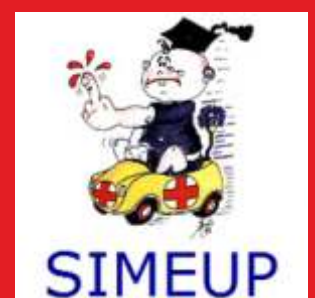


Safe Factor

La gestione
dell'urgenza
nei pazienti
emofilici nei
**PRONTO
SOCCORSO**



Hanno partecipato alla realizzazione di questa guida:

D.ssa **Annarita Tagliaferri**

D.ssa **Gianna Franca Rivolta**

D.ssa **Caterina Di Perna**

Centro Hub Emofilia Regione Emilia Romagna

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Dott. **Corrado Pattacini**

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Revisione a cura di:

Dott. **Angelo Claudio Molinari**

D.ssa **Laura Banov**

Centro Regionale di Riferimento per le Malattie Emorragiche

Istituto Giannina Gaslini, Genova

Aggiornamenti alla presente edizione 2017 curati da:

D.ssa **Chiara Biasoli**

Centro Emofilia Ausl Romagna

Prof.ssa **Paola Giordano**

Dott. **Giuseppe Lassandro**

Centro Emofilia Pediatrico - Bari



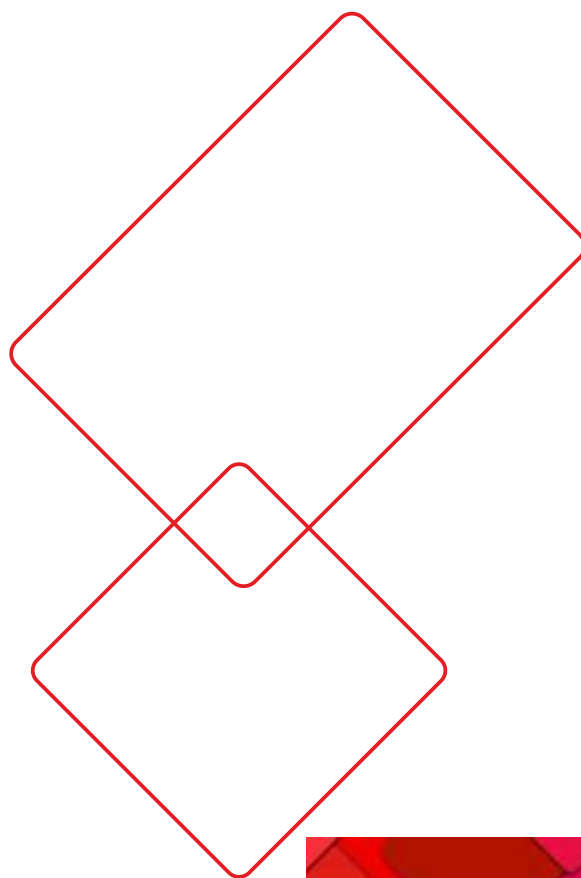
Safe Factor

**La gestione
dell'urgenza
nei pazienti
emofilici nei
PRONTO
SOCCORSO**



indice

5	Abbreviazioni
5	Glossario
6	Introduzione
8	Malattie Emorragiche Congenite (MEC)
9	Sopravvivenza dei fattori della coagulazione
9	Emofilia A e Emofilia B
10	Inibitore
10	Malattia di von Willebrand
11	Difetti emorragici rari
12	Emofilia acquisita
12	Triage
13	Considerazioni e raccomandazioni generali per la gestione delle MEC in PS
14	Trattamento
15	Prima infusione
16	Emorragie o traumi di entità moderata
17	Emorragie e traumi gravi
19	Emofilici con inibitore o emofilia acquisita
19	Trattamento delle piastrinopatie
20	Preparazione a interventi chirurgici e manovre invasive
20	Trattamenti anticoagulanti/antiaggreganti e antidolorifici
20	I farmaci per le MEC
21	Modalità di somministrazione dei farmaci
22	Tabella dei farmaci disponibili per il trattamento delle malattie emorragiche
30	I centri emofilia in Italia
43	Bibliografia
43	Siti web utili



abbreviazioni

aPCC	Concentrato di complesso protrombinico attivato
aPTT	Tempo di tromboplastina parziale attivata
BHK	Baby Hamster Kidney Cells
CE	Centro Emofilia
CHO	Chinese Hamster Ovary Cells
DDAVP	Desamino-8-D-arginina vasopressina (Desmopressina)
DE	Dipartimento di Emergenza
FVIIIc	Attività coagulante del fattore VIII
MEC	Malattia Emorragica Congenita
PCC	Concentrato di complesso protrombinico
PLT	Piastrine
RBD	Rare bleeding disorders (difetti emorragici rari).
rFVIIa	Fattore VII ricombinante attivato (Novoseven)
SISET	Società Italiana per lo Studio dell'Emostasi e della Trombosi
UB	Unità Bethesda
VWD	Malattia di von Willebrand
vWF	Fattore von Willebrand
vWF:Ag	Fattore von Willebrand misurato nel plasma con metodica EMSA
vWF:RCo	Fattore von Willebrand espresso come attività di cofattore della Ristocetina

glossario

Autoinfusione

Somministrazione endovenosa dei preparati per il trattamento delle emorragie, che avviene al di fuori dell'ambiente ospedaliero da parte dei pazienti stessi o dei caregivers, senza sorveglianza di personale sanitario, che può essere eseguita solo dopo il superamento di un corso formativo specifico attraverso cui si ottiene l'abilitazione.

Inibitore

Alloanticorpo contro il fattore carente della coagulazione che riduce o annulla l'efficacia dell'infusione del concentrato del fattore stesso, rendendo necessarie altre strategie terapeutiche.

On Demand

Modalità di somministrazione del trattamento sostitutivo con il fattore della coagulazione carente, che si effettua immediatamente dopo il verificarsi di un evento emorragico.

Profilassi

Modalità di somministrazione programmata del trattamento sostitutivo con il fattore della coagulazione carente, fatta a cadenza bi/trisettimanale, allo scopo di prevenire le emorragie e le relative complicanze.

Immunotolleranza

Anche detto trattamento di 'Induzione dell'Immunotolleranza', o ITI, è una terapia basata sulla somministrazione continua di fattore carente ad alte dosi, secondo protocolli standardizzati, nel tentativo di eradicare l'inibitore.

introduzione

Questo tascabile si realizza nell'ambito del progetto "Safe Factor" con lo scopo di fornire al Medico di Emergenza-Urgenza uno strumento agile e fruibile per la gestione dell'emergenza emorragica nei pazienti affetti da emofilia e, più in generale, da malattie emorragiche congenite (MEC).

In particolare, FedEmo ripropone a livello nazionale un'iniziativa che nasce dai Centri Emofilia e dai Dipartimenti di Emergenza della Regione Emilia-Romagna.

FedEmo ringrazia la D.ssa Annarita Tagliaferri e il suo gruppo, la Regione Emilia-Romagna, per questo essenziale contributo alla "sicurezza" dei pazienti emofilici in condizione di emergenza – urgenza, il dott Angelo Claudio Molinari e la D.ssa Laura Banov per la revisione del lavoro, la D.ssa Chiara Biasoli, la Prof.ssa Paola Giordano e il Dott. Giuseppe Lassandro per gli aggiornamenti alla presente edizione.

ER safe factor

Gestire l'emergenza emorragica del paziente affetto da emofilia e malattie emorragiche congenite (MEC) nel setting del Pronto Soccorso e della Medicina di Urgenza è l'obiettivo principale del progetto "ER Safe Factor", promosso da FedEmo e realizzato con il contributo incondizionato di Bayer.

FedEmo considera la promozione della sicurezza del paziente emofilico una priorità da perseguire in collaborazione con gli esperti dei Centri di cura dell'emofilia e delle MEC. Il contributo dei professionisti delle altre discipline, in particolare specialisti di Medicina di Urgenza e Farmacisti, unito alla disponibilità e sicurezza dei farmaci indicati nel trattamento sostitutivo e all'efficacia della terapia domiciliare, risultano determinanti per il raggiungimento di questo obiettivo.

ER Safe Factor, che si sviluppa grazie alla collaborazione con SIMEU e SIMEUP, prevede la realizzazione di interventi educativi e di aggiornamento degli specialisti in Medicina di Urgenza, attraverso incontri e iniziative editoriali, finalizzati a promuovere una migliore conoscenza, in base alle evidenze scientifiche disponibili, sulla gestione clinica dei pazienti affetti da MEC nell'emergenza Pre-Ospedaliera ed Ospedaliera.

fedemo

www.fedemo.it

La Federazione delle Associazioni Emofilici (FedEmo) è un'Organizzazione non lucrativa di Utilità Sociale (ONLUS), legalmente costituitasi nel 1996, sul solco della Fondazione dell'Emofilia attiva a partire dagli anni '70. Dal 2013 FedEmo è anche Associazione di Promozione Sociale (APS).

E' l'unico organismo nazionale che riunisce le 33 associazioni locali che, sul territorio italiano, tutelano i bisogni sociali e clinici di circa 9.000 persone affette da disturbi congeniti della coagulazione e delle loro famiglie.

Dalla sua nascita collabora con l'Associazione Italiana dei Centri Emofilia (A.I.C.E.), e con la Fondazione Paracelso promuovendo la ricerca e l'adozione di standard di assistenza omogenei su tutto il territorio nazionale.

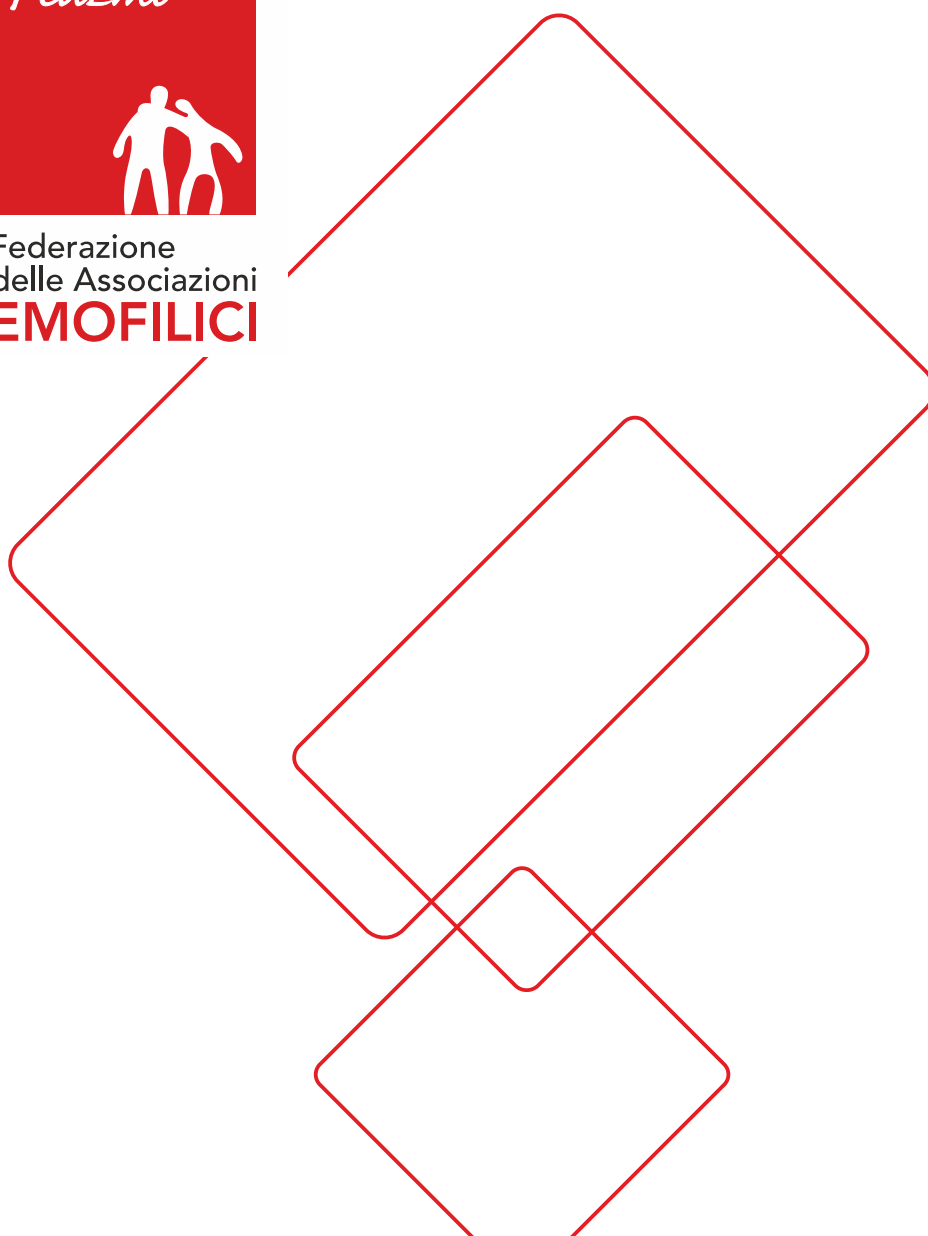
E' componente attivo della World Federation of Hemophilia (WFH), e dell'European Hemophilia Consortium (EHC). Ha sede legale a Roma, dove è presente anche l'ufficio di Presidenza; a Milano è attiva la Segreteria operativa.

FedEmo persegue gli obiettivi definiti dal proprio Statuto, tra cui:

- informare, educare, promuovere e coordinare tutte le attività volte al miglioramento dell'assistenza clinica e sociale degli emofilici in Italia e al potenziamento della ricerca scientifica e della terapia genica nel settore delle malattie della coagulazione;
- stimolare e sostenere i Centri per l'Emofilia esistenti in ogni Regione e contribuire al sorgere di servizi di emergenza emorragica più prossimi ai luoghi di domicilio dei pazienti;
- rappresentare le istanze e i bisogni della comunità degli emofilici italiani dinanzi alle Istituzioni, sia a livello locale che nazionale e sovranazionale, anche attraverso la partecipazione ai tavoli di lavoro degli organismi tecnici delle stesse Istituzioni;
- promuovere attività di counselling e informazione ai pazienti e diffondere la conoscenza della malattia presso l'opinione pubblica.



Federazione
delle Associazioni
EMOFILICI



malattie emorragiche congenite

MALATTIA	FATTORE CARENTE O DIFETTO	LIVELLO EMOSTATICO
Emofilia A grave	FVIII < 1%	>50%
Emofilia A moderata	FVIII 1% - 5%	
Emofilia A lieve	FVIII >5%-40%	
Emofilia B grave	FIX < 1%	>50%
Emofilia B moderata	FIX 1% - 5%	
Emofilia B lieve	FIX >5% - 40%	
Malattia di von Willebrand	FVIII: vWF (vari difetti quali-quantitativi)	NA
Difetto FVII	FVII < 62%	> 20%
Difetto FXI	FXI < 70%	> 20%
Difetto di Protrombina	FII < 50%	> 30%
Difetto di FV	FV < 70%	>20%
Difetto FV+FVIII	FV + FVIII	FV>20% FVIII>40%
Difetto FX	FX < 66%	> 20%
Difetto FXIII	FXIII < 70%	> 5%
Afibrinogenemia	Difetto totale	> 50mg/dL
Ipfibrinogenemia	< 85 mg/dL	
Disfibrinogenemia	< 85 mg/dL su base qualitativa	
Piastrinopatie	Vari	NA

N.B. Il “livello emostatico” è quello che generalmente assicura, in vivo, una emostasi adeguata. In casi particolari potrebbe essere tuttavia indicato trattare anche pazienti che presentino una concentrazione del fattore carente superiore al valore del livello emostatico.

sopravvivenza dei fattori della coagulazione

FATTORE	EMIVITA BIOLOGICA (ore)	TEMPO DI DIMEZZAMENTO IN VIVO
Fibrinogeno	72-120	36-48
Protrombina	48-72	24-36
F. V	12-24	8-12
F. VII	4-6	2-3
F. VIII	10-14	5-6
F. IX	24	4-6
F. X	24-48	10-12
F. XI	48-72	10-2
F. XIII	72-100	72-96

emofilia a ed emofilia b

Definizione: Emofilia A (carenza di FVIII) ed Emofilia B (carenza di FIX) sono malattie genetiche X-linked, recessive, in cui i soggetti maschi sono affetti, mentre le femmine sono portatrici sane (carrier). Si distinguono 3 livelli di gravità sulla base della concentrazione del fattore carente nel sangue:

- **GRAVE:** fattore <1% (emorragie spontanee e frequenti)
- **MODERATA:** fattore 1-5% (emorragie secondarie a traumi o interventi, occasionalmente spontanee)
- **LIEVE:** fattore >5-40% (emorragie generalmente secondarie)

Diagnosi: si ottiene dosando il FVIII o il FIX in soggetti con aPTT allungato corretto da miscela con plasma normale. In alcuni laboratori specialistici viene effettuata la ricerca della mutazione causativa e la diagnosi genetica di carrier.

Clinica: le emorragie possono verificarsi in varie sedi, sono spesso imprevedibili, spontanee e possono comparire piuttosto tardivamente (“l'emofilico sanguina a casa”), anche a seguito di traumi o interventi/manovre invasive minori (es. estrazioni dentarie).

Le manifestazioni emorragiche più tipiche sono:

- **emartro:** si manifesta principalmente a livello di ginocchio, gomito, caviglie, spesso fin dalla prima infanzia. Emartri ripetuti conducono alla artropatia emofilica, complicazione estremamente invalidante.
- **ematomi muscolari:** a carico, più spesso, degli arti, ma anche del muscolo ileo-psoas: questo è un ematoma grave e subdolo, in grado di causare emoperitoneo e/o compressione del fascio vascolo-nervoso femorale.

Altre emorragie meno frequenti, sono tuttavia da considerare urgenze mediche:

- l'emorragia cerebrale, particolarmente grave nell'emofilico con un rischio alto dopo traumi anche di lieve entità;

- l'emoftoe, le emorragie di lingua e collo, l'ematemesi e la melena, più rare ma potenzialmente pericolose per le funzioni vitali.

Alcune emorragie considerate "minori" (es. epistassi, gengivorragie, ematuria) necessitano comunque di una terapia adeguata.

Terapia: Si usano i concentrati del fattore carente (di derivazione plasmatica o ricombinanti) oppure la Desmopressina, nei pazienti con Emofilia A lieve rispondenti al farmaco. Nelle emorragie cutanee e mucose di grado lieve si possono utilizzare gli antifibrinolitici, spesso in associazione agli altri farmaci. Molti dei pazienti affetti da emofilia grave sono sottoposti a regimi di profilassi regolare. I concentrati plasma derivati sono stati responsabili negli anni '80 delle infezioni da HBV, HCV e HIV, che hanno colpito, purtroppo diffusamente, i pazienti con MEC (30% degli emofilici gravi sono stati colpiti da HIV e quasi tutti i soggetti trattati si sono infettati con i virus dell'epatite, soprattutto HCV). Gli emofilici più anziani possono presentare oggi le complicanze dell'epatite C: cirrosi ed epatocarcinoma.

inibitore

è la principale complicanza della terapia sostitutiva con concentrato di fattore carente.

Nel 25-30% degli emofilici A gravi e nel 3-5% degli emofilici B compare un allo anticorpo dotato di attività inibitoria diretta contro il FVIII/FIX che neutralizza il concentrato infuso, rendendo il trattamento parzialmente o totalmente inefficace.

Può essere transitorio oppure può persistere nel tempo.

Il livello di inibitore viene misurato in Unità Bethesda (UB). I pazienti vengono definiti come:

-**"low responder"** se il livello massimo di inibitore è stato sempre <5UB

-**"high responder"** se il livello di inibitore massimo è >5UB e se il titolo cresce anche notevolmente in seguito a una nuova esposizione al concentrato.

Per eradicare un inibitore che persiste nel tempo è necessario il trattamento di 'Induzione dell'Immunotolleranza' (ITI), che si attua con la somministrazione continua di fattore carente ad alte dosi secondo protocolli standardizzati.

Deve essere cura di chi somministra la terapia di informarsi, prima del trattamento, sulla eventuale presenza di inibitore e in tal caso contattare sempre il CE.

malattia di von willebrand

Definizione: è la malattia emorragica congenita più frequente (prevalenza 0,1-1%) e colpisce maschi e femmine, essendo trasmessa con modalità autosomica (gene presente sul cromosoma 12). E' dovuta a un deficit di tipo quantitativo o qualitativo del vWF, il quale presenta principalmente due funzioni: favorire l'adesione e l'aggregazione piastrinica, nonché legare il FVIII circolante impedendone una precoce degradazione.

Diagnosi: è complessa in quanto l'aPTT può anche non essere allungato; spesso è necessario ricorrere a test di screening della funzione piastrinica (tempo di emorragia o PFA-100) e ad altri test di 2° livello miranti a esplorare le varie funzioni del fattore vW e a misurarne quantitativamente la presenza, come ad esempio vWF:Ag - vWF:Rco.

Si riconoscono 3 tipi di vWD:

- Tipo 1 (difetto quantitativo): il più frequente (70% casi), autosomico dominante
- Tipo 2 (difetto qualitativo) con diversi sottotipi: 2A, 2B, 2M, 2N
- Tipo 3: completa assenza in circolo di vWF con grave sintomatologia emorragica; autosomico recessivo.

Clinica: le manifestazioni emorragiche sono prevalentemente a carico di cute e mucose. Più frequentemente si possono avere: ecchimosi spontanee o per traumi minimi, epistassi talora gravi e con necessità di tamponamento, gengivorragie, menorragie. Non sono rare le emorragie al momento del menarca, del post-partum e a carico del tratto gastrointestinale. In donne in età fertile è frequente la formazione di corpo luteo emorragico. Il rischio di emorragie gravi è associato generalmente a traumi importanti, interventi chirurgici e alle forme più severe della malattia.

Terapia: si avvale di farmaci che aumentano i livelli circolanti di FVIII/vWF (DDAVP, concentrati di FVIII ricchi di vWF) e degli antifibrinolitici. La scelta del farmaco dipende dal Tipo/ Sottotipo e dalla severità di vWD, dall'entità dell'episodio emorragico e dalla responsività personale alla DDAVP.

La DDAVP non è mai efficace nel Tipo 3 e tale trattamento risulta addirittura controindicato nel Tipo 2B.

L'utilizzo dei concentrati è da preferire in caso di forme gravi, emorragie o interventi chirurgici maggiori, quando il trattamento va protratto oltre i cinque giorni, nonché quando la risposta alla DDAVP tende ad esaurirsi.

difetti emorragici rari

L'Emofilia A e B e il vWD rappresentano oltre il 95% di tutte le MEC; gli altri difetti si definiscono 'Rare Bleeding Disorders' (RBD) e hanno una prevalenza variabile da 1:500.000 a 1:2.000.000 individui. I RBD più frequenti sono:

1.Difetto di FVII: sindrome emorragica di intensità variabile, non sempre correlabile con il livello di FVII, ma che al di sotto del 2% può essere grave, caratterizzata da metrorragie, emartri, emorragie cerebrali. La terapia si avvale di infusioni di rFVIIa o di concentrato di FVII plasma-derivato, che vanno condotte tenendo presente che l'emivita del FVII è di 3-4 ore.

2.Difetto di FXI (detto in passato Emofilia C): il quadro clinico è scarsamente correlato con i livelli di FXI circolanti; le manifestazioni emorragiche sono solitamente post-traumatiche o post-chirurgiche. La terapia consiste nella somministrazione di plasma fresco congelato o concentrato di FXI plasma-derivato (in commercio solo all'estero e importato in Italia per uso compassionevole).

Ancora più rari:

1.Carenza di FX: si tratta con concentrati del complesso protrombinico o plasma;

2.Carenza di FV: si ha a disposizione solo il plasma;

3.Carenza di FXIII: i test di coagulazione sono di solito normali, ma può esservi storia di ripetuti sanguinamenti alla caduta del moncone ombelicale; si tratta con lo specifico concentrato, sia di tipo plasmatico che ricombinante.

Piastrinopatie congenite: le più note sono la Tromboastenia di Glanzmann (difetto di GPIIb/IIIa di varie gravità) e la Malattia di Bernard-Soulier (difetto di GPIb-IX-V), ma esiste tutta una serie di anomalie dei granuli e degli enzimi intrapiastrinici. Provocano emorragie in genere muco-cutanee. Il trattamento è complesso (vedi pagina 17).

emofilia acquisita

Definizione: è un raro disturbo emorragico, non congenito (incidenza di 1,5 casi/milione/ anno), provocato dallo sviluppo di autoanticorpi diretti contro il FVIII circolante. In più del 50% dei casi è la conseguenza di alcune patologie (malattie autoimmuni, tumori solidi, sindromi linfoproliferative) e talvolta può essere secondario a una gravidanza o a un aborto.

Diagnosi: si manifesta con emorragie spontanee (tipici i vasti ematomi sottocutanei) associate ad allungamento isolato dell'aPTT non corretto dalla miscela con plasma normale, in pazienti con anamnesi negativa per malattie emorragiche congenite.

Quadro clinico: può presentarsi con una diatesi emorragica relativamente lieve, ma più spesso comporta emorragie severe anche "life-threatening".

Terapia: data l'alta morbilità e mortalità della malattia, sono indispensabili una diagnosi e un trattamento tempestivi. I pazienti necessitano di assistenza qualificata presso i CE ove devono essere indirizzati. La strategia terapeutica si basa sulla terapia della malattia di base, sul trattamento degli episodi emorragici ("agenti by-passanti", vedi terapia degli emofilici con inibitore, o concentrati di FVIII, p. 17) e sull'eradicazione dell'inibitore (terapia immunosoppressiva, plasmaferesi, ecc).

triage

I pazienti con MEC che giungono al PS per una emorragia (che deve sempre essere sospettata) o un trauma necessitano di una valutazione urgente in quanto devono ricevere come **primo intervento la somministrazione del fattore carente**. A tal fine dovrà essere assegnato un codice superiore (giallo o rosso) rispetto a quello attribuibile in base alla presentazione clinica secondo i protocolli vigenti. Il corretto triage è cruciale in quanto il ritardo nella somministrazione del fattore carente comporta l'aggravamento della condizione emorragica con aumentate morbilità e mortalità.

I traumi cranici e toraco-addominali devono essere sottoposti ad adeguata diagnostica strumentale (TAC, ecografia...) per escludere la presenza di lesioni organiche. Qualora la diagnostica risulti negativa, è comunque necessario mantenere il paziente in osservazione per 24-48 ore continuando la copertura con dosi adeguate del prodotto in terapia.

Il paziente e i suoi familiari hanno in genere una lunga esperienza nella valutazione degli episodi emorragici anche in fase iniziale e nelle modalità di trattamento: il loro parere è importante e deve essere tenuto in considerazione.

considerazioni e raccomandazioni generali per la gestione delle mec in ps

- **Il trattamento sostitutivo dell'episodio emorragico in corso (anche se solo sospettato) deve essere immediato.** L'esecuzione degli accertamenti diagnostici ritenuti indicati dovrà essere posticipata a dopo l'infusione del fattore carente (o, in sua assenza, del prodotto indicato per il tipo di malattia), poiché la terapia sostitutiva è tanto più efficace quanto più precocemente iniziata.
- Ogni paziente seguito da un CE dovrebbe essere in possesso di una lettera o tessera che precisa tipo ed entità della patologia, nonché quale/i farmaco/i sono indicato/i per il suo trattamento.
- Nel caso di un evento emorragico in un paziente di cui non è noto il livello del fattore di cui è carente, bisogna assumere che questo sia <1%.
- Ogni paziente ha di solito a domicilio alcune dosi per il primo intervento: è pertanto probabile che il paziente arrivi al Pronto Soccorso già in possesso del prodotto in terapia.
- Nel caso il paziente sia in grado di riferire ed è in trattamento (es. profilassi), con i concentrati di Fattore IX a lunga emivita, tipo IDELVION o APROLIX, è bene tenere in considerazione la data dell'ultima infusione e il dosaggio in quanto generalmente nelle prime 2/3 giornate post trattamento i buoni livelli di fattore garantiscono l'emostasi .
- E' regola generale infondere al paziente il prodotto che usa abitualmente: questa prassi sembra ridurre il rischio di insorgenza di inibitori.
- In caso di emergenza, qualora il paziente non sia in grado di specificare il tipo di prodotto usato, andrà somministrato il preparato disponibile.
- Sono assolutamente da evitare le iniezioni intramuscolari, in considerazione dell'elevato rischio di sviluppo di ematomi muscolari nella sede di iniezione e, nel limite del possibile, l'anestesia spinale e i tentativi di incannulamento delle vene maggiori (ad esempio, giugulari e femorali). Anche l'artrocentesi non è consigliata di routine nella diagnostica degli ematriti e va eventualmente riservata alla successiva fase terapeutica, previa consulenza di un Ortopedico esperto nel campo delle malattie emorragiche.
- Evitare la somministrazione di FANS.

E' auspicabile una procedura condivisa da tutti i medici del PS che indichi chiaramente dove sono conservati i concentrati e dove reperirli con urgenza immediata.

Il Centro Emofilia andrà sempre contattato nelle seguenti situazioni:

- se il paziente è portatore di inibitore;
- se il paziente non sa riferire la diagnosi certa della sua MEC;
- se non si conosce il concentrato utilizzato dal paziente;
- per le indicazioni terapeutiche successive alla prima infusione di farmaco;
- per qualsiasi dubbio sulla diagnosi e/o terapia dell'evento che ha condotto il paziente con MEC al PS.

trattamento

- La scelta del farmaco, la dose e la durata del trattamento sono legate a diverse variabili:
 - tipo e severità dell'Emofilia.
 - gravità dell'episodio emorragico.
 - tipo di intervento chirurgico/manovra invasiva.
 - responsività personale alla DDAVP.
- La terapia sostitutiva di scelta per i difetti congeniti dei fattori della coagulazione è rappresentata dai preparati ottenuti attraverso la tecnica del DNA-ricombinante per le patologie per le quali tali prodotti sono disponibili. Per le carenze per il cui trattamento non sono invece disponibili preparati ricombinanti, la terapia sostitutiva di scelta è rappresentata dai concentrati commerciali plasma-derivati in quanto sottoposti a più estensivo trattamento d'inattivazione ed esclusione virale rispetto al plasma fresco congelato e al crioprecipitato e si associano quindi a un rischio minore di trasmissione patogena.
- Occorre far firmare un consenso informato tutte le volte che si somministra un prodotto di derivazione plasmatica e tutte le volte che in stato di necessità s'infonde un prodotto diverso da quello usato abitualmente dal paziente. Inoltre, va segnalato il numero del lotto del farmaco riportandolo nel consenso informato o nella cartella clinica.
- Nel caso in cui si imposti un programma di terapia sostitutiva con infusioni ripetute e monitoraggio del dosaggio del fattore infuso, si raccomanda di eseguire il prelievo per il dosaggio precedente l'infusione da un accesso venoso diverso da quello dove è eseguita l'infusione (per evitare inquinamenti e valori falsamente elevati) e di non attendere il risultato del dosaggio per procedere alle infusioni successive (per evitare ritardo nell'infusione).
- Sebbene il dosaggio del fattore carente sia il modo corretto di verificare l'efficacia della terapia praticata, poiché i dosaggi dei fattori non sono eseguibili 24 ore su 24 in tutte le situazioni, la normalizzazione dei test di screening valutati prima delle infusioni successive può essere uno strumento accettabile.
- In generale, la dose di fattore da infondere si calcola secondo il seguente schema:

Dose del FVIII:

Bambini e Adulti: Unità FVIII necessarie = Kg X aumento desiderato X 0.5.

Dose del FIX:

Bambini: Unità FIX necessarie = Kg X aumento desiderato X 0.7

Adulti: Unità FIX necessarie = Kg X aumento desiderato X 0.8

prima infusione emorragie o traumi lievi

• Emorragia articolare o muscolare sospetta o accertata • Insorgenza di severo dolore o tumefazione localizzata • Ferite cutanee che necessitano di sutura • Emorragia minore, ma persistente (epistassi, gengivorragie, ematuria, metrorragia) • Frattura, distorsione, slogatura.

MALATTIA	FARMACO	POSOLOGIA
Emofilia A grave o moderata	Concentrato FVIII	30 UI/Kg
Emofilia A lieve	Concentrato FVIII	20 UI/Kg (#)
	DDAVP	0,3 mcg/Kg (#)
Emofilia B grave e moderata	Concentrato FIX	40 UI/Kg
	Concentrato FIX	25 UI/Kg
Emofilia B lieve		
Malattia di von Willebrand:		
-Tipo 1 con FVIII:C e vWF:RCo $\geq 10\%$ -Tipo 2A, 2M, 2N	DDAVP	0,3 mcg/ Kg (#)
-Tipo 1 con FVIII:C e vWF:RCo $< 10\%$ -Tipo 2B, Tipo 3 -pazienti non responsivi o con controindicazioni alla DDAVP	Concentrato di vWF/FVIII	20 UI/Kg
Difetto di FVII ($< 20\%$) (*)	Concentrato FVII rFVIIa (Novoseven)	30 UI/Kg 10-20 mcg/ Kg
Difetto di FX ($< 20\%$) (* ^)	Complesso protrombinico	20 UI/kg
Difetto di FII ($< 30\%$) (*)		
Difetto di FXIII ($< 10\%$) (* ^)	Concentrato di FXIII	10 UI/Kg
Difetto di FXI ($< 20\%$) (* ^ §)	Plasma fresco congelato	15-20 mL/Kg
Difetto di FV ($< 20\%$) (*)		
Ipfibrinogenemia (< 50 mg/dL) (* ^)		
Difetto FV + FVIII (FV $< 20\%$ e FVIII $< 40\%$) (*)	Plasma fresco congelato + DDAVP	15-20 mL Kg + 0,3 mcg/ kg (#)
Piastrinopatia	Acido Tranexamico + misure emostatiche locali o chirurgiche	15-25 mg/Kg ogni 6-8h
	DDAVP	0,3 mcg/kg (#)

Vedi riferimenti a pag. 18

emorragie o traumi di entità moderata

- Trauma toraco-addominale, con rischio di emorragia interna
- Frattura traumatica di ossa lunghe
- Trauma cranico lieve senza deficit neurologici

MALATTIA	FARMACO	POSOLOGIA
Emofilia A grave o moderata	Concentrato FVIII	50 UI/Kg
Emofilia A lieve	Concentrato FVIII	40 UI/Kg
Emofilia B grave e moderata	Concentrato FIX	60 UI/Kg
Emofilia B lieve	Concentrato FIX	40 UI/Kg
Malattia di Von Willebrand:		
-Tipo 1 con FVIII:C e vWF:RCo \geq 10% -Tipo 2A, 2M, 2N	DDAVP	0,3 mcg/Kg (#)
-Tipo 1 con FVIII:C e vWF:RCo <10% -Tipo 2B, Tipo 3 -Pazienti non responsivi o con controindicazioni alla DDAVP	Concentrato di vWF/FVIII	40 UI/Kg
Difetto di FVII (<20%) (*)	Concentrato FVII rFVIIa (Novoseven)	40 UI/Kg 20-30 mcg/Kg
Difetto di FX (<20%) (* ^)	Complesso protrombinico	30 UI/kg
Difetto di FII (<30%) (*)		
Difetto di FXIII (<10%) (* ^)	Concentrato di FXIII	20 UI/Kg
Difetto di FXI (<20%) (* ^ §)	Plasma fresco congelato	15-20 mL/Kg
Difetto di FV (<20%) (*)		
Ipfibrinogenemia (<50 mg/dL) (* ^)		
Difetto FV + FVIII (FV <20% e FVIII <40%) (*)	Plasma fresco congelato + concentrato di FVIII Acido Tranexamico + misure locali DDAVP	15-20 mL/Kg + 30 UI/Kg 15-25 mg/Kg ogni 6-8h 0,3 mcg/Kg (#)
Piastrinopatia	Trasfusione di PLT	1 U da aferesi o 6/8 U da donatore
se paziente allo-immunizzato o refrattario a trasfusioni di PLT®	rFVIIa	80 mcg/Kg

Vedi riferimenti a pag. 18

emorragie e traumi gravi

• Emorragia grave (gastroenterica, retroperitoneale compreso ileo-psoas, emoftoe, emo- torace, emopericardio, emorragia con calo Hb >2 g%) • Shock emorragico • Emorragia cerebrale, trauma cranico grave, trauma toraco-addominale grave, emorragie di collo, lingua, occhio (eccetto congiuntiva) • Interventi di chirurgia maggiore.

MALATTIA	FARMACO	POSOLOGIA
Emofilia A grave o moderata	Concentrato FVIII	80 -100 UI/Kg
Emofilia A lieve	Concentrato FVIII	60 - 80 UI/Kg
Emofilia B grave e moderata	Concentrato FIX	100 UI/Kg
Emofilia B lieve	Concentrato FIX	80 UI/Kg
Malattia di Von Willebrand:		
-Tipo 1 con FVIII:C e vWF:RCo >10% -Tipo 2A, 2M, 2N	Concentrato di vWF/FVIII	50 UI/Kg
-Tipo 1 con FVIII:C e vWF:RCo <10% -Tipo 2B, tipo 3 -Pazienti non responsivi o con controindicazioni a DDAVP	Concentrato di vWF/FVIII	60 UI/Kg
Difetto di FVII (<20%) (*)	Concentrato FVII rFVIIa (Novoseven)	40 UI/Kg 30-40 mcg/Kg
Difetto di FX (<20%) (* ^)	Complesso protrombinico	30 UI/Kg
Difetto di FII (<30%) (*)		
Difetto di FXIII (<10%) (* ^)	Concentrato di FXIII	20 UI/Kg
Difetto di FXI (<20%) (* ^ §)	Plasma fresco congelato	15-20 mL/Kg
Difetto di FV (<20%) (*)		
Ipfibrinogenemia (<50 mg/dL) (* ^)		
Difetto FV + FVIII (FV <20% e FVIII <40%) (*)	Plasma fresco congelato + concentrato di FVIII	15-20 mL/ Kg + 60 UI/Kg
Piastrinopatie	Trasfusione di PLT rFVIIa	1U da aferesi o 6/8U da donatore random 80 mcg/Kg se paz. alloimmun/ refrattario a trasfusione PLT

Vedi riferimenti a pag. 18

RIFERIMENTI TABELLE A PAGG. 15, 16, 17

(#)

Si consiglia di usare la DDAVP invece del concentrato in pazienti noti per essere già stati trattati e responsivi al farmaco. La DDAVP è controindicata nei bambini inferiori ai 2 anni di età, negli adulti con patologie cardiovascolari o a rischio di complicazioni ischemiche. Limitatamente alla sola emofilia A lieve, i concentrati sono comunque preferibili in caso di ematoma o ematoma muscolare voluminosi e/o di non recente insorgenza.

(*)

Per i difetti di FVII, FX, FII, FXI, FV e FXIII con livelli plasmatici superiori al livello emostatico si consiglia di consultare il referente del CE prima di eseguire eventuale infusione.

(^)

I concentrati di FX, FXI, FXIII e di fibrinogeno sono in commercio solo all'estero. E' possibile che alcuni Centri che seguono pazienti con tali difetti in forma grave abbiano scorte di questi concentrati. Valutare l'associazione con acido tranexamico (in particolare nel caso di epistassi, gengivorragie, metrorragie).

(§)

Nei difetti lievi di FXI (livello fattore carente >20%) si può valutare l'utilizzo di DDAVP o rFVIIa, previo contatto con il referente del CE.

emofilici con inibitore o emofilia acquisita

Per la terapia occorre valutare il titolo attuale di inibitore:

-se <5UB in pazienti low responder: utilizzare il fattore carente infondendo la dose prevista (dose incrementante) più una dose 'neutralizzante' (40 x peso pz x titolo inibitore in UB), seguite da dosi di mantenimento (stesso dosaggio della dose incrementante).

-se >5UB o <5UB in paziente high responder: sono indicati "agenti by passanti" (rFVIIa 90-120 mcg/Kg ogni 2-3 h o aPCC 80-100 UI/Kg ogni 8-12 h, max 200 UI/Kg/ die).

-In caso di **emorragia minore** in soggetti con **emofilia aquisita** e titolo anticorpale inferiore a 5 UB e/o FVIII dosabile, può essere utilizzata la DDAVP o il concentrato di Fattore VIII. In caso di inefficacia di tale strategia usare agenti bypassanti.

-In caso di **Emofilia B** con inibitore usare sempre i prodotti bypassanti (aPCC; rFVIIa) per il rischio di crisi anafilattiche contro i concentrati di FIX.

trattamento delle piastrinopatie

La rarità della malattia e la variabilità fisiopatologica e genetica non consentono di avere a disposizione evidenze cliniche sufficienti a dare raccomandazioni di grado elevato. E' quindi sempre opportuno consultare il referente del CE.

Sono considerazioni generalmente condivise:

1. **le misure locali di emostasi** (tamponamento, compressione, agenti emostatici topici, endoscopie operative) sono sempre indicate, a volte risolutive nei casi più lievi;

2. **l'acido tranexamico** è indicato nelle emorragie mucose (anche menorragie) lievi-moderate e nelle procedure odontostomatologiche (sciacqui orali);

3. **la DDAVP** è indicata nelle emorragie lievi-moderate e chirurgia minore nei pazienti responsivi; è soprattutto efficace nelle forme non gravi di 'Storage Pool Disease', difetti intrapiastrinici, Malattia di Bernard-Soulier e più raramente, nella Tromboastenia di Glanzmann;

4. **i concentrati piastrinici** (preferibilmente da aferesi HLA compatibili) sono indicati nelle emorragie non controllate da misure locali o da altri farmaci e nella chirurgia maggiore nei pazienti senza allo-anticorpi:

a. adulti: 1 U di aferesi o 6-8 U da donatore singolo (1 U ogni 10 Kg di peso)

b. bambini: 10-15 mL/Kg.

5. **rFVIIa:** attualmente è approvato in Europa nella Tromboastenia di Glanzmann in pazienti con alloimmunizzazione e refrattarietà ai concentrati piastrinici. La posologia è di 80 mcg/Kg. Le linee Guida Siset ne prevedono l'uso anche nelle altre piastrinopatie.

preparazione a interventi chirurgici e manovre invasive

1. è sempre **consigliabile consultare il Reperibile del CE** prima di procedere a interventi chirurgici o manovre invasive, tassativo in caso di pazienti con inibitore.
2. La **terapia** sostitutiva deve essere somministrata almeno **30 minuti prima** dell'intervento.
3. Verificare sempre la **disponibilità** di una quantità adeguata di **concentrato** per coprire 48 ore di terapia.
4. è consigliabile **allertare il laboratorio** per eseguire il monitoraggio dei livelli del fattore carente nel periodo peri-operatorio.
5. Evitare l'anestesia spinale per il rischio emorragico.

trattamenti anticoagulanti/antiaggreganti e antidolorifici

1. In caso di condizioni associate nelle quali siano indicati antiaggreganti/anticoagulanti o trombolitici (es: sindromi coronariche, ictus cerebrale, arteriopatia acuta) è necessario **consultare il Referente del CE**.
2. Tra gli analgesici l'**aspirina è controindicata** nei pazienti con MEC; i FANS devono essere somministrati con cautela. Molti altri analgesici non hanno interferenze con la coagulazione e sono permessi: paracetamolo, noramidopirina, tramadolo, codeina o narcotici.

i farmaci per le mec

In passato le MEC si curavano solo con il plasma: l'avvento dei concentrati di fattore carente, per la maggiore efficacia, la disponibilità in forma liofilizzata e i bassi volumi da somministrare, ha permesso di trattare più efficacemente le emorragie, di eseguire l'autoinfusione domiciliare e di affrontare interventi chirurgici.

I concentrati possono essere:

- **plasma-derivati ottenuti da pool di donatori**: attualmente sottoposti a metodiche di doppia inattivazione virale.
- **ricombinanti**: ottenuti in colture cellulari grazie a ricombinazione genica; varie generazioni di prodotti hanno progressivamente escluso le proteine di origine umana, assicurando ormai la certezza quasi assoluta di non trasmettere infezioni virali.
- **ricombinanti a più lunga emivita**: proteina di fusione FVIII dominio C, proteina di fusione FC FIX e proteina ricombinante di fusione FIX con albumina rIX-FP.

Vedi riferimenti a pag. 18

Effetti collaterali possibili: sviluppo di inibitore e rare reazioni allergiche (specie coi plasma-derivati).

La DDAVP (somministrata ev o sc) è indicata nella Emofilia A lieve e in alcuni tipi di vWD moderato/lieve in quanto aumenta il livello di FVIII e di vWF di 2-3 volte, liberandolo dai siti di deposito (ma non tutti i soggetti rispondono). Non si usa nell'Emofilia B. Può essere ripetuta dopo 12-24 ed eventualmente 48 h; successivamente l'efficacia si riduce fino a scomparire (tachifilassi). La DDAVP è controindicata in soggetti con grave ipertensione, malattie cardiovascolari di rilievo e nei bambini sotto i 2 anni.

Gli antifibrinolitici (acido tranexamico per os ed ev) agiscono stabilizzando il coagulo di fibrina e impedendone una precoce lisi. Si usano per emorragie cutanee e mucose di grado lieve e sono controindicati nelle ematurie per il rischio di provocare ostruzione delle vie urinarie.

modalità di somministrazione dei farmaci

1. I concentrati devono essere diluiti con il solvente presente nella confezione e somministrati direttamente ev in bolo lento (1-2 ml/min).

Non diluire ulteriormente in fleboclisi o altre soluzioni.

2. Una volta calcolata la dose ottimale del concentrato da infondere, si consiglia di usare le confezioni con il dosaggio più adeguato; è comunque accettabile un arrotondamento della dose di +/- 10%.

3. La DDAVP è reperibile in due formulazioni:

a. Minirin (fiale da 4 mcg) deve essere diluito in fisiologica 100 ml e infuso per via ev in 20-30 minuti, può essere somministrato anche sc senza diluizione.

b. Emosint (fiale da 4 e 20 mcg) deve essere somministrato per via sottocutanea.

4. L'acido tranexamico viene usato generalmente per os alla dose di 20 mg/Kg ogni 6-8 ore. Può essere utilizzato in alternativa (quando non sia possibile la somministrazione orale o in casi di emorragia grave) per via endovenosa a 10 mg/Kg ogni 8 ore.

FARMACO	PRINCIPIO ATTIVO	TIPO	DOSAGGIO CONFEZIONI	INDICAZIONI	NOTE
ADVATE (Shire)	octocog alfa (fattore VIII della coagulazione 'full-length')	ricombinante (prodotto da cellule ovariche di criceto cinese, CHO) albumin free	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 1500 UI, 2000 UI, 3000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII	
AFSTYLA (CSL Behring)	Nonocog alfa (Fattore VIII della coagulazione single-chain)	ricombinante (prodotto da cellule ovariche di criceto cinese, CHO) albumin free	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 1500 UI, 2000 UI, 3000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII	
AIMAFIX (Kedrion)	fattore IX della coagulazione	plasma-derivato	500 UI, 1000 UI	Emofilia B	
ALPHANATE (Grifols)	fattore VIII+ fattore Von Willebrand	plasma-derivato	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 1500 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII, Von Willebrand	
ALPHANINE (Grifols)	fattore IX della coagulazione	plasma-derivato	500 UI, 1000 UI, 1500 UI	Emofilia B	
*ALPROLIX (Sobi)	eftrenonacog alfa (Fattore IX della coagulazione umano ricombinante, proteina di fusione Fc)	ricombinante (prodotto in cellule embrionali renali umane, HEK)	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 2000 UI, 3000 UI	Emofilia B	
BENEFIX (Pfizer)	nonacog alfa (fattore IX della coagulazione)	ricombinante (prodotto da cellule ovariche di criceto)	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 2000 UI, 3000 UI	Emofilia B	
BERIMATE P (CSL Behring)	fattore VIII della coagulazione	plasma-derivato	1000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII	
CLUVIAT (CSL Behring)	fattore XIII umano della coagulazione	plasma-derivato	250 e 1250 UI	Deficit congenito del Fattore XIII	
CONFIDEX (CSL Behring)	Fattore II, VII, IX, X, della coagulazione, Proteina C, Proteina S	plasma-derivato	500UI, 1000UI	Deficit congenito o acquisito dei fattori II, X della coagulazione	
*ELOCTA (Sobi)	efmorotocog alfa (proteina di fusione FattoreVIII della coagulazione-dominio Fc)	ricombinante (prodotto in cellule embrionali renali umane, HEK)	250 UI, 500 UI, 750 UI, 1000 UI, 1500 UI, 2000 UI, 3000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII	
EMOCLOT (Kedrion)	fattore VIII della coagulazione	plasma-derivato	1000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII	
EMOSINT (Kedrion)	desmopressina acetato triidrato	farmaco di sintesi: analogo sintetico della Vasopressina (ADH)	4 mcg, 20 mcg	Emofilia A lieve, Von Willebrand tipo I, 2A-2M-2N, Difetto FXI, Difetto FV+FVII, Piastrinopatie	Attenzione! Farmaco disponibile solo all'estero
FANHDI (Grifols)	fattore VIII+ fattore Von Willebrand	plasma-derivato	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 1500 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII, Von Willebrand	
FIBROGAMMIN P (CSL Behring)	fattore XIII della coagulazione	plasma-derivato	250 UI, 1250 UI	Deficit congenito di fattore XIII	
FIXNOVE (Shire)	fattore IX della coagulazione	plasma-derivato	1200 UI	Emofilia B	

farmaci

FARMACO	PRINCIPIO ATTIVO	TIPO	DOSAGGIO CONFEZIONI	INDICAZIONI	NOTE
HAEMATE P (CSL Behring)	fattore VIII+fattore di Von Willebrand	plasma-derivato	500 UI, 1000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII, Von Willebrand	
HAEMOCOMPLETTAN P (CSL Behring)	fibrinogeno (fattore I della coagulazione)	plasma-derivato	1 gr, 2 gr	Deficit congenito di fibrinogeno, Deficit acquisito di fibrinogeno	Attenzione! Farmaco disponibile solo all'estero
HAEMOCTIN (Biotest Pharma)	fattore VIII della coagulazione	plasma-derivato	250 UI, 500 UI, 1000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII	
HELIXATE NEXGEN (CSL Behring)	octocog alfa (fattore VIII della coagulazione "full-length")	ricombinante (prodotto in cellule renali di criceto neonato, BHK)	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 2000 UI, 3000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII	
HEMOLEVEN (LFB)	fattore XI della coagulazione	plasma-derivato	1000 UI	Deficit congenito di fattore XI	Attenzione! Farmaco disponibile solo all'estero
* IDELVION (CSL Behring)	albutreponacog alfa (proteina ricombinante di fusione fattore IX della coagulazione con albumina, rIX-FP)	ricombinante	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 2000 UI	Emofilia B	
IXED (Kedrion)	fattore IX della coagulazione del plasma umano	plasma-derivato	200, 500, 1000 UI	Emofilia B	
KEDCOM (Kedrion)	fattore II, IX e X della coagulazione (PCC: complesso protrombinico)	plasma-derivato	500 UI	Deficit congenito o acquisito dei Fattori II, IX, X	
KLOTT (Kedrion)	fattore VIII della coagulazione	plasma-derivato	500 UI, 1000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII	
KOGENATE BAYER (Bayer)	octocog alfa (fattore VIII della coagulazione "full-length")	ricombinante (prodotto in cellule renali di criceto neonato, BHK)	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 2000 UI, 3000 UI siringa preriempita	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII	
KOVALTRY (Bayer)	octocog alfa (Fattore VIII della coagulazione "full-length")	ricombinante (prodotto in cellule renali di criceto neonato, BHK) protein free	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 2000 UI, 3000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII	
MINIRIN (Ferring)	desmopressina acetato idrato	farmaco di sintesi: analogo sintetico della Vasopressina (ADH)	4 mcg	Emofilia A lieve, Von Willebrand tipo I, 2A-2M-2N, Difetto FXI, Difetto FV+FVII, Piastrinopatie	
MONONINE (CSL Behring)	fattore IX della coagulazione	plasma-derivato	500 UI, 1000 UI	Emofilia B	
NOVOEIGHT (NovoNordisk)	Turoctocog alfa (Fattore VIII della coagulazione) B troncato	Ricombinante (prodotto in cellule di ovaio di criceto cinese, CHO)	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 1500 UI, 2000 UI, 3000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII	

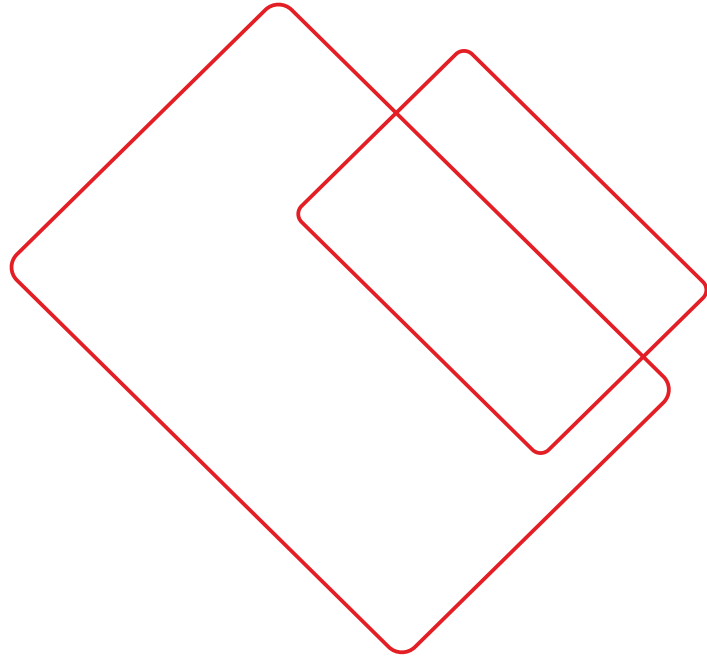
* EHL concentrato a più lunga emivita

FARMACO	PRINCIPIO ATTIVO	TIPO	DOSAGGIO CONFEZIONI	INDICAZIONI
NOVOSEVEN (NovoNordisk)	eptacog alfa (fattore VII attivato della coagulazione)	ricombinante (prodotto da cellule renali di criceto)	1 mg, 2 mg, 5 mg	Emofilia A e B con inibitore, Emofilia acquisita, Deficit congenito di FVII, Tromboastenia di Glanzmann
NOVOTHIRTEEN (NovoNordisk)	catridecacog (fattore XIII della coagulazione)	ricombinante (prodotto in cellule di lievito)	2500 UI	Trattamento di proflassi a lungo termine delle emorragie in pazienti adulti e pediatrici con deficit congenito della subunità A del Fattore XIII (o Tipo 2)
NUWIIQ (Kedrion)	Simotocog alfa (fattore VIII della coagulazione) B delecto	ricombinante (prodotto da cellule di rene embrionale umano HEK)	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 2000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII
OCTAPLAS (Octapharma)	proteine plasmatiche umane	plasma-derivato	sacca da 200 ml	Deficit di singolo fattore della coagulazione (in mancanza di concentrato specifico), Deficit multiplo di fattori della coagulazione, Emorragia grave (in assenza di diagnosi certa di carenza di fattore)
PLASMASAFE (Kedrion)	proteine plasmatiche umane	plasma-derivato	sacca da 200 ml	Deficit di singolo fattore della coagulazione (in mancanza di concentrato specifico), Deficit multiplo di fattori della coagulazione, Emorragia grave (in assenza di diagnosi certa di carenza di fattore)
PRONATIV (Octapharma)	fattore II, VII, IX, X della coagulazione, Proteina C, Proteina S	plasma-derivato	500UI	Deficit congenito o acquisito dei fattori II, IX, X della coagulazione
PROTROMPLEX TIM 3 (Shire)	fattori II, IX, X della coagulazione (complesso protrombinico, PCC)	plasma-derivato	600 UI	Deficit congenito o acquisito dei fattori II, IX, X della coagulazione
PROVERTIN-UM TIM 3 (Shire)	fattore VII della coagulazione	plasma-derivato	600 UI	Deficit congenito o acquisito di FVII della coagulazione
RECOMBINATE (Bioviiix)	Octocog alfa (fattore VIII della coagulazione)	ricombinante (prodotto in cellule di ovaio di criceto cinese, CHO)	250, 500, 1000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII
REFACTO AF (Pfizer)	morotocog alfa (fattore VIII della coagulazione) B delecto	ricombinante (prodotto da cellule ovariche di criceto cinese, CHO) albumine free	250 UI, 500 UI, 1000 UI, 2000 UI, 3000 UI siringa preimpilata	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII
RIASTAP (CSL Behring)	Fibrinogeno umano	plasma-derivato	1g	Ipo-afibrinogenemia
TALATE (Shire)	fattore VIII della coagulazione	plasma-derivato	1000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII
TISSUCOL (Shire)	colla di fibrina (fibrinogeno, fibronectina, F XIII:C plasminogeno, aprotinina, trombina)	plasma-derivato	0,5 ml-1 ml-2 ml-5 ml	
TRANEX (Malesci)	acido tranexamico	farmaco di sintesi	250 mg, 500 mg	tutte le malattie emorragiche congenite
UGUROL (Rottapharm)	acido tranexamico	farmaco di sintesi	250 mg, 500 mg	tutte le malattie emorragiche congenite

* EHL concentrato a più lunga emivita

farmaci

FARMACO	PRINCIPIO ATTIVO	TIPO	DOSAGGIO CONFEZIONI	INDICAZIONI
UMAN COMPLEX (Kedrion)	fattori II, IX, X della coagulazione (complesso protrombinico, PCC)	plasma-derivato	500 UI	Deficit congenito o acquisito dei Fattori II, IX, X
WILATE (Octapharma; concessionario di vendita Kedrion)	fattore VIII+fattore di Von Willebrand	plasma-derivato	1000 UI	Emofilia A, Difetto di FV+FVIII, Von Willebrand
WILFACTIN (Kedrion)	fattore di Von Willebrand umano	plasma-derivato	1000 UI	Von Willebrand



* EHL concentrato a più lunga emivita

i centri emofilia in Italia

PIEMONTE

TORINO

Centro di Riferimento Regionale per le Malattie Trombotiche ed Emorragiche dell'adulto
S.C.Ematologia
AOU Città della Scienza e della Salute di Torino

tel 0116335329 - 6685
Segreteria 0116334793 - 3387247738
Centralino ospedale: 0116331633

Via Genova 3, 10126 Torino

fax 0116963737
0116336864

Dr. Alessandra Borchiellini
Dr. Federica Valeri
Sig. Stefania Arminio

emofiliciadulti@acep-piemonte.it

TORINO

Centro di Riferimento Regionale per le Malattie Emorragiche e Trombotiche Ereditarie - S.S.D. Medicina Trasfusionale Materno-infantile Traumatologica
Ospedale Infantile Regina Margherita

tel 0113135621
0113135828
0113135652

Urgenze: 0113131628

Piazza Polonia 94, 10126 Torino

fax 0113135589

Dr. Berardino Pollio
Dr. Irene Ricca

bpollio@cittadellasalute.to.it
iricca@cittadellasalute.to.it

ALESSANDRIA

S.S. Emostasi e Trombosi – Ematologia
Azienda Osp. SS. Antonio e Biagio

tel 0131206091 – 6092 - 6230

Via Venezia 16, 15121 Alessandria

fax 0131207911

Dr. Roberto Santi
Dr. Patrizia Sciancalepore
Dr. Laura Contino (Resp. Scientifico)

rsanti@ospedale.al.it
sc_patrizia@libero.it
lcontino@ospedale.al.it

IVREA

S.C. Servizio Trasfusionale
SIMT ASL TO4 Ospedali Riuniti del Canavese

tel 0125414289 - 302
Centralino 01254141

Piazza della Credenza 2, 10015 Ivrea (TO)

fax 0125641154

Dr. Rosa Chianese (Direttore SIT)
Dr. Grazia Delios (Referente)
Dr. Marco Tucciarone

trasfusionale@aslto4.piemonte.it
gdelios@aslto4.piemonte.it
mtucciarone@aslto4.piemonte.it
rchianese@aslto4.piemonte.it

i centri emofilia in Italia

LIGURIA

GENOVA

UOSD Emostasi e Trombosi
 Centro di Riferimento Regionale per le Malattie
 Emorragiche e l'individuazione del Rischio
 Trombotico Ereditario IRCCS Giannina Gaslini

tel 01056362551 - 2286
 Emergenze: 3358745431
 3358745432

fax 01056362421

Largo G. Gaslini 5, 16147 Genova

Dr. Angelo Claudio Molinari (Responsabile)
 Dr. Laura Banov
 Dr. Marta Bertamino
 Dr. Johanna Svahn

emofiliaetrombosi@gaslini.org

LOMBARDIA

MILANO

Centro Emofilia e Trombosi Angelo Bianchi Bonomi
 U.O.C. Ematologia non Tumorale e Coagulopatie
 Ospedale Maggiore Policlinico -IRCCS Fondazione
 Ca' Granda

tel 0255035308 -4682 -5256

fax 0255032072

Via Pace 9, 20122 Milano

Prof. Flora Peyvandi (Direttore)
 Dr. Elena Santagostino (Responsabile Unità Emofilia)
 Dr. Maria Elisa Mancuso
 Dr. Eugenia Biguzzi
 Dr. Simona Siboni
 Dr. Maria Rosaria Fasulo

hemophilia_ctr@policlinico.mi.it
 flora.peyvandi@policlinico.mi.it
 segreteria.ambulatorioemofilia@policlinico.mi.it

MILANO

Struttura Complessa di Ematologia
 Struttura Semplice di Emostasi
 ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

tel 0264442451 - 3776 -3777

Piazza Ospedale Maggiore 3, 20162 Milano

fax 0264443948

Dr. Maria Teresa Caimi
 Dr. Giovanni Mostarda

emostasi@ospedaleniguarda.it

BRESCIA

U.O. Oncoematologia Pediatrica - Presidio Ospedale
 dei Bambini - ASST Spedali Civili

Piazzale Spedali Civili 1, 25100 Brescia

tel 0303996288
 Urgenze: 0303995711
 fax 0303996005

Dr. Fulvio Porta (Direttore U.O.)
 Dr. Lucia Notarangelo
 (Referente)
 Dr. Elisa Bertoni
 Dr. Chiara Gorio

luciadora.notarangelo@asst-spedalivicili.it

i centri emofilia in Italia

LOMBARDIA

CREMONA

Centro Emostasi e Trombosi Ospedale di Cremona,
ASST Cremona

Viale Concordia 1, 26100 Cremona

0372405666 - 663
Centralino ospedale: 0372405111
fax 0372405457

Dr. Sophie Testa
Dr. Oriana Paoletti
Dr. Rossella Morandini

centro.trombosi@ospedale.cremona.it
s.testa@ospedale.cremona.it

MANTOVA

Centro di Riferimento Regionale per la Diagnosi,
Cura e Studio delle Malattie Emorragiche
Ereditarie ASST Carlo Poma

Strada Lago Paiolo 10, 46100 Mantova

tel 0376201234
fax 0376220144

Dr. Massimo Franchini (Direttore)
Dr. Silvia Crestani
Dr. Carlo Bonfanti

massimo.franchini@asst-mantova.it

PAVIA

Centro per l'Emofilia e Coagulopatie Congenite
Medicina Generale 2 – Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo
Piazzale Golgi 2, 27100 Pavia

tel 0382502174
fax 0382526223

Dr. Chiara Ambaglio (Responsabile)
Dr. Paola Stefania Preti

c.ambaglio@smatteo.pv.it
p.preti@smatteo.pv.it

VENETO

CASTELFRANCO VENETO (TV)

Centro Emofilia - U.O.C. Ematologia -
Ospedale S. Giacomo Apostolo -
Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

Via dei Carpani 16Z, 31033 Castelfranco Veneto
(TV)

tel 0423732346

Dr. Roberto Sartori (Direttore FF)
Dr. Paolo Radossi

roberto.sartori@aulss2.veneto.it
paolo.radossi@aulss2.veneto.it

i centri emofilia in Italia

VENETO

PADOVA

Centro Regionale multidisciplinare per prevenzione,
profilassi e trattamento avanzato dell'artropatia
emofilica-Centro Emofilia – AOU di Padova

tel 0498212665
fax 0498218731

Via Giustiniani 2, 35129 Padova

Dr. Ezio Zanon (Responsabile)
Dr. Marta Milan

centro.emofilia@aopd.veneto.it

VICENZA

Centro Malattie Emorragiche e Trombotiche
Divisione di Ematologia
ULSS 8 Berica

tel 0444753679
fax 0444753922

Via Rodolfi 36100 Vicenza

Dr. Alberto Tosetto
Dr. Ilaria Nichele

cmet@aulss8.veneto.it

VERONA

Centro Emofilia U.O.C. Medicina Trasfusionale
Ospedale Borgo Roma
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata

tel 045 8124321- 4324
Urgenze: 0458124305
fax 0458124626

P.le L.A. Scuro 10, 37134 Verona

Dr. Giorgio Gandini (Direttore)
Dr. Anna Chiara Giuffrida (Responsabile)
Dr. Sabrina Genesini

giorgio.gandini@aovr.veneto.it
annachiara.giuffrida@aovr.veneto.it
sabrina.genesini@aovr.veneto.it

VERONA

Oncoematologia Pediatrica Ospedale Donna Bambino
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata

Reparto 0458127803 – 7816
Ambulatorio: 0458127812 - 7813
Urgenze: 0458127893 (ore 20 – 8)
fax 0458127887 - 7830

Piazzale Aristide Stefani 1, 37126 Verona

Dr. Simone Cesaro (Direttore)
Dr. Elisa Bonetti
Dr. Rita Balter
Dr. Massimiliano De Bortoli
Dr. Virginia Vitale
Dr. Matteo Chinello

oncoematologia.ped@aovr.veneto.it
simone.cesaro@aovr.veneto.it
elisa.bonetti2@aovr.veneto.it

i centri emofilia in Italia

TRENTINO ALTO ADIGE

TRENTO

Servizio di Immunoematologia e Trasfusione
Ospedale S. Chiara

Largo Medaglie d'Oro 9, 38122 Trento

tel 0461903204
Urgenze/emergenze: 0461/903111
(Centralino Ospedale S. Chiara)
fax 0461902125

Dr. Attilio Fabio Cristallo (Direttore)
Dr. Paola Agostini
Dr. Grazia Gosetti

trento.trasfusionale@apss.tn.it

FRIULI VENEZIA GIULIA

UDINE

SOS Malattie Emorragiche e Trombotiche -
Dipartimento di Area Vasta di Medicina Trasfusionale
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
Presidio Ospedaliero "S. Maria della Misericordia"

Piazzale S. Maria della Misericordia, 33100 Udine

Ambulatorio: 0432554488
fax 0432552342

Dr. Giovanni Barillari
Dr. Antonella Bertone
Dr. Elena Mosanghini
Dr. Ugo Venturelli

giovanni.barillari@asuiud.sanita.fvg.it

EMILIA ROMAGNA

PARMA

S.S.D. Centro Hub Emofilia e Malattie Emorragiche
Congenite - Az. Ospedaliero-Universitaria di Parma

Via Gramsci 14, 43126 Parma

tel 0521703971 – 3487
Notturmi e festivi: 3357435730
fax 0521704332

Dr. Annarita Tagliaferri (Responsabile)
Dr. Antonio Coppola
Dr. Gabriele Quintavalle
Dr. Gianna Franca Rivolta
Dr. Federica Riccardi
CS Antonella Besagni
IP Angela Allodi

centroemofilia@ao.pr.it

i centri emofilia in Italia

EMILIA ROMAGNA

BOLOGNA

Centro Malattie Emorragiche
U.O. Angiologia e Malattie della Coagulazione,
Policlinico S.Orsola-Malpighi

tel 0512142301 - 3387
fax 0512142376

Via Albertoni 15, 40138 Bologna

Dr. Lelia Valdrè
Dr. Giuseppina Rodorigo
Dr. Lydia Piscitelli

angio.segreteria@aosp.bo.it

CESENA

Centro Emofilia - U.O.C. Medicina Trasfusionale
Dipartimento Patologia Clinica Ospedale M. Bufalini

tel 0547352927 – 352920
Notturmo e festivi: 0547352111
fax 0547300186

Viale Ghirotti 286, 47023 Cesena (FC)

Dr. Vanessa Agostini (Direttore FF UOC)
Dr. Chiara Biasoli (Responsabile Centro Emofilia)
Dr. Simona Bulgarelli
Dr. Michela De Lucia
Dr. Paola Pedrazzi

sit.ce@auslromagna.it
chiara.biasoli@auslromagna.it

PIACENZA

U.O. Servizio Immuno-ematologia e Medicina
Trasfusionale Dipartimento Patologia Clinica -
Ospedale G. da Saliceto

tel 0523302443 - 337970 - 302361
fax 0523302397

Via Taverna 49, 29121 Piacenza

Dr. M. Cristina Arbasi
Dr. Agostino Rossi

m.arbasi@ausl.pc.it

REGGIO EMILIA

Centro Emostasi e Trombosi Medicina II
Cardiovascolare Arcispedale S. Maria Nuova

tel 0522295832 – 6622 -6533
Direzione: 0522296877
fax 0522296853

Via Risorgimento 80, 42123 Reggio Emilia

Dr. Angelo Ghirarduzzi (Direttore)
Dr. Annamaria Casali
Dr. Daniela Galimberti
Dr. Maria Cristina Leone

ghirarduzzi.angelo@asmn.re.it

i centri emofilia in Italia

EMILIA ROMAGNA

FERRARA

Ambulatorio e Laboratorio di Fisiopatologia della
Coagulazione – Centro Emostasi e Trombosi
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

tel 0532237290 – 237291 - 236363
fax 0532237496

Corso Giovecca 203, 44121 Ferrara

Dr. Maria Luisa Serino
Dr. Stefano Moratelli
Prof. Donato Gemmati
IP Arturina Marighella
IP Daniela Dolcetti

srnmls@unife.it
s.moratelli@ospfe.it
cet@unife.it

TOSCANA

FIRENZE

SODc Malattie Emorragiche e della Coagulazione,
Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

tel 0557947587
fax 0557947794

Largo G.A. Brambilla 3, Palazzina 14 b -
I piano 50134 Firenze

Dr. Giancarlo Castaman (Direttore)
Dr. Silvia Linari
Dr. Francesco Demartis
Dr. Lisa Pieri
CS Angelica Dionisi

giancarlo.castaman@unifi.it
linaris@aou-careggi.toscana.it
demartisf@aou-careggi.toscana.it
lisa.pieri@unifi.it

AREZZO

U.O.S. Ematologia
Ospedale San Donato

Day Hospital: 0575255399
Reparto: 0575254556
3395465166
fax 0575255398

Via Pietro Nenni 20, 52100 Arezzo

Dr. Ubaldo Occhini (Responsabile UO)
Dr. Alessandra Caremani
Dr. Giulia Papini

alessandra.caremani@usl8.toscana.it

ABRUZZO

PESCARA

Centro Emofilia e Malattie Rare del Sangue
Dipartimento di Ematologia, Medicina Trasfusionale
e Biotecnologie - Ospedale Spirito Santo

Sala medici: 0854252501
Studio medico: 085425871
fax 0854252957

Via Fonte Romana 8, 65124 Pescara

Dr. Alfredo Dragani (Direttore)
Dr. Giovanna Summa
Dr. Paola Ranalli
Dr. Giuseppina Ricciuti
CS Angelica Dionisi

ematologia.emostasi@ausl.pe.it

i centri emofilia in Italia

ABRUZZO

CHIETI

Servizio di Medicina Trasfusionale Aziendale
ASL 2 Abruzzo Policlinico Santissima Annunziata

Via dei Vestini, 66100 Chieti

Direzione: 0871358264
Medicheria: 0871358249
Segreteria: 0871358201
fax 0871358201

Dr. Patrizia Di Gregorio (Direttore)
Dr. Raniero Malizia

patrizia.digregorio@asl2abruzzo.it

UMBRIA

PERUGIA

Centro Emofilia
S.C. Medicina Vascolare e d'Urgenza –
Ospedale S. Maria della Misericordia

Piazzale Menghini 1, 06132 Perugia

tel 3331044116
0755782262
Notturni e festivi: 3487209431
3487209395
fax 0755784106

Prof. Giancarlo Agnelli (Direttore)
Prof. Paolo Gresele
Dr. Emanuela Marchesini
Dr. Tiziana Fierro

giancarlo.agnelli@unipg.it
paolo.gresele@unipg.it
emanuela.marchesini@ospedale.perugia.it

MARCHE

MACERATA

Centro di Riferimento Regionale per la Diagnosi
e Cura delle Malattie Emorragiche Congenite
e Trombofilia, U.O. Medicina Trasfusionale
Ospedale di Macerata

Via S. Lucia 2, 62100 Macerata

tel 07332572331
Notturni e festivi:
07332571 (centralino) -07332572232
fax 0733233470

Dr. Giovanni Ribichini (Direttore)
Dr. Isabella Cantori (Referente)
Dr. Silvia Cicconi
IP Antonella Sassano

isabella.cantori@sanita.marche.it

MOLISE

TERMOLI (CB)

Centro Emofilia – Medicina Trasfusionale
Ospedale San Timoteo

Viale San Francesco 1, 73025 Termoli

tel 08757159216 - 08757159201
fax 08757159238

Dr. Pasquale Marino (Direttore)
Dr. Antonella Defilippis
Dr. Eva D'Attilio

trasfusionale.termoli@asrem.org

i centri emofilia in Italia

LAZIO

ROMA

Servizio di Emostasi e Trombosi – Centro di Riferimento e Coordinamento Regionale per le Malattie Emorragiche Congenite Ematologia Università Sapienza Policlinico Umberto I

Via Benevento 6, 00161 Roma

Centralino: 06857951 Direzione: 0649974778
Ambulatori: 0649974-411 -412 -410
Pronto Soccorso ematologico: 0649974704 -703
fax 0644241984

Dr. Cristina Santoro
Dr. Erminia Baldacci
Dr. Antonietta Ferretti

santoro@bce.uniroma1.it
ermi.b@virgilio.it
ferretti@bce.uniroma1.it

ROMA

Servizio Malattie Emorragiche e Trombotiche Polo di Scienze Oncologiche ed Ematologiche Area di Ematologia - Fondazione Policlinico Universitario "Agostino. Gemelli"

Largo A. Gemelli 8, 00168 Roma

tel 0630154438
0630156329
Urgenze: 3394820893
fax 0630155915

Prof. Raimondo De Cristofaro (Direttore)
Dr. Maria Basso
Dr. Erica De Candia
Dr. Leonardo Di Gennaro

raimondo.decrisofaro@unicatt.it
segrsmet@policlinicogemelli.it

ROMA

Centro di Riferimento Emostasi e Trombosi Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina Trasmfusionale - IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Piazza S. Onofrio 4, 00165 Roma

tel 0668592129 – 2125 - 2364
fax 0668592292

Dr. Matteo Luciani

psp.ematologia@opbg.net
matteo.luciani@opbg.net

i centri emofilia in Italia

CAMPANIA

NAPOLI

Centro di Coordinamento Regionale per le
Emocoagulopatie Medicina Interna, Malattie
Emorragiche e Trombotiche - AOU Federico II

Via S. Pansini 5, 80131 Napoli

Direzione: 0817462060

Ambulatorio:

0817462161

0817462317

fax 0817462060

Prof. Giovanni Di Minno (Direttore)

diminno@unina.it

Dr. Anna Maria Cerbone

Dr. Ernesto Cimino

Dr. Paolo Conca

Dr. Antonella Tufano

NAPOLI

Centro Emofilia e Trombosi Centro di Riferimento
Regionale per le Emocoagulopatie
U.O.C. Ematologia Ospedale Ascalesi ASL
Napoli 1 Centro

via Egiziaca a Forcella 31, 80139 Napoli

Direzione: 0812542036

Ambulatorio: 0812542006 - 2087

DH: 0812542052 - 2086

Emergenze: 0812542041 - 2043

0812542041

Dr. Angiola Rocino (Responsabile)

ematologia.ascalesi@aslnapoli1centro.it

Dr. Alfredo Gagliardi

angiolar@tin.it

Dr. Ruggiero Orlando

Dr. Paola Della Cioppa

Dr. Maria Rosaria Esposito

Dr. Salvatore Esposito

Dr. Lucia Liguori

Dr. Anna Lucania

Dr. Maria Maddalena Spiezia

Dr. Maria Rosaria Villa

NAPOLI

Centro di Riferimento Regionale per le
Emocoagulopatie - AORN Santobono Pausilipon

Via Posillipo 226, 80122 Napoli

tel 0812205515

Laboratorio:

08122054140812205571

fax 0812205515

Dr. Michele Schiavulli

m.schiavulli@santobonopausilipon.it

Dr. Tiziana Izzo

Dr. Aurora Lione

Dr. Domenico Ripaldi

mischiavulli@gmail.com

VALLO DELLA LUCANIA (SA)

Centro di Riferimento Regionale per le Coagulopatie
Ospedale San Luca

Via F. Cammarota 84078, Vallo della Lucania (SA)

tel 3332219939

34743661270974711923

fax 0828674416

Dr. Giulio Feola

giulio_feola@yahoo.it

Dr. Simona Pezzella (Osp. Battipaglia)

simopezz@yahoo.it

i centri emofilia in Italia

PUGLIA

BARI

S.S.D. Centro Emofilia e Trombosi
Ospedale Policlinico

Piazza Giulio Cesare 11, 70124 Bari

Direzione: 0805594028
Ambulatori: 0805592002
0805592928
fax 0805593113

Dr. Cosimo Pietro Ettore (Direttore)
Dr. Valeria Iandolo
Dr. Giuseppe Malcangi
Dr. Renato Marino

cosimo.ettore@policlinico.ba.it

BARI

Centro Emofilia Pediatrico - U.O.C. Pediatria
Generale e Specialistica "B. Trambusti"
Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII"

Via Amendola 207, 70126 Bari

Direzione: 0805592934
Ambulatorio: 0805592950
Reparto: 0805592286
fax 0805592287

Prof. Paola Giordano (Direttore)
Dr. Giuseppe Lassandro

paola.giordano@uniba.it
giuseppelassandro@live.com

MONOPOLI

Centro Emofilia - Medicina Trasfusionale
Ospedale San Giacomo ASL BA

Largo Simone Veneziani 21, 70043 Monopoli (BA)

tel 0807474460
0804149284
fax 0807474460

Dr. Angela Todisco

trasfusionale.emofilia.monopoli@asl.bari.it

SCORRANO (LE)

Centro Emofilia U.O. Medicina Interna
Ospedale Veris Delli Ponti

Via G. Veris Delli Ponti 73025, Scorrano (LE)

tel 0836420677
0836420452
0836420434
fax 0836420677

Dr. Antonella Coluccia

antonellacoluccia40@gmail.com

TARANTO

U.O.S. Coagulazione ed Emostasi
U.O.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
P.O. SS. Annunziata

Via Bruno 1, 74121 Taranto

0994585272
0994585871
Laboratorio: 0994585850
Cell.Az. 3664064679

Dr. Vincenzo Speciale

vincenzo.speciale@asl.taranto.it

i centri emofilia in Italia

CALABRIA

COSENZA

Patologie Coagulative
Ospedale dell'Annunziata

Via F. Migliori 1, 87100 Cosenza

Ambulatorio: 0984681070 - 1840
Infermeria: 0984681069
fax 0984681854

Dr. Filomena Daniele (Responsabile)
Dr. Vincenza Rossi

fildaniele@libero.it

REGGIO CALABRIA

Centro Emofilia - Servizio Emostasi e Trombosi
Grande Ospedale Metropolitano
"Bianchi Malacrino Morelli"

Viale Europa 21, 89127 Reggio Calabria

tel 0965393841
0965393786
Segreteria: 0965393852 - 3853
Laboratorio: 0965393785
fax 0965393840 - 39

Dr. Gianluca Sottilotta
Dr. Vincenzo Oriana

gianluca.sottilotta@virgilio.it
voriana@libero.it

CATANZARO

Struttura Complessa Emofilia, Emostasi e Trombosi
AO Pugliese Ciaccio

Viale Pio X, 88100 Catanzaro

Direzione: 0961883879
Laboratorio: 0961883092 - 3003
Segreteria: 0961883093
fax: 0961883003
ritacarlottasantoro@gmail.com

Dr. Rita Santoro (Direttore)
Dr. Piergiorgio Iannaccaro

SICILIA

PALERMO

Centro di Riferimento Regionale per le
Emocoagulopatie UOC Ematologia-Policlinico
"P.Giaccone", Palermo

Via del Vespro 127, 90127 Palermo

Direzione: 091 6554401
Segreteria: 091 6554403
091 6554405
fax 091 6554402

Prof. Sergio Siragusa (Direttore)
Dr. Fabio Gagliano
Dr. Marisanta Napolitano

sergio.siragusa@unipa.it
gaglianofa@gmail.com
mariasanta.napolitano@unipa.it

i centri emofilia in Italia

SICILIA

CATANIA

Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione,
Diagnosi e Cura delle Malattie Rare della
Coagulazione nel Bambino e nell'Adulto
Divisione Clinicizzata di Ematologia con trapianto
Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico-
Vittorio Emanuele

Via S.Sofia 78, 95123 Catania

tel 0957435923
0957436161 - 0957435923
fax 095365174

Dr. Gaetano Giuffrida
Dr. Dorina Cultrera

gaegiuffrida@gmail.com
doricu@tiscali.it

SARDEGNA

CAGLIARI

S.C. Oncoematologia Pediatrica e Patologia della
Coagulazione - Ospedale Pediatrico Microcitemico
"Antonio Cao" Azienda Ospedaliera "G. Brotzu"

Via Jenner snc, 09121 Cagliari

Ambulatorio: 07052965537 -5535
Urgenze, notturni e festivi:
07052965549- 5650
fax 07052965540

Dr. Rosamaria Mura (Responsabile SC)
Dr. Anna Brigida Aru (Referente)
Dr. Francesco Corongiu
Dr. Giovanni M. Fiori
Dr. Giulio Murgia
Dr. Antonella Nonnis
Sig.ra Cinzia Zedda
Sig.ra Luigia Martis
Sig.ra Deborah Secci

oncoematologia.microcitemico@aob.it
annab.aru@aob.it

SASSARI

UO Malattie della Coagulazione,
Centro Emofilia e Trombosi
AOU SS. Annunziata

Via Enrico De Nicola 1, 07100 Sassari

tel 0792061613 - 2061180
fax 0792061183

Dr. Lucia Anna Mameli
Dr. Luisa Fenu
Dr. Maddalena Serra
Dr. Mariangela Pulcina

lucia.mameli@aousassari.it

bibliografia

Gringeri A. e P. M. Mannucci. Italian guidelines for the diagnosis and treatment of patients with haemophilia and inhibitors. *Haemophilia* 2005, 11(6): 611-619.

Guidelines for the management of Hemophilia. World Federation of Hemophilia 2005. http://www.wfh.org/2/docs/Publications/Diagnosis_and_Treatment/Guidelines_Mng_Hemophilia.pdf

Hoots W.K. "Emergency Care Issues in Hemophilia", in *Treatment of Hemophilia*. World Federation of Hemophilia, november 2007, 43. http://www.wfh.org/2/docs/Publications/Diagnosis_and_Treatment/TOH-43-Emergency-Care.pdf

Huth-Kuhne A., Baudo F., Collins P., Ingerslev J., Kessler C.M. Levesque H., Castellano M.E., Shima M., and St-Louis J. International recommendations on the diagnosis and treatment of patients with acquired hemophilia A. *Haematologica* 2009, 94(4):566-575.

Franchini M, Castaman G, Coppola A, Santoro C, Zanon E, Di Minno G, Morfini M, Santagostino E, Rocino A, AICE Working Group.

Acquired inhibitors of clotting factors: AICE recommendations for diagnosis and management. *Blood Transfus* 2015;13:498-513.

Versione italiana disponibile sul sito AICE: http://www.aiceonline.org/?page_id=2220

Medical and Scientific Advisory Council (MASAC) of the National Hemophilia Foundation. Guidelines for emergency department management of individuals with Hemophilia: MASAC Recommendation #175. National Hemophilia Foundation. 2006. <http://www.hemophilia.org/NHFWeb/MainPgs/MainNHF.aspx?menuid=57&contentid=691>

Tosetto A., Balduini C. L., Cattaneo M., De Candia E., Mariani G., Molinari A.C., Rossi E., and Siragusa S. Management of bleeding and of invasive procedures in patients with platelet disorders and/or thrombocytopenia: Guidelines of the Italian Society for Haemostasis and Thrombosis (SISST). *Thrombosis Research* 2009, 124(5): e13-e18.

Rocino A, Coppola A, Franchini M, Castaman G, Santoro C, Zanon E, Santagostino E, Morfini M; Italian Association of Haemophilia Centres (AICE) Working Party. Principles of treatment and update of recommendations for the management of haemophilia and congenital bleeding disorders in Italy. *Blood Transfus* 2014;12:575-9.

Versione Italiana disponibile sul sito AICE: http://www.aiceonline.org/?page_id=2401

siti web utili

Federazione delle Associazioni degli Emofilici OnLus: www.fedemo.it

Associazione Italiana Centri Emofilia: www.aiceonline.org

Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza: www.simeu.it

Società Italiana di Medicina Emergenza Urgenza Pediatrica: www.simeup.com

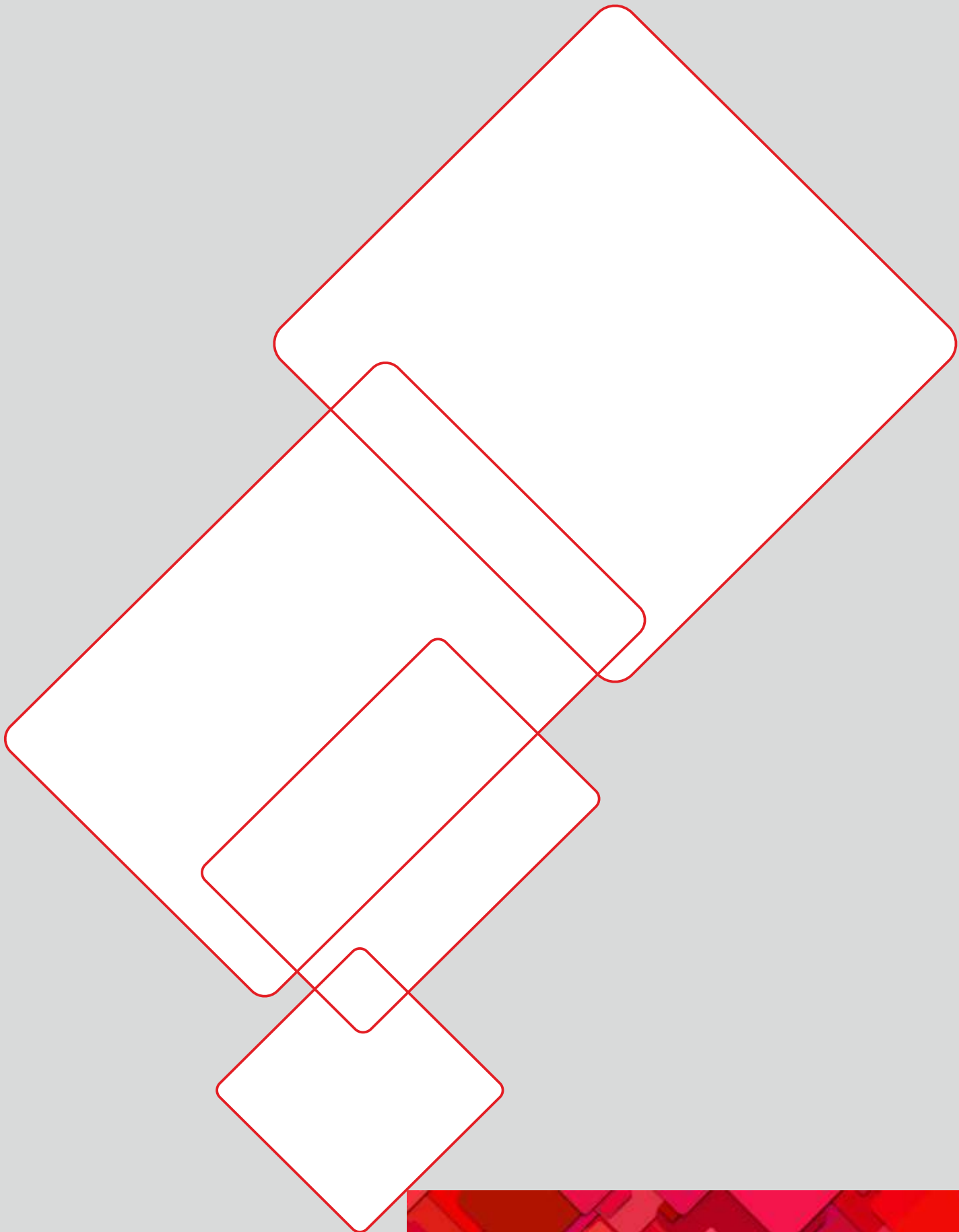
SITO EMERGENZE MEC Emilia Romagna: www.emofiliaRER.it

Società Italiana per lo studio dell'Emostasi e della Trombosi: www.siset.org

European Haemophilia Consortium: www.ehc.eu

World Federation of Hemophilia: www.wfh.org

Safe **Factor**





Safe Factor

La gestione
dell'urgenza
nei pazienti
emofilici nei
PRONTO
SOCCORSO

Progetto realizzato con il contributo di



foto di copertina Starline/Freepik.com

