

**Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti di:**

## **DIRIGENTE MEDICO DI MEDICINA TRASFUSIONALE**

### **1. La Commissione ha preso atto che dispone complessivamente di 100 punti così ripartiti:**

- a) 20 punti per i titoli;
- b) 80 per le prove d'esame.

### **2. I punti per le prove d'esame sono così ripartiti:**

- a) 30 punti per la prova scritta;
- b) 30 punti per la prova pratica;
- c) 20 punti per la prova orale.

### **3. I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:**

- a) titoli di carriera: punti 10;
- b) titoli accademici e di studio: punti 3;
- c) pubblicazioni e titoli scientifici: punti 3;
- d) curriculum formativo e professionale: punti 4.

### **4. Titoli di carriera:**

- a) servizi di ruolo prestati presso le Unità Sanitarie Locali o le Aziende Ospedaliere e servizi equipollenti ai sensi degli artt. 22 e 23:
  - 1. servizio nel livello dirigenziale a concorso, o livello superiore, nella disciplina, punti 1,000 per anno;
  - 2. servizio in altra posizione funzionale nella disciplina a concorso, punti 0,500 per anno;
  - 3. servizio in disciplina affine ovvero in altra disciplina da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti rispettivamente del 25 e del 50 per cento;
  - 4. servizio prestato a tempo pieno da valutare con i punteggi di cui sopra aumentati del 20 per cento;
- b) servizio di ruolo quale medico presso pubbliche amministrazioni nelle varie qualifiche secondo i rispettivi ordinamenti, punti 0,500 per anno.
  - a) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, punti 1,000;
  - b) specializzazione in una disciplina affine, punti 0,500;
  - c) specializzazione in altra disciplina, punti 0,250;
  - d) altre specializzazioni di ciascun gruppo da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti del 50 per cento;
  - e) altre lauree, oltre quella richiesta per l'ammissione al concorso comprese tra quelle previste per l'appartenenza al ruolo sanitario, punti 0,500 per ognuna, fino ad un massimo di punti 1,000.

**6.** Non è valutabile la specializzazione fatta valere come requisito di ammissione.

**7.** La specializzazione conseguita ai sensi del D.L.vo 08.08.1991, n. 257, anche se fatta valere come requisito di ammissione, è valutata con uno specifico punteggio pari a mezzo punto per anno di corso di specializzazione.

**8.** Per la valutazione delle pubblicazioni, dei titoli scientifici e del curriculum formativo e professionale si applicano i criteri previsti dall'art. 11 del D.P.R. 10.12.1997 n. 483, che di seguito si riportano:

### **Pubblicazioni:**

- 1.** la valutazione delle pubblicazioni deve essere adeguatamente motivata, in relazione alla originalità della produzione scientifica, alla importanza della rivista, alla continuità ed ai contenuti dei singoli lavori, al grado di attinenza dei lavori stessi con la posizione funzionale da conferire, all'eventuale collaborazione di più autori. Non possono essere valutate le pubblicazioni delle quali non risulti l'apporto del candidato;

2. la Commissione deve, peraltro, tenere conto ai fini di una corretta valutazione:
  - a) della data di pubblicazione dei lavori in relazione all'eventuale conseguimento di titoli accademici già valutati in altra categoria di punteggi;
  - b) del fatto che le pubblicazioni contengano mere esposizioni di dati e casistiche, non adeguatamente avvalorate ed interpretate, ovvero abbiano contenuto solamente compilativo o divulgativo, ovvero ancora costituiscano monografie di alta originalità.

Nell'ipotesi in cui siano prodotte pubblicazioni in cui risulti coautore un componente della Commissione esaminatrice lo stesso si asterrà dalla valutazione delle stesse.

### **Curriculum formativo e professionale:**

1. nel curriculum formativo e professionale sono valutate le attività professionali e di studio, formalmente documentate, non riferibili a titoli già valutati nelle precedenti categorie, idonee ad evidenziare, ulteriormente, il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco dell'intera carriera e specifiche rispetto alla posizione funzionale da conferire nonché gli incarichi di insegnamento conferiti da Enti Pubblici;
2. in tale categoria rientra anche la partecipazione a congressi, convegni o seminari che abbiano finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica. Per la dirigenza sanitaria la partecipazione è valutata tenendo conto dei criteri stabiliti in materia dal regolamento sull'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale. Nel curriculum sono valutate, altresì, la idoneità nazionale nella disciplina prevista dal pregresso ordinamento e l'attestato di formazione manageriale disciplinato dal predetto regolamento. Non sono valutate le idoneità conseguite in precedenti concorsi;
3. il punteggio attribuito dalla Commissione è globale ma deve essere adeguatamente motivato con riguardo ai singoli elementi documentali che hanno contribuito a determinarlo.

Sono state valutate in particolare le seguenti attività:

1. Servizio quale medico o attività di consulenza o attività libero professionale presso Amministrazioni pubbliche o case di cura o strutture convenzionate o ospedali all'estero in rapporto all'impegno orario e alla disciplina oggetto del concorso anche durante la specializzazione;
2. Assistente volontario ed attività di medico interno (universitario ed ospedaliero) post specializzazione;
3. Attività quale borsista in rapporto all'impegno orario e alla disciplina oggetto del concorso;
4. Frequenza ospedali esteri in qualità di volontario o di stagista anche durante la specializzazione;
5. Dottorati di ricerca in relazione alla disciplina oggetto del concorso;
6. Corsi di perfezionamento o master di durata almeno annuale;
7. Attività didattica o di tutoraggio presso corsi universitari di laurea in medicina e chirurgia o presso scuole di specializzazione o corsi del Servizio Sanitario Nazionale;
8. Conferimento di incarichi di alta professionalità in rapporto alla disciplina oggetto del concorso;
9. Partecipazioni a Congressi, Convegni, Corsi di aggiornamento purché attinenti alla disciplina oggetto del concorso:
  - in qualità di relatore
  - in qualità di uditore di durata inferiore a sette giorni
  - in qualità di uditore di durata superiore a sette giorni
  - in qualità di uditore con esami finali.

La Commissione si è attenuta ai seguenti principi:

- per quanto riguarda la valutazione dei titoli sono applicate le norme generali di cui agli artt. n. 20, 21, 22 e 23 del D.P.R. n. 483/1997;
- i titoli di carriera e i titoli accademici e di studio sono valutati ai sensi dell'art. 27 del D.P.R. n. 483/1997;
- i servizi saranno valutati fino alla data indicata nell'autocertificazione rilasciata dai candidati e, per quanto riguarda i servizi svolti dal candidato a tempo parziale (part-time) i relativi punteggi saranno ridotti in percentuale;
- i periodi di servizio omogeneo sono cumulabili;
- le frazioni di anno sono valutate in ragione mensile considerando, come mese intero, periodi continuativi di giorni trenta o frazioni superiori a quindici giorni;

- i servizi prestati in posizione funzionale di ex IX e X livello fino alla data di decorrenza dell'inquadramento nel livello dirigenziale per effetto dell'entrata in vigore del primo C.C.N.L. per la dirigenza saranno valutati quali servizi in altra posizione funzionale nella disciplina a concorso, in quanto tali livelli non appartengono al profilo dirigenziale del previgente ordinamento;
- in caso di servizi contemporanei viene valutato solo il servizio più favorevole al candidato;
- il computo matematico del punteggio verrà riportato fino alla terza cifra decimale, cioè in millesimi;
- per i periodi di servizio non specificatamente determinati, le annate sono calcolate dal 31 dicembre del primo anno al 1° gennaio dell'ultimo anno mentre le mensilità sono calcolate dall'ultimo giorno del primo mese al primo giorno dell'ultimo mese;
- non sarà valutata l'attività prestata in qualità di guardia medica, medico per visite fiscali, medico di continuità assistenziale, medico di medicina generale convenzionata, medico per le attività territoriali programmate;
- non sono valutati attestati laudativi;
- non sono valutate le casistiche operatorie;
- non sono valutati i titoli presentati successivamente al termine utile per la presentazione delle domande e quelli conseguiti antecedentemente al diploma di laurea;
- sono oggetto di valutazione i titoli prodotti in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di Legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti e con le procedure previste dalla normativa vigente;
- per quanto concerne la valutazione delle pubblicazioni e dei titoli scientifici la Commissione si attiene ai criteri precisati nel citato D.P.R. n. 483/1997 - art. 11;  
Saranno oggetto di valutazione solo le pubblicazioni edite a stampa e allegate alla domanda di partecipazione. Non sono, pertanto, oggetto di valutazione le pubblicazioni dichiarate e non documentate;
- per quanto riguarda il curriculum formativo e professionale dei candidati la Commissione procede alla valutazione del medesimo secondo le indicazioni stabilite dal predetto art. 11 del D.P.R. n. 483/1997. A tale proposito la Commissione precisa che vengono registrati e valutati esclusivamente i titoli formalmente documentati.

## **PROVA SCRITTA**

Ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n. 483/1997, la Commissione ha predisposto una terna di temi.

La Commissione stabilisce, inoltre, i criteri e le modalità di valutazione dei temi al fine di assegnare i punteggi attribuiti alle singole prove, come di seguito specificato:  
 forma: sviluppo lineare dell'argomento, adeguata forma letteraria  
 contenuto: capacità di sintesi, sequenza logica, completezza nella trattazione dell'argomento  
 pertinenza: rispetto al quesito posto.

## **PROVA PRATICA**

Ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. n. 483/1997, la Commissione ha predisposto una terna di prove.

La Commissione stabilisce, inoltre, i criteri e le modalità di valutazione della prova pratica al fine di assegnare i punteggi attribuiti alle singole prove, come di seguito specificato:  
 - capacità del candidato di orientarsi in modo corretto di fronte alle prove proposte  
 - capacità di orientamento diagnostico  
 - prontezza  
 - appropriatezza

## **PROVA ORALE**

Ai sensi dell'art. 9 del D.P.R. n. 483/1997, la Commissione ha predisposto una terna di prove.

La Commissione stabilisce i criteri e le modalità di valutazione dei quesiti, al fine di assegnare i punteggi attribuiti alle singole prove, come di seguito specificato:  
 - verifica della conoscenza su quesito specifico e capacità di inquadramento del problema.

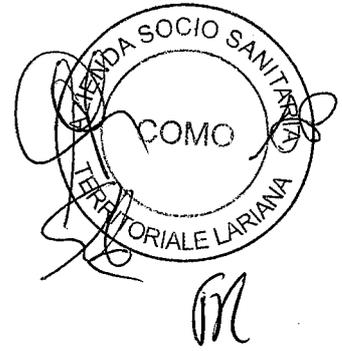


## PROVA SCRITTA N. 1

I criteri di Idoneità alla donazione di sangue

*[Signature]* 26.11.24

PROVA ESTRATTA



## PROVA SCRITTA N. 2

I test di laboratorio necessari per la validazione dell'unità donata

PROVA NON ESTRATTA

A handwritten signature, possibly "H", written in black ink.

26.11.24



## PROVA SCRITTA N. 3

I potenziali effetti indesiderati di una trasfusione di sangue

PROVA NON ESTRATTA

A handwritten signature in black ink.

26.11.24



## **PROVA PRATICA N. 1**

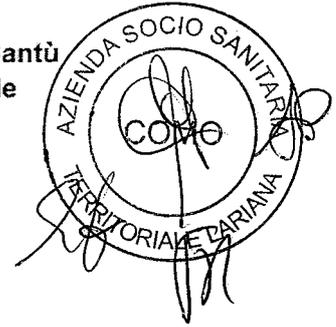
Guardando il questionario allegato, indicare se il donatore è idoneo o meno e perché.

**PROVA NON ESTRATTA**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'H'.

26.11.24

**ASST LARIANA**  
**S. Fermo della Battaglia, Via Napoleona Como, P.O. Cantù**  
**UOSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**  
**Direttore: Dott.ssa Maria Cristina Buonanno**  
 22100 COMO Via Napoleona ,60  
 Tel. 031-5855396 Fax 031-5859824



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

Donatore completato  
 Nato/a completato il completato

**1. Stato di salute pregresso (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)**

- 1.1. E' mai stato ricoverato in ospedale? Se si, perché? \_\_\_\_\_  [SI]
- 1.2. E' stato mai affetto da:
  - 1.2.1. malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari  [SI]
  - 1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi  [SI]
  - 1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari  [SI]
  - 1.2.4. malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici  [SI]
  - 1.2.5. malattie respiratorie  [SI]
  - 1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero  [SI]
  - 1.2.7. malattie renali  [SI]
  - 1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione  [SI]
  - 1.2.9. malattie neoplastiche (tumori)  [SI]
  - 1.2.10. diabete  [SI]
  - 1.2.11. Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?  [SI]
- 1.3. Ha mai avuto shock allergico?  [SI]
- 1.4. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se si, quando? \_\_\_\_\_  [SI]
- 1.5. E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?  [SI]
- 1.6. In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?  [SI]
- 1.7. Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?  [SI]
- 1.8. E' vaccinato per l'epatite B?  [SI]

**2. Stato di salute attuale**

- 2.1. E' attualmente in buona salute?  [SI]
- 2.2. Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?  [SI]
- 2.3. Se no, quali malattie ha avuto e quando? \_\_\_\_\_
- 2.4. Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?  [SI]
- 2.5. Ha attualmente manifestazioni allergiche?  [SI]
- 2.6. Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?  [SI]
- 2.7. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?  [SI]
- 2.8. Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?  [SI]
- 2.9. Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?  [SI]
- 2.10. Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?  [SI]

PROVA NON ESTRATTA  
 26.11.24

**ASST LARIANA**  
**S. Fermo della Battaglia, Via Napoleona Como, P.O. Cantù**  
**UOSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**  
**Direttore: Dott.ssa Maria Cristina Buonanno**  
 22100 COMO Via Napoleona ,60  
 Tel. 031-5855396 Fax 031-5859824



**3. Solo per le donatrici**

- 3.1. E' attualmente in gravidanza?  [NO]  [SI]
- 3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi?  [NO]  [SI]
- 3.3. Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?  [NO]  [SI]

**4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso**

- 4.1. Ha assunto o sta assumendo:
  - 4.1.1. farmaci per prescrizione medica  [NO]  [SI]
  - 4.1.2. farmaci per propria decisione  [NO]  [SI]
  - 4.1.3. sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata  [NO]  [SI]
- 4.2. Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?  [NO]  [SI]
- 4.3. E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?  [NO]  [SI]
- 4.4. Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?  [NO]  [SI]
- 4.5. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?  [NO]  [SI]

**5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione**

- 5.1. Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili.  [NO]  [SI]
- 5.2. Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?  [NO]  [SI]
- 5.3. Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?  [NO]  [SI]
- 5.4. Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?  [NO]  [SI]
- 5.5. Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?  [NO]  [SI]
- 5.6. Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?  [NO]  [SI]
- 5.7. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner?  [NO]  [SI]
- 5.8. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):
  - 5.8.1. con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS  [NO]  [SI]
  - 5.8.2. con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali  [NO]  [SI]
  - 5.8.3. con un partner occasionale  [NO]  [SI] *1 mese fa*
  - 5.8.4. con più partner sessuali  [NO]  [SI]
  - 5.8.5. con soggetti tossicodipendenti  [NO]  [SI]
  - 5.8.6. con scambio di denaro o droga  [NO]  [SI]
  - 5.8.7. con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo?  [NO]  [SI]

PROVA NON ESTRATTA

*H*  
 26-11-24

**ASST LARIANA**  
**S. Fermo della Battaglia, Via Napoleona Como, P.O. Cantù**  
**UOSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**  
**Direttore: Dott.ssa Maria Cristina Buonanno**  
 22100 COMO Via Napoleona ,60  
 Tel. 031-5855396 Fax 031-5859824



- 5.9. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:
- 5.9.1. ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C?  [NO] [SI]
  - 5.9.2. E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc)?  [NO] [SI]
  - 5.9.3. Si è sottoposto a :
    - a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili  [NO] [SI]
    - b) agopuntura con dispositivi non monouso  [NO] [SI]
    - c) tatuaggi  [NO] [SI]
    - d) piercing o foratura delle orecchie  [NO] [SI]
    - e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati  [NO] [SI]
  - 5.9.4. Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?  [NO] [SI]
  - 5.9.5. E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?  [NO] [SI]

Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue e/o di emocomponenti per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione.

**6. Soggiorni all'estero/province italiane**

- 6.1. E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero?  [NO] [SI]  
 Se sì, in quale/i Paese/i \_\_\_\_\_
- 6.2. I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico?  [NO] [SI]
- 6.3. Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996?  [NO] [SI]
- 6.4. E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?  [NO] [SI]
- 6.5. Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?  [NO] [SI]
- 6.6. Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane dove è segnalata la circolazione del WNV (malattia da West Nile Virus)?  [NO] [SI]  
 Se sì, dove \_\_\_\_\_

**7. Dichiarazione**

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato.

Data comf. Como Firma del donatore comf. Como  
 Firma del sanitario comf. Como

Ai sensi DM Salute 2 novembre 2015

PROVA NON ESTRATTA

*ff*  
 26-11-24

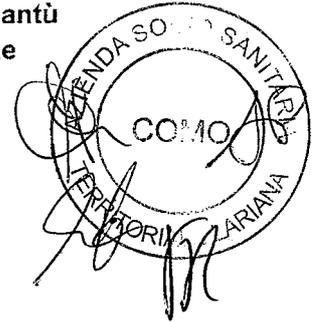


## PROVA PRATICA N. 2

Guardando il questionario allegato, indicare se il donatore è idoneo o meno e perché.

fl  
26.11.24  
PROVA ESTRATTA

**ASST LARIANA**  
**S. Fermo della Battaglia, Via Napoleona Como, P.O. Cantù**  
**UOSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**  
**Direttore: Dott.ssa Maria Cristina Buonanno**  
 22100 COMO Via Napoleona ,60  
 Tel. 031-5855396 Fax 031-5859824



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

Donatore *completato*  
 Nato/a *completato* il *completato*

**1. Stato di salute pregresso (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)**

- 1.1. E' mai stato ricoverato in ospedale? Se si, perché? \_\_\_\_\_  [NO] [SI]
- 1.2. E' stato mai affetto da:
  - 1.2.1. malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari  [NO] [SI]
  - 1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi  [NO] [SI]
  - 1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari  [NO] [SI]
  - 1.2.4. malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici  [NO] [SI]
  - 1.2.5. malattie respiratorie  [NO] [SI]
  - 1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero  [NO] [SI]
  - 1.2.7. malattie renali  [NO] [SI]
  - 1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione  [NO] [SI]
  - 1.2.9. malattie neoplastiche (tumori)  [NO] [SI]
  - 1.2.10. diabete  [NO] [SI]
  - 1.2.11. Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?  [NO] [SI]
- 1.3. Ha mai avuto shock allergico?  [NO] [SI]
- 1.4. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se si, quando? \_\_\_\_\_  [NO] [SI]
- 1.5. E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?  [NO] [SI]
- 1.6. In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?  [NO] [SI]
- 1.7. Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?  [NO] [SI]
- 1.8. E' vaccinato per l'epatite B?  [NO] [SI]

**2. Stato di salute attuale**

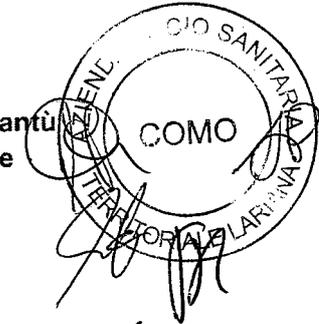
- 2.1. E' attualmente in buona salute?  [NO] [SI]
- 2.2. Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?  [NO] [SI]
- 2.3. Se no, quali malattie ha avuto e quando? \_\_\_\_\_
- 2.4. Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?  [NO] [SI]
- 2.5. Ha attualmente manifestazioni allergiche?  [NO] [SI]
- 2.6. Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?  [NO] [SI]
- 2.7. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?  [NO] [SI]
- 2.8. Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?  [NO] [SI]
- 2.9. Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?  [NO] [SI]
- 2.10. Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?  [NO] [SI]

*HL*

PROVA ESTRATTA

26.11.24

**ASST LARIANA**  
**S. Fermo della Battaglia, Via Napoleona Como, P.O. Cantù**  
**UOSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**  
**Direttore: Dott.ssa Maria Cristina Buonanno**  
 22100 COMO Via Napoleona ,60  
 Tel. 031-5855396 Fax 031-5859824



**3. Solo per le donatrici**

- 3.1. E' attualmente in gravidanza? [NO] [SI]
- 3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi? [NO] [SI]
- 3.3. Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi? [NO] [SI]

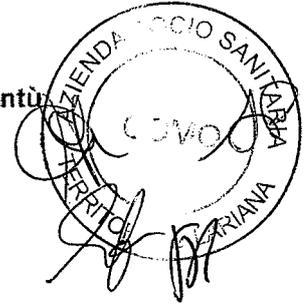
**4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso**

- 4.1. Ha assunto o sta assumendo:
  - 4.1.1. farmaci per prescrizione medica  [SI]
  - 4.1.2. farmaci per propria decisione  [SI]
  - 4.1.3. sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata  [SI]
- 4.2. Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?  [SI]
- 4.3. E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?  [SI]
- 4.4. Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?  [SI]
- 4.5. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?  [SI]

**5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione**

- 5.1. Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili. [NO]  [SI]
- 5.2. Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?  [SI]
- 5.3. Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?  [SI]
- 5.4. Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?  [SI]
- 5.5. Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?  [SI]
- 5.6. Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?  [SI]
- 5.7. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner?  [SI]
- 5.8. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):
  - 5.8.1. con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS  [SI]
  - 5.8.2. con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali  [SI]
  - 5.8.3. con un partner occasionale  [SI]
  - 5.8.4. con più partner sessuali  [SI]
  - 5.8.5. con soggetti tossicodipendenti  [SI]
  - 5.8.6. con scambio di denaro o droga  [SI]
  - 5.8.7. con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo?  [SI]

**ASST LARIANA**  
**S. Fermo della Battaglia, Via Napoleona Como, P.O. Cantù**  
**UOSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**  
**Direttore: Dott.ssa Maria Cristina Buonanno**  
 22100 COMO Via Napoleona ,60  
 Tel. 031-5855396 Fax 031-5859824



- 5.9. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:
- 5.9.1. ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C?  [SI]
  - 5.9.2. E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc)?  [NO] *colou 1528 fa*
  - 5.9.3. Si è sottoposto a :
    - a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili  [SI]
    - b) agopuntura con dispositivi non monouso  [SI]
    - c) tatuaggi  [SI]
    - d) piercing o foratura delle orecchie  [SI]
    - e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati  [SI]
  - 5.9.4. Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?  [SI]
  - 5.9.5. E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?  [SI]

Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue e/o di emocomponenti per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione.

**6. Soggiorni all'estero/province italiane**

- 6.1. E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero?  [SI]  
 Se sì, in quale/i Paese/i \_\_\_\_\_
- 6.2. I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico?  [SI]
- 6.3. Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996?  [SI]
- 6.4. E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?  [SI]
- 6.5. Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?  [SI]
- 6.6. Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane dove è segnalata la circolazione del WNV (malattia da West Nile Virus)?  [SI]  
 Se sì, dove \_\_\_\_\_

**7. Dichiarazione**

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato.

Data conf. letto Firma del donatore conf. letto  
 Firma del sanitario conf. letto

Ai sensi DM Salute 2 novembre 2015

*Handwritten signature*

PROVA ESTRATTA

26-11-24



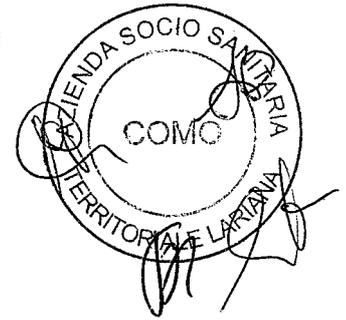
### **PROVA PRATICA N. 3**

Guardando il questionario allegato, indicare se il donatore è idoneo o meno e perché.

**PROVA NON ESTRATTA**

*[Handwritten signature]*  
26.11.24

**ASST LARIANA**  
**S. Fermo della Battaglia, Via Napoleona Como, P.O. Cantù**  
**UOSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**  
**Direttore: Dott.ssa Maria Cristina Buonanno**  
 22100 COMO Via Napoleona ,60  
 Tel. 031-5855396 Fax 031-5859824



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

Donatore complicato  
 Nato/a complicato il complicato

**1. Stato di salute progressivo (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)**

- 1.1. E' mai stato ricoverato in ospedale? Se si, perché? \_\_\_\_\_  [NO]  [SI]
- 1.2. E' stato mai affetto da:
  - 1.2.1. malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari  [NO]  [SI]
  - 1.2.2. malattie infettive, tropicali, tubercolosi  [NO]  [SI]
  - 1.2.3. ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari  [NO]  [SI]
  - 1.2.4. malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici  [NO]  [SI]
  - 1.2.5. malattie respiratorie  [NO]  [SI]
  - 1.2.6. malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero  [NO]  [SI]
  - 1.2.7. malattie renali  [NO]  [SI]
  - 1.2.8. malattie del sangue o della coagulazione  [NO]  [SI]
  - 1.2.9. malattie neoplastiche (tumori)  [NO]  [SI]
  - 1.2.10. diabete  [NO]  [SI]
  - 1.2.11. Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?  [NO]  [SI]
- 1.3. Ha mai avuto shock allergico?  [NO]  [SI]
- 1.4. Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se si, quando? \_\_\_\_\_  [NO]  [SI]
- 1.5. E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?  [NO]  [SI]
- 1.6. In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?  [NO]  [SI]
- 1.7. Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?  [NO]  [SI]
- 1.8. E' vaccinato per l'epatite B?  [NO]  [SI]

**2. Stato di salute attuale**

- 2.1. E' attualmente in buona salute?  [NO]  [SI]
- 2.2. Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?  [NO]  [SI]
- 2.3. Se no, quali malattie ha avuto e quando? \_\_\_\_\_  [NO]  [SI]
- 2.4. Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?  [NO]  [SI]
- 2.5. Ha attualmente manifestazioni allergiche?  [NO]  [SI]
- 2.6. Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?  [NO]  [SI]
- 2.7. Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?  [NO]  [SI]
- 2.8. Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?  [NO]  [SI]
- 2.9. Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?  [NO]  [SI]
- 2.10. Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?  [NO]  [SI]

PROVA NON ESTRATTA

*JP*  
26.11.24

**ASST LARIANA**  
**S. Fermo della Battaglia, Via Napoleona Como, P.O. Cantù**  
**UOSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**  
**Direttore: Dott.ssa Maria Cristina Buonanno**  
 22100 COMO Via Napoleona ,60  
 Tel. 031-5855396 Fax 031-5859824

**3. Solo per le donatrici**

- 3.1. E' attualmente in gravidanza? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 3.2. Ha partorito negli ultimi 6 mesi? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 3.3. Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~

**4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso**

- 4.1. Ha assunto o sta assumendo: ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 4.1.1. farmaci per prescrizione medica *Antibiotico in corso* ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 4.1.2. farmaci per propria decisione ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 4.1.3. sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 4.2. Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 4.3. E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 4.4. Ha abusato o abusa di bevande alcoliche? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 4.5. Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~

**5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione**

- 5.1. Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili. ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.2. Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.3. Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.4. Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.5. Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.6. Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.7. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.8. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali): ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.8.1. con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.8.2. con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.8.3. con un partner occasionale ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.8.4. con più partner sessuali ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.8.5. con soggetti tossicodipendenti ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.8.6. con scambio di denaro o droga ~~[NO]~~ ~~[SI]~~  
 5.8.7. con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo? ~~[NO]~~ ~~[SI]~~

**ASST LARIANA**  
**S. Fermo della Battaglia, Via Napoleona Como, P.O. Cantù**  
**UOSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**  
**Direttore: Dott.ssa Maria Cristina Buonanno**  
 22100 COMO Via Napoleona ,60  
 Tel. 031-5855396 Fax 031-5859824



- 5.9. Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:
- 5.9.1. ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C?  [NO] [SI]
  - 5.9.2. E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc)?  [NO] [SI]
  - 5.9.3. Si è sottoposto a :
    - a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili  [NO] [SI]
    - b) agopuntura con dispositivi non monouso  [NO] [SI]
    - c) tatuaggi  [NO] [SI]
    - d) piercing o foratura delle orecchie  [NO] [SI]
    - e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati  [NO] [SI]
  - 5.9.4. Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?  [NO] [SI]
  - 5.9.5. E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?  [NO] [SI]

Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue e/o di emocomponenti per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione.

**6. Soggiorni all'estero/province italiane**

- 6.1. E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero?  [NO] [SI]  
 Se sì, in quale/i Paese/i \_\_\_\_\_
- 6.2. I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico?  [NO] [SI]
- 6.3. Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996?  [NO] [SI]
- 6.4. E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?  [NO] [SI]
- 6.5. Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?  [NO] [SI]
- 6.6. Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane dove è segnalata la circolazione del WNV (malattia da West Nile Virus)?  [NO] [SI]  
 Se sì, dove \_\_\_\_\_

**7. Dichiarazione**

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato.

Data COMPICATO Firma del donatore COMPICATO  
 Firma del sanitario   /  /  

Ai sensi DM Salute 2 novembre 2015



## PROVA ORALE N. 1

Quali esami di immunoematologia devono essere eseguiti prima di consegnare una trasfusione di emazie.

PROVA NON ESTRATTA

A handwritten signature, possibly "Al", written in black ink.

26-11-24



## PROVA ORALE N. 2

Come valutare l'appropriatezza di una richiesta di emazie

PROVA ESTRATTA

df 26.11.24



## PROVA ORALE N. 3

Quali sono le modalità e i tempi di conservazione degli emocomponenti

PROVA NON ESTRATTA

A handwritten signature consisting of the letters "fl" in a cursive style.

26-11-24