

ALLEGATO1.4*(Fac simile: Delega funzione gestione frigo emoteca)*

Il sottoscritto Dr Vincenzo Sutera in qualità di Direttore sanitario della struttura sanitaria ricevente ovvero la Casa di Cura Maria Eleonora Hospital SRL.-Società del Gruppo Villa Maria S.p.A con sede in Palermo Viale Regione Siciliana, n. 1571 P.IVA 03790910826 in riferimento alla rapporto di convenzione num _____ del _____ con l'Azienda Sanitaria fornitrice ovvero l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, con sede in Palermo - Via del Vespro, 129, cap. 90127 P.IVA n. 05841790826 e per essa con la U.O.C. di Medicina Trasfusionale del Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio diretta dal Responsabile ff. Dott. Sergio Rizzo;

in riferimento alle **RESPONSABILITÀ DI GESTIONE DELLA FRIGOEMOTECA** in essere presso la suddetta casa di cura ed ai termini di convenzione previsti,

DELEGA

Il Dr. AUGUGUARO ETTORE nato il 05.03.1974 alla gestione di tutti gli aspetti relativi alla frigoemoteca in uso presso la Struttura Sanitaria ricevente degli emocomponenti in essa contenuti per la gestione dei pazienti candidati a terapia trasfusionale e ricoverati presso la casa di cura.

Il Dr. AUGUGUARO ETTORE accetta l'incarico a far data dal 03/02/21 e dichiara che:

- presso il blocco operatorio della casa di cura è presente num 1 frigoemoteca destinata esclusivamente alla conservazione delle emazie concentrate e rispondente ai seguenti requisiti:

MARCA	FIOCCHETTI
MODELLO	TWIN 600
PRODUTTORE	FIOCCHETTI
NUMERO DI SERIE/MATRICOLA	62099 / 606500
DESTINAZIONE D'USO	Conservazione emazie concentrate consegnate dalla Medicina Trasfusionale a favore di pazienti ricoverati presso la Struttura Sanitaria ricevente
TEMPERATURA DI ESERCIZIO	4°C ± 2

- l'apparecchiatura viene gestita in accordo alle modalità operative previste dalla casa di cura e dichiarate nel documento PT.EHO.01 (rif. _____), allegato alla presente, con cui si definiscono le attività di manutenzione della apparecchiatura al fine di mantenere l'apparecchiature in grado di funzionare nelle condizioni stabilite dal costruttore, garantirne l'efficienza ed assicurare che la gestione sia costantemente sotto controllo.

Nello specifico la gestione della frigoemoteca prevede:

- piani di manutenzione ordinaria da effettuare con cadenza 365 GG
- piani di manutenzione preventiva da effettuare con cadenza 365 GG
- piani di manutenzione straordinaria
- Qualificazione dell'attrezzatura (secondo le indicazioni tecniche del trasfusionale) e riqualificazione periodica con cadenza annuale

- Viene designato come personale a supporto delle attività di gestione i sigg.

CANNELLA VINCENZO

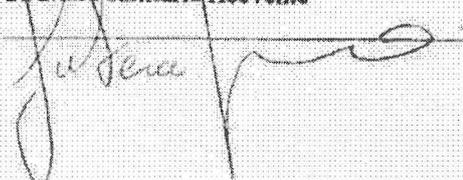
- Il personale di reparto, preposto alla movimentazione delle unità di emocomponenti conservate nella frigoemoteca, è stato formato in relazione alla loro gestione secondo quanto dichiarato nel documento PT. EMO. 01 (rif. _____) allegato alla presente ed approvato dal responsabile di gestione della frigoemoteca, con cui si definiscono i criteri per garantire il mantenimento della qualità degli emocomponenti presi in carico dalla casa di cura e le modalità operative finalizzate a prevenire l'errore di attribuzione degli emocomponenti ai pazienti candidati a terapia trasfusionale (sicurezza trasfusionale).

Nel documento sono contenuti tutti gli aspetti gestionali relativi a:

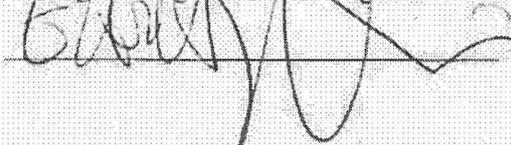
- gestione e registrazione delle unità di emocomponenti in ingresso (check di controllo delle unità in ingresso e carico)
- identificazione univoca degli emocomponenti durante le fasi di stoccaggio in relazione alla destinazione d'uso (es. paziente, data di presunto utilizzo, ecc...)
- gestione e registrazione degli emocomponenti in fase di utilizzo (scarico)
- gestione e registrazione degli emocomponenti non utilizzati e loro restituzione alla medicina trasfusionale
- gestione e registrazione delle unità assegnate quale scorta di emergenza 0 neg (check di controllo delle unità in ingresso e carico, gestione durante lo stoccaggio, carico verso pazienti e restituzione alla Medicina trasfusionale in caso di mancato utilizzo)

Data 03/03/21

Il Direttore Sanitario della
Struttura sanitaria ricevente



Il delegato alla gestione della frigoemoteca



(spazio riservato alla Medicina Trasfusionale)

In relazione a quanto dichiarato nel presente documento e negli allegati in esso richiamati, in riferimento alla normativa vigente in materia di Accreditamento delle Strutture Trasfusionali (ASR del 16/12/2010) e di sicurezza trasfusionale (DM num 69 del 28/12/2015):

- Si approva quanto in esso contenuto e si autorizza il trasporto degli emocomponenti nei termini
 Si approva con riserva e si chiede di apportare le seguenti modifiche:

entro il _____

- Non si approva e si richiede una revisione integrale delle modalità operative e gestionali in essere presso la casa di cura. L'autorizzazione al trasporto verrà rilasciata solo a seguito della revisione integrale della documentazione

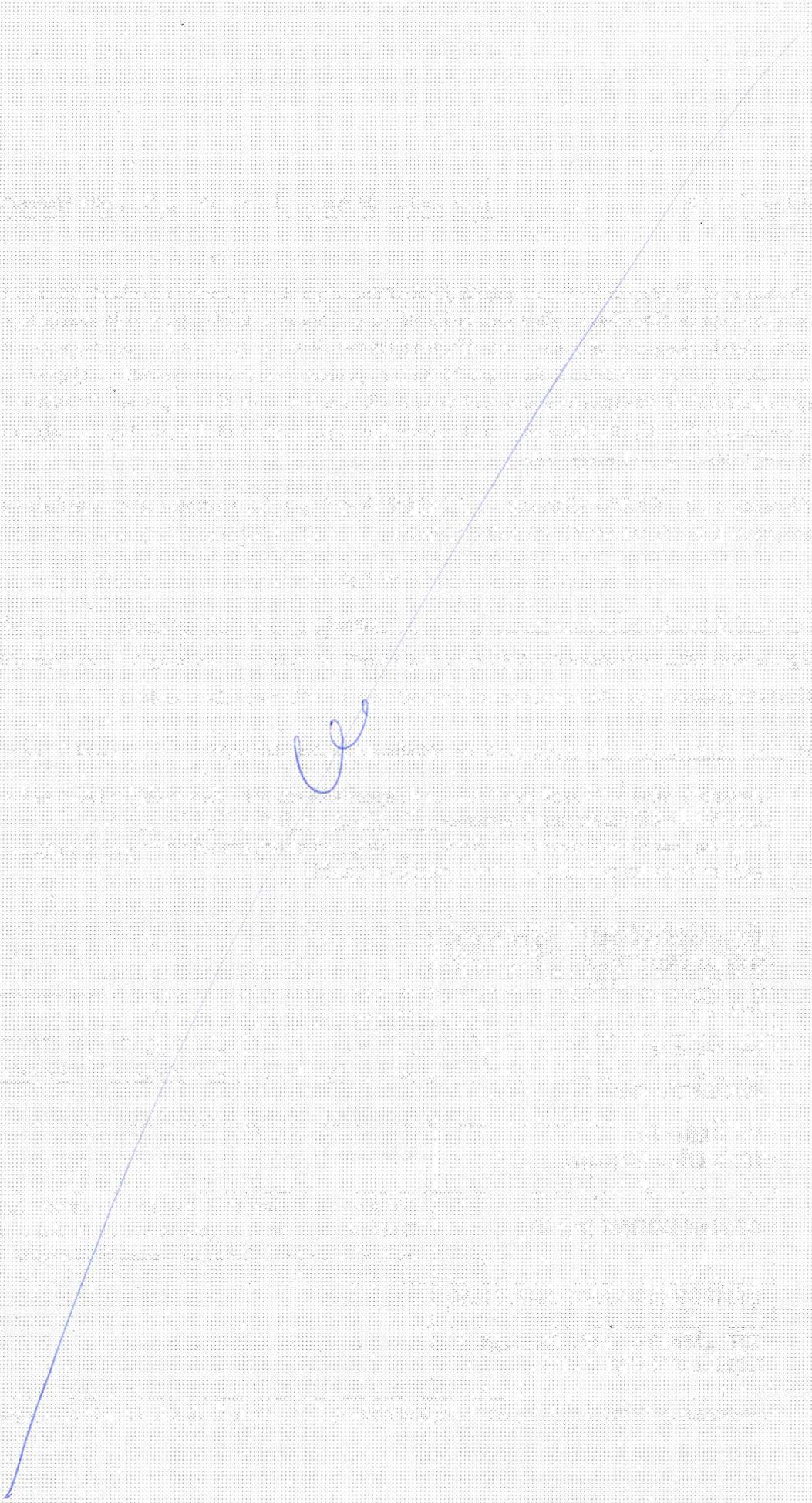
Data

4-02-2021

Il Direttore di Medicina Trasfusionale



The image shows a handwritten signature in black ink over a circular official stamp. The stamp is from the Azienda Ospedaliera Policlinica di Palermo, specifically the Department of Transfusion Medicine (Medicina Trasfusionale). The text in the stamp includes 'AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICA DI PALERMO' and 'Medicina Trasfusionale'. The signature is written in a cursive style across the stamp.



Il sottoscritto Dr Vincenzo Sutera in qualità di Direttore Sanitario *pro-tempore* della struttura sanitaria ricevente ovvero la Casa di Cura Maria Eleonora Hospital s.r.l. - Società del Gruppo Villa Maria S.p.A con sede in Palermo Viale Regione Siciliana, n.1571 P.IVA 03790910826 in riferimento al rapporto di convenzione num. del _____ con l'Azienda Sanitaria fornitrice ovvero l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, con sede in Palermo - Via del Vespro, 129, cap. 90127 P.IVA n. 05841790826 e per essa con la U.O.C. di Medicina Trasfusionale del Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio diretta dal Dott. Sergio Rizzo n.g. di Responsabile

in riferimento alle **RESPONSABILITÀ DI GESTIONE del TRASPORTO di EMOCOMPONENTI** in essere presso la suddetta casa di cura ed ai termini di convenzione previsti,

DELEGA

Il Dr. ANGUGLIANO ETTORE nato il 05.03.1974 alla gestione di tutti gli aspetti relativi al trasporto degli emocomponenti da/ verso la Medicina trasfusionale dell'AOUP per la gestione dei pazienti candidati a terapia trasfusionale e ricoverati presso la casa di cura.

Il Dr. ANGUGLIANO ETTORE accetta l'incarico a far data dal 03/02/21 e dichiara che:

- il trasporto viene effettuato in relazione alle specifiche tecniche fornite dalla Medicina Trasfusionale della AOUP dichiarate nel documento PT. ENO. 01 (rif. _____)
- presso la casa di cura sono utilizzati num. _____ dispositivi di trasporto destinati esclusivamente al trasporto degli emocomponenti rispondenti ai seguenti requisiti:

DISPOSITIVO DI TRASPORTO TERZIARIO	
MARCA	BIO SIGMA
MODELLO	SECURBOX COD. 86720201 VALVERTE 40 PRON. COD. 86172040
PRODUTTORE	
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE	
DESTINAZIONE D'USO	Trasporto di emocomponenti da/verso la Medicina Trasfusionale per la gestione trasfusionale di pazienti ricoverati presso la Struttura Sanitaria ricevente
TEMPERATURA DI ESERCIZIO	
SISTEMA DI TRACCIABILITÀ DELLA TEMPERATURA	

- le attrezzature dedicate al trasporto vengono gestite in accordo alle modalità operative previste dalla casa di

Handwritten signature in blue ink, possibly reading "W. J. ...".

(spazio riservato alla Medicina Trasfusionale)

In relazione a quanto dichiarato nel presente documento e negli allegati in esso richiamati, in riferimento alla normativa vigente in materia di Accredитamento delle Strutture Trasfusionali (ASR del 16/12/2010) e di sicurezza trasfusionale (DM num 69 del 28/12/2015):

- Si approva quanto in esso contenuto e si autorizza il trasporto degli emocomponenti nei termini
- Si approva con riserva e si chiede di apportare le seguenti modifiche:

_____ entro il _____
- Non si approva e si richiede una revisione integrale delle modalità operative e gestionali in essere presso la casa di cura. L'autorizzazione al trasporto verrà rilasciata solo a seguito della revisione integrale della documentazione

Data 4-02-2021

Il Direttore di Medicina Trasfusionale



The image shows a handwritten signature in black ink over a circular official stamp. The stamp contains the text 'UNIVERSITÀ PALESTRA' and 'Medicina Trasfusionale'. The signature is written in a cursive style across the stamp.

ALLEGATO 2

NOMINA DEL MEDICO REFERENTE DELLE ATTIVITA' TRASFUSIONALI IN CONVENZIONE

Il sottoscritto Dr Vincenzo Sutera nella qualità di Direttore Sanitario e legale rappresentante della struttura sanitaria ricevente ovvero la Casa di Cura Maria Eleonora Hospital s.r.l. - Società del Gruppo Villa Maria S.p.A con sede in Palermo Viale Regione Siciliana, n. 1571 P.IVA 03790910826 in riferimento alla rapporto di convenzione num _____ del _____ con l'Azienda fornitrice ovvero l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, con sede in Palermo - Via del Vespro, 129, cap. 90127 P.IVA n. 05841790826 e per essa con la U.O.C. di Medicina Trasfusionale del Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio diretta dal direttore f.f. dott. Sergio Rizzo;

in riferimento alle **RESPONSABILITÀ REFERENTE DELLA ATTIVITA' TRASFUSIONALI IN CONVENZIONE** in essere presso la suddetta struttura ed ai termini di convenzione previsti,

DELEGA

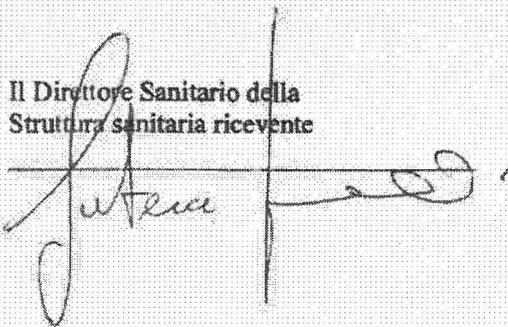
Il Dr. AUGUGLIARO ETTORE nato il 05.03.1974 alla gestione di tutti gli aspetti relativi alle attività trasfusionali presso la casa di cura per la gestione dei pazienti candidati a terapia trasfusionale e ricoverati presso la casa di cura.

Il Dr. AUGUGLIARO ETTORE accetta l'incarico a far data dal 03/02/2021 e dichiara:

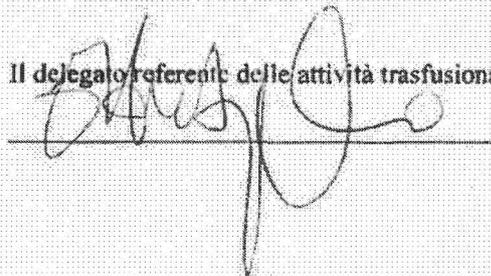
- Di essere reperibile al numero telefonico 3924184055
- Di essere reperibile a mezzo mail all'indirizzo E.AUGUGLIARO@GVMNET.IT

Data 03/02/2021

Il Direttore Sanitario della
Struttura sanitaria ricevente



Il delegato referente delle attività trasfusionali



ALLEGATO 3 TARIFFE DI CESSIONE

L'A.O.U.P. fatturerà le prestazioni di cui alla presente convenzione alla struttura sanitaria ricevente con cadenza mensile con le modalità qui di seguito riportate:

- a) le unità di sangue e di emocomponenti fornite, comprese quelle restituite ma non più riutilizzabili, verranno fatturate in accordo alle tariffe previste dalla normativa vigente (rif DA num 1101 del 15/06/2016);
- b) gli emoderivati ottenuti da plasma prelevato ai propri donatori al prezzo di costo esposto dall'industria convenzionata con una maggiorazione del 20% a fronte delle spese sostenute per immagazzinamento, registrazione, distribuzione;
- c) le determinazioni di emogruppo, gli esami immunoematologici, le prove di compatibilità, consulenze di medicina trasfusionale, plasma exchange, procedure di aferesi terapeutica, ecc alle tariffe indicate dalla regione o, in assenza di queste, alle tariffe previste dall'Ordine dei Medici di Palermo;
- d) il corrispettivo da corrispondersi all'AOUP per la fornitura del Plasma Commerciale (Plasmasafe/Plasmagrade/Octaplas) è di € 71,50 a sacca +10%IVA;
- e) contributo alle spese di funzionamento generale della struttura trasfusionale produttiva della prestazione e della consulenza tecnico-scientifica fornita pari al 20% del fatturato complessivo.
- f) un supplemento di € 12 per ciascuna unità di sangue o emocomponenti ritirato con procedura d'urgenza.

Il pagamento dei compensi relativi alle prestazioni, oggetto della presente convenzione, verrà effettuato secondo le norme della Contabilità di Stato, a prestazioni regolarmente rese, e a seguito dell'emissione, da parte dell'Azienda fornitrice, di fatture con cadenza mensile comprovanti le effettive prestazioni eseguite nel mese. Esse dovranno riportare il numero delle visite eseguite e dovranno essere accompagnate da una nota contabile esplicativa, sulla quale accanto al nominativo di ciascun dipendente, dovranno essere indicate le visite effettuate, con le relative date di effettuazione.

La struttura sanitaria ricevente dovrà versare le somme relative direttamente all'Azienda, tramite accredito sul c/c bancario n. 218030 – IBAN IT86P010050460000000218030, acceso presso la BANCA NAZIONALE DEL LAVORO S.p.A. Sede di Palermo, Ente Cassiere dell'Azienda.

La struttura sanitaria ricevente emetterà il benestare al pagamento dopo una verifica di corrispondenza con quanto richiesto entro e non oltre 60 giorni dall'emissione della fattura da parte dell'A.O.U.P.

Handwritten signature in blue ink, consisting of a long diagonal stroke and a cursive flourish.