



L'INTERVENTO DEL FARMACISTA OSPEDALIERO NELLA PREVENZIONE DEGLI ERRORI TERAPEUTICI

A.Cecchi, G. Modesti, R. Mozzon, MG Troncon

SOC FARMACIA Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia"

INTRODUZIONE

La politica generale di miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure farmacologiche in ospedale, richiede un impegno costante da parte del farmacista. Scopo del lavoro è stato realizzare un metodo di raccolta, valutazione e classificazione degli incident reporting nell'area farmacologica per identificare le azioni di miglioramento da condividere con il Personale sanitario, quale metodo per limitare la reiterazione dell'errore e mitigarne il rischio.

MATERIALI E METODI

La Farmacia ha raccolto ed informatizzato, in collaborazione con il rischio clinico aziendale, le schede di rilevazione spontanea degli errori nell'area della terapia farmacologica, compilate dal reparto secondo il protocollo aziendale ed inviate alla farmacia. Ad ogni incident reporting è stato assegnato un indice di rischio (IR) basato sul prodotto di due variabili: l'esito dell'evento (entità del danno) e la valutazione del rischio futuro (probabilità di ripetizione di eventi analoghi).

Per le segnalazioni con $IR \geq 9$ è stato attuato un percorso di approfondimento per mezzo del quale tutte le informazioni riguardanti l'evento, riassunte in scheda dedicata, sono state analizzate con il metodo causa/effetto della Root Cause Analysis (RCA). La scheda raccoglie la sequenza degli eventi, le informazioni supplementari, gli elementi di complessità che possono aver contribuito all'evento, le azioni di buona pratica e di miglioramento intraprese per evitare il ripetersi dell'errore. Le informazioni raccolte sono rappresentate graficamente nel diagramma di Ishikawa, che identifica, sintetizza e visualizza le possibili cause alla base dell'evento avverso, facilitandone l'analisi di gruppo.

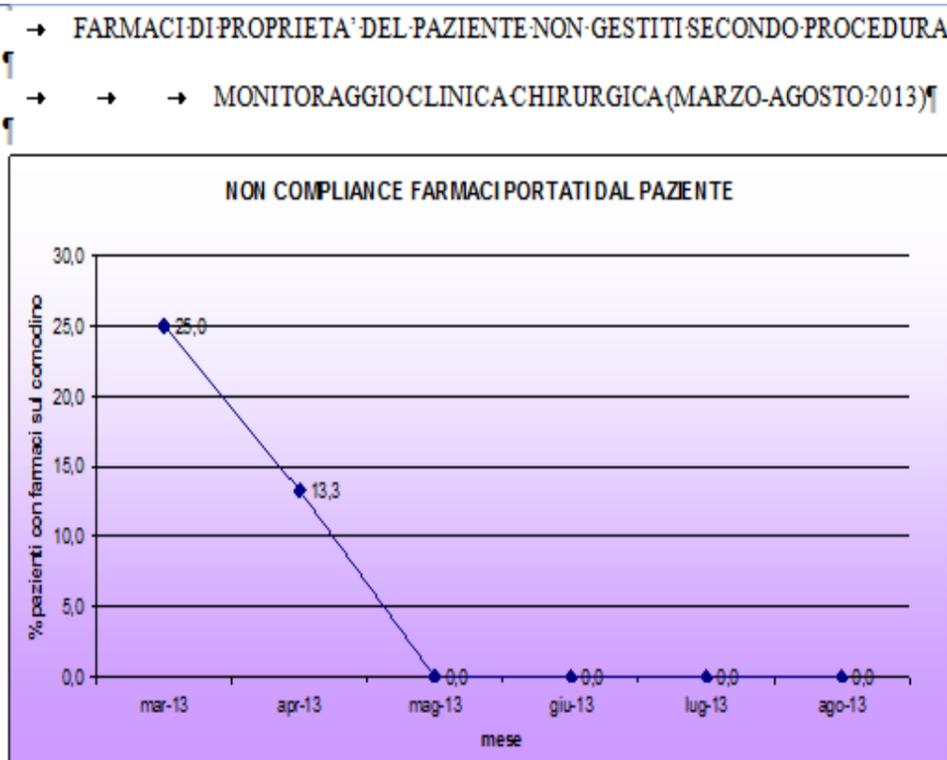
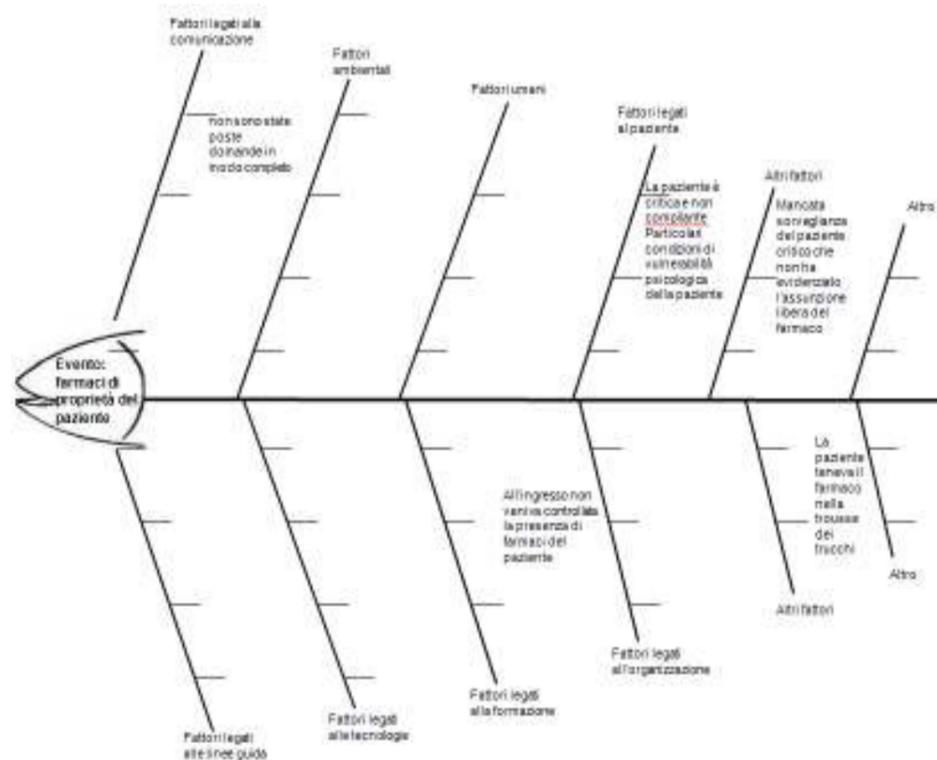
L'analisi dell'errore e delle cause che l'hanno determinato è stata sviluppata nel corso di riunioni collegiali/incontri con gli operatori sanitari coinvolti, considerando criticità, strategie correttive e monitoraggio. Periodicamente alle strutture dell'Azienda è stato inoltrato un report riassuntivo delle segnalazioni pervenute, con le indicazioni sulle buone pratiche adottate e le azioni di miglioramento intraprese.

RISULTATI

A 17, delle 172 segnalazioni raccolte nel 2013, è stato attribuito $IR \geq 9$. Dall'analisi delle segnalazioni raccolte successivamente ai percorsi di prevenzione/miglioramento attuati con l'intervento del farmacista, emerge che la tipologia di errore gestita mediante il metodo proattivo RCA, mostra una progressiva riduzione della frequenza.

Esempio di un caso Durante il giro visite con i medici chirurghi il farmacista si accorge che al letto del paziente è presente una scatola di diazepam in gocce e controllando la scheda di terapia il farmacista evidenzia che c'è la prescrizione al bisogno del farmaco ma nessuna somministrazione. La paziente era degente da 2 giorni e si era autosomministrata il farmaco. È stato condotto un audit con il personale infermieristico riguardo la procedura aziendale con la raccomandazione di un maggior controllo sui farmaci di proprietà del paziente. Il reparto ha svolto il monitoraggio sull'aderenza alla procedura aziendale che prevede che i farmaci del paziente **non** possano essere autosomministrati dal paziente ma gestiti e somministrati dall'infermiere di reparto, sulla base di quanto prescritto dal medico e registrato sulla scheda terapia.

Diagramma di Ishikawa



CONCLUSIONI

Il rischio di eventi avversi da errori terapeutici in ambito ospedaliero può essere ridotto aumentando la consapevolezza dell'errore. Il ruolo del Farmacista nella prevenzione dell'errore è determinante per garantire la sicurezza del paziente. La valorizzazione dell'incident reporting si è dimostrata efficace nel limitare la reiterazione dell'errore e tutelare la sicurezza del paziente, nonché a realizzare un'effettiva integrazione del farmacista nel processo terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

Santell JP, Hicks RW, McMeekin J, et al. Medication Errors: Experience of the United States Pharmacopeia (USP) MEDMARX Reporting System. Journal of Clinical Pharmacology, 2003; 43:760-767.
 Raccomandazione n 7 del Ministero della Salute RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA
 Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna, Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2, dossier 86-2003