

# IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA NELLA PRATICA TRASFUSIONALE

## Un'esperienza di audit strutturato in AOSMA

Dr. G. Mazzi, dr. R. Beduz \*, dr.ssa L.D'Arenzo\* dr.ssa D. De Roia, dr. P. Polito, dr. A. Raineri, dr.ssa L. Santarossa, dr.ssa E.R. Testa, dr.ssa P. Valeri, dr. F.A. Zanolli, dr. N. Delli Quadri\* e dr. R. Catapano  
 Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale della Provincia di Pordenone

\*S.C. Area Staff Direzione Strategica  
 Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" (AOSMA), Pordenone

### PREMESSA

Il Piano finalizzato al miglioramento della sicurezza nella pratica Trasfusionale ha come obiettivi di aumentare comunque i buoni livelli laddove sono stati raggiunti e di sanare le criticità numerose e/o pericolose che mettono in disequilibrio l'intero processo trasfusionale. A tale scopo è stato implementato un audit trasfusionale completo di audit clinici periodici presso ogni U.O. (AOSMA in tutti i suoi Presidi Ospedalieri e Casa di cura privata) interessata al supporto trasfusionale.

### METODOLOGIA

L'audit del percorso trasfusionale è strutturato con un audit clinico di reparto, con l'invio trimestrale (ad ogni singola unità operativa) dei report di attività, con l'analisi delle richieste trasfusionali non conformi e non appropriate (indicatore di tipo clinico) e con un Monitoraggio delle Cartelle Trasfusionali.

1. Gli Audit clinici periodici utilizzano come strumento la Scheda di Audit Trasfusionale e prevedono uno scambio di informazioni tra il SIMT e l'U.O. interessata. Viene analizzato dettagliatamente il percorso trasfusionale all'interno della stessa e, attraverso l'evidenziazione delle criticità emerse, ne viene programmata la correzione attraverso manovre in linea con il documento presentato. Nell'ambito degli Audit clinici, per quel singolo reparto, vengono anche discussi gli Eventi Avversi alla Trasfusione considerati come Incidenti completi o near miss e come reazioni all'emocomponente trasfuso.
2. Gli Indicatori di tipo clinico (Tasso delle Richieste non correttamente compilate e/o inappropriate), inseriti nei report trimestrali di attività inviati alle UU.OO e alla Direzione Strategica Aziendale, pur con tutti i limiti già evidenziati nel passato, sono stati utilizzati per monitorare l'appropriatezza delle richieste trasfusionali. Tale verifica è effettuata al momento dell'arrivo della richiesta al SIMT da parte del medico in turno che procede all'analisi di ogni singola richiesta trasfusionale. Il medico referente procede alla verifica dell'appropriatezza a posteriori di tutte le richieste pervenute a conclusione (esaudita o a scadenza del tempo di utilizzo) nelle 24 ore precedenti ed esprime una valutazione sulla congruità, modificando o meno il dato computerizzato.
3. Nell'ambito dell'audit strutturato, oltre alle risultanze degli audit clinici di reparto, si è deciso di verificare l'aderenza del percorso trasfusionale di reparto alle linee guida interne sulla gestione del paziente da trasfondere anche utilizzando i dati rilevati attraverso un Monitoraggio delle Cartelle Trasfusionali che ci ha posto in grado di valutare a pieno titolo il percorso dalla richiesta alla trasfusione.

### RISULTATI

Dal 2009 sono stati eseguiti n° 32 audit di reparto. Ciò ha permesso di implementare il concetto di Sistema Qualità nelle UU.OO. che in seguito hanno risposto adeguatamente alla realizzazione dell'Accreditamento JC dell'Azienda Ospedaliera. La mole delle informazioni raccolte ha permesso di modificare la stessa scheda di Audit, di elaborare e implementare l'impiego di una Check List per la somministrazione degli emocomponenti ed emoderivati, di adeguare la Cartella Trasfusionale alle esigenze del Medico Trasfusore senza ledere ma fortificando gli obiettivi per cui essa era stata realizzata e di correggere prassi interne di reparto non completamente sotto controllo. La discussione degli eventi avversi ha permesso l'implementazione di corrette procedure, portando a conoscenza di tutti gli operatori i rischi legati al supporto trasfusionale con un azzeramento nel I° semestre 2013 degli incidenti trasfusionali (Tab.1). I risultati del Monitoraggio hanno evidenziato una diversità di completezza all'interno del medesimo Dipartimento di chirurgia generale (Chirurgia 1 = 83% , Chirurgia 2 = 67% , Urologia = 83%) ed in quello di medicina interna (Medicina 2 = 64% , Medicina 3 = 92%).

### CONCLUSIONI

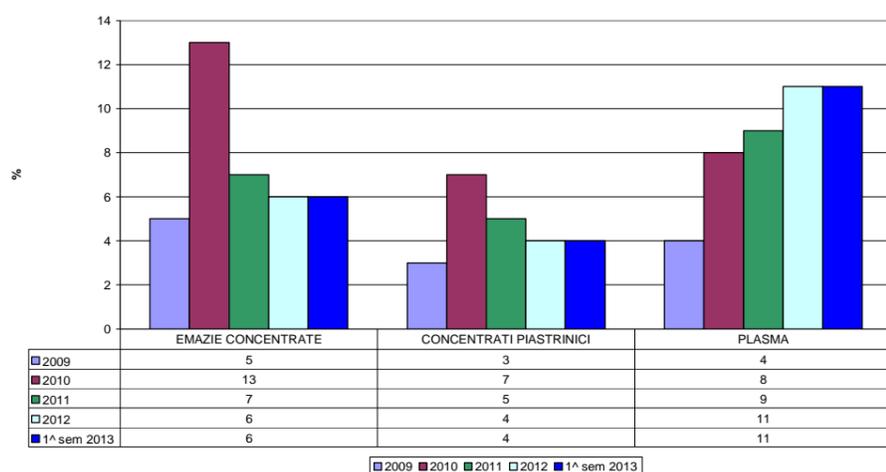
I parametri utilizzati come Indicatori Clinici dimostrano ancora difficoltà nel controllo della corretta compilazione delle richieste in special modo quelle riferite all'impiego di plasma (Graf. 1-2). Quelli utilizzati nel Monitoraggio della Cartella Trasfusionale hanno evidenziato criticità che, anche se numericamente limitate, comunque interessano indicatori importanti e necessitano pertanto di audit mirati. Per questo motivo è nostra intenzione intensificare gli audit clinici trasfusionali di reparto mirati. Ci si propone, in tal modo, di richiamare l'attenzione dei prescrittori della terapia trasfusionale a verificare le proprie abitudini e ad attivare meccanismi di verifica e di revisione del comportamento, continuando così l'implementazione di un sistema di gestione per la qualità nell'uso clinico del sangue e dei suoi prodotti.

\*I° Semestre

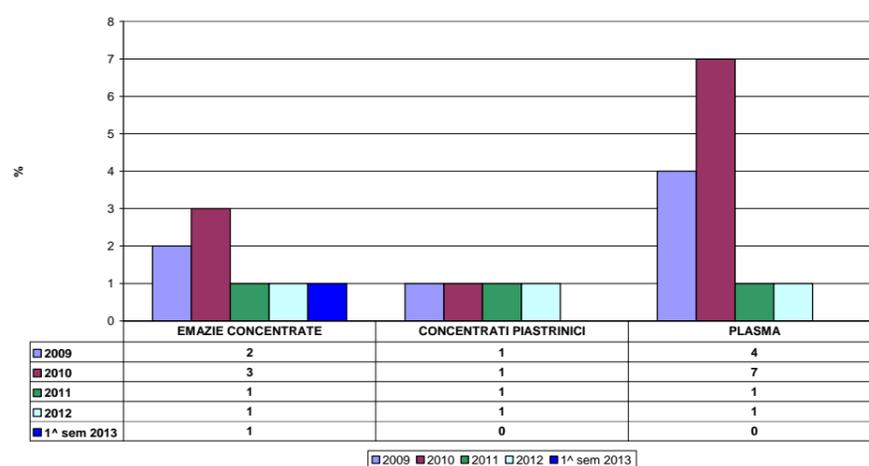
Tab. n°1 Incidenti Trasfusionali

INCIDENTI TRASFUSIONALI 2011 – 2013*			
Incidenti Trasfusionali	2011	2012	2013*
Gravi	3	0	0
Non gravi	0	3	0

MONITORAGGIO RICHIESTE INCORRETTE



MONITORAGGIO RICHIESTE INAPPROPRIATE



Dr. Gustavo Mazzi.

Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" Via Montereale 24, 33170 Pordenone  
[gustavo.mazzi@aopn.sanita.fvg.it](mailto:gustavo.mazzi@aopn.sanita.fvg.it); Tel. 0434-399206