

# ***LA PREVENZIONE DELL'ERRORE ABO: L'ESPERIENZA DEL SIMT DEL PRESIDIO OSPEDALIERO SANT'ELIA DI CALTANISSETTA***

A. Cirrone Cipolla<sup>1</sup>, R. Elia<sup>2</sup>, R. Badagliacca<sup>3</sup>, B. Trobia<sup>4</sup>, C. Trobia<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Responsabile Direzione Medica di Presidio P.O. Suor Cecilia Basarocco - Niscemi;

<sup>2</sup> Direttore Medico di Presidio P.O. Sant'Elia - Caltanissetta;

<sup>3</sup> Dirigente Farmacista U.O.C. Farmacia P.O. Sant'Elia - Caltanissetta;

<sup>4</sup> Dirigente Medico U.O.C. Medicina Trasfusionale P.O. Sant'Elia - Caltanissetta;

<sup>5</sup> Specializzando in Farmacia Ospedaliera UOC Farmacia P.O. Sant'Elia - Caltanissetta;

## **Introduzione**

L'errore trasfusionale ABO (Evento Sentinella n. 5, che nel 5° Report di monitoraggio con 72 segnalazioni su 1918, pari al 3,75% di tutte le segnalazioni, si pone al 9° posto tra le varie tipologie di eventi sentinella segnalati) continua ancora oggi a costituire uno degli eventi avversi alla trasfusione di sangue di maggior rilievo, che, in alcune circostanze può determinare gravi danni al paziente, provocandone a volte il decesso.

Lo stesso report rileva "tra i fattori contribuenti la mancanza, l'inadeguatezza e l'inosservanza di linee guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure".

La trasfusione ABO incompatibile, quando si verifica, ha un grande impatto mediatico e porta ad una perdita di fiducia della popolazione nei confronti del Sistema Sanitario.

Emerge da una survey nazionale sugli eventi avversi effettuata dalla SIMTI nel 2012 che nei reparti di degenza le criticità maggiormente significative sono rappresentate:

- dal corretto prelievo ed identificazione dei campioni/paziente nelle prove pretrasfusionali (29%);
- dall'identificazione del paziente al momento della trasfusione (21%);

In seguito a ciò e soprattutto alla luce delle disposizioni del DM 02 novembre 2015 è stato introdotto l'obbligo del braccialetto identificativo al paziente sottoposto a terapia trasfusionale.

## **Materiali e Metodi**

E' stata elaborata una procedura che prevede l'utilizzo di un sistema costituito da:

- palmare con lettore di barcode;
- etichette prestampate con codice univoco a barre ed in chiaro;
- braccialetto;
- software per la conservazione dei dati trasfusionali.

La stessa procedura prevede che all'inizio del processo al paziente venga applicato un braccialetto con un'etichetta con il codice univoco; negli appositi spazi bianchi deve essere scritto il nome ed il cognome del paziente nonché la sua data di nascita ed il sesso; le altre etichette vengono applicate sulle provette e sulla richiesta.

Leggendo i codici a barre del braccialetto e della provetta il palmare registra data ed ora della richiesta ed il codice operatore, nonché la congruenza dei dati.

Al letto del paziente presso le UU.OO, non appena arrivano gli emocomponenti richiesti, un CPS Infermiere ed un Dirigente Medico tramite il palmare in dotazione ad ogni singola U.O. verificano la congruenza dei codici presenti sul braccialetto del paziente e sulle unità da trasfondere: in caso di esito positivo il palmare dà il consenso alla trasfusione, mentre in caso di incongruenza viene emesso un allarme visivo e sonoro.

Presso la UOC di Medicina Trasfusionale un server funge da database; i dati sono interfacciati con il software gestionale in uso.

Allo scopo di aumentare tra gli operatori sanitari coinvolti nelle trasfusioni i livelli di attenzione sui comportamenti da adottare per prevenire tale evento avverso e di promuovere la consapevolezza dell'importanza di una ferrea applicazione della suddetta procedura viene pianificato annualmente un corso di formazione effettuato dal personale della struttura trasfusionale. L'aderenza alla procedura viene valutata analizzando i dati che giungono al trasfusionale.

## **Risultati**

Nel 2017 l'analisi dei dati ha evidenziato che le strutture coinvolte sono rappresentate dalle UU.OO. di Ematologia, Talassemia, Medicina, Pneumologia, ed Ortopedia e Traumatologia. E' emerso che il personale coinvolto, che inizialmente aveva una scarsa conoscenza della procedura trasfusionale, prontamente supportato dal personale in servizio presso il SIMT, oggi ha una adeguata conoscenza della stessa.

## **Considerazioni e Conclusioni**

L'esperienza del nostro Presidio mostra come, anche in una condizione di bassa dispendio di risorse economiche, è possibile tenere alto il livello di *sicurezza trasfusionale* e quindi la qualità dell'assistenza al paziente agendo sul sistema organizzativo e gestionale.

E' evidente che tutto ciò è stato possibile grazie ad una stretta collaborazione fra le diverse UU.OO. e la stessa struttura trasfusionale. L'obiettivo, avendo valutato positivamente questa esperienza, è quello di implementare la suddetta procedura in tutte le UU.OO. del Presidio.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio III: *Protocollo di monitoraggio degli Eventi Sentinella – 5° Report (Settembre 2005 – Dicembre 2012)*
2. Ministero della Salute – Decreto 2 Novembre 2015: *Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.*