaparina
- Dalteparina
- Nadroparina
- tinzaparina
- FONDAPARINUX
- RIVAROXABAN
- APIXABAN
- DABIGATRAN

#### MEZZI MECCANICI:

- Elastocompressione.

### 4.8 Profilassi allergologica

Nel preoperatorio di un intervento programmato, una consulenza allergologica è indicata nei pazienti:

1. con documentata allergia o evidenza di precedente reazione allergica (shock, broncospasmo o edema) durante esposizioni ad anestetici generali o al latex;
2. con allergia nota agli anestetici locali da sottoporre ad anestesia locoregionale;
3. con alto rischio di sensibilizzazione al latex:
  - a. Bambini sottoposti ad interventi ripetuti o con spina bifida;
  - b. sintomi clinici dopo esposizione al latex.

In tutti i casi sarà l'allergologo a scegliere l'algoritmo decisionale più opportuno.

Non vi è alcuna evidenza di beneficio nella somministrazione profilattica di corticosteroidi.

La somministrazione di antistaminici sarebbe controversa, risulterebbe parzialmente utile solo nella prevenzione delle reazioni non immunomediate.

Una profilassi con antistaminici (anti H1-H2) andrà continuata preoperatoriamente solo se già praticata dalla paziente.

Nel caso di un intervento urgente non eseguire test venosi o sottocutanei di farmaci in maniera estemporanea.

In caso di dichiarata grave reazione allergica, utilizzare accorgimenti:

- Allergia durante precedente AG o ALR evitare i curari e prodotti che liberano istamina, privilegiare alogenati, propofol, oppioidi;
- SO "latex-free"
- Se dichiarata allergia ad AL utilizzare AG.

Utili sarebbero i Test di provocazione ma non sono attualmente effettuabili nel nostro Ospedale.

#### 4.8.3 Protocollo Latex Free

La lista del materiale anestesilogico e chirurgico contenente lattice deve essere regolarmente aggiornata con la farmacia dell'ospedale e largamente diffusa.

In caso di paziente da sottoporre ad intervento in elezione, con allergia nota al lattice:

- avvisare il blocco la sera prima dell'intervento per aumentare la ventilazione della sala operatoria e diminuire le particelle di lattice in sospensione. Se intervento in urgenza utilizzare una sala ventilata almeno da un'ora.
- Programmare il paziente come il primo in lista operatoria. Applicare cartello "allergia al lattice" sulla porta della sala operatoria e in reparto;
- Rimuovere tutto il materiale di sala che può contenere lattice, disporre di tutto il materiale senza lattice necessario per l'intervento;
- Diluire una fiala di adrenalina.

## 5. Test diagnostici preoperatori

L'evidenza scientifica relativa all'impatto degli esami di laboratorio e di altre indagini sulla **valutazione del rischio** e sull'esito anestesilogico è ritenuta inconcludente: la letteratura non è stata in grado di dimostrare alcuna associazione tra l'esecuzione di esami ed indagini ed una prevalenza di complicanze anestesilogiche (l'esito per il paziente).

La conclusione, condivisibile, raccomandata del gruppo di studio SIAARTI è **che la scelta degli esami di laboratorio e di altre indagini da effettuare al fine della valutazione del rischio in pazienti da sottoporre a procedura diagnostico-terapeutica in elezione sia rapportata, in ciascun caso**

- *alle condizioni cliniche del paziente*
- *al tipo di procedura*
- *alla realtà locale*

in relazione a quanto affermato dal gruppo di studio SIAARTI, abbiamo rimodulato secondo la nostra realtà locale la tabella inserita nelle "linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*" che sintetizza gli esami ematochimici e indagini diagnostiche da eseguire in relazione alle condizioni cliniche del paziente (comorbidità) secondo la classificazione del rischio anestesilogico (classificazione ASA, tabella 1) e alla complessità dell'intervento chirurgico (classificazione delle procedure chirurgiche secondo NICE, tabella 2).

**Tabella 1. Classificazione del rischio anestesilogico secondo ASA (American Society of Anesthesiologist)**

Classe ASA	Condizioni del paziente
ASA I	Paziente sano
ASA II	Presenza di una lieve malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale;
ASA III	Presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato;
ASA IV	Presenza di una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la sopravvivenza;
ASA V	Paziente moribondo con aspettativa di vita < 24h. Indipendentemente dall'intervento chirurgico

**Tabella 2. Classificazione delle procedure chirurgiche secondo il National Institute for Clinical Excellence**

Grado di Chirurgia	Esempi
Grado 1 Minore	N.O.R.A. (Non Operating Room Anesthesia); RCU e resettoscopia; Chirurgia superficiale; drenaggio mammario
Grado 2 Intermedia	Ernioplastica, safenectomia, tonsillectomia; linfadenectomia superficiale, riduzione lussazione di polso
Grado 3 Maggiore	Isterectomia totale per via addominale; tiroidectomia; colecistectomia ...
Grado 4 Maggiore +	Chirurgia polmonare, resezioni del colon ...

<b>CHIRURGIA MINORE</b>			
<b>TEST PREOPERATORI</b>	<b>ASA I</b>	<b>ASA II</b>	<b>ASA III IV</b>
emocromo	non di routine	non di routine	non di routine
coagulazione	non di routine	non di routine	non di routine
Funzionalità renale	non di routine	non di routine	Si nei soggetti a rischio di IRA
ECG	non di routine	non di routine	Si se non eseguito negli ultimi 12 mesi
Funzionalità respiratoria/EGA	non di routine	non di routine	non di routine
<b>CHIRURGIA INTERMEDIA</b>			
<b>TEST PREOPERATORI</b>	<b>ASA I</b>	<b>ASA II</b>	<b>ASA III IV</b>
emocromo	non di routine	non di routine	Si nei soggetti con patologie cardiovascolari o renali
coagulazione	non di routine	non di routine	Si nei soggetti con epatopatia cronica e nei soggetti che assumono anticoagulanti
Funzionalità renale	non di routine	Nei soggetti a rischio di IRA	SI
ECG	non di routine	Nei soggetti con patologie CV, renali o con diabete	SI
Funzionalità respiratoria /EGA	non di routine	non di routine	Si se si sospetta insufficienza respiratoria
<b>CHIRURGIA MAGGIORE</b>			
<b>TEST PREOPERATORI</b>	<b>ASA I</b>	<b>ASA II</b>	<b>ASA III IV</b>
emocromo	SI	SI	SI
coagulazione	non di routine	non di routine	Si nei soggetti con epatopatia cronica e nei soggetti che assumono anticoagulanti
Funzionalità renale	Nei soggetti a rischio di IRA	SI	SI
ECG	Nei soggetti >65 anni che non hanno eseguito negli ultimi 12 mesi	SI	SI
Funzionalità respiratoria /EGA	non di routine	non di routine	SI se si sospetta insufficienza respiratoria

tabella 3. Test diagnostici preoperatori in relazione alla complessità dell'intervento chirurgico e alla classe ASA

## 6. Esami ematochimici preoperatori

Come evidenziato nelle Raccomandazioni SIAARTI relative alla visita anestesiológica, la letteratura non è adeguata per stabilire una relazione tra l'esecuzione di esami ematochimici e l'esito per il paziente (evidenza: inconcludente).

È evidente, però, come molti degli esami ematochimici di "routine" a cui sottoponiamo i nostri pazienti siano costosi, impegnativi e con un *value* discutibile, in particolare perché possono aumentare la morbilità o determinare ulteriori ritardi a causa di risultati di interpretazione non univoca, in particolare quelli falsamente positivi.

Sulla scorta di ciò si è ottimizzato il numero di esami ematochimici da eseguire differenziando la tipologia di esami in relazione al tipo di procedura chirurgica ma soprattutto alle condizioni cliniche del paziente.

Secondo il nostro protocollo aziendale, riteniamo opportuno eseguire per il paziente da sottoporre a chirurgia in elezione, a prescindere dalla classe ASA e dal tipo di intervento, un preoperatorio composto da:

- emocromo
- coagulazione
- elettroliti
- funzionalità renale ed epatica
- glicemia

Negli interventi in urgenza è consigliato eseguire gli esami preoperatori come indicato in tabella 3 in relazione all'ASA e al tipo di intervento chirurgico.

**Il periodo di validità degli esami ematochimici**, in assenza di variazioni del quadro clinico, è di mesi 3 (90 gg.). Al fine di semplificare la preparazione del paziente all'intervento chirurgico sono ammessi eventuali esami ematochimici eseguiti anche all'esterno presso laboratori autorizzati.

## 7. Rx Torace

L'evidenza attuale non supporta la capacità della RX torace preparatorio di prevedere in modo affidabile le complicanze polmonari postoperatorie per le quali risultano molto più utili score come l'ARISCAT o STOP-BANG e l'esame clinico del paziente.

ARISCAT SCORE		
		PUNTEGGIO
ETA'	< 50	0
	51-80	3
	>81	16
SpO2 preoperatoria	≥ 96	0
	91-95	8
	≤ 90	24
Infezione respiratoria negli ultimi 30 gg	si	17
Hb preoperatoria < 10 g/dl	si	11
chirurgia	altro	0
	addome	15
	toracica	23
Durata chirurgia (h)	<2	0
	2-3	16
	>3	23
Intervento urgente	si	8

L'ARISCAT SCORE per predire il rischio di complicanze polmonari postoperatorie:

- basso rischio < 26 punti
- intermedio rischio 26-44 punti



- elevato rischio > 44 punti

**Fig. 1 QUESTIONARIO STOP-Bang**

<b>Snoring</b>	Russa rumorosamente tanto da essere sentito attraverso una porta chiusa?	SI	NO
<b>Tiredness</b>	Si sente spesso stanco, affaticato e assonnato durante il giorno?	SI	NO
<b>Observed apnea</b>	Le sono mai stati osservati/segnalati episodi di apnea durante il sonno?	SI	NO
<b>Pressure</b>	Soffre di ipertensione arteriosa, anche trattata?	SI	NO
<b>Body mass index</b>	BMI > 35 kg/m <sup>2</sup>	SI	NO
<b>Age</b>	Ha più di 50 anni?	SI	NO
<b>Neck circumference</b>	Circonferenza collo > 41 cm per le donne e > 43 cm per gli uomini	SI	NO
<b>Gender</b>	Genere maschile?	SI	NO

a STOPBANG >3 rischio di complicanze postoperatorie

Secondo le raccomandazioni internazionali SIAARTI-SIRM riguardo la richiesta dell’Rx torace nell’assessment preoperatorio dell’adulto che verrà sottoposto ad anestesia generale o locoregionale, e sedazione profonda o moderata per procedure chirurgiche e non chirurgiche in elezione:

La radiografia toracica è raccomandata nei seguenti casi (vedi tabella).

	SI	NO
<b>RX TORACE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumatori o ex-fumatori che hanno smesso da meno di 10 anni</li> <li>• ASA&gt;3</li> <li>• Patologie cardiovascolari acute e croniche</li> <li>• Neoplasie maligne</li> <li>• Radioterapia nei precedenti 6 mesi</li> <li>• Immunodepressione</li> <li>• Provenienza da aree con infezioni endemiche.</li> <li>• Disabilità severa e/o difficoltà nel raccogliere la storia medica del pz.</li> <li>• Chirurgia maggiore</li> </ul>	<p>&lt; 45 anni che non appartengono alle categorie precedentemente citate a fianco</p>

## 8. Elettrocardiogramma e visita cardiologica

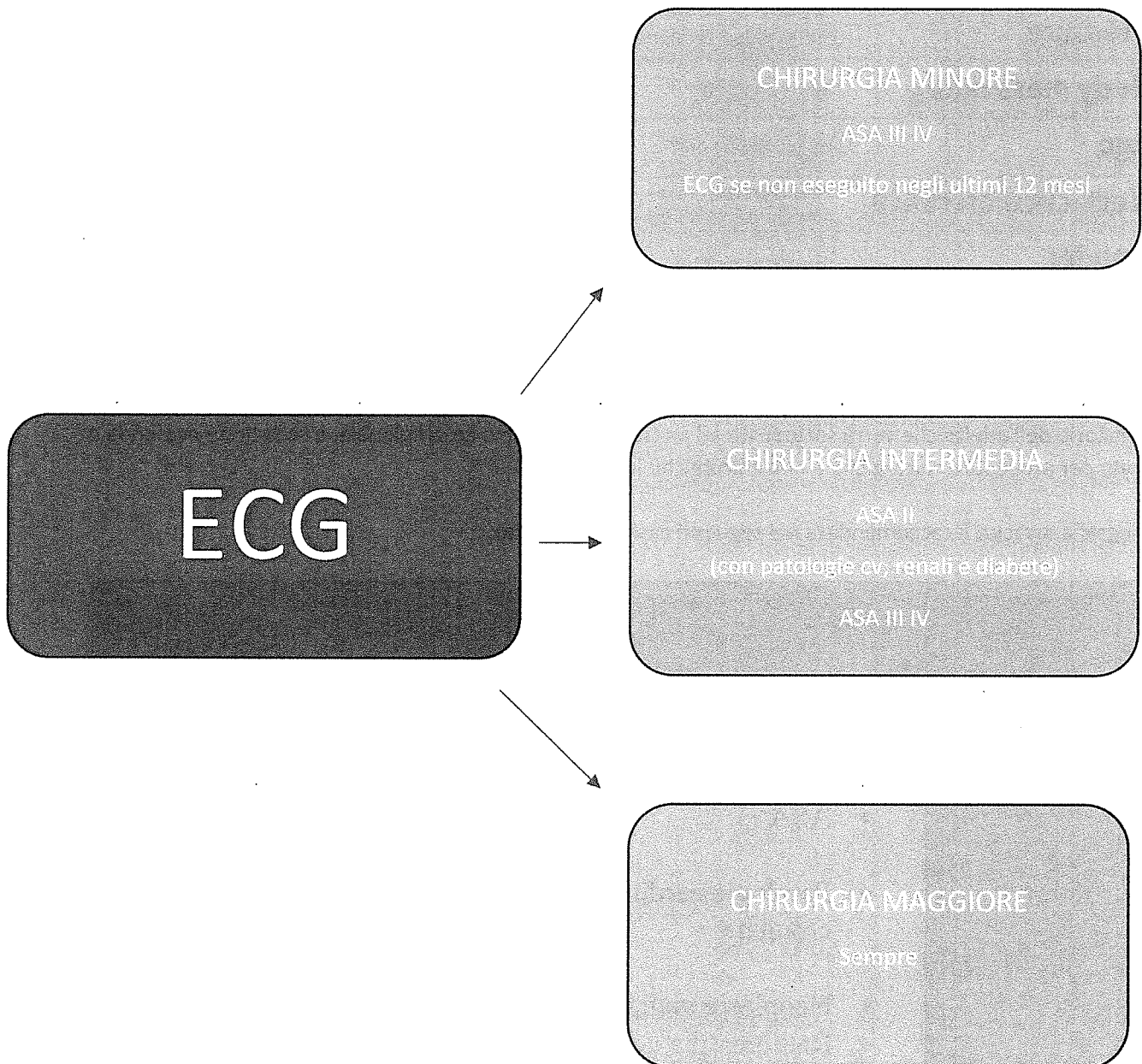
### 8.1 Elettrocardiogramma

L'ECG va richiesto in base al tipo di chirurgia e alla classe ASA del paziente.

Nella chirurgia minore va richiesto un ECG degli ultimi 12 mesi ai pazienti ASA III e IV.

Nella chirurgia intermedia a tutti i pazienti ASA III e IV e ai pazienti ASA II con patologie CV, renali e diabetici.

Nella Chirurgia maggiore va richiesto a tutti i pazienti.



### CHIRURGIA MINORE

- Chirurgia superficiale
- Drenaggio toracico
- Drenaggio mammario
- Linfadenectomie superficiali
- RCU
- IVG
- Resettoscopia
- Catetere dialisi peritoneale
- Ernie non complicate
- Laparocoele semplice
- Chirurgia proctologica
- Lussazione spalla

### CHIRURGIA MAGGIORE

- Sternotomia
- Toracotomia
- Pneumectomia
- Lobectomia
- Decorticazione pleurica
- VATS resezione polmonare
- Interventi maggiori trachea, bronchi ed esofago
- Chirurgia mediastino
- Tiroidectomia totale
- Timectomia
- VL avanzata su stomaco colon, pancreas, surrene
- Esofagectomia
- Resezione esofagea e gastrica
- Chirurgia bariatrica
- Anastomosi colorattali
- Ch. Diverticolare
- Colectomia totale
- Resezione retto
- Emicolectomia
- Resezione epatica
- Duodenocelalopancreasectomia
- Prostatectomia
- Calcolosi urinaria
- Surrenectomia
- Nefrectomia
- Stapedioressectomia
- Neurochirurgia

### CHIRURGIA INTERMEDIA

- Toracotomia esplorativa e diagnostica
- Emiroidectomia
- Tracheotomie chirurgiche
- Linfadenectomie profonde
- Laparotomie esplorative
- Ernie recidive e/o complicate
- Laparocoele complesso
- Appendicectomia VL
- Colectomia VL
- Ernioplastica VL
- Resezione gastrica semplice
- Anastomosi gastro-entero
- Anastomosi digiuno-gastriche
- Resezioni e anastomosi ileali
- Ileostomie
- Anastomosi tenue-tenue
- ileostomie
- Appendicectomia
- Colostomie
- Hartmann
- Dilatazioni endoscopiche
- Emorroidectomia
- Prolasso rettale
- Splenectomia
- Annessiectomia
- Gravidanza extrauterina
- stenosi uretrale
- Interventi minori vescica
- Litotissia
- Biopsia renale VL
- Iperptrofia prostatica
- Ch. ortopedica

## 8.2 Visita Cardiologica

La consulenza cardiologica va richiesta solo se il parere del cardiologo può cambiare la condotta anestesologica e chirurgica.

La richiesta dipenderà:

- dalla tempistica;
- dal rischio cardiaco correlato all'intervento;
- dal rischio cardiologico del paziente (score di Lee, Capacità funzionale).

### 8.2.1 Tempistica Intervento

- EMERGENZA = no consulenza
- URGENZA = consulenza se il paziente ne necessita per la condotta perioperatoria
- ELEZIONE = in base a rischio intervento e a rischio cardiologico del paziente

### 8.2.2 Rischio Cardiologico Correlato all'intervento

Il rischio cardiologico dell'intervento verrà preso in considerazione (nell'indice di Lee) per la definizione dei pazienti per i quali è indicata la consulenza cardiologica

#### Rischio alto

(rischio cardiaco > 5%)

- Interventi maggiori urgenti
- Chirurgia aortica e vascolare maggiore
- Chirurgia vascolare periferica
- Interventi chirurgici di lunga durata, con perdita importante di liquidi e sangue

#### Rischio medio

(rischio cardiaco < 5%)

- Chirurgia carotidea
- Chirurgia del capo e del collo
- Chirurgia addominale e toracica
- Chirurgia ortopedica
- Chirurgia prostatica

#### Rischio basso

(rischio cardiaco < 1%)

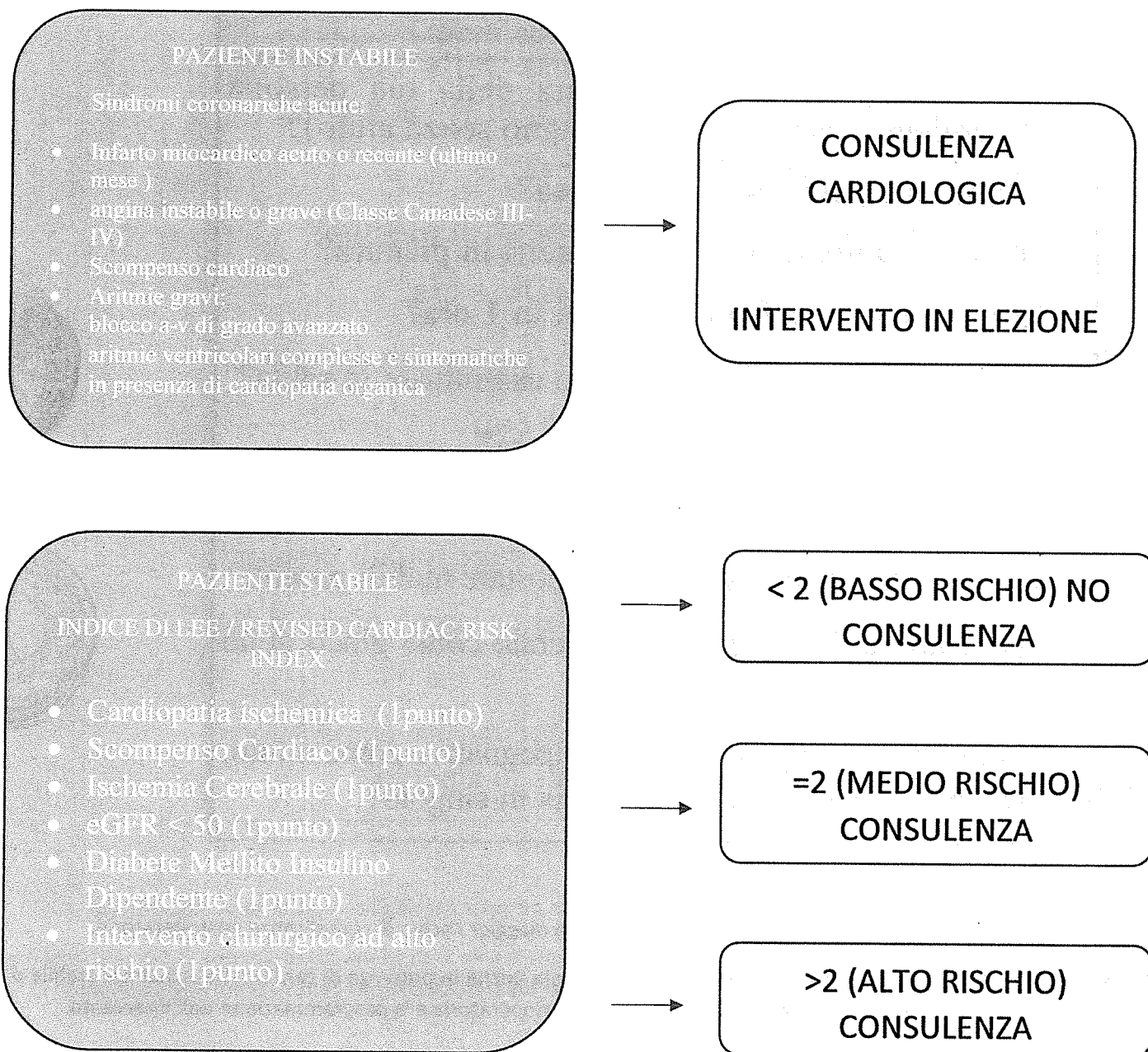
- Procedure endoscopiche
- Interventi superficiali
- Chirurgia della cataratta
- Chirurgia del seno

### 8.2.3 Rischio Cardiologico correlato al paziente

I pazienti instabili con rischio clinico alto necessitano la consulenza cardiologica e l'intervento in elezione sarà rimandato.

I pazienti Stabili verranno valutati secondo l'indice di Lee e la stima della capacità funzionale (METs) per l'indicazione alla richiesta della consulenza cardiologica.

### 8.2.3.1 Indice di Lee



### 8.2.3.2 Capacità funzionale (MET)

capacità del soggetto a svolgere le abituali attività quotidiane

<b>Stima del consumo di ossigeno e della capacità funzionale (tratta dal Duke Activity Status Index)</b>	
<b>1 MET</b>	Riesci a provvedere alla cura della tua persona (mangiare, vestirti, usare il bagno senza aiuto)? Riesci a camminare dentro casa? Puoi camminare per 50-100 metri in pianura? Puoi percorrere 3-5 chilometri in 1 ora?
<b>4 MET</b>	Riesci a fare un piano di scale o camminare in salita? Puoi fare 6 o più chilometri in 1 ora? Puoi correre per brevi distanze? Riesci a lavare il pavimento o spostare mobili pesanti? Puoi fare attività sportive moderate come gioco delle bocce, ballo, tennis in doppio?
<b>10 MET</b>	Puoi fare attività sportive più impegnative come nuoto, sci, pallacanestro, calcio o tennis in singolo?

I pazienti con capacità funzionale ridotta (< 4 METs) hanno un maggior rischio di complicanze postoperatorie.

Quando la capacità funzionale è buona la prognosi è eccellente anche in presenza di cardiopatia ischemica stabile o di fattori di rischio, non è necessario modificare la gestione perioperatoria e la programmazione dell'intervento.

**METS < 4 CONSULENZA CARDIOLOGICA**

### 8.3 Ecocardio

L'Ecocardio è un esame che verrà richiesto dal cardiologo in base alla visita o dall'anestesista in base al rischio cardiologico e al tipo di intervento chirurgico.

PAZIENTI CON RISCHIO CARDIOLOGICO INTERMEDIO/ALTO E INTERVENTO  
CHIRURGICO AD ALTO RISCHIO

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ECG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHIRURGIA INTERMEDIA (ASA II CON PATOLOGIE E ASA III)</li> <li>• CHIRURGIA MAGGIORE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHIRURGIA MINORE</li> </ul>
<b>CONSULENZA CARDIOLOGICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCORE DI LEE <math>\geq 2</math></li> <li>• MET <math>&lt; 4</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCORE DI LEE <math>&lt; 2</math></li> <li>• MET <math>&gt; 4</math></li> </ul>
<b>ECOCARDIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RISCHIO CARDIOLOGICO INTERMEDIO ALTO (SCORE DI LEE <math>\geq 2</math>)</li> <li>• INTERVENTO CHIRURGICO AD ALTO RISCHIO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCORE DI LEE <math>&lt; 2</math></li> <li>• INTERVENTO CHIRURGICO MEDIO E BASSO RISCHIO</li> </ul>

## 9. Validità visita anestesiologicala

La visita anestesiologicala ha una validità di tre mesi in assenza di variazioni del quadro clinico.

### Bibliografia

- Procedura anestesiologicala per la richiesta appropriata dei test preoperatori nel paziente candidato a intervento chirurgico elettivo. Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello. 27/11/2018;
- Valutazione preoperatoria del paziente da sottoporre a chirurgia elettiva. Linee guida nazionali di riferimento;
- Perioperative evaluation and management of the patient with endocrine dysfunction - PubMed (nih.gov);
- Perioperative evaluation and management of the patient with endocrine dysfunction - PubMed (nih.gov);
- [Perioperative management of chronic medications not related with surgical procedures] - PubMed (nih.gov);
- Paiva I (2004) DIABETES MELLITUS E CIRURGIA. Preparação do doente diabético para cirurgia. *Act Médica Portuguesa*, 17, 94–99;
- Perioperative management of patients with hypothyroidism - PubMed (nih.gov);
- Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, Thomas EJ, Polanczyk CA, Cook EF, et al.: Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100:1043-9;
- Hlatky MA, Boineau RE, Higginbotham MB, Lee KL, Mark DB, Califf RM, et al.: A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (the Duke Activity Status Index). *Am J Cardiol* 1989; 64:651-4;
- Eagle KA, Brundage BH, Chaitman BR, Ewy GA, Fleisher LA, Hertzner NR, et al.: Guidelines for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery: an abridged version of the report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task force on Practice Guidelines. *Mayo Clin Proc* 1997; 72:524-31;
- American College of Cardiology/American Heart Association: Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery, 1996;
- Buone Pratiche Cliniche SIAARTI. La gestione perioperatoria del paziente con Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSA) - versione 01 Pubblicato il 28.02.2019
- Hormone replacement therapy is safe in women undergoing coronary artery bypass grafting - PubMed (nih.gov)
- Estrogen therapy in women undergoing coronary artery bypass grafting: effect on surgical complications - PubMed (nih.gov)
- Postmenopausal hormone replacement and venous thromboembolism following hip and knee arthroplasty - PubMed (nih.gov)





## PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_ con nota prot. n. \_\_\_\_\_

### DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

#### SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal \_\_\_\_\_

### DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal \_\_\_\_\_

X Immediatamente esecutiva dal **23 MAR 2022**

Agrigento, li **23 MAR 2022**

Il Funzionario Delegato  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi

Sig. DOMENICO ALAIMO  
Coadiutore Amministrativa

### REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Agrigento, li

Il Funzionario Delegato  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi