

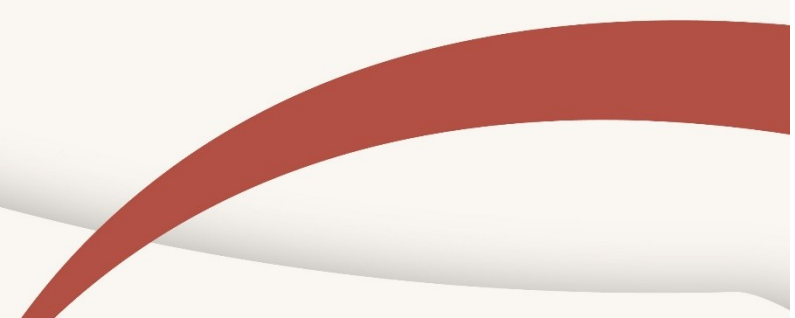
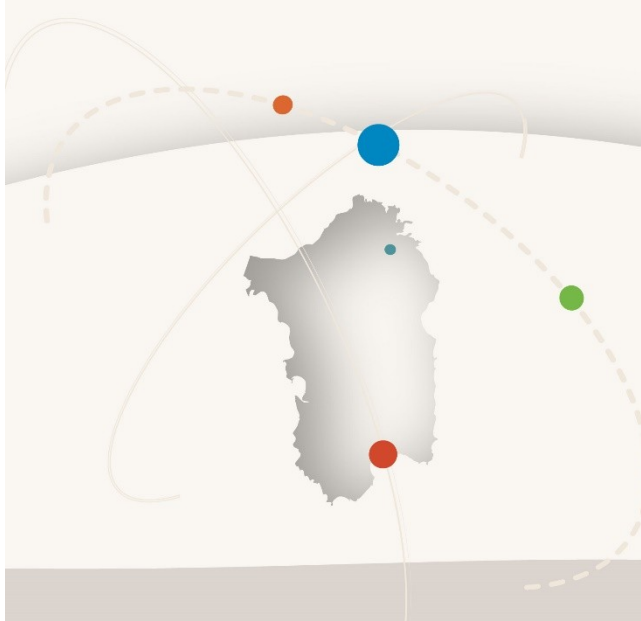


XXI° CONGRESSO NAZIONALE CARD

VII CONFERENZA NAZIONALE CURE DOMICILIARI - XXI CONGRESSO CARD

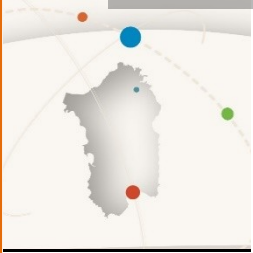
19-20 | OTTOBRE | 2023

CAGLIARI
Hotel Regina Margherita

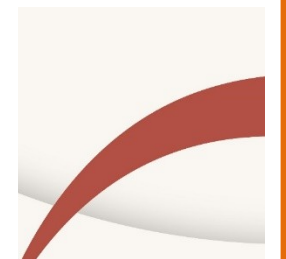
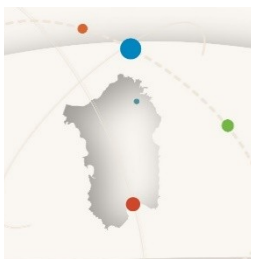


INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO MODELLI DI VALORIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Dr. Omar Guarino
Responsabile Cure Domiciliari e Intermedie
ASL PESCARA



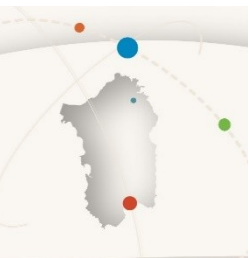
Il miglioramento delle condizioni economiche e sociali, l'adozione di stili di vita sani, la disponibilità di terapie di maggior efficacia, l'innovazione tecnologica in campo medico, hanno contribuito all'incremento dell'aspettativa di vita della popolazione con conseguente aumento delle patologie croniche e della sopravvivenza di pazienti con patologie oncologiche. Parimenti nel corso dell'ultimo decennio si è assistito nell'ambito dell'assistenza domiciliare ad un aumento del numero e della complessità dei casi trattati che ha richiesto capacità organizzative e competenze professionali di elevato profilo.



Nelle strategie gestionali delle Aziende Sanitarie ci sono anche quelle relative all'elaborazione di percorsi di integrazione ospedale-territorio che utilizzando al meglio le sinergie dei propri assetti ospedalieri e territoriali, soddisfino bisogni emergenti e crescenti espressi dalla popolazione.

L'azienda ASL Pescara ha concretizzato ciò implementando l'offerta di servizi domiciliari ad hoc ad elevata integrazione Ospedale-Territorio, come l'Assistenza Domiciliare Ematologica – ADE.

I risultati positivi raggiunti sono molteplici: miglioramento della qualità assistenziale domiciliare, riduzione del ricorso alle ospedalizzazioni, miglioramento della qualità di vita del paziente e dei suoi familiari, maggior aderenza alle terapie, possibile riduzione di complicanze infettive derivanti da germi ospedalieri, massimizzare la produttività delle risorse aziendali

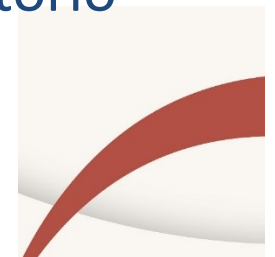
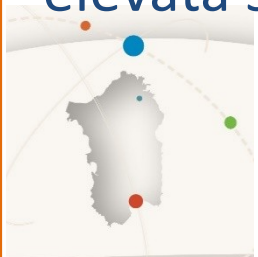




Presso l'Ematologia della Asl di Pescara viene identificato il Centro Hub di riferimento regionale per l'Ematologia ed il Trapianto emopoietico, con la vocazione di "Centro di eccellenza", che concentra varie strutture ad elevata specializzazione.

Circa 10 anni fa per iniziativa del Centro nasceva un progetto di continuità assistenziale per l'istituzione di una rete di cure domiciliari specialistiche, destinate ai pazienti ematologici dell'ASL di Pescara.

Nel 2018 il Centro e le Cure domiciliari territoriali avviavano un percorso di integrazione che grazie al modello organizzativo territoriale già consolidato delle cure domiciliari, potesse garantire un'assistenza domiciliare caratterizzata da elevata specializzazione, diffusione omogenea e capillare su tutto il territorio



Percorso Assistenza Ematologica Domiciliare - ADE

Ematologo

- Pianifica l'accesso domiciliare infermieristico per prelievi ematici (emocromo + prove compatibilità) e incarica direttamente il personale infermieristico della Società erogatrice esterna tramite gestionale ADI dedicato e mail
- Comunica al servizio ADI Distrettuale referente a mezzo mail

Infermiere

- Si reca a casa del paziente, consegna l'informativa al consenso informato ed effettua i prelievi per emocromo + prove di compatibilità e gruppo sanguigno
- Si reca in ospedale e consegna:
 - al centro trasfusionale (CT) le provette con il relativo foglio di accompagnamento

Ematologo

- Visiona il referto dell'emocromo
- Se necessita dispone la trasfusione quindi:
 - compila il modulo Richiesta Emocomponenti
 - tramite gestionale dedicato ADI, commissiona alla società erogatrice esterna 1 accesso infermieristico + 1 accesso med.
 - comunica al distretto referente a mezzo mail / messaggistica l'avvio dell'emotrasfusione

Percorso Assistenza Ematologica Domiciliare - ADE

Centro Trasfusionale

- Esegue le prove di compatibilità e gruppo sanguigno e prepara le unità di emocomponenti

Infermiere

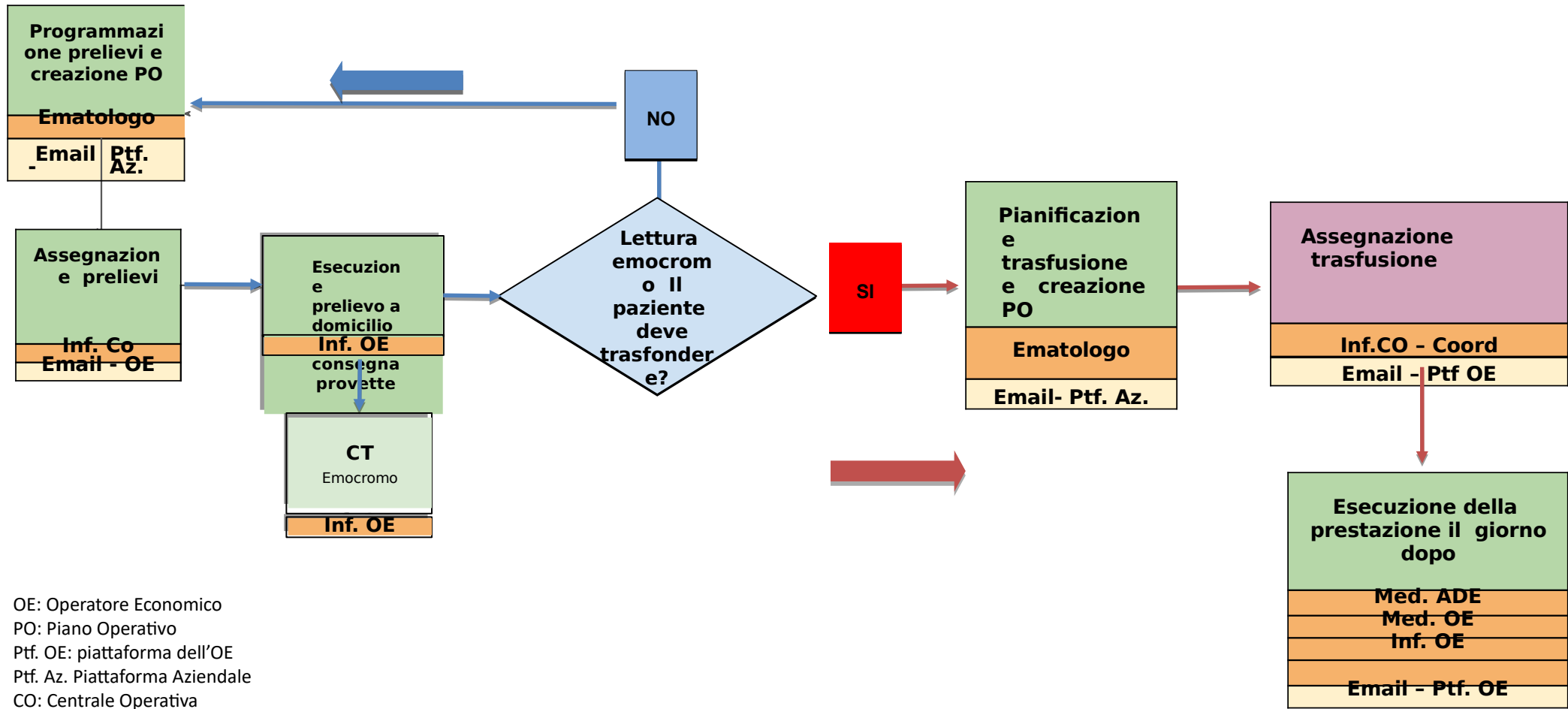
- Ritira le unità di emocomponenti presso il C.T.
- Si reca al domicilio del pz e congiuntamente al medico avvia l'emotrasfusione

Medico Trasfondista

- Raccoglie il consenso informato
- Esegue sul paziente i rilievi di pertinenza e li annota sulla cartella clinica
- Avvia la trasfusione insieme all'infermiere
- Termina la trasfusione e comunica al C.T. l'avvenuta trasfusione

Nota: se il paziente non è stato mai trasfuso deve fare una seconda determinazione di gruppo

PROCESSO ADE - OE



OE: Operatore Economico
 PO: Piano Operativo
 Ptf. OE: piattaforma dell'OE
 Ptf. Az. Piattaforma Aziendale
 CO: Centrale Operativa

PERCORSO ASSISTENZA TRASFUSIONALE DOMICILIARE – ADI

Paziente mai trasfuso

IL MMG/PLS/MEDICO SPECIALISTA

1. compila il modulo di RICHIESTA EMOCOMPONENTI oppure
2. Prescrive trasfusione sul ricettario rosso. La ricetta deve riportare tassativamente le seguenti informazioni:
 - Generalità anagrafiche del paziente (nome, cognome, sesso, data di nascita);
 - N° unità da assegnare di: emazie concentrate, concentrato piastrinico, plasma fresco cong., ecc.
 - Patologia cui è affetto il paziente;
 - Motivo della trasfusione;
 - Valore dell'emoglobina;

IL MEDICO DEL DISTRETTO, se non è già stato compilato il modulo RICHIESTA DI EMOCOMPONENTI

1. Sulla scorta della ricetta medica, compila i moduli di RICHIESTA EMOCOMPONENTI;
2. pianifica contestualmente tutti gli accessi domiciliari infermieristici e l'accesso del medico specialista:
 - 1° accesso infermieristico: per 1^a determinazione gruppo;
 - 2° accesso infermieristico: per 2^a determinazione gruppo, ritiro emocomponenti e avvio trasfusione ;
 - Accesso congiunto del medico trasfondista.

L'INFERMIERE (1° accesso)

- Si reca c/o Distretto Sanitario per ritirare la modulistica;
- Si reca a casa del paziente, consegna l'informativa al consenso informato ed effettua il prelievo per 1^a determinazione gruppo (vedere procedura SECURBLOOD);
- Si reca c/o il Centro Trasfusionale (CT) e consegna il prelievo unitamente ai moduli per la richiesta di emocomponenti (le/gli viene restituito il foglio giallo necessario per il ritiro degli emocomponenti).

L'INFERMIERE (2° accesso)

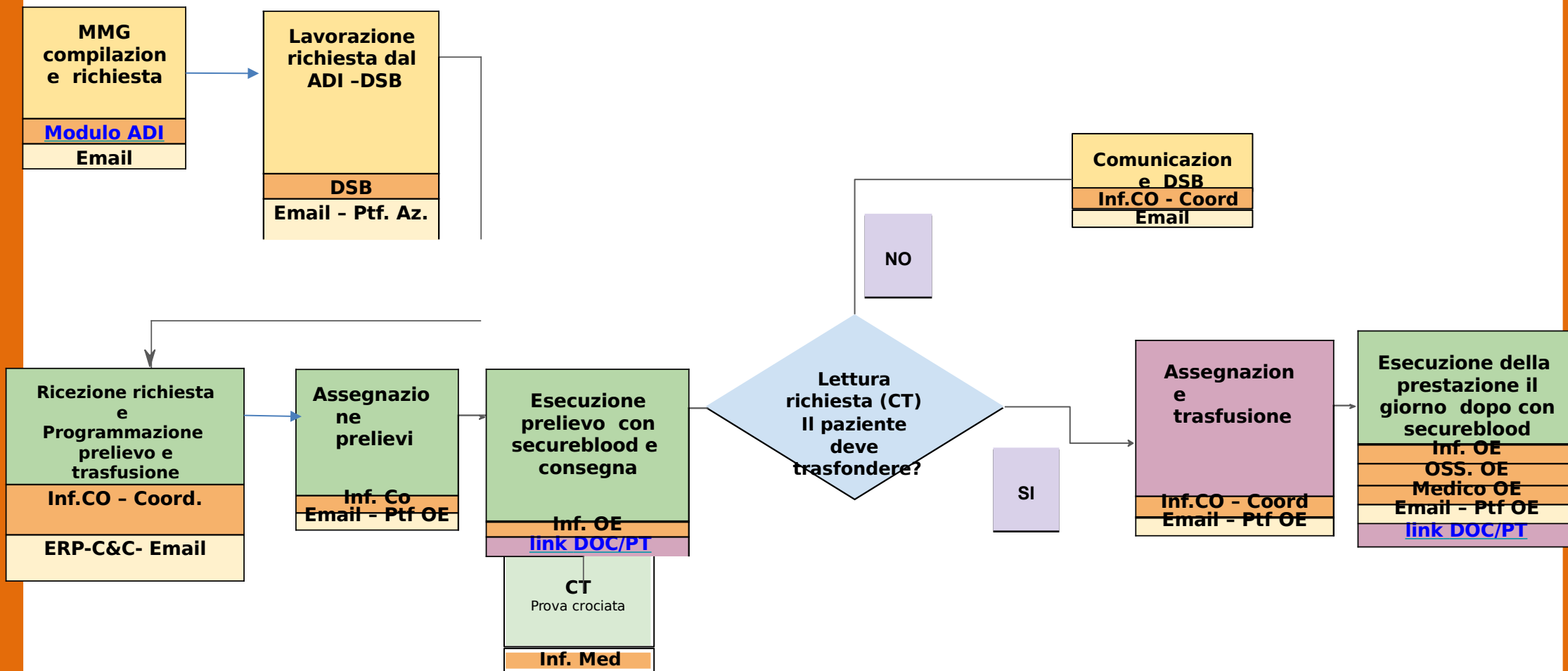
- Si reca a casa del paziente ed effettua il prelievo per 2^a determinazione gruppo (vedere procedura SECURBLOOD);
- Si reca c/o il Centro Trasfusionale (CT) e consegna il prelievo per la 2^a determinazione gruppo;
- Attende l'esito della seconda determinazione;
- Ritira le unità richieste, i moduli di accompagnamento e il deflussore per l'emocomponente;
- Si reca a casa del paziente e congiuntamente al medico avvia la trasfusione (procedura SECURBLOOD);
- Conclusione attività infermieristica.

IL MEDICO TRASFONDISTA

- Esegue sul paziente i rilievi pertinenza e li annota sulla cartella clinica;
- Avvia la trasfusione unitamente all'infermiere;
- Termina la trasfusione (PROCEDURA SECURBLOOD).

Se il paziente è già stato trasfuso non serve la seconda determinazione del gruppo.

PROCESSO ADI - OE



REGIONE ABRUZZO
ASL PESCARA

MODULO DI RICHIESTA EMOCOMPONENTI DA SOMMINISTRARE AI PAZIENTI DOMICILIARI

Da consegnare ai Servizi di Medicina Trasfusionale dei PP.OO. di Pescara Penne e Popoli

Bliester richiesta

COGNOME..... NOME..... DATA DI NASCITA ____/____/____ LUOGO DI NASCITA

PESO..... SESSO: M F EMOGRUPPO e RH (se conosciuto) DIAGNOSI

MOTIVO DELLA TRASFUSIONE	ANEMIA (specificare) Cod.:R01 <input type="checkbox"/> Cod.:R04 <input type="checkbox"/>	PIASTRINOPENIA (specificare valore) _____ Cod.: P01
		ALTRO (specificare) _____

Hb.....g/dl Ht.....%	GIA' TRASFUSO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	data ultima trasfusione _____	PRESENZA ANTICORPI ANTI GLOBULI ROSSI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PLT.....10 ³ /µl	REAZIONE TRAFUSIONALE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TRAPIANTATO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	GRAVIDANZE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

EMOCOMPONENTE RICHIESTO	N° Unità Richieste	N° Unità Assegnate (RISERVATO AL CENTRO TRASFUSIONALE)
<input type="checkbox"/> EMAZIE CONCENTRATE		
<input type="checkbox"/> CONCENTRATO PIASTRINICO		

LE EMOTRASFUSIONI URGENTI DEVONO ESSERE INViate AL PRONTO SOCCORSO

A domicilio sono garantite solo le emotrasfusioni programmate che di norma vengono eseguite dopo 48 ore dalla richiesta.

Le richieste devono pervenire al Distretto Sanitario dal lunedì al giovedì.

DATA PREVISTA DELLA EMOTRASFUSIONE

____/____/____

IL MEDOCO RICHDENTE Dott/ssa _____ timbro e firma _____

Verificata l'identificazione univoca del paziente Il prelievo ematico viene eseguito da (nominativo)..... firma.....

Spazio riservato al centro Trasfusionale

Pervenuta al CT in data ____/____/____ ora _____ note _____

APPROPRIATEZZA SI NO MODIFICATA ANNULLATA TIMBRO E FIRMA DEL TRASFONDISTA _____

(MOD. SIT DE 01030 Ed 00 Rev. 00 del 25/09/2018 Approvazione SIMT 26/09/2018 Emissione RSGQ 01/10/2018 T.A. 30 anni)

MODALITA' DI COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA DI EMOCOMPONENTI

La prescrizione di emocomponenti deve essere sempre effettuata da un medico.

La richiesta va compilata in tutti i suoi campi, esclusivamente sul modulo precodificato fornito dal SIm, in tre copie:

- Prima Copia, riservata al Centro
- Seconda Copia, verrà restituita al Reparto richiedente e conservata nella cartella del paziente
- Terza Copia, ricevuta da esibire obbligatoriamente al momento del ritiro degli emocomponenti

La richiesta deve essere tassativamente compilata in ogni sua parte indicando:

- Data, Generalità complete del paziente (Cognome, Nome, Data di nascita, Luogo di Nascita, Peso e Sesso), Emogruppo (SE CONOSCIUTO) e Diagnosi
- Motivo della Trasfusione (Anemia, Piastrinopenia, Altro) (vedi **Tabella 1**)
- Livelli di Hb, Ht, PLT, valutazioni su Trasfusioni, Gravidanze, Reazioni Trasfusionali, Trapianti e Presenza di Anticorpi precedenti
- Emocomponente richiesto, N° Unità
- Timbro e Firma del Medico Richiedente
- Nome, Cognome e firma del Sanitario che ha effettuato il prelievo dei campioni Biologici.

TABELLA 1

COD	Trasfusione di Globuli Rossi	COD.	Trasfusione di Piastrine
R01	Anemie croniche con Hb < 6-7 g/dL o Ht < 21% in pazienti stabilizzati	P01	Profilassi dell'emorragia in pazienti medici con n° di piastrine < 10000 / ml
R04	Hb < 8-10 g/dL in paziente sintomatico per anemia con marcata diminuzione della ossigenazione tissutale anomalia della funzione cardiocircolatoria, respiratoria, ecc.)		

PRELIEVO E IDENTIFICAZIONE CAMPIONI

La richiesta deve essere accompagnata da 1 campione di sangue (provetta EDTA - tappo viola) che identifica correttamente il paziente, datata e firmata dal Sanitario che ha eseguito il prelievo. Il campione di sangue sarà utilizzato per la determinazione del gruppo e per le prove di compatibilità.

Nel caso il paziente abbia una sola determinazione di gruppo sarà necessaria una 2° DETERMINAZIONE. Un' ulteriore campione di sangue (provetta EDTA - tappo viola) che identifichi correttamente il paziente, datato e firmato dal Sanitario che ha eseguito il prelievo, prelevato in un momento diverso dal precedente prelievo, verrà consegnato al Servizio trasfusionale prima del ritiro degli emocomponenti.

Secondo normativa SIMT il presente modulo deve essere conservato per 30 anni.

N.B. per i Sig.ri Medici prescrittori

Le linee guida di settore (SIMTI) consigliano la somministrazione di 1 sola Unità /die per evitare il sovraccarico circolo (TACO)

Per indicazioni e suggerimenti tecnici i Sig.ri Medici possono telefonare al Servizio Trasfusionale al n. Tel. 085 4252688 (8.00 - 20.00)

PROCEDURE OPERATIVE EMOSTRASFUSIONI DOMICILIARI

CONTROLLI DA EFFETTUARE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEGLI EMOCOMPONENTI A DOMICILIO

TEMPI DI INFUSIONE

GESTIONE REAZIONI AVVERSE

I controlli da effettuare prima della trasfusione si dividono in:

- **FASE 1 - Presenza del Medico e dell'Infermiere che devono:**

- **Rilevamento parametri vitali:** pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea
- **Acquisizione consenso informato**
- **Controlli di identità:** controlli identità per la corrispondenza dei dati forniti dal paziente, referti di gruppo ed i dati riportati sull'unità, numero identificazione, gruppo sanguigno, data di scadenza, dati anagrafici del paziente, dati presenti in cartella

FASE 2 -

- **Ispezione unità emocomponenti**

Assicurarsi che i siti per la perforazione con il set siano sigillati.

Osservare eventuali anomalie del colore. Le unità di emazie non devono presentare sfumature brune, verdastre o rubiniche (emolisi). La sacca deve avere lo stesso colore del segmento collegato. Il plasma scongelato deve essere di color giallo, trasparente; può presentarsi lievemente opalescente ma non deve essere rosso o marrone.

Le unità piastriniche si presentano di color giallo: risultano opalescenti soprattutto se osservate contro luce.

Se viene notata una qualsiasi anomalia rispetto alle caratteristiche attese il preparato non va trasfuso ed il problema va subito segnalato al Centro Trasfusionale restituendo l'emocomponente.

- **verificano la presenza di farmaci e dispositivi da utilizzare in caso di reazione avverse** (es. soluzione fisiologica da 500 ml, cortisonici, antistaminici, ecc).
- **riconoscimento attivo del paziente** chiedendo di declinare attivamente le proprie generalità (cognome, nome, data di nascita, luogo di nascita) e tramite braccialetto. Per il paziente non collaborante l'identificazione attiva può essere effettuata dal caregiver o da un Tutore;
- **compila il modulo H presente sul foglio da conservare in cartella , riempiendo ogni parte e firmando**

FASE 3

Somministrazione egli emocomponenti:

Possono essere utilizzati accessi venosi centrali e/o periferici

- Avvio e fine trasfusione
- Monitoraggio del paziente durante e dopo la trasfusione
- Al termine della trasfusione il medico rileva e registra i segni vitali

Comunicazione al Centro Trasfusionale dell'avvenuta trasfusione

- Il medico responsabile della trasfusione fa pervenire al CT la documentazione di avvenuta trasfusione e di eventuali reazioni avverse. La notifica di reazioni avverse avviene su modulo dedicato.

TEMPI DI INFUSIONE

Lasciare la sacca a temperatura ambiente per non più di 10 minuti.

Cominciare di norma a goccia lenta (10-15 gtt/min) e tenere sotto stretta osservazione il paziente per 15-20 minuti; le reazioni trasfusionali più gravi, quelle emolitiche da incompatibilità ABO, si manifestano generalmente in questo intervallo.

Trascorsi 10 minuti è possibile accelerare la velocità d'infusione.

Il tempo di infusione dei diversi prodotti dipende dal contesto clinico, età e dalle condizioni cardiologiche. In un paziente adulto stabile non emorragico i tempi di somministrazione sono:

Globuli rossi 60-90 minuti (30-40 gtt/min).

Per pazienti a rischio di sovraccarico circolatorio, ad esempio pazienti con scompenso cardiaco, è necessario trasfondere più lentamente, con un monitoraggio della trasfusione più intensivo. Per questi pazienti considerare la concomitante somministrazione di diuretici.

Pazienti con emorragie acute o in shock ipovolemico richiedono tempi di infusione più rapidi. L'ora di consegna è registrata sul foglio verde di accompagnamento.

TEMPI DI INFUSIONE

Plasma circa 30 minuti per unità (i.e. 10-20mL/kg).

La trasfusione di plasma fresco congelato va iniziata quanto prima, seguendo le precauzioni già indicate per le emazie (verifica dati, inizio lento, velocità successiva regolata da parte del medico sulla base delle condizioni del circolo).

Piastrine 15-30 minuti.

La trasfusione di piastrine va iniziata il prima possibile seguendo le precauzioni già indicate per le emazie (verifica dati, inizio lento, velocità successiva in base alla valutazione delle condizioni del circolo da parte del medico), l'infusione può essere completata in 15-30 minuti e comunque non oltre 1 ora dalla consegna. Le piastrine non vanno mai conservate in frigorifero.

Sorveglianza del paziente

Durante la trasfusione il paziente resta sotto sorveglianza da parte del personale medico che deve verificare l'andamento della trasfusione e le condizioni generali almeno ogni 20 minuti ed intervenire in caso di reazioni avverse.

Al termine della trasfusione il medico avrà cura di rilevare e registrare i segni vitali e adempiere alla compilazione della documentazione di competenza.

Comunicazione al Centro Trasfusionale dell'avvenuta trasfusione

Il medico responsabile della trasfusione deve far pervenire al Centro Trasfusionale la documentazione di avvenuta trasfusione e di eventuali reazioni avverse alla trasfusione.

La comunicazione dell'avvenuta trasfusione deve avvenire mediante il modulo di accompagnamento fornito dal Centro Trasfusionale alla consegna.

Solo per la notifica delle reazioni avverse gravi si utilizza il modulo ad hoc, consegnato dal Centro Trasfusionale.

Eliminazione delle unità trasfuse e dei dispositivi di infusione

Le unità di emocomponenti ed i rispettivi apparati di infusione sono considerati rifiuti a rischio biologico e pertanto vanno raccolti in sacchi gialli inseriti negli appositi contenitori di materiale plastico rigido di colore nero.

Unità non utilizzate

Nel caso non si possa avviare la trasfusione per le condizioni del paziente, l'emocomponente deve essere restituito al Centro Trasfusionale con lo stesso contenitore (borsa termica) e stesse modalità di trasporto nonché nel minor tempo possibile.

Archiviazione

Nel domicilio dove avviene la trasfusione deve essere conservata, nella cartella clinica tutta la documentazione trasfusionale, (copia richiesta -modulo -, consenso, etichetta, ecc).

Ogni eventuale inconveniente od eventuali reazioni trasfusionali dovranno essere registrate dal medico nella cartella trasfusionale e/o in quella clinica e sul modulo di accompagnamento con le informazioni dell'avvenuta trasfusione da restituire il prima possibile al Centro Trasfusionale.

Riconoscimento e trattamento delle reazioni avverse alla trasfusione

Generalità

Le trasfusioni di sangue ed emocomponenti possono dare luogo a reazioni trasfusionali acute, cioè che si osservano durante la trasfusione e nelle prime 24 ore dalla trasfusione stessa, ed a complicanze ritardate, che si osservano a distanza di giorni, settimane o addirittura anni, come nel caso dell'emosiderosi. Dal punto di vista eziologico, possono distinguersi complicanze di natura infettiva, di natura immunologica e di natura non immunologica e non infettiva.

Gli effetti ritardati alle trasfusioni sono, con eccezione della emosiderosi e dell'emolisi ritardata, rari anche se spesso gravi. E' importante conoscere i quadri clinici di natura immuno-ematologica (Graft Versus Host Disease post trasfusionale, piastrinopenia post trasfusionale con porpora, emolisi ritardata con iperbilirubinemia) ed infettiva per poterli gestire tempestivamente con il supporto degli specialisti competenti.

E' per questo motivo fondamentale includere sempre nell'anamnesi patologica prossima e remota di ogni paziente la storia trasfusionale del paziente, informazione senza la quale non si può giungere ad una diagnosi corretta ed ad una terapia appropriata di questi quadri clinici.

Rilevazione e gestione delle reazioni trasfusionali acute

I segni ed i sintomi iniziali delle reazioni trasfusionali sono spesso generici: da essi, pertanto, non è possibile, il più delle volte, dedurre l'eziologia e la potenziale gravità della reazione stessa.

E' importante quindi istruire bene il paziente e sorvegliarlo.

IN CASO DI SOSPETTA REAZIONE TRASFUSIONALE GRAVE

► Il Medico:

- sospende la trasfusione e mantiene pervio l'accesso venoso con soluzione fisiologica;
- effettua gli opportuni interventi terapeutici;
- contatta il collega del Centro Trasfusionale;
- dà istruzioni per la raccolta di eventuali campioni biologici per le indagini del caso (per indagini immunoematologiche post reazione provetta tappo viola);
- compila il modulo di reazione trasfusionale obbligatoria per legge e la consegna nell'immediato al Centro Trasfusionale insieme alla provetta.

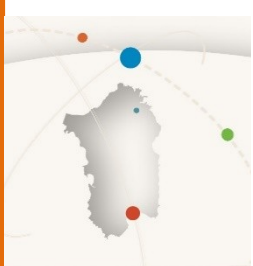
Segni e sintomi delle principali reazioni trasfusionali acute

TIPO DI REAZIONE	ESORDIO	CAUSA	SEGNI E SINTOMI
Reazione emolitica acuta (in genere da incompatibilità ABO)	Più spesso entro i primi 10-15 minuti dall' inizio della trasfusione	Incompatibilità ABO quasi sempre dovuta ad un errore di identificazione del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Febbre, brivido, shock, dolore oppressivo al torace, dispnea • Emoglobinemia • emoglobinuria • oliguria • CID (coagulazione intravasale disseminata)
Febbrile non emolitica	In genere durante ma anche qualche ora dopo la trasfusione	Anticorpi del ricevente nei confronti di globuli bianchi e piastrine	<ul style="list-style-type: none"> • Brividi e/o febbre • (>1,50C) • Cefalea • Mialgie • Nausea e/o vomito
Reazione allergica orticariode	In genere poco dopo l'inizio della trasfusione	Anticorpi del ricevente contro proteine plasmatiche	<ul style="list-style-type: none"> • Variabili: da orticaria localizzata a prurito a rash cutaneo • Raramente anafilassi
Reazione anafilattica	Immediatamente dopo l'inizio della trasfusione	Più spesso dovuta ad anticorpi anti IgA in pazienti geneticamente privi	<ul style="list-style-type: none"> • Severa crisi respiratoria • Collasso cardiovascolare
TRALI (Transfusion related acute lung injury)	Durante la trasfusione fino ad alcune ore dopo	Alto titolo di anticorpi anti-leucociti nel plasma del donatore	<ul style="list-style-type: none"> • Ipossia severa • Dispnea
Sovraccarico circolatorio (TACO)	Durante o immediatamente dopo la trasfusione	Eccessiva velocità di trasfusione in rapporto alla riserva cardiovascolare	<ul style="list-style-type: none"> • Tachicardia • dispnea • congestione polmonare • cefalea
Sepsi	Insorgenza molto rapida	Contaminazione batterica dell'emocomponente trasfuso (più frequentemente piastrine)	<ul style="list-style-type: none"> • Febbre alta (>20C) • Brividi • Vomito • Diarrea • Ipotensione
Intossicazione da citrato	Durante la trasfusione	Il citrato presente nell'emocomponente abbassa il Ca ⁺⁺	<ul style="list-style-type: none"> • Formicolio attorno la bocca • segni di ipocalcemia

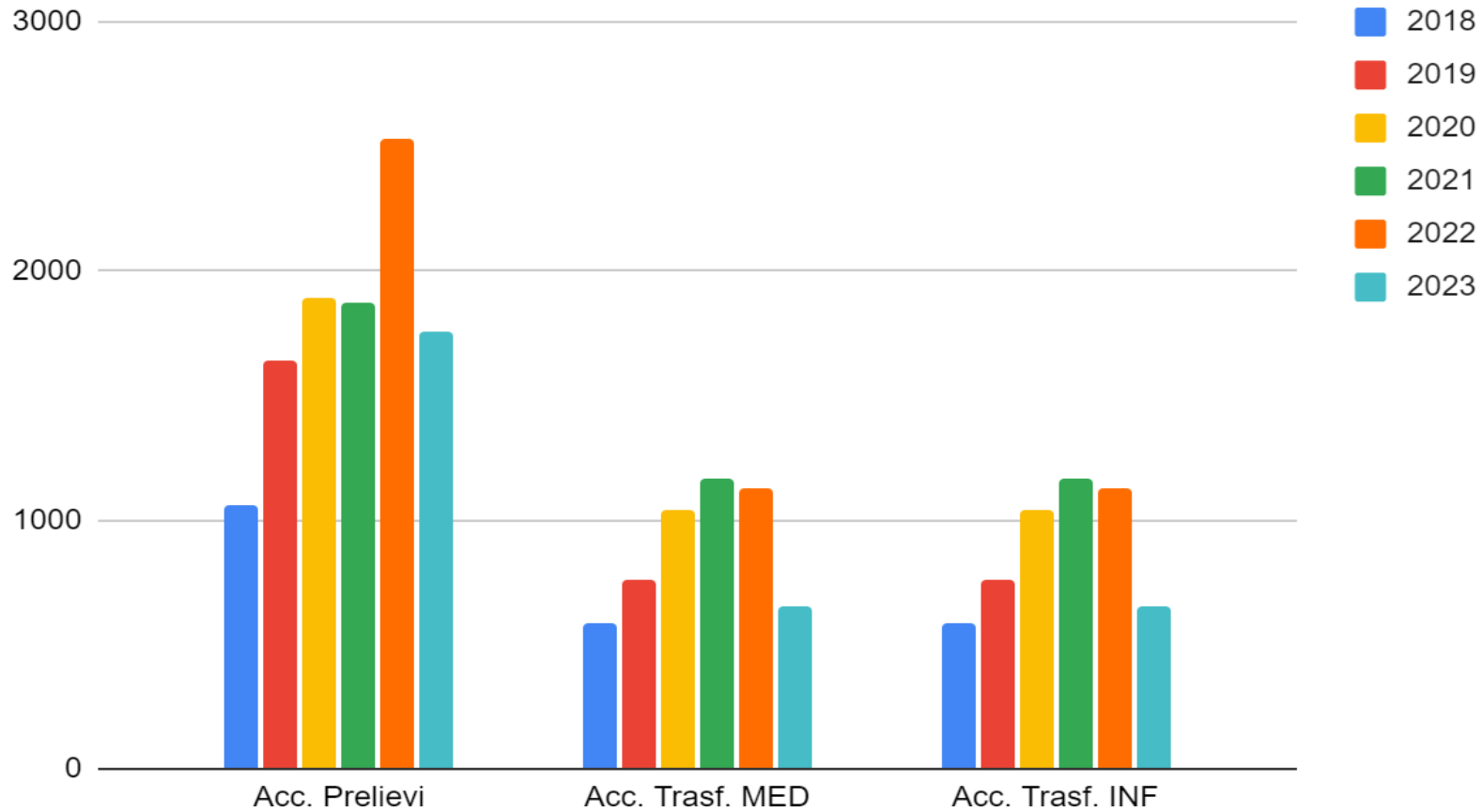
Accessi eseguiti per figura professionale suddivisi per anno dal 2018

2018 - Accesso Prelievi - INFERMIERE	1057
2018 - Accesso Trasn. MEDICO	583
2018 - Acc. Trasn. INFERMIERE	583
2019 - Acc. Prelievi	1643
2019 - Acc. Trasn. MED	758
2019 - Acc. Trasn. INF	758
2020 - Acc. Prelievi	1888
2020 - Acc. Trasn. MED	1039
2020 - Acc. Trasn. INF	1039
2021 - Acc. Prelievi	1875
2021 - Acc. Trasn. MED	1163
2021 - Acc. Trasn. INF	1163
2022 - Acc. Prelievi	2527
2022 - Acc. Trasn. MED	1132
2022 - Acc. Trasn. INF	1132
2023 - Acc. Prelievi	1755
2023 - Acc. Trasn. MED	650
2023 - Acc. Trasn. INF	650

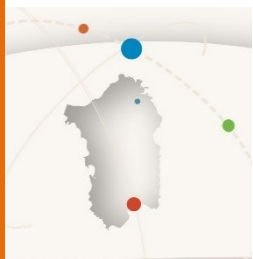
N.B.: i dati relativi al 2023 sono parziali in quanto riferiti ai primi 9 mesi



Accessi eseguiti per figura professionale suddivisi per anno dal 2018



N.B.: i dati relativi al 2023 sono parziali in quanto riferiti ai primi 9 mesi

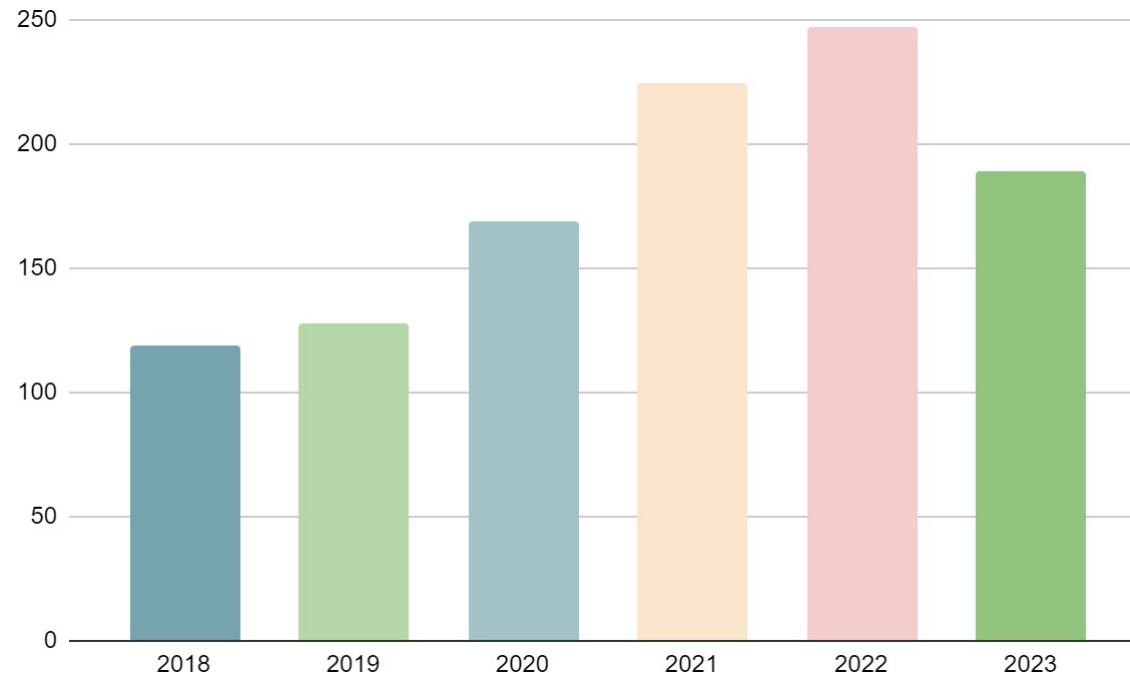


Pazienti seguiti per anno dal 2018 AL 2023:



2018	119 pazienti
2019	128 pz
2020	169 pz
2021	225 pz
2022	247 pz
2023	189 pz

N.B.: i dati relativi al 2023 sono parziali in quanto riferiti ai primi 9 mesi



Dicembre 2022		Prelievi ADE	Prelievi ADI	TRASFUSIONI ADE	TRASFUSIONI ADI
1	giovedì	7		2	
2	venerdì			2	
3	sabato				
4	domenica				
5	lunedì	17		1	
6	martedì	13		7	
7	mercoledì	10			
8	giovedì				
9	venerdì			5	
10	sabato				
11	domenica				
12	lunedì	17		1	
13	martedì	9		4	
14	mercoledì	16		4	
15	giovedì	6		1	
16	venerdì			4	
17	sabato				
18	domenica				
19	lunedì	14		2	
20	martedì	13		6	
21	mercoledì	15			
22	giovedì	7		4	
23	venerdì			6	
24	sabato				
25	domenica				
26	lunedì				
27	martedì	14			
28	mercoledì	19		4	
29	giovedì	18		5	
30	venerdì			6	
31	sabato				
totale		195		68	8

REPORT SEMESTRALE DA GENNAIO- GIUGNO 2023 PER EROGAZIONE PRESTAZIONI IN ADE

Pazienti entrati nel programma	Numero di prelievi	Numero di trasfusioni
60	Gennaio 197	Gennaio 60
	Febbraio 179	Febbraio 74
	Marzo 227	Marzo 99
	Aprile 192	Aprile 107
	Maggio 249	Maggio 112
	Giugno 197	Giugno 72
	Totale 1.241	Totale 524

