

# Newsletter

Brescia, 27 Giugno 2016

Carissimi colleghi,

nel corso del Meeting tenutosi a Bologna lo scorso 7 Aprile, sono emerse dell'uditorio numeroso e vivace alcune domande che abbiamo inoltrato ai responsabili del servizio UK NEQAS for General Haemagology.



Nel testo sottostante riporto le domande e le risposte fornite dalla Dr.ssa Barbara de la Salle.

1) circa il Servizio per la diagnostica delle emoglobinopatie c'è stata una discussione sui valori di riferimento: il Dr. Roberto Savoldi (Istituto Clinico Città di Brescia) ha sostenuto l'importanza di chiarire se tali valori devono essere forniti di default da UK NEQAS, oppure se ogni singolo partecipante deve mantenere quelli in uso e valutare, basandosi su questi ultimi, i singoli casi proposti

*R: il valore target per lo schema, rispetto al quale si valuta la performance del laboratorio, è il valore medio pesato, come per tutti gli altri parametri dei conteggi automatizzati. La media pesata si ricava come media dei risultati dei partecipanti dopo che sono stati eliminati i risultati più alti e più bassi agli estremi della curva di distribuzione (5% dei valori alti e bassi). Certi gruppi di strumenti (HemoCue 301+ e Diaspect) sono valutati in gruppi separati poiché*

*sono costruiti per campioni di sangue fresco e sono inficiati in qualche misura dalla concentrazione di metaemoglobina. UK NEQAS dosa in sede i campioni mediante il metodo di riferimento ICSH per la concentrazione di Hb, anche se questo non è usato poi come target per la valutazione di performance.*

2) riguardo allo schema di valutazione dell'anemia depreanocitica del neonato, la Dr.ssa Paola Selva (Ospedale Maggiore di Bologna) ha rilevato che le informazioni sui singoli casi non sono esaurienti, sostenendo che sarebbe più utile conoscere l'età di gestazione del neonato e l'appartenenza etnica di entrambi i genitori (se nota)

*R: questo tipo di campioni è studiato per simulare casi che potrebbero arrivare al Laboratorio per uno screening urgente di eventuale emoglobinopatia, cioè casi in cui il clinico vuole conoscere il risultato prima di aver ottenuto quello dello spot-test su carta. Pertanto questi possono essere casi in cui l'appartenenza etnica del padre è ignota, perché non disponibile per l'indagine oppure c'è un'incompleta rilevazione dei test prenatali. Quindi è abituale per UK NEQAS essere in grado soltanto di fornire l'appartenenza etnica della madre. In ogni caso la Dr.ssa De la Salle discuterà con lo specialista se sia possibile o utile fornire l'età gestazionale e l'età attuale del bambino.*

3) alcuni partecipanti hanno chiesto chiarimenti riguardo ai valori di riferimento e di cut-off della G6PD eritrocitaria. Il Dr. Giacomo Caramaschi (Ospedale Carlo Poma di Mantova) ha osservato che il sangue di pecora, utilizzato come carente di G6PD, non ha la stessa dotazione enzimatica di quello umano, ragion per cui il metodo spettrofotometrico può dare risultati diversi rispetto a un vero campione umano carente

*R: UK NEQAS concorda sul fatto che possono esistere differenze biochimiche tra sangue umano e sangue di pecora e che quest'ultimo può comportarsi diversamente da un vero campione umano carente di enzima. Tuttavia tutti i partecipanti ricevono lo stesso materiale e la loro performance è valutata rispetto a un valore medio di consenso, sicché tutti dovrebbero essere ugualmente interessati da qualsivoglia differenza. Il sangue di pecora è carente di attività enzimatica G6PD rispetto ai valori di riferimento umani ed è stato usato da UK NEQAS per più di 20 anni come sostituto efficace di quello umano carente. Occasionalmente si è avuta la possibilità di ottenere una donazione di sangue umano carente di G6PD e non si è percepita una sostanziale differenza nel livello di performance dei partecipanti.*

4) il Dr. Enrico Bianchini (ASST Ovest Milanese, Magenta), che lavora in una struttura trasfusionale, ha chiesto se la misura dell'attività G6PD è tassativa per i donatori di sangue e se il sangue da donatori carenti di G6PD può essere usato per trasfusione

*R: nel Regno Unito non c'è l'obbligo di screenare i donatori per deficit di G6PD. Pertanto sangue carente di G6PD può essere occasionalmente trasfuso per mancata conoscenza della carenza. Fino ad oggi non sono stati registrati eventi avversi per trasfusioni attribuibili all'uso di sangue carente nel Regno Unito. Al Dr. Bianchini viene suggerito di tenere sotto controllo i report annuali dal sito di Serious Hazards of Transfusion ([www.shotuk.org](http://www.shotuk.org)), che analizza le cause di eventi avversi e di rischi gravi nella medicina trasfusionale nel servizio sanitario inglese.*

5) circa l'introduzione di uno score di performance per la morfologia di strisci di sangue, potrebbe essere utile stimare quanto la valutazione del singolo partecipante sia consona alla valutazione dell'esperto

*R: questa è un'importante iniziativa a cui UK NEQAS H sta lavorando da quest'anno. Saranno sviluppati due tipi di valutazione durante il periodo di prova: la prima valuterà i risultati del singolo laboratorio rispetto a quelli di tutti gli altri partecipanti; la seconda valuterà il singolo laboratorio rispetto alle osservazioni "essenziali" identificate dagli esperti morfologi di UK NEQAS.*



Dr. Emilio Ascari  
Referente scientifico UK NEQAS for General Haematology