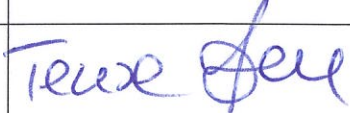
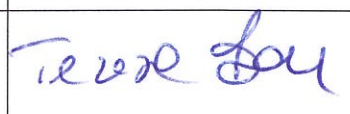
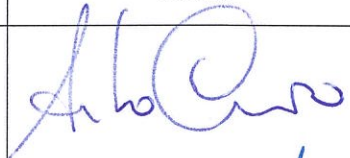
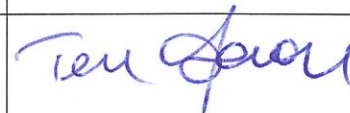


|                                                                                   |                                                                                       |                  |                            |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------|----------------|
|  | <b>AZIENDA SANITARIA<br/>PROVINCIALE PALERMO</b><br><b>UOC Medicina Trasfusionale</b> | <b>PROCEDURA</b> | <b>CODICE</b>              |                |
|                                                                                   |                                                                                       |                  | <b>PQ TRASF. DOM 01</b>    |                |
| <b>TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE</b>                           |                                                                                       |                  | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 1 di 21 |

|                                                      |                                  |                                                                           |                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>REDAZIONE</b>                                     | Funzione/Qualifica               | Data                                                                      | Firma                                                                                                                                                                          |
| Dr.ssa Teresa Barone                                 | Responsabile UO                  | 21/05/2026                                                                |                                                                                             |
| <b>SERVIZIO PROPONENTE</b>                           |                                  | Data                                                                      | Firma                                                                                                                                                                          |
| UOC Medicina Trasfusionale<br>Dott.ssa Teresa Barone |                                  | 07/04/2022                                                                |                                                                                             |
| <b>VERIFICA CONFORMITA'</b>                          | Funzione/Qualifica               | Data                                                                      | Firma                                                                                                                                                                          |
| Dott. Curcio Alessandro                              | RGQ UOC Medicina Trasfusionale   | 21/05/2026                                                                | <br>    |
| Dott.ssa Paola Fernandez (*)                         | Responsabile Qualità ASP Palermo |                                                                           |                                                                                                                                                                                |
| <b>APPROVAZIONE</b>                                  | Funzione/Qualifica               | Data                                                                      | Firma                                                                                                                                                                          |
| Dott.ssa Teresa Barone                               | Responsabile UO                  | 21/05/2026                                                                | <br> |
| Dott. Antonino Levita                                | Direttore Sanitario Asp Palermo  |                                                                           |                                                                                                                                                                                |
| <b>REVISIONI</b>                                     |                                  |                                                                           |                                                                                                                                                                                |
| Rev.                                                 | Data                             | Motivo                                                                    |                                                                                                                                                                                |
| 00                                                   | 07/04/2022                       | Prima emissione                                                           |                                                                                                                                                                                |
| 01                                                   | 13/09/2023                       | Aggiornamento modalità operative per Assistenza Domiciliare Trasfusionale |                                                                                                                                                                                |
| 02                                                   | 23/10/2025                       | Revisione Procedura Trasfusione Domiciliare a valenza Interaziendale      |                                                                                                                                                                                |
| 03                                                   | 21/05/2026                       | Aggiornamento Modalità Operative CAP.6                                    |                                                                                                                                                                                |

(\*) Approvato quale documento interno al Sistema di Gestione Qualità aziendale, in quanto conforme nei contenuti tecnico-specialistici ai requisiti del esterno di accreditamento della Medicina di Laboratorio/Servizi Trasfusionali. Si raccomanda, alla prima revisione utile, il riallineamento formale al modello documentale aziendale vigente.

☐ Copia in distribuzione con LDD prot.

☐ Entrata in vigore

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

|                                                                                  |                                                                               |           |                            |                |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|----------------|
|  | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                |
|                                                                                  |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                 |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 2 di 21 |

## INDICE

|       |                                                                                                                      |    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.    | SCOPO .....                                                                                                          | 3  |
| 2.    | CAMPO DI APPLICAZIONE .....                                                                                          | 3  |
| 3.    | RIFERIMENTI .....                                                                                                    | 4  |
| 4.    | DEFINIZIONI .....                                                                                                    | 6  |
| 5.    | RESPONSABILITÀ.....                                                                                                  | 7  |
| 6.    | MODALITÀ OPERATIVE .....                                                                                             | 7  |
| 6.1   | Assistenza Domiciliare Integrata .....                                                                               | 8  |
| 6.1.2 | Ritiro degli emocomponenti per trasfusione domiciliare .....                                                         | 12 |
| 6.1.3 | Gestione delle reazioni avverse.....                                                                                 | 13 |
| 6.2   | Materiale e farmaci che devono essere disponibili durante la trasfusione a Domicilio a carico della Cooperativa..... | 15 |
| 6.3   | Smaltimento.....                                                                                                     | 16 |
| 6.4   | Richiesta Trasfusionale e codici Regionali SSN .....                                                                 | 16 |
| 7.    | GESTIONE DELLE NON CONFORMITA' .....                                                                                 | 20 |
| 8.    | DOCUMENTAZIONE ALLEGATA.....                                                                                         | 21 |

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 3 di 21 |

## 1. SCOPO

La trasfusione di emocomponenti è di norma una terapia effettuata prevalentemente in ambito ospedaliero e ciò fa sì che l'attuale normativa non preveda di fatto specifiche linee d'indirizzo per le trasfusioni eseguite in pazienti deospedalizzati o anziani di tipo *frail* al proprio domicilio.

Le problematiche di tipo medico legale in possono contribuire a determinare una certa cautela da parte degli attori principali del percorso, in particolare dei Medici di Medicina Generale, nella gestione a domicilio di tale attività terapeutica. D'altra parte, la normativa che regola le prestazioni erogabili in ADI contempla anche la somministrazione di emocomponenti.

Obiettivo diretto della presente procedura è quello di coniugare la normativa trasfusionale con le attività sanitarie di prossimità previste dal D.M. 77 e proceduralizzare - coordinare il processo della Trasfusione Domiciliare che vede coinvolti da un lato l'ASP Palermo con i Medici di Medicina Generale, Distretti Sanitari, Servizi ADI e UOC di Medicina Trasfusionale e dall'altro le Aziende Ospedaliere della Città di Palermo sede di UOC Medicina Trasfusionale, al fine di assicurare giusti ed equi livelli essenziali trasfusionali anche per tutti quei pazienti le cui condizioni sono tali da prevedere solamente un'assistenza domiciliare.

Obiettivo indiretto è il miglioramento della qualità di vita dei pazienti e la riduzione degli accessi in Pronto Soccorso, Day Hospital e dei ricoveri inappropriati ove siano previste solo terapie trasfusionali.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

L'Asp di Palermo ha avviato le attività di Trasfusione Domiciliare (ADI-T) dal 28/09/2015 e tale servizio è stato dedicato da sempre a tutti i pazienti cronici, fragili, non autosufficienti non più ospedalizzati e/o non ospedalizzabili, residenti nei Distretti dell'ASP 6 di Palermo, con un buon supporto familiare o comunque assistiti da care giver, che necessitano di terapia trasfusionale domiciliare attivata su richiesta del MMG. La procedura si applica a tutti i pazienti che, **a giudizio del Medico Curante**, presentino contemporaneamente le seguenti tre condizioni:

1. Necessità di essere trasfusi con emazie concentrate o concentrati piastrinici
2. Non differibilità della terapia trasfusionale ma altresì condizione di non urgenza trasfusionale
3. Pazienti non autosufficienti allettati o non deambulabili in carico come ADI o come cure palliative dell'ASP di Palermo.

|                                                                                   |                                                                               |           |                            |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|----------------|
|  | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                |
|                                                                                   |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                  |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 4 di 21 |

### **Le strutture e le figure direttamente coinvolte nel procedimento sono:**

1. Medici di Medicina Generale ASP Palermo
2. Distretti Sanitari ASP Palermo
3. COT ASP Palermo
4. Servizi ADI dei Distretti Sanitari ASP Palermo
5. Servizio Cure Palliative ASP Palermo
6. UOC Medicina Trasfusionale ASP Palermo
7. UOC Medicina Trasfusionale AA OO Città di Palermo
8. Cooperative Accreditate (ai sensi del D.A. 3 settembre 2021, n. 876)

## **3. RIFERIMENTI**

### **Norme Internazionali**

- Norma UNI EN ISO 9001:2015

### **Norme Europee**

- Direttiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 gennaio 2003.

### **Norme Nazionali**

- D.M. Trasporti 9 Settembre 2008;
- D.lvo 261 del 20 Dicembre 2007;
- D.lvo 208 del 9 Novembre 2007;
- D.lvo 207 del 9 Novembre 2007;
- L. 219 del 21 Ottobre 2005
- D.M. 2/11/2015
- D.M. 18/11/2015
- D.L. 18/01/2018
- D.M.77/2022
- D.M. 18/03/2018
- D.P.R. 254/2003, articolo 4, comma 2, "Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 179/2002" e D.lgs. 152/2006 articolo 266, comma 4, "Norme in materia ambientale".

|                                                                                   |                                                                               |           |                            |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|----------------|
|  | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                |
|                                                                                   |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                  |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 5 di 21 |

- Ministero della Salute, 4 luglio 2014, “Linee guida per l’adozione di ulteriori misure per la sicurezza del sangue e degli emocomponenti”.
- Ministero della Salute, 9 gennaio 2020, aggiornamento della Raccomandazione Ministeriale n° 5, Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.

### **Norme Regionali**

- D.A. 04 Marzo 2011 “Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti nell’ambito della Regione Siciliana”;
- D.A. Sanità 19 Settembre 2008;
- D.A. Sanità Sicilia 4 Aprile 2006;
- D.A. 890/2002 “Direttive per l’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana”.
- D.A. 2 marzo 2016 “Adeguamento della Regione siciliana a quanto previsto dall’Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 e dall’Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR: elenchi dei requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l’esercizio delle attività sanitarie e per l’accreditamento. Definizione dei tempi per l’adeguamento. Percorso per l’istituzione dell’organismo tecnico accreditante.”
- D.A. 3 settembre 2021, n. 876

### **Linee guida e raccomandazioni**

- Raccomandazione n° R (95) 15 del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa agli Stati membri sulla Preparazione, Uso e Garanzia di Qualità degli Emocomponenti (adottata dal Comitato dei Ministri il 12 ottobre 1995 al 5450 Meeting), V Edizione, Versione 1998, Parte 8 “Raccolta del sangue” pubblicata su Il Servizio Trasfusionale n° 1 - gennaio-febbraio 1999 pagine 23-35
- COUNCIL RECOMMENDATION of 29 June 1998 (R 98/463/CE) on the suitability of blood and plasma donors and the screening of donated blood in the European Community, pubblicato su Official Journal of the European Communities del 21.07.1998, L 203/14— L 203/2;
- Linee di indirizzo CNS relative alla gestione di deviazioni della temperatura di conservazione degli emocomponenti labili destinati all’uso clinico – Gennaio 2023 Rev.0
- Linee Guida CNS 06 rev.0 del 21/02/2020

|                                                                                                                                     |                                                                               |           |                            |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                |
|                                                                                                                                     |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                    |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 6 di 21 |

- Linee Guida CNS 02 rev.0 del 07/07/2008;
- Linee guida CNS 01 del 07/07/2008;

#### 4. DEFINIZIONI

**Donazione:** l'azione di un singolo individuo, effettuata volontariamente in maniera spontanea e gratuita, finalizzata al donare una determinata quantità del proprio sangue o dei suoi componenti, affinché venga utilizzata per scopi medici.

**Sangue Intero:** Sangue prelevato, a scopo trasfusionale, da un Donatore, utilizzando kit e sacche sterili, apirogeni e contenenti soluzione anticoagulante e soluzioni adiuvanti.

La funzione più importante è quella di fornire l'elemento base per la produzione degli emocomponenti.

**Emocomponenti:** prodotti del frazionamento del sangue intero o da donazione in aferesi;

**Emonet:** Sistema informatico che consente la gestione dei servizi trasfusionali e favorisce il "buon uso del sangue" in termini di sicurezza trasfusionale, e permettendo la tracciabilità del ciclo trasfusionale, dalla raccolta delle donazioni alla loro lavorazione, dalla conservazione alla distribuzione/assegnazione.

**Esami pretrasfusionali :** test di immunochimica clinici eseguiti sulle unità di emazie concentrate da assegnare ai fini trasfusionali

**Trasfusione :** procedura relativa all'infusione di emocomponenti cellulari e/o plasmatici finalizzata al miglioramento perfusionale generale e miglioramento della sintomatologia clinica legato allo stato di anemizzazione

**Strumentazione:** l'insieme degli strumenti necessari per effettuare gli esami di legge per gli aspiranti donatori.

**Emovigilanza:** monitoraggio di tutti gli eventi avversi che possono accadere nel processo trasfusionale.

**AMM ENTE:** Personale Amministrativo della Cooperativa

**AMM:** Amministrativo

**AUTISTA ENTE :** Autista Responsabile del Trasporto

**CAI:** Codice Anagrafico Identificativo

**CDM:** Codice Mondiale delle donazioni

**CDMN:** Codice Donazione più codice EMO

**DIR DS :** Dir. Medico del Distretto Sanitario

**DIR TRASF:** Dirigente Medico Trasfusionale

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 7 di 21 |

**DIR:** Dirigente medico

**INF ENTE :** Infermiere della Cooperativa

**INF:** infermiere

**MED ENTE:** Medico della Cooperativa

**MMG :** Medico Medicina Generale

**OSS ENTE :** OSS della Cooperativa

**OSS:** Operatore socio Sanitario

**RGQ:** Referente Gestione Qualità

**RUO:** Responsabile Unità Operativa

**TEC:** Tecnico

## 5. RESPONSABILITÀ

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ        |              |              |     |            |              |     |             |             |             |             |                 |
|-------------------------------------|--------------|--------------|-----|------------|--------------|-----|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|
|                                     | RUO<br>Trasf | RGQ<br>Trasf | MMG | DIR<br>DIS | DIR<br>Trasf | TEC | Med<br>ENTE | INF<br>ENTE | OSS<br>ENTE | AMM<br>Ente | Autista<br>ENTE |
| <b>Monitoraggio<br/>e controllo</b> | D            | D            | D   | D          | C            |     | D           |             |             |             |                 |
| <b>Accettazione</b>                 |              | C            |     |            | D            | D   | C           | D           | C           | C           | C               |
| <b>Anamnesi</b>                     | C            |              | D   | D          | C            |     | D           | C           | C           |             |                 |
| <b>Visita</b>                       | C            |              | D   | C          | C            |     | D           |             |             |             |                 |
| <b>Prelievo</b>                     |              | C            | C   |            | C            | C   | C           | D           | C           |             | C               |
| <b>TRASPORTO</b>                    |              | C            | C   | C          | C            | D   | C           | D           | D           |             | D               |

**Legenda:** D= Diretta; C=Condivisa

## 6. MODALITÀ OPERATIVE

L'esecuzione della trasfusione di emocomponenti al domicilio di un paziente presuppone una sinergia operativa completa tra MMG, personale del servizio di assistenza domiciliare e UOC Medicina Trasfusionale di riferimento territorialmente competente, familiare/caregiver del paziente e l'applicazione di specifiche norme comportamentali. Rientra nei LEA (ART.5 legge 219/05) e nelle prestazioni "Cure Domiciliari".

L'attivazione del Servizio Trasfusione Domiciliare (ADI-T) avviene quando si rende necessario trasfondere con Emazie Concentrate o pool piastrinico pazienti cronici in condizioni di fragilità e grave

|                                                                                                                                     |                                                                               |           |                            |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                |
|                                                                                                                                     |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                    |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 8 di 21 |

disabilità, non trasportabili, sintomatici ma emodinamicamente stabili, i cui valori sono mediamente ricompresi tra 6.0 e 7,5 gr/ dl di emoglobina o con valori di piastrine < a 10.000 mmc sintomatici (presenza di ematomi e petecchie diffuse, gengivorragie, epistassi, melena ecc).

Poiché la trasfusione è un atto medico complesso che in situazioni definite può essere eseguita anche al domicilio in alternativa al ricovero ospedaliero, con contenimento dei costi e riduzione dei disagi per i pazienti, la necessità di attivazione della trasfusione per valori di emoglobina inferiori a 6 gr/dl o superiori a 7,5gr/dl sarà decisa dal MMG sulla base delle valutazioni cliniche oggettive derivanti dalla patologia primaria che determina l'anemizzazione ed i correlati sintomi e delle eventuali comorbidità aggravanti le condizione generali.

Tali indicazioni dovranno essere indicate nel modulo di richiesta di attivazione della procedura trasfusionale da inviare al gruppo di valutazione multidisciplinare del Distretto Sanitario di riferimento del paziente.

#### 6.1 Assistenza Domiciliare Integrata

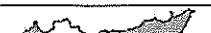
*L'assistenza trasfusionale domiciliare non ha mai carattere d'urgenza né tantomeno può essere attivata per situazioni urgenti perché in questo caso il paziente andrà trasferito in P.S..*

Le richieste domiciliari devono pervenire alla UOC Medicina Trasfusionale dell'ASP PALERMO entro le ore 16.00 di tutti i giorni feriali - sabato compreso, e devono indicare come grado di urgenza: **"non urgente, da trasfondere il ..."**.

Il giorno della trasfusione deve essere programmato entro 72 h dall'invio della richiesta e consegna dei campioni e (tempo di validità delle prove pre-trasfusionali). Di seguito si descrive il processo di attivazione del servizio di trasfusione domiciliare.

#### **A. ATTIVITÀ A CARICO DEI MMG:**

1. Trascrizione del Modulo di attivazione della procedura di trasfusione domiciliare riportando la valutazione clinica del paziente che ha necessità di essere trasfuso al proprio domicilio, verifica dei valori dell'emocromo completo eseguito non più di 3 giorni prima dell'avvio della procedura, certificazione della diagnosi primaria e di eventuali comorbidità secondarie e dichiarazione di non trasportabilità.
2. Scelta dell'emocomponente da trasfondere sulla base della patologia principale.

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 9 di 21 |

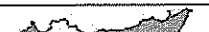
3. Invio telematico alla COT del Distretto Sanitario di riferimento della residenza/domicilio del paziente del modulo di attivazione della procedura di trasfusione domiciliare per l'autorizzazione e scelta dell'Ente socio assistenziale che prenderà in carico il paziente. Nel modulo dovrà essere riportata oltre la diagnosi del paziente, il recapito telefonico dello stesso e/o del caregiver, il valore INR se presente, il valore delle piastrine.
4. Successivamente, a seguito dell'autorizzazione del servizio ADI del Distretto Sanitario, il MMG provvederà a contattare la UOC di Medicina Trasfusionale di riferimento per ricevere la disponibilità alla presa in a carico del paziente dal punto di vista trasfusionale, comunicare indicare l'Ente socio assistenziale che si occuperà materialmente del processo trasfusionale e quindi trascriverà su ricetta de materializzata, la **richiesta dei test pretrasfusionali** indicando il **numero di unità di emocomponenti da trasfondere nello spazio della ricetta de materializzata dedicato alla descrizione della diagnosi**. La richiesta manuale su Ricettario Regionale cartaceo potrà essere effettuata solo ed esclusivamente se vi è un blocco del sistema STS Regionale.
5. **Trascriverà su una seconda richiesta dematerializzata** gli esami per la valutazione dell'efficacia della trasfusione (emocromo completo di reticolociti- ferritinemia).

#### **B. ATTIVITÀ A CARICO DEL SERVIZIO ADI DEL DISTRETTO SANITARIO:**

1. verifica dell'eleggibilità del paziente in ADI qualora il paziente non fosse già inserito in un programma di cure domiciliari
2. acquisizione e verifica di tutta la documentazione presentata (modulo attivazione, ricetta dematerializzata del MMG e consenso informato alla trasfusione)
3. verifica condizioni socio-ambientali
4. invio telematico del **PAI Trasfusione ( PAI-T )** alla Centrale Enti terzo settore per avvio ADI Trasfusionale
5. Registrazione dell'avvenuta trasfusione ed invio alla UOC Assistenza Socio Sanitaria del modello di copia del modello MDb13 rilasciato dalla UOC di Medicina Trasfusionale.

#### **Il PAI per la Trasfusione Domiciliare prevede:**

1. la presa in carico da parte del medico specialista degli ENTI terzo settore per la gestione del paziente e della trasfusione

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                 |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                 |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 10 di 21 |

2. gli accessi dell' infermiere professionale dedicato che assumerà il ruolo di *case manager*.
3. La cooperativa accreditata è scelta dal paziente tra quelle individuate dalla ASP Palermo.

#### **C. ATTIVITA' A CURA DELLE CENTRALI OPERATIVE ENTI TERZO SETTORE PER AD TRASFUSIONALE**

entro 48 ore e secondo l'ordine cronologico di ricezione nel rispetto del piano assistenziale ( PAI-T ) ricevuto dall'ASP

1. provvede ad individuare gli operatori
2. comunica al Responsabile dell' U.O. Sociosanitaria del distretto il nome del medico e dell'infermiere incaricato
3. comunica al responsabile dell' U.O. Sociosanitaria del Distretto dell'avvenuta trasfusione e invia relativa relazione degli operatori.

#### **D. ATTIVITA A CURA DELL'INFERMIERE DEGLI ENTI TERZO SETTORE PER AD TRASFUSIONALE**

1. Effettuare il primo accesso a domicilio del paziente per l'esecuzione del prelievo ematico prelevando se paziente noto una provetta tappo viola ed una provetta tappo giallo e riportando sulle stesse i dati anagrafici del paziente, la data e ora del prelievo nonché la firma leggibile e acquisire le relative richieste già compilate dal MMG compreso il consenso informato alla trasfusione.
2. Trasportare e consegnare le provette con le relative richieste e copia del consenso informato alla UOC di Medicina Trasfusionale di riferimento per la determinazione del Gruppo Sanguigno ABO e fenotipo RH completo e delle prove di istocompatibilità.
3. **Per paziente non noto**, prima del ritiro delle unità di sangue assegnate, l'infermiere dovrà effettuare **un prelievo di controllo su provetta con tappo viola con data ma ora differente dal primo prelievo** completa dei dati anagrafici del paziente e della sua firma, per effettuare il secondo controllo di gruppo, obbligatorio per legge.
4. Organizzare le modalità della trasfusione con il medico incaricato dalla Centrale Operativa dell'Ente del terzo settore scelto ritirare le unità di sangue, munito di regolare autorizzazione per il ritiro per conto del paziente.
5. Provvedere al trasporto immediato a domicilio in contenitore termico a norma.

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                 |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                 |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 11 di 21 |

6. Confermare telefonicamente al paziente o suoi familiari e al MMG l'ora prevista per la trasfusione, e comunque entro due ore dal ritiro.
7. Eseguire su indicazione del MMG ulteriore prelievo, dopo 48-72 ore se trasfusione di emazie dopo 18-24 in caso di trasfusione piastrinica.

**NB:** Si precisa che le impegnative, le richieste e/o le provette non complete o non conformi **NON VERRANNO ACCETTATE** dalla UOC di Medicina Trasfusionale.

#### **E. ATTIVITA A CURA DEL PERSONALE MEDICO DEGLI ENTI TERZO SETTORE PER AD TRASFUSIONALE**

1. concordare il giorno, le modalità e i tempi di effettuazione della trasfusione con l'infermiere;
2. provvedere a verificare e trasferire a domicilio tutto il materiale e i farmaci che devono essere disponibili durante la trasfusione;
3. identificare e informare dettagliatamente il paziente sull'atto medico;
4. riverificare il consenso informato già acquisito in presenza di un familiare (D.M. 2 novembre 2015);
5. acquisire la modulistica che accompagna le unità da trasfondere e verificare la rispondenza tra la modulistica e le unità assegnate;
6. rilevare e annotare su apposito fascicolo i dati emodinamici e le condizioni del paziente prima e dopo la trasfusione (PA - FC- Tc- Sat.O2 e tutto ciò che ritiene opportuno segnalare);
7. rilevare i dati dell'unità da trasfondere e il numero di carico della sacca, accertando la compatibilità, l'ora in cui inizia e termina la trasfusione;
8. Insieme all'infermiere incaricato, procede all'identificazione del paziente (doppio controllo medico/infermiere) ed alla verifica della congruenza tra sacca, modulo di consegna, referto del gruppo sanguigno e paziente compilando il **modulo H**;
9. Ispeziona l'unità prima della trasfusione per valutarne l'integrità, eventuale presenza di aria, coaguli o alterazioni del colore;
10. Registra la data e l'ora di inizio della trasfusione sui **moduli MD13b e H**
11. Procede alla somministrazione dell'unità. La durata media deve essere di 60/90 minuti, ad infusione lenta. Durante i primi 15 minuti infondere circa 20-25 gtt/min e se non compaiono segni di reazione la velocità potrà essere aumentata. Utilizzare solo il deflussore specifico;

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                 |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                 |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 12 di 21 |

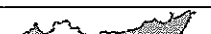
12. La trasfusione non può essere avviata in assenza del medico incaricato, che assicura la valutazione clinica pretrasfusionale, la sorveglianza dell'atto trasfusionale e la gestione di eventuali reazioni avverse, nonché la propria presenza nella struttura/domicilio per almeno ulteriori 15 minuti dopo il termine della stessa;
13. Al termine della trasfusione rileva e registra in cartella i segni vitali (PA, Fc, Tc), l'orario del termine della infusione ed eventuali sintomi verificatisi nel corso della stessa riportandoli sui **moduli MD13b**;
14. rilevare – gestire - registrare – eventuali reazioni avverse;
15. inviare al servizio trasfusionale la segnalazione di reazioni avverse;
16. registrare e acquisire la firma del paziente o caregiver dell'avvenuta trasfusione ;
17. compilare l' apposita modulistica MD 13 b da inviare una copia alla UOC Medicina Trasfusionale presso cui sono stati ritirati ed una copia U.O Sociosanitaria del Distretto;
18. comunicare l'avvenuta trasfusione al MMG raccordandosi con lo stesso per il monitoraggio post trasfusionale.

#### **F. ATTIVITA A CURA DELLA UOC MEDICINA TRASFUSIONALE**

1. A seguito di contatto telefonico da parte del medico curante del paziente dell'avvio della procedura di Trasfusione domiciliare il dirigente della UOC Medicina Trasfusionale provvederà ad accertarsi se si tratta di paziente già noto per pregressi ingressi presso le strutture ospedaliere afferenti o di un paziente sconosciuto e quindi darà la disponibilità alla presa in carico stante la valutazione delle scorte degli emocomponenti.

In caso di paziente non noto il dirigente del trasfusionale comunicherà al personale dell'Ente del terzo settore di eseguire un nuovo prelievo di sangue (provetta in EDTA 4cc , tappo viola) etichettata come la provette necessarie all'effettuazione delle prove pretrasfusionali (con orario di prelievo differente e possibilmente effettuata da un operatore differente), da consegnare al momento del ritiro della trasfusione per il controllo del Gruppo Sanguigno.

2. Consegna degli emocomponenti assegnati avendo cura di allegare tutta la documentazione, i dispositivi per la corretta trasfusione. Il personale del Trasfusionale avrà cura altresì di verificare che il trasporto degli emocomponenti avvenga con contenitori idonei/validati, garantendo la tracciabilità degli orari di ritiro, consegna e inizio trasfusione, nonché il rispetto delle condizioni di temperatura previste

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                 |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                 |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 13 di 21 |

### 6.1.2 Ritiro degli emocomponenti per trasfusione domiciliare

L'operatore della Cooperativa ritira presso la UOC Medicina Trasfusionale gli emocomponenti da trasfondere al domicilio del paziente con una copia della richiesta trasfusionale. Le unità di emazie devono essere ritirate non prima di due ore dalla prevista infusione e trasportate al domicilio del paziente in un contenitore termico, che garantisca la corretta Temperatura di conservazione e trasporto ( $4^{\circ}\pm 2^{\circ}\text{C}$  per le emazie concentrate,  $22\pm 2^{\circ}\text{C}$  per le piastrine). Per garantire la corretta conservazione degli emocomponenti, deve essere ritirata solo una unità per volta. Ulteriori unità a disposizione del paziente saranno conservate presso il UOC MEDICINA TRASFUSIONALE e ritirate solo quando è programmata l'infusione.

Al momento del ritiro verranno consegnati:

1. L'emocomponente
2. Un deflussore per emocomponente
3. Una distinta di consegna (**modulo MD13b**) che deve essere restituita all'UOC MEDICINA TRASFUSIONALE debitamente compilata come attestazione di avvenuta trasfusione
4. Un modulo di assegnazione (**MD14C**) che contiene i dati di assegnazione dell'unità e la Check List pre-trasfusionale da compilare prima della trasfusione al letto del paziente da parte di due operatori sanitari .

### 6.1.3 Gestione delle reazioni avverse

La terapia trasfusionale può provocare reazioni avverse, le quali vengono classificate in base all'eziopatogenesi e all'intervallo temporale di insorgenza rispetto all'evento trasfusionale stesso.

#### **a) Meccanismi immunoematologici immediati**

- Reazione emolitica acuta
- Reazione febbrile non emolitica
- Reazioni allergiche (orticaria, anafilassi)
- Edema polmonare acuto non cardiogeno (transfusion-related acute lung injury- TRALI)

#### **b) Meccanismi immunoematologici ritardati.**

- Reazioni emolitiche ritardate
- GVHD
- Porpora post-trasfusionale
- Alloimmunizzazione

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                 |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                 |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 14 di 21 |

**c) Meccanismi non immunologici immediati.**

- Reazione da contaminazione batterica
- Sovraccarico del circolo
- Emolisi non immunologica

**d) Meccanismi non immunologici ritardati**

- Sovraccarico marziale
- Infezioni post-trasfusionali: possibili ma molto rare, malattie virali o da protozoi (malaria)

In caso di comparsa di reazione trasfusionale, se si sospetta una reazione avversa, il medico deve interrompere immediatamente la trasfusione, mantenere pervia la via venosa con l'infusione di soluzione fisiologica e procedere alla terapia ritenuta necessaria. Il UOC MEDICINA TRASFUSIONALE deve essere avvertito del sospetto di reazione trasfusionale mediante contatto telefonico e inviando il modulo dell'avvenuta trasfusione MD13b. Devono, inoltre, essere inviati al Trasfusionale :

1. l'unità responsabile della reazione,
2. il set da trasfusione,
3. il modulo di segnalazione di reazione trasfusionale "Modello di notifica reazioni trasfusionali indesiderate gravi" (**allegato 3**)
4. N.2 campioni ematici del paziente di cui uno in EDTA per gli approfondimenti immunoematologici e l'altro senza l'anticoagulante per la valutazione degli indici di emolisi (aptoglobina, reticolociti, bilirubina totale e frazionata e LDH).

**Gli esami effettuati a seguito della reazione trasfusionale dovranno essere regolarizzati mediante opportune impegnative redatte dal MMG del paziente su richiesta del medico del Trasfusionale.**

**È importante che il medico e/o l'infermiere sorvegliano frequentemente il paziente durante la trasfusione per cogliere tempestivamente i segni d'insorgenza delle reazioni trasfusionali. Eventuali reazioni trasfusionali severe quali TRALI, TACO, dovranno prevedere l'immediato trasferimento del paziente in ambiente ospedaliero .**

|                                                                                   |                                                                               |           |                            |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------------|
|  | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                 |
|                                                                                   |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                 |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                  |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 15 di 21 |

## 6.2 Materiale e farmaci che devono essere disponibili durante la trasfusione a Domicilio a carico della Cooperativa

L'Ente autorizzato per le attività di assistenza domiciliare per l'assistenza trasfusionale domiciliare dovrà assicurare le attrezzature/apparecchiature, materiale di seguito elencato:

### ✓ **Attrezzature – Apparecchiature:**

- piantana di sostegno
- cestello portaflebo
- sfigmomanometro
- termometro
- bombola di ossigeno
- frigo portatile contenente ghiaccioli sintetici refrigerati

### ✓ **Materiale per l'esecuzione prelievo ematico :**

- salviette monouso – gel per lavaggio sociale delle mani
- contenitore per trasporto provette
- sistema completo vacutainer
- laccio emostatico
- cotone disinfettante
- guanti sterili monouso
- provette

### ✓ **Dispositivi di sicurezza :**

- occhiali o visiera
- valigetta di sicurezza

### ✓ **Materiale per l'esecuzione della emotrasfusione**

- Disinfettante per la cute
- N° 2 Agocannule ( 18-20)
- N° 2 unità di sol.fisiologica 0.9% da 250 ml
- N° 2 medicazioni adesive sterili con tampone antiaderente
- Cerotto 5x5
- Telino sterile
- Guanti monouso e sterili

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|--|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |  |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |  |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 |  |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Pagina 16 di 21            |  |

**La VALIGETTA TRASFUSIONALE DOMICILIARE per le emergenze deve contenere :**

- Ambu
- Abbassalingua
- Cannula orotracheale
- Aghi 18-19G
- Fazzoletti sterili imbevuti di disinfettante
- Siringhe da 10 ml
- Siringhe da 20 ml
- Soluzione fisiologica da 10 ml
- Soluzione fisiologica da 100 ml
- Dispositivi per infusione in vena
- Farmaci per la gestione delle emergenze: (antiistaminico- cortisone- adrenalina - furosemide- dopamina- noradrenalina-Diazepam).

**La dotazione dei farmaci e dei presidi per l'emergenza deve essere sottoposta a controllo periodico da parte dell'Ente erogatore, con verifica documentata di disponibilità, integrità, scadenze, condizioni di conservazione, responsabilità di custodia, utilizzo e reintegro.**

### **6.3 Smaltimento**

Lo smaltimento del materiale utilizzato per la trasfusione (sacche, deflussori, aghi) spetta al medico e/o agli operatori del servizio domiciliare dell'Ente accreditato, come previsto dalla normativa vigente in materia di rifiuti sanitari pericolosi. Qualora lo smaltimento non possa avvenire altrimenti, il materiale utilizzato può essere consegnato al Trasfusionale di riferimento nel più breve tempo possibile. In nessun caso dovranno essere lasciati presso l'abitazione dell'utente rifiuti speciali sempre nel rispetto delle normative vigenti.

### **6.4 Richiesta Trasfusionale e codici Regionali SSN**

Al fine di ottimizzare le risorse disponibili e i tempi di esecuzione per l'attivazione dell'Ad Trasfusionale si riassumono i codici CUR da utilizzare per la compilazione delle ricette dematerializzate da parte del MMG dematerializzate che gli operatori dell'ADI Trasfusione devono esibire alle Unità Operative di Medicina Trasfusionale di riferimento dell'ASP di Palermo e della Città di Palermo.

|                                                  |                                                                               |           |                            |                 |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------------|
|                                                  | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                 |
|                                                  |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                 |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 17 di 21 |

**Codici esami SSR/SSN da inserire per la richiesta di Trasfusione domiciliare**

**A) Trasfusione di concentrati eritrocitari per paziente con gruppo non noto**

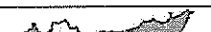
**Richiesta n°1**

| Codice Nazionale | Codice Regionale | DESCRIZIONE                                                               | Quantità |
|------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------|
| 90.47.2          | (90.47.2)        | ANTICORPI ANTI A/B                                                        | 1        |
| 90.64.4          | (90.64.4)        | FENOTIPO RH                                                               | 1        |
| 90.65.3          | (90.65.3)        | GRUPPO SANGUIGNO ABO/RH (Agglutinogeni E Agglutinine) e RH (D)            | 1        |
| 90.63.2          | (90.63.2)        | ERITROCITI ANTIGENI NON ABO NON RH. PER CIASCUN ANTIGENE<br>FENOTIPO KELL | 1        |

**Richiesta n°2 (per n.1 Unità di Emazie)**

| Codice Nazionale | Codice Regionale | DESCRIZIONE                                                       | Quantità |
|------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|----------|
| 90.48.4          | (90.48.4)        | ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico) | 2        |
| 90.49.3          | (90.49.3)        | ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs indiretto)              | 1        |
| 90.65.3          | (90.65.3)        | GRUPPO SANGUIGNO ABO/RH (Agglutinogeni e Agglutinine) e RH (D)    | 1        |
| 90.73.2          | (90.73.2)        | PROVA DI COMPATIBILITÀ TRASFUSIONALE                              | 1        |

**N.B.:** Indicare il valore di emoglobina nel campo della richiesta dedicato alla diagnosi previo accordi con il Trasfusionale.

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                 |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                 |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 18 di 21 |

**Richiesta n°2 (per n.2 Unità di Emazie)**

| Codice Nazionale | Codice Regionale | DESCRIZIONE                                                       | Quantità |
|------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|----------|
| 90.48.4          | (90.48.4)        | ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico) | 3        |
| 90.49.3          | (90.49.3)        | ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs indiretto)              | 1        |
| 90.65.3          | (90.65.3)        | GRUPPO SANGUIGNO ABO/RH (Agglutinogeni e Agglutinine) e RH (D)    | 1        |
| 90.73.2          | (90.73.2)        | PROVA DI COMPATIBILITÀ TRASFUSIONALE                              | 2        |

**N.B.:** Indicare il valore di emoglobina nel campo della richiesta dedicato alla diagnosi previo accordi con il Trasfusionale.

**B) Trasfusione di concentrati eritrocitari per paziente con gruppo noto**

**Richiesta n°1 (per n.1 Unità di Emazie)**

| Codice Nazionale | Codice Regionale | DESCRIZIONE                                                       | Quantità |
|------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|----------|
| 90.48.4          | (90.48.4)        | ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico) | 2        |
| 90.49.3          | (90.49.3)        | ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs indiretto)              | 1        |
| 90.65.3          | (90.65.3)        | GRUPPO SANGUIGNO ABO/RH (Agglutinogeni e Agglutinine) e RH (D)    | 1        |
| 90.73.2          | (90.73.2)        | PROVA DI COMPATIBILITÀ TRASFUSIONALE                              | 1        |

**N.B.:** Indicare il valore di emoglobina nel campo della richiesta dedicato alla diagnosi previo accordi con il Trasfusionale.

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                 |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                 |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 19 di 21 |

**Richiesta n°2 (per n.2 Unità di Emazie)**

| Codice Nazionale | Codice Regionale | DESCRIZIONE                                                       | Quantità |
|------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|----------|
| 90.48.4          | (90.48.4)        | ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico) | 3        |
| 90.49.3          | (90.49.3)        | ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs indiretto)              | 1        |
| 90.65.3          | (90.65.3)        | GRUPPO SANGUIGNO ABO/RH (Agglutinogeni e Agglutinine) e RH (D)    | 1        |
| 90.73.2          | (90.73.2)        | PROVA DI COMPATIBILITÀ TRASFUSIONALE                              | 2        |

**N.B.:** Indicare il valore di emoglobina nel campo della richiesta dedicato alla diagnosi previo accordi con il Trasfusionale.

**C) Trasfusione di Pool Piastrinici da BUFFY COAT \***

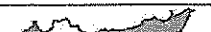
| Codice Nazionale | Codice Regionale | DESCRIZIONE                                                    | Quantità |
|------------------|------------------|----------------------------------------------------------------|----------|
| 90.65.3          | (90.65.3)        | GRUPPO SANGUIGNO ABO/RH (Agglutinogeni e Agglutinine) e RH (D) | 1        |

**\*:** Indicare il valore di Piastrine del paziente , nel campo della richiesta dedicato alla diagnosi previo accordi con il Trasfusionale

**D) Richiesta "Controllo Post Trasfusionale"**

| Codice Nazionale | Codice Regionale | DESCRIZIONE  | Quantità |
|------------------|------------------|--------------|----------|
| 90.62.2          | (90.62.2)        | EMOCROMO     | 1        |
| 90.74.5          | (90.74.5)        | RETICOLOCITI | 1        |
| 90.22.3          | (90.22.3)        | FERRITINA    | 1        |

**N.B.:** Si rammenta che la correttezza delle richieste inviate alla UOC Medicina Trasfusionale di riferimento , nonché la trasmissione del modulo MD 13b è fondamentale ai fini delle liquidazioni economiche degli emocomponenti ceduti dai Trasfusionali della Città di Palermo i nonché per la corretta flussizzazione dei dati con il flusso C.

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                 |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                 |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 20 di 21 |

#### Codici di esenzione utilizzabili

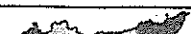
**ESENZIONE TOTALE PER INVALIDITA':** C01, C02, C03, C04, C05, C06

**ESENZIONE TOTALE PER REDDITO:** E01, E02, E03, E04;

**ESENZIONE TOTALE PER PATOLOGIA:** 048 e tutte quelle relative a patologie che hanno l'anemia come diagnosi principale o complicanza secondaria grave

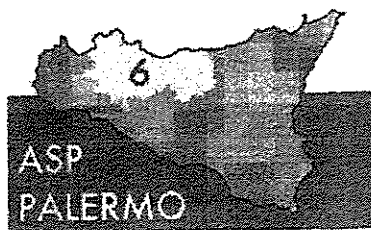
### 7. GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'

| TIPOLOGIA NC                                                                                                 | RILEVATORE NC | REGISTRAZIONE NC        | RISOLUZIONE NC                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Attivazione AD Trasfusionale non appropriata                                                                 | DIR           | Registro NC             | Rivalutazione clinica del paziente e, se necessario, invio in PS.             |
| Mancata acquisizione consenso informato                                                                      | DIR           | Registro NC e RNC       | Modulo di consenso compilato                                                  |
| Mancata firma dei pazienti nel "consenso Dati Privacy"                                                       | DIR/INF       | Registro NC e RNC       | Modulo di consenso compilato                                                  |
| Prelievo insufficiente oppure non correttamente identificato                                                 | INF           | Registro NC e RNC       | Ripetizione Prelievo                                                          |
| Utilizzo di Contenitori idonei al trasporto dei campioni biologici e delle unità di emocomponenti non idonei | DIR/INF       | Registro NC e RNC       | Sospensione del trasporto/consegna fino a disponibilità di contenitore idoneo |
| Richiesta SSN non dematerializzata                                                                           | DIR           | Registro NC             | Rinvio sino a conferimento Richiesta dematerializzata                         |
| Errata codifica prestazioni trasfusionali                                                                    | DIR           | Registro non conformità | Rinvio sino a conferimento di nuova e corretta richiesta                      |

|                                                                                                                                      |                                                                               |           |                            |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA<br>PROVINCIALE PALERMO<br><i>UOC Medicina Trasfusionale</i> | PROCEDURA | CODICE                     |                 |
|                                                                                                                                      |                                                                               |           | PQ TRASF. DOM 01           |                 |
| TRASFUSIONE DOMICILIARE A VALENZA INTERAZIENDALE                                                                                     |                                                                               |           | Rev. 03<br>Data 21/05/2026 | Pagina 21 di 21 |

## 8. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

| TIPO DOCUMENTO                                                          | RESPONSABILE<br>REGISTRAZIONE | LUOGO DI<br>CONSERVAZIONE          | TEMPO DI<br>CONSERVAZIONE |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| Consenso Dati Privacy                                                   | DIR                           | Cartella Sanitaria del<br>Paziente | 30 anni                   |
| Modulo Scelta Ente per<br>erogazione Cure Domiciliari                   | DIR/MMG                       | Cartella Sanitaria del<br>Paziente | 30 anni                   |
| Consenso Informato<br>all'Emotrasfusione ed<br>infusione di Emoderivati | DIR                           | Cartella Sanitaria del<br>Paziente | 30 anni                   |
| Autorizzazione al trasporto di<br>Emocomponenti                         | MMG                           | Cartella Sanitaria del<br>Paziente | 30 anni                   |
| Richiesta di attivazione ADI<br>Trasfusionale                           | MMG                           | Cartella Sanitaria del<br>Paziente | 30 anni                   |
| Modulo H                                                                | DIR                           | Cartella Sanitaria del<br>Paziente | 30 anni                   |



## INFORMATIVA PRIVACY

(ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - GDPR)

### Titolare del trattamento dei dati personali

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo (di seguito "ASP-PA"), con sede in Palermo (PA), via Giacomo Cusmano n. 24, 90141 - [direzione generale@asppalermo.org](mailto:direzione generale@asppalermo.org) -, in qualità di Titolare del Trattamento, tratterà i Suoi dati personali in conformità a quanto stabilito dal Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche, con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito "GDPR"), che abroga la Direttiva 95/46/CE, e secondo quanto previsto dal Codice in materia di protezione dei dati personali Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 così come novellato dal Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101.

Suddetto quadro normativo, garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza ed al diritto di protezione dei dati personali.

Tutto ciò considerato, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo ai sensi dell'art. 13 del GDPR, in qualità di "Titolare" del trattamento è tenuta a fornirLe, una precisa informativa in riferimento ai dati personali che La riguardano anche al fine di ottemperare al principio di trasparenza.

### Responsabile della Protezione dei dati personali (RPD)

Il Titolare ha nominato, ai sensi dell'art. 37 del GDPR, il Responsabile della Protezione dei dati (RPD) raggiungibile all'indirizzo [rpd@asppalermo.org](mailto:rpd@asppalermo.org)

### Tipologia di dati trattati

Oltre ai suoi dati personali<sup>1</sup>, la ASP-PA potrà trattare, particolari categorie di dati personali ai sensi dell'art. 9 del GDPR EU 2016/679, in particolare, dati relativi allo stato di salute<sup>2</sup> che potranno essere forniti direttamente da Lei o acquisiti attraverso documentazione sanitaria nel corso di accertamenti o visite, nonché dati genetici<sup>3</sup> per finalità di prevenzione, diagnosi, terapia, ricerca o per consentirLe una decisione libera ed informata.

Potranno inoltre essere trattati dati sanitari riguardanti i familiari della persona assistita, solo se strettamente indispensabili a giudizio del professionista sanitario responsabile delle cure della persona.

### Finalità' del trattamento

I dati oggetto del trattamento, sia personali che quelli relativi allo stato di salute, verranno utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali connesse o strumentali all'attività del Titolare nei limiti stabiliti dalla legge o da regolamenti, e precisamente per seguenti finalità:

#### a. finalità legate alla cura

- a) attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresi servizi diagnostici, programmi terapeutici e qualsivoglia altro servizio erogato dall'ASP di Palermo, in caso di: 1) prestazioni specialistiche ambulatoriali; 2) ricoveri ospedalieri; 3) ricoveri residenziali, anche attraverso sistemi di teleassistenza e telemedicina;
- b) altre attività sanitarie e socio-sanitarie, diverse da quelle indicate al precedente punto e comunque connesse alla salute degli utenti;

<sup>1</sup> Per "dato personale" si intende qualunque informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale

<sup>2</sup> Per "dati relativi alla salute" si intendono i dati personali attinenti la salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria che rivelano informazioni relative al suo stato di salute;

<sup>3</sup> I "dati genetici" sono dati personali relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione.



- e) attività amministrative e di gestione operativa legate ai servizi forniti;
- d) attività correlate alla fornitura di altri beni o servizi all'utente per la salvaguardia della salute (es. fornitura di protesi e ausili e presidi).
- b. finalità legate alla ricerca scientifica e alla didattica
  - a) indagini epidemiologiche e statistiche, per fini di ricerca scientifica e/o per valutazioni inerenti la qualità e appropriatezza delle prestazioni, utilizzando dati anonimizzati;
  - b) attività didattiche e di formazione professionale dei medici, degli altri professionisti, dei volontari e degli studenti frequentanti i corsi di studio, nel rispetto del diritto all'anonimato del paziente, ovvero prive di dati identificativi.

#### **Base giuridica del trattamento**

Per i trattamenti effettuati per finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale, ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari e sociali, (di seguito "finalità di cura"), così come chiarito dal Provvedimento dell'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali "Chiarimenti sull'applicazione della disciplina per il trattamento dei dati relativi alla salute in ambito sanitario" – 7 marzo 2019, non è richiesto il consenso del paziente, in quanto, ai sensi dell'art. 9 paragrafo 2 lett. h) del GDPR e degli articoli 2-septies e 75 del D.Lgs. 196/2003 così come modificato e integrato dal D.Lgs. 101/2018DPR, il trattamento è necessario per il raggiungimento delle finalità di cura ed è effettuato nell'ambito di una struttura sanitaria da professionisti soggetti a segreto professionale o da altra persona soggetta anch'essa all'obbligo di segretezza.

Inoltre, non è richiesto il consenso del paziente per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che preveda misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale (art. 9, par. 2, lett. i) del Regolamento e considerando n. 54) (es. emergenze sanitarie conseguenti a sismi e sicurezza alimentare).

L'obbligo di acquisire il consenso permane per le ulteriori fattispecie di trattamento: Studi Clinici, Consenso alla comunicazione di informazioni sullo stato di salute, app mediche, costituzione del Dossier Sanitario, refertion-line, etc.

#### **Modalità di trattamento e conservazione**

I dati saranno trattati nel pieno rispetto della normativa sopra richiamata, del segreto professionale e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuto tutto il personale dell'ASP-PA.

Le finalità sopra indicate prevedono lo svolgimento delle operazioni di raccolta, registrazione, conservazione e modificazione dei dati personali, mediante strumenti manuali ed informatici, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati.

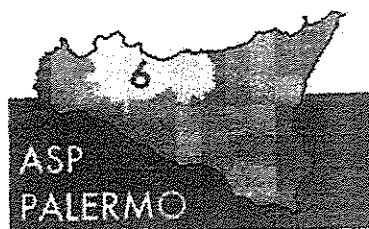
I dati potranno essere trattati con la collaborazione di soggetti terzi espressamente nominati dal Titolare quali Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR.

I dati verranno trattati con modalità informatizzate nonché in formato cartaceo.

#### **Comunicazione e destinatari dei dati**

I dati personali trattati per le sole finalità sopra esposte potranno essere trasmessi ai soggetti cui la comunicazione è prevista per legge o per regolamento, o sulla base di rapporti giuridici in essere con la ASP-PA. In particolare, potranno essere comunicati:

- ad altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere ed alla Regione di appartenenza dell'utente;



- alle compagnie assicurative dell'Ente ed agli ulteriori soggetti coinvolti nella definizione delle pratiche di risarcimento, ad es., loss adjuster (legali, periti, etc.), per la tutela dell'Ente stesso e dei suoi operatori nelle ipotesi di responsabilità;
- ad altri soggetti pubblici (ad es. Regione e Comune) o privati (a cui siano affidati contrattualmente servizi da parte dell'ASP-PA), per finalità istituzionali (ad es. igiene, sanità pubblica, controllo assistenza e spesa sanitaria);
- all'Autorità Giudiziaria e/o all'Autorità di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge.

I dati personali trattati non sono in nessun caso oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

#### **Tempi di conservazione dei dati**

La documentazione cartacea relativa a referti e cartelle cliniche è soggetta a obbligo di conservazione illimitata come disposto dalla circolare del 19 dicembre 1986 n.900 2/AG454/260 del Ministero della Sanità.

#### **Diritti dell'interessato**

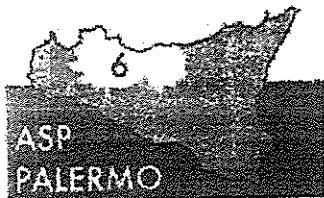
Ai sensi degli artt. da 15 a 22 del GDPR, Lei ha il diritto in qualunque momento di esercitare i citati diritti inviando una istanza alla sede del Titolare, all'attenzione del Responsabile della Protezione dei Dati personali, o mediante l'invio alla casella di posta elettronica:

- [rpd@asppalermo.org](mailto:rpd@asppalermo.org);
- [direzione generale@asppalermo.org](mailto:direzione generale@asppalermo.org)

In particolare potrà chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione degli stessi laddove applicabile, la limitazione del trattamento dei dati che la riguardano o di opporsi al trattamento degli stessi qualora ricorrano i presupposti previsti dal GDPR e comunque esclusivamente nei limiti previsti dalla normativa vigente in tema di tutela del lavoro.

Inoltre, potrà proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità: [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).

LA DIREZIONE AZIENDALE



Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo  
Al Responsabile della U.O. Socio Sanitaria Distretto/PTA \_\_\_\_\_

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Il sottoscritto (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Informato che i soggetti accreditati per l'erogazione di Cure domiciliari della ASP di Palermo sono:

- |                                                                                                                         |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1) COOP. OSA                                                                                                            | 6) ADI Gruppo SANIMEDICA                   |
| 2) MEDICASA Italia S.p.a.                                                                                               | 7) AEVA s.r.l.                             |
| 3) ADI SCARL Società Consortile a r.l.                                                                                  | 8) FINISTERRE s.r.l.                       |
| 4) VIVISOL s.r.l.                                                                                                       | 9) SISIFO Consorzio di Cooperative Sociali |
| 5) ICARES "Icaro Consorzio di Cooperative Sociali<br>Società Cooperativa - Ares Fabiola Società<br>Cooperativa Sociale" | 10) MEDIGAS ITALIA s.r.l.                  |
|                                                                                                                         | 11) LIFE CURE s.r.l.                       |

#### CHIEDE

☐ Per se stesso

☐ Per il familiare (indicare grado di parentela) \_\_\_\_\_

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

che il Soggetto erogatore delle Cure Domiciliari (ADI) sia:

☐ \_\_\_\_\_

E' consapevole che in mancanza di disponibilità assistenziale con l'operatore prescelto l'assistenza sarà affidata ad altro operatore disponibile.

Recapito telefonico del familiare di riferimento \_\_\_\_\_

In atto il paziente è:

☐ Ricoverato presso \_\_\_\_\_

☐ Al proprio domicilio

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

# MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI

|                                                                                   |                                                                                                                                                                    |                                                                                                            |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|  | <b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE<br/>PALERMO</b><br>Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio<br><b>Servizio di Immunoematologia e<br/>Medicina Trasfusionale</b> | <b>CONSENSO INFORMATO<br/>ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE<br/>DI EMODERIVATI</b><br>REV 01 del 09-01-2014* | Pag.<br>1 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

## CONSENSO INFORMATO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI

Gentile Signora/Egregio Signore,  
 Lei è stato/a informato/a del suo stato di salute e della procedura di cura. Durante il ricovero è insorta / potrebbe insorgere la necessità di trasfusione di emocomponenti e/o infusione di emoderivati.  
 Il presente documento, che la invitiamo a leggere attentamente, ha come scopo informarla dei benefici e dei possibili rischi associati a tale tipo di terapia. Per facilitare la sua comprensione, riportiamo alcune definizioni ed informazioni in merito alla terapia trasfusionale/infusiva.

### 1. Definizioni

- Emocomponenti: frazioni del sangue (globuli rossi, plasma, piastrine) ottenute mediante mezzi fisici semplici
- Emoderivati: le specialità medicinali (albumina, immunoglobuline, fattori della coagulazione) estratte dall'emocomponente plasma mediante il processo di lavorazione industriale

### 2. Benefici

- Globuli rossi: aumentare rapidamente l'apporto di ossigeno ai tessuti
- Piastrine: trattamento o prevenzione delle emorragie dovute a carenza quantitativa o qualitativa delle piastrine
- Plasma: migliorare la coagulabilità sanguigna, compromessa da deficit congeniti od acquisiti di fattori della coagulazione
- Albumina: correggere i livelli di albumina contenuta nel plasma
- Immunoglobuline: in caso di assenza o carenza delle stesse, ridurre o prevenire la suscettibilità alle infezioni in generale (immunoglobuline polispecifiche) o ad alcune infezioni in particolare (immunoglobuline monospecifiche)
- Fattori della coagulazione: in caso di deficit quantitativi o funzionali degli stessi, trattamento o la prevenzione di emorragie

### 3. Possibili rischi legati alla trasfusione di emocomponenti

Si riportano di seguito i possibili rischi legati alla trasfusione, raggruppati per incidenza e gravità dai più frequenti e non pericolosi ai rarissimi e più gravi

#### a. Frequenti:

Brivido, Febbre, Orticaria

#### b. Non frequenti

- Reazione emolitica acuta
- Insufficienza respiratoria acuta da trasfusione
- Sovraccarico circolatorio (più pericoloso in soggetti cardiopatici)
- Reazione emolitica ritardata
- Sovraccarico di ferro (per numero di unità di globuli rossi trasfuse superiore a 20)

#### c. Rarissimi

- Reazione emolitica acuta
- Shock anafilattico (in particolar modo in pazienti con carenza congenita di Immunoglobuline di classe A)
- Setticemia
- Reazione del trapianto verso l'ospite (GVHD TRANSFUSION RELATED)
- Infezione da Epatite B
- Infezione da Epatite C
- Infezione da HIV

### 4. Possibili complicanze dell'infusione di emoderivati

Generalmente scompaiono rapidamente dopo riduzione della velocità di infusione od interruzione della somministrazione:

Arrossamento cutaneo, Orticaria, Febbre, Nausea, Ipotensione, rarissimamente Shock anafilattico (in pazienti con deficit di IgA),  
 Rischio di trasmissione di malattie virali per agenti conosciuti: nessuno

### 5. Alternative alla trasfusione di sangue omologo (da donatore): utilizzabili in quadri clinici cronici/carenziali

- Eritropoietina: l'effetto sull'anemia si manifesta dopo una o più settimane dall'inizio del trattamento
- Ferro, vitamina B<sub>12</sub>, acido folico: somministrazione indicata in caso di anemia secondaria a specifica carenza; anche in questo caso l'effetto sull'anemia si manifesta dopo una o più settimane dall'inizio del trattamento

**MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI**

|                                                                                                                                      |                                                                                                                                                    |                                                                                                           |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <br>ASP<br>PALERMO<br>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE | AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE<br>PALERMO<br>Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio<br>Servizio di Immunoematologia e<br>Medicina Trasfusionale | <b>CONSENSO INFORMATO<br/>ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE<br/>DI EMODERIVATI</b><br>REV 01 del 09-01-2014 | Pag.<br>2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

*Si informa altresì che la selezione dei donatori viene effettuata seguendo scrupolosamente le disposizioni contenute nei Decreti a questo scopo emanati dal Ministero della Salute, nonché del fatto che gli emocomponenti prodotti rispondono appieno, dal punto di vista quantitativo e qualitativo, agli standard di legge.*

Dopo la lettura delle informazioni forniteLe, Le chiediamo di esprimere per iscritto il suo consenso/dissenso alla trasfusione di emocomponenti-e/o infusione di emoderivati.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
ben comprese le informazioni contenute nel presente modulo, illustratemi nei particolari dal Dr. \_\_\_\_\_

☐ ACCONSENTO alla ☐ trasfusione di emocomponenti ☐ infusione di emoderivati  
(barrare la casella corrispondente in caso di accettazione)

☐ NON ACCONSENTO alla ☐ trasfusione di emocomponenti ☐ infusione di emoderivati  
(barrare la casella corrispondente in caso di non accettazione)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (Paziente/tutore legale/Genitore)

Io sottoscritto, confermo di avere illustrato al paziente/parente quanto contenuto nel presente modulo, in particolar modo per ciò che attiene ai rischi connessi alla somministrazione di emocomponenti ed emoderivati.  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (Medico che ha informato il paziente)  
Io sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_, pur non essendo possibile acquisire il Consenso Informato del paziente, a causa delle sue condizioni cliniche, che non consentono la comprensione delle informazioni contenute nel presente modulo, in assenza del tutore legale/genitore, ho provveduto ad inoltrare richiesta di emocomponenti e/o emoderivati, prevedendone la somministrazione qualora se ne ravvisasse la necessità al fine di migliorare o risolvere subentranti situazioni di emergenza, pericolose per la vita del paziente.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_.  
Cognome e Nome del paziente (in stampatello)

Firma del Medico (leggibile)

# MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI

|                                                                                   |                                                                                                                                                            |                                                                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|  | <b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE<br/>PALERMO</b><br>Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio<br>Servizio di Immunoematologia e<br>Medicina Trasfusionale | <b>CONSENSO INFORMATO<br/>ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE<br/>DI EMODERIVATI</b><br>REV 01 del 09-01-2014 | Pag.<br>3 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

## SEZIONE DA COMPILARE SE COINVOLGIMENTO DI SOGGETTI DIVERSI DAL PAZIENTE PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

**SE IL PAZIENTE È MINORE D'ETÀ: Dati dei Genitori di.....**  
**PADRE**  
 Cognome e Nome ....., nato/a a ..... il.....  
**MADRE**  
 Cognome e Nome ....., nato/a a ..... il.....  
**NB:** in caso sia presente un solo un genitore occorre compilare e allegare la prevista sezione per l'autocertificazione del genitore presente

**SE IL PAZIENTE È PRIVO DI AUTONOMIA DECISIONALE:**  
**Dati del Legale Rappresentante\* [ ] Tutore\* [ ] Di .....**  
 Cognome e Nome ....., nato/a a ..... il.....  
 \* va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante/ tutore

**SE IL PAZIENTE È INABILE ALLA FIRMA ED ESPRIME CONSENSO VERBALE:**  
**Dati e Firma dei Testimoni**  
 I sottoscritti:

|                                               |                     |
|-----------------------------------------------|---------------------|
| Nome e Cognome del 1° testimone (stampatello) | Tipo e n° documento |
| Nome e Cognome del 2° testimone (stampatello) | Tipo e n° documento |

Dichiarano che il sig.re ..... ha espresso e dichiarato verbalmente di  
☒ **ACCONSENTIRE**    ☐ **NON ACCONSENTIRE**  
 liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza all'atto sanitario proposto  
 Data: ..... Firma 1° testimone: .....  
 Firma 2° testimone: .....

## SEZIONE DA COMPILARE SE IL PAZIENTE ESPRIME LA VOLONTÀ DI NON ESSERE INFORMATO ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto ..... dichiaro di rifiutare ogni informazione relativa al mio stato di salute nonché all'atto sanitario proposto e di **NON DELEGARE** ☒  
**DELEGARE** ☐ il/la sig.re/ra..... per la ricezione delle informazioni.  
 Tutto ciò premesso, nella mia piena capacità di intendere e di volere, essendo pienamente consapevole:  
 - che un mio eventuale rifiuto non precluderebbe comunque il rapporto di fiducia medico-paziente,  
 - che non ho subito alcuna pressione di tipo psicologico per indirizzare la mia scelta,  
 - che sono a conoscenza di poter successivamente revocare il consenso accordato,  
 - che sono a conoscenza che le informazioni raccolte saranno rese anonime e che potranno essere oggetto di analisi statistica per fini di carattere scientifico.  
**dichiaro di (barrare la scelta):**    ☐ **ACCONSENTIRE**    ☒ **NON ACCONSENTIRE**  
 liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza all'atto sanitario proposto.  
 Osservazioni eventuali:.....  
 Data .....  
 Firma leggibile (paziente) .....  
 Timbro e firma del medico che acquisisce il consenso: .....

# MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  <p>ASP<br/>PALERMO<br/>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> | <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE<br/>PALERMO<br/>Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio<br/>Servizio di Immunoematologia e<br/>Medicina Trasfusionale</p> | <p>CONSENSO INFORMATO<br/>ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE<br/>DI EMODERIVATI<br/>REV 01 del 09-01-2014</p> | <p>Pag.<br/>4</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|

## SEZIONE AUTOCERTIFICAZIONE SE PRESENTE UN SOLO GENITORE

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445)**

Io sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il ..... con residenza nel Comune  
di ..... via ..... n. ....  
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per  
attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

### DICHIARO

- di essere genitore del minorenni .....  
nato a ..... il .....

- di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli  
minorenni di età, unite in allegato (norme del Codice Civile).

- che il mio stato civile è il seguente:

☐ coniugato/a; ☐ vedovo/a ☐ separato/a,

☐ divorziato/a, in situazione di:

☐ affidamento congiunto

☐ genitore affidatario

☐ genitore non affidatario

- che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore **non** può firmare il  
consenso perché assente per:

☐ lontananza

☐ impedimento

- che, ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n. 54 – *Disposizioni in materia di  
separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli*, art. 1 (Modifiche al codice civile), limitatamente alle  
decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

☐ che il sottoscritto esercita la potestà separatamente

- altro: .....  
.....

Letto, confermato e sottoscritto

- Luogo e data: .....

- Il/la dichiarante (firma per esteso eleggibile) .....  
(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

- La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato:

☐ in presenza del dipendente addetto

(Timbro ASP) (firma del dipendente addetto) .....

presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D.LGS. 30/06/2003, n. 196)**

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti  
informatici, esclusivamente a tale scopo dall' AS titolare del trattamento

# MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE DI EMODERIVATI

|                                                                                   |                                                                                                                                                                    |                                                                                                           |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|  | <b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE<br/>PALERMO</b><br>Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio<br><b>Servizio di Immunoematologia e<br/>Medicina Trasfusionale</b> | <b>CONSENSO INFORMATO<br/>ALL'EMOTRASFUSIONE ed INFUSIONE<br/>DI EMODERIVATI</b><br>REV 01 del 09-01-2014 | Pag.<br><b>5</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|

## SEZIONE INFORMATIVA AI GENITORI PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE PER I FIGLI MINORI DI ETÀ

Secondo il codice civile la potestà sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, comma 2, CC) o da un solo genitore se l'altro genitore è morto o decaduto o sospeso dalla potestà.

Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore (art. 320 CC). In questi casi il consenso comune è considerato implicito.

### CODICE CIVILE

#### • Art. 155 (Provvedimenti riguardo ai figli)

Anche in caso di separazione personale dei genitori il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno di essi, di ricevere cura, educazione e istruzione da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale. Per realizzare la finalità indicata dal primo comma, il giudice che pronuncia la separazione personale dei coniugi adotta i provvedimenti relativi alla prole con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale di essa. Valuta prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati a entrambi i genitori oppure stabilisce a quale di essi i figli sono affidati, determina i tempi e le modalità della loro presenza presso ciascun genitore, fissando altresì la misura e il modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione dei figli. Prende atto, se non contrari all'interesse dei figli, degli accordi intervenuti tra i genitori. Adotta ogni altro provvedimento relativo alla prole. La potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la potestà separatamente. Salvo accordi diversi liberamente sottoscritti dalle parti, ciascuno dei genitori provvede al mantenimento dei figli in misura proporzionale al proprio reddito; ... .. omissis.

#### • Art. 316 (Esercizio della potestà dei genitori)

Il figlio è soggetto alla potestà dei genitori sino all'età maggiore o alla emancipazione (2, 390). La potestà è esercitata di comune accordo da entrambi (155, 317, 327, 343) i genitori. In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei. Se sussiste un incombente pericolo di grave pregiudizio per il figlio, il padre può adottare i provvedimenti urgenti ed indifferibili (322). Il giudice, sentiti i genitori ed il figlio, se maggiore degli anni quattordici, suggerisce le determinazioni che ritiene più utili nell'interesse del figlio e dell'unità familiare. Se il contrasto permane il giudice attribuisce il potere di decisione a quello dei genitori che, nel singolo caso, ritiene il più idoneo a curare l'interesse del figlio.

#### • Art. 317 (Impedimento di uno dei genitori)

Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro. La potestà comune dei genitori non cessa quando, a seguito di separazione, di scioglimento, di annullamento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, i figli vengono affidati ad uno di essi. L'esercizio della potestà è regolato, in tali casi, secondo quanto disposto nell'art. 155.

C.A. UOC Medicina Trasfusionale

---

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ medico curante del/la paziente  
Sig./ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, che  
necessita di assistenza trasfusionale domiciliare, autorizza il ritiro ed il trasporto degli  
emocomponenti, ai fini della trasfusione richiesta da effettuarsi a domicilio della paziente, a cura  
del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, operatore dell'Ente \_\_\_\_\_,  
individuato a tale fine dal paziente e/ o caregiver del paziente.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma MMG

---

## RICHIESTA DI ATTIVAZIONE ADI TRASFUSIONALE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

RESIDENTE \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

DOMICILIATO \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

FAMILIARE DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

Patologia Primaria \_\_\_\_\_

Indicazione all'emotrasfusione:

Concentrati Eritrocitari Filtrati ☐ Pool Piastrine ☐ Unità ☐

Plasma Fresco Congelato ☐ Unità ☐

Riportare valori non antecedenti a 5 giorni di:

Hb ☐

Htc ☐

Piastrine ☐

W.B.C ☐

INR ☐

1° Trasfusione ☐

Successiva ☐

Data ultima trasfusione ☐

Portatore:

PICC ☐

CVC ☐

Accesso periferico ☐

Patologie concomitanti: \_\_\_\_\_

Medico curante Dr. \_\_\_\_\_

Ambulatorio via \_\_\_\_\_

Distretto /PTA di appartenenza

DISTR.n. \_\_\_\_\_

PTA \_\_\_\_\_

Ricevimento

| GIORNO    | ORARIO |
|-----------|--------|
| Lunedì    |        |
| Martedì   |        |
| Mercoledì |        |
| Giovedì   |        |
| Venerdì   |        |

TEL. \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

ALL'UOPO SI DICHIARA CHE :

☐ l'assistito è già in ADI

☐ l'assistito viene ammesso in un programma ADI

☐ l'assistito adeguatamente edotto ha sottoscritto consenso informato

Data \_\_\_\_\_

timbro firma e codice regionale MMG

Protocollo ADI \_\_\_\_\_

**Modulo di registrazione dei controlli pretrasfusionali**  
**(D.M. 2 novembre 2015)**

UNITA' DI SANGUE :

DATA :

ORA :

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| Check<br>Medico | Check<br>Op San |
|-----------------|-----------------|

|    |    |
|----|----|
| SI | SI |
|----|----|

**Controllo della compatibilita' immunologica teorica**  
confrontando i dati presenti su ogni singola unita' con quelli della richiesta,  
referto di gruppo sanguigno e le attestazioni di compatibilita' delle unita' con il paziente

|    |    |
|----|----|
| SI | SI |
|----|----|

**Ispezione unita' di emocomponenti** per la presenza di anomalie

|    |    |
|----|----|
| SI | SI |
|----|----|

**Identificazione del ricevente:** richiesta al paziente dei propri dati  
identificativi: cognome, nome e data di nascita

|    |    |
|----|----|
| SI | SI |
|----|----|

**Identificazione del ricevente:** verifica dei dati identificativi con quelli  
riportati sul braccialetto.

|    |    |
|----|----|
| SI | SI |
|----|----|

**Identificazione del ricevente:** verifica dei dati identificativi con quelli  
riportati su ogni singola unita' da trasfondere

Matricola Medico :

Matricola Operatore Sanitario:

Firma : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_