- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.176.66 Thu, 25 Apr 2024, 14:12:10

Conclusioni. Per la minimizzazione del rischio chimico è quindi entrato nella quotidianità dell'allestimento di citostatici l'utilizzo del circuito chiuso. Per l'allestimento di azacitidina in siringa con ago connesso, è invece stata definita una procedura operativa interna specifica alternativa.

RISCHIO CLINICO

ISPEZIONI NEI REPARTI: VALIDO STRUMENTO PER ASSICURARE LA CORRETTA GESTIONE DELLA RISORSA FARMACEUTICA E PER PREVENIRE GLI ERRORI

Pamela Giambastiani, Maria Polvani, Cristina Martinelli, Elisabetta Isidori, Ielizza Desideri, Stefania Ciuti, Luana Dal Canto,
AOU Pisana, Pisa

Introduzione. Allo scopo di ottimizzare la gestione delle risorse (farmaci, dispositivi medici, diagnostici, disinfettanti) all'interno dei reparti sono state redatte specifiche istruzioni operative da farmacisti e da altre figure afferenti al sevizio infermieristico, al servizio d'igiene e epidemiologia, prevenzione e protezione rischi e tali istruzioni sono state concepite secondo la logica del Lean Thinking. L'obiettivo è di avere un valido supporto per gli operatori sanitari nel controllo e nella gestione quotidiana delle risorse e avere istruzioni condivise per massimizzare l'efficienza del sistema.

Materiali e metodi. Le ispezioni nei reparti/ambulatori sono condotte da due farmacisti in presenza del coordinatore infermieristico: durante tali ispezioni viene redatto un verbale suddiviso in sezioni riguardanti la verifica della tenuta degli armadi farmaceutici di reparto, del carrello delle emergenze, dei farmaci in sperimentazione clinica, dei farmaci esteri, della gestione degli stupefacenti, delle soluzioni infusionali, dei gas medicinali, dei disinfettanti, dei prodotti per nutrizione, oltre all'applicazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli errori in terapia e alla verifica della congruità quali-quantitativa delle scorte di reparto rispetto alla dotazione stabilita, in modo da evitare sia scorte eccessive, che portano alla mobilizzazione di capitale incongruo, sia scorte insufficienti, che potrebbero causare situazioni di emergenza.

Risultati. L'ispezione nei reparti/ambulatori è un momento di confronto diretto ed aperto tra la farmacia ed il reparto e spesso anche occasione di formazione, durante la quale è valutata la modalità di gestione dei farmaci e altri beni sanitari, sono individuati eventuali errori, analizzate le cause e, se possibile, definite le opportune azioni correttive. È occasione di verifica della corretta applicazione delle istruzioni aziendali e spesso di conferma della loro fondamentale utilità.

Conclusioni. Nella nostra esperienza di ispezione nei reparti/ambulatori, questa modalità di condivisione si è dimostrata essere un valido strumento per garantire un miglioramento della qualità ed una riduzione del rischio degli errori in terapia e di malpractice.

Bibliografia. I.A. 05 Gestione del carrello delle emergenze. Rev. 02 del 13/06/2013. I.A. 27 Conservazione e controllo della scadenza di: farmaci. Dispositivi medici, diagnostici in vitro, disinfettanti/antisettici. Rev. 01 del 18/12/2014.

IMPATTO DEL FARMACISTA SULLA RILEVAZIONE DI ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA: ANALISI DEI DATI RELATIVI AL 2014 IN UN OSPEDALE ONCOLOGICO

Costantino Jemos,Martina Milani, Ada Iezzi,
Paolo Rota,Daniela Malengo,Carmen Verrengia,
Massimo Monturano, Emanuela Omodeo Salè
Servizio di Farmacia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Introduzione. La Raccomandazione 14, la letteratura scientifica e la cronaca hanno definito quanto sia importante un approccio basato sul rischio nella gestione dei processi in sanità. Il farmacista per competenza e forma mentis rappresenta una risorsa fondamentale per prevenire errori in terapia farmacologica. Questo studio ha voluto verificare quale fosse l'impatto del farmacista sulla segnalazione e prevenzione dell'errore in terapia farmacologica in un ospedale oncologico.

Materiali e metodi. Le segnalazioni di eventi e quasi eventi riguardanti tutto il 2014 sono state raccolte tramite un software (Vitruvio®) e poi analizzate e condivise attraverso riunioni con clinici e risk management.I dati sono stati categorizzati per segnalatore, tipologia di possibile conseguenza (safety, economica, formale), distinzione tra eventi e near miss e divisione per fase di accadimento. Per constatare l'impatto del farmacista sugli eventi abbiamo verificato se l'errore fosse avvenuto in una fase che prevedesse la presenza di quest'ultimo.

Risultati. Il numero totale di eventi è stato 27, mentre il numero di near miss è pari a 604. Il primo segnalatore è il farmacista con 567 segnalazioni, seguito dal personale infermieristico (54), tecnico (8) e medico (2). Il 94,14% delle segnalazioni riguarda errori in prescrizione, il 3,33% in somministrazione, il 2,06% in preparazione e 0,47% altro. L'elevato numero di errori rilevati in prescrizione è dovuto all'alto tasso di segnalazione di near miss in farmacia (il farmacista verifica tutte le prescrizioni di chemioterapici). Riferendosi esclusivamente agli eventi arrivati al paziente, 21 sono relativi alla fase di somministrazione e 6 a prescrizioni non chemioterapiche effettuate in reparto. Il 96,3% degli eventi è avvenuto in fasi non presidiate dal farmacista. Tutte le segnalazioni in somministrazione sono eventi. I near miss ed eventi verificatisi sono risultati per il 34,48% potenzialmente impattanti sulla terapia del paziente, per il 40,75% su parametri economici, mentre per il 24,77% hanno carattere principalmente formale.

Conclusioni. Il farmacista è risultato essere il primo segnalatore, avendo attenzione per i near miss oltre che per gli eventi ed è in grado di intercettare attivamente numerosi errori prescrittivi e di ridurre in maniera sensibile l'incidenza di eventi nelle fasi critiche del processo (il 75,23% avrebbe avuto conseguenze significative di safety del paziente o di natura economica). Gli eventi registrati sono per la quasi totalità in processi non presidiati dal farmacista a prescindere dal coefficiente di rischio atteso. Inoltre la maggior parte degli eventi è scaturita da errori di somministrazione, processo non supervisionato direttamente dal farmacista.

SOMMINISTRAZIONE E STABILITÀ CHIMICO-FISICA DEI FARMACI ANTIBLASTICI: ESPERIENZA IN UN REPARTO DI ONCO-EMATOLOGIA PEDIATRICA

Rita Silvestris,[1] Rosalba Marolla,[1] Annarita Gasbarro,[2]
Margherita Padovano,[2] Maria Dell'Aera,[2] Michele Lattarulo[1-2]
[1]Scuola di Specializzazione in farmacia ospedaliera,
Università di Bari, Servizio di Farmacia A.O.Policlinico, Bari
[2]Policlinico Consorziale Bari, Servizio di Farmacia A.O.Policlinico, Bari

Introduzione. I farmaci antineoplastici iniettabili differiscono tra loro nella stabilità chimico-fisica post- ricostituzione/diluizione. Alcuni sono maggiormente labili e si degradano rapidamente dopo ricostituzione, molti sono sensibili alla luce, ed altri sono invece stabili sotto una grande varietà di condizioni. Numerosi fattori possono influenzare la stabilità: sottovalutare questa problematica, può comportare gravi rischi per il paziente. Obiettivo del lavoro è stato quello di valutare la conformità delle tempistiche di somministrazione delle preparazioni di farmaci antiblastici con i dati di stabilità riportati in etichetta.

Materiali e metodi. Dalle cartelle cliniche relative ai pazienti in trattamento presso l'Unità Operativa di Onco-Ematologia Pediatrica nel periodo gennaio-marzo 2015, sono stati raccolti i seguenti dati : nome, cognome, data di somministrazione, medicinale prescritto e relativa posologia, tipo di ricostituente/diluente utilizzato, volume di ricostituzione/diluizione, modalità di somministrazione, ora di preparazione, durata dell'infusione, ora di somministrazione ed eventuale ora di interruzione. L'ora di allestimento, di somministrazione e la relativa durata dell'infusione sono state incrociate con i dati di stabilità riportati in etichetta.

Risultati. Sono state esaminate 232 somministrazioni relative a 7 pazienti. Nell'80% dei casi le somministrazioni sono state effettuate per infusione endovenosa, nel 10% per via intratecale, nel 5% per via intramuscolare, nel 3% in bolo e nel 2% come push lento. Relativamente alle infusioni endovenose, solo nel 94% dei casi è stata riportata la durata dell'infusione, l'inizio somministrazione nel 70% dei casi come ora esatta e nel 25% dei casi come fascia oraria e la fine somministrazione solo in 3 casi. È stata segnalata un'interruzione di terapia per reazione avversa con relativa descrizione delle azioni adottate ed in un caso si è verificata la precipitazione del principio attivo prima della somministrazione. Incrociando la tempistica di somministrazione con i dati di stabilità riportati in etichetta, è stata osservata una non conformità in 8 casi.

Conclusioni. I risultati evidenziano la necessità di attuare interventi correttivi, laddove la gestione risulta inadeguata, sia per le tempistiche di somministrazione non conformi a quanto riportato in etichetta, che per la carenza dei dati, al fine di adeguare la pratica clinica a quanto previsto dalla Raccomandazione ministeriale n. 14 e dalle "ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors whit Antineoplastic Agents", garantendo qualità, efficacia e sicurezza dei medicinali somministrati.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.176.66 Thu, 25 Apr 2024, 14:12:10

SOPORE E CADUTE INDOTTE DA DONEPEZIL: CASE REPORT

Maria Margherita Avataneo, Stefano D'Anna
SOC Assistenza Farmaceutica Territoriale, ASL CN2, Cuneo

Introduzione. Molti farmaci hanno un effetto negativo sul SNC perché aumentano lo stato confusionale e il sopore. I sedativi, quali le benzodiazepine, dovvrebbero essere evitati quanto possibile. Dovrebbero essere evitati i farmaci anticolinergici, come alcuni antidepressivi triciclici, antistaminici, antipsicotici e le benzotropine.

Materiali e metodi. Presentiamo un caso grave di sopore, disidratazione e cadute in un paziente demente trattato con trazodone, olanzapina e donepezil

Risultati. Case report: paziente di 79 anni con ipertensione arteriosa, lieve sindrome ansiosa cronica. Ematochimici nella norma. 09/10/2014 –confusione, allucinazioni e decadimento cognitivo. Inizia trazodone poi progressivamente sospeso per aggravamento di agitazione, confusione e del decadimento. 21/10/ 2014 poussees allucinatoria: somministrato serenase gtt, riprende trazodone, poi sostituito da olanzapina 2,5mgx2 tre giorni dopo, dopo altri 4 giorni aumenta il dosaggio di olanzapina a 2,5mgx2+ 5mg. Eseguito Tc encefalo non lesioni focali, non evidenti fenomeni emorragici in atto. 17/12/2014 Terapia: olanzapina 2,5 mg 1 cp mattino + 1 cp a pranzo + 2 cp alla sera, Serenase 10 gtt alla sera, manidipina 20 mg 1/2 cp, candesartan 32 mg 1 cp. EON: deambulazione autonoma, moderatamente rallentata, atteggiamento lievemente camptocormico. Ipomimia. Non deficit dei nn cranici. Non deficit motori e sensitivi ai 4 arti Lieve ipertono plastico ai 4 arti. ROT presenti e vivaci ai 4 arti. MMSE: 16/30 Rallentamento ideo-motorio, deficit mnesici (recall 0/3), deficit di attenzione e concentrazione, tendenza alla ripetizione e alla perseverazione, linguaggio corretto, note di aprassia costruttuiva e deficit delle funzioni visuo-spaziali. Discalculia. ECG esclude allungamento del QT. 08/07/2015 inzia terapia con donepezil 5 mg 1 cp alla sera per 1 mese , poi aumentare a 10 mg 1 cp alla sera e proseguire. Riduce Serenase a 5 gtt alla sera per 7 gg, poi sospendere. Riduce Olanzapina 2,5 mg a 1 cp /mattino + 2 cp alla sera. 11/01/2015 caduta a terra, contusione spalla. 19/01/2015 soporoso, disidratato, effettuata reidratazione infusionale. 20/01/2015 soporoso, viene sospesa olanzapina, continua idratazione infusiva 29/01/2015 ancora molto soporoso, non risvegliabile viene sospeso donepezil. 02/02/2015 nuova caduta dalla carrozzina. 10/02/2015 Donepezil sospeso da 12 giorni. Ha ripreso olanzapina 2,5 mg la sera. Non più soporoso, formula domande e risponde a tono alle domande, riconoscendo le persone. 17/03/2015 Permane miglioramento, si alimenta da solo e partecipa alle attività dell'ambiente.

Conclusioni. La buona pratica clinica suggerisce, in presenza di demenza, la sospensione di farmaci potenzialmente dannosi e la identificazione di eventuali fattori precipitanti (infezioni, disidratazione, squilibri elettrolitici, lesioni cerebrali acquisite) soprattutto nei casi ad esordio rapido.

Bibliografia. Rete Nazionale di Farmacovigilanza: https://www.agenziafarmaco.gov.it/Farmacovigilanza/

PERCORSO DI OTTIMIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA METASTATICO DEL COLON-RETTO

Daniela Ciccarone, Maria Pascale
U.O. Farmacia Ospedaliera, IRCCS S. De Bellis, Castellana Grotte (BA)

Introduzione. Il tumore del colon retto, seconda neoplasia più diffusa in Europa e terza causa di morte sia negli uomini che nelle donne, nell'IRCCS interessa il 46% dei pazienti oncologici in trattamento. La gestione del rischio clinico derivante dall'elevata tossicità degli schemi di terapia oncologica utilizzati, come evidenziato dalla Raccomandazione Ministeriale n°14, si deve tradurre in interventi volti a prevenire e contenere gli errori di terapia. A tal fine, il Farmacista ha collaborato con l'Oncologia Medica per promuovere la riorganizzazione dell'attività del clinico introducendo quegli strumenti di informatizzazione e standardizzazione che consentano di ottimizzare la prescrizione.

Materiali e metodi. Con riferimento alle linee guida AIOM 2014 ed ESMO 2014 nel trattamento del tumore metastatico del colon retto (mCRC) e nella prevenzione dell'emesi, si è proceduto come di seguito specificato: trascrizione delle terapie cartacee in corso a dicembre 2014 in fogli Excel predisposti per la prescrizione per ciascun paziente; in collaborazione con i clinici, redazione di 21 schemi di terapia standard di cui 12 ricorrenti; confronto degli schemi di terapia ricorrenti con i trattamenti in corso ed individuazione degli scostamenti. Confrontando le terapie in corso con gli standard di riferimento, sono stati valutati la corrispondenza della dose/mq o dose/kg dei farmaci oncologici; delle dose e tipologia dei farmaci per la profilassi dell'emesi considerando non conforme la presenza di differenze in almeno un giorno di trattamento.

Risultati. Il 100% delle prescrizioni cartacee per la terapia del mCRC sono state sostituite con un foglio di terapia informatizzato. L'osservanza degli schemi standard nella dose del farmaco oncologico e della profilassi antiemetica utilizzati è stata così distribuita: 100%-52,63% Bevacizumab; 100%-100% Erbitux; 100%-0% Vectibix, Degramont, Degramont associazione, FOLFIRI, FOLFOX4; 40%-0% IFL Douillard; 0%-100% FOLFOXIRI; 100%-18,18% XELOX IIA; 100%-72,72% XELOX; 33,33%-0% XELIRI.

Conclusioni. Dall'analisi effettuata, si è constatato che la collaborazione del farmacista con il clinico ha favorito l'applicazione della Raccomandazione n°14 con l'l'introduzione della prescrizione informatizzata nel 100% dei trattamenti. La corrispondenza media alle linee guida del 92, 40% del dosaggio dei farmaci oncologici e del 29,18% nei trattamenti di prevenzione dell'emesi, ha evidenziato uno scostamento da attribuirsi rispettivamente alla riduzione delle dose per tossicità ed ai diversi dosaggi prescritti nell'associazione di Ondansetron o Palonosetron al Desametasone ed alle differenze in prima e seconda giornata. Al fine di favorire la rivalutazione dei trattamenti in corso da parte dei clinici, si è ritenuto opportuno evidenziare su ciascuno schema informatizzato gli scostamenti dagli standard di riferimento.

INFORMATIZZAZIONE DELL' APPROVVIGIONAMENTO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Irene Bongiorno
U.O.S Oncologia a valenza aziendale, P.O. V. Emanuele II di Castelvetrano (ASP Trapani)

Introduzione. L'uso di sistemi tecnologici di gestione del farmaco rappresenta una strategia in grado di agevolare ed offrire sicurezza alle fasi della filiera del farmaco (approvvigionamento, conservazione, prescrizione, somministrazione). Nel nostro P.O. è stata adottata la soluzione tecnologica di informatizzazione delle richieste di farmaci e dispositivi medici dalle UU.OO. presso la farmacia per ottimizzare l'approvvigionamento da parte dei reparti e ridurre il rischio di errore durante tale fase. L'obiettivo di questo lavoro è individuare le criticità, insite nel vecchio sistema di ordine, che inducevano errore in questa fase e rilevare i vantaggi dell'introduzione dell'informatizzazione che, a partire da Gennaio 2013, ha coinvolto tutte le UU.OO.

Materiali e metodi. La procedura informatizzata di approvvigionamento di farmaci e/o dispositivi da U.O. a farmacia prevede l'uso del database aziendale (Areas) ed è costituita da 5 steps:- preparazione della richiesta in formato elettronico da parte del caposala/infermiere di ogni reparto; - registrazione della stessa; - validazione dell'ordine on line avanzato dal responsabile/medico abilitato dell'U.O; - verifica condotta dal farmacista della correttezza della richiesta con la possibilità di modificare le quantità ritenute inadeguate sulla base del fabbisogno periodico del reparto; - scarico da parte del farmacista al relativo centro di costo. È stato analizzato un campione di richieste cartacee per l'approvvigionamento di farmaci e/o dispositivi compilate manualmente, prima dell'avvento del supporto informatico, ed archiviate in farmacia rilevando le non conformità.

Risultati. Il supporto informatico ha permesso di evitare confusione relativamente alla forma farmaceutica, dose, concentrazione eliminando le principali cause di errore quali imprecisioni (uso di acronimi e abbreviazioni non standardizzate, virgole mal posizionate nella definizione del dosaggio) (45%), mancanza di completezza (35%) e cattiva grafia (20%) che erano generate dall'uso dei precedenti moduli cartacei. Il sistema informatico ha inoltre consentito di: - ridurre i tempi di evasione degli ordini;- tracciare le operazioni effettuate dai vari operatori (medici, farmacisti, infermieri); - ottenere un inventario in tempo reale, preciso e dettagliato degli armadi di reparto; - ridurre il numero delle scorte delle UU.OO. prevenendo gli sprechi, gli scaduti e le appropriazioni indebite.

Conclusioni. La difficoltà principale rilevata per le richieste di approvvigionamento farmaci via sistema informatico è stata una iniziale resistenza del personale medico ed infermieristico di reparto al cambiamento ed all'uso dell'informatica. La scelta tecnologica si è rivelata virtuosa, producendo miglioramenti sul versante economico, organizzativo e della gestione del rischio clinico.

IL RUOLO DEL FARMACISTA NELLA LOTTA ALLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

Luciana Li Pira, Lucia Vinci

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.176.66 Thu, 25 Apr 2024, 14:12:10

Rosaria Palermo, Francesca Scuderi
UOC Servizio di Farmacia, Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Garibaldi, Catania

Introduzione. La sicurezza del paziente legata ad interventi di assistenza sanitaria è un tema che preoccupa in maniera crescente i sistemi sanitari del mondo. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) comportano costi elevati per il paziente, la famiglia, la sanità e sono causa di morte. Tali conseguenze possono essere evitate con la semplice azione di igiene delle mani nei 5 momenti fondamentali indicati dall'OMS. Il lavaggio delle mani è la misura più efficace per prevenire la trasmissione delle infezioni in quanto le mani del personale sono il veicolo più frequentemente implicato nella trasmissione di patogeni. La nostra Azienda ha partecipato al progetto "Clean Care is Safer Care", e ciò ha rappresentato l'occasione per riprendere la formazione sul tema e diffondere capillarmente la molecola alcolica e la frizione delle mani in sostituzione/alternativa al lavaggio con detergente o antisettico.
Materiali e metodi. Le azioni principali condotte a livello aziendale sono state: rendere disponibili i prodotti alcolici per l'igiene delle mani nei punti di assistenza, condurre interventi di formazione del personale di reparto, distribuire materiale informativo (poster, opuscoli e "reminders"). Dal febbraio 2014 sono stati organizzati dall'Azienda 14 corsi, allo scopo di promuovere e migliorare la corretta igiene delle mani attraverso la formazione del personale e l'introduzione e/o implementazione della molecola alcolica. Questi corsi ecm, sono stati accreditati per tutte le professioni (destinati prioritariamente agli infermieri), e svolti nelle ore pomeridiane in edizioni mensili, ciascuna di 30 partecipanti.
Risultati. In tutti i reparti è stato segnalato un incremento più o meno elevato delle occasioni in cui viene praticata una corretta igiene delle mani, legato prevalentemente all'utilizzo dei prodotti per la frizione alcolica, che risultavano poco diffusi prima dell'inizio di questo progetto. Sono stati analizzati i dati del consumo di molecola alcolica relativi agli anni 2013-2015. Nel 2013, prima che iniziassero i corsi di formazione, sono stati consumati 1084 litri di molecola alcolica, nel 2014 si ha un incremento del 39,4%, infatti i litri consumati sono 1789. Nel primo trimestre del 2015 dalle diverse UU.OO. sono stati richiesti in totale 707 litri di molecola alcolica (+36,7% rispetto all'anno precedente).
Conclusioni. Questi corsi di formazione, tenuti da diverse figure professionali tra le quali il farmacista, hanno avuto il compito di fornire raccomandazioni specifiche per sensibilizzare gli operatori sanitari alla problematica dell'ICA, migliorare la compliance/adrerenza all'igiene delle mani tra, cosi come previsto dalle Linee Guida OMS, al fine di ridurre la trasmissione di patogeni.

L'IMPIEGO DEL TRIGGER TOOL COME STRUMENTO DI IDENTIFICAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI PRESSO IL P.O. DI PANTELLERIA

Rosa Terrazzino
Farmacia, P.O. B. Nagar, Pantelleria (TP)

Introduzione. Il Trigger Tool, strumento che consente di identificare senza l'ausilio di tecnologie complesse eventi avversi, include errori di commissione escludendo danni conseguenti a prestazioni inferiori allo standard, che possono comunque essere rilevati durante la revisione. Introdotto inizialmente per identificare eventi avversi derivanti solamente dalla terapia farmacologica, oggi identifica qualsiasi danno associato alle cure sanitarie in tutte le aree ospedaliere.
Materiali e metodi. Nel dicembre 2014 nel P.O. di Pantelleria è stato costituito un team composto da un farmacista e un infermiere col compito di consultare, indipendentemente tra loro, le cartelle cliniche e un medico per chiarire elementi dubbi. È stato dapprima effettuato un training attraverso la lettura del manuale dell'Istitute for Healtcare Improvement per uniformare i criteri tra revisori, simulando la metodologia con 5 cartelle, escluse dai risultati. Successivamente sono state selezionate random 240 cartelle (n.10 cartelle relative ai ricoveri della prima metà e n.10 cartelle relative ai ricoveri della seconda metà di ogni mese) di pazienti adulti degenti per almeno 24 ore tra novembre 2013 e ottobre 2014, da revisionare per 20 minuti attraverso la consultazione di lettera di dimissione, risultati laboratoristici, documentazione della terapia.
Risultati. Sono emersi 251 trigger, di cui 157 (62,55%) relativi alla cura e 94 (37,45%) alla terapia farmacologica. È stato rilevato un massimo di 3 trigger per cartella e 28 cartelle (11,15%) ne erano prive. I principali trigger sono: riammissione (n.43; 17,13%), interruzione della terapia (n.40; 15,93%), emocoltura positivo (n.36; 14,34%), eccessiva sedazione/ipotensione (n.31; 12,35%), trasferimento (n.26; 10,36%). L'84% dei trigger (n.211) non era correlato ad evento avverso; il 16% (n.40) era associato a reazioni da farmaci (n.16), lesioni da decubito (n.13), infezione di ferite (n.11); tutti eventi avversi che rientrano nella categoria di danno E, ossia danno temporaneo al paziente che richiede intervento. Il risultato, presentato come "numero di eventi avversi su 100 ricoveri", modalità di rappresentazione del danno semplice e comprensibile, è 15,93 eventi avversi per 100 ricoveri.
Conclusioni. Il Trigger Tool si è dimostrato un approccio idoneo a garantire una gestione integrata del rischio al fine di apportare cambiamenti nella pratica clinica, promuovere una cultura della salute più vicina al paziente, contribuire a diminuire i costi poichè utilizza i risultati per indirizzare verso un'allocazione ottimale delle risorse a favore di interventi tesi a sviluppare organizzazioni sanitarie efficienti. Tale strumento, che fornisce una fotografia del livello di sicurezza, è valido per offrire dati accurati ed affidabili nel tempo che possono essere indicatori di misura del danno.

RAZIONALIZZAZIONE DELL' UTILIZZO DELL'EBPM E DEFINIZIONE DI PROTOCOLLI TERAPEUTICI OSPEDALIERI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI TVP ED EP

Chiara Armogida, Daniela Iovine, Angela Gallo,
Lucia Avallone, Valentina Annunziata, Gaia Morra,
Eugenia Piscitelli, Francesca Sannino, Paola Saturnino
Settore farmaci, AO AORN Cardarelli, Napoli

Introduzione. Il tromboembolismo venoso (TEV) deriva da una trombosi venosa profonda (TVP). La malattia è clinicamente silente e la morte improvvisa per embolia polmonare (EP) può essere l'unica manifestazione del TEV. Studi recenti mostrano un'incidenza annuale pari a 1,6-1,8/1000 nella popolazione europeaa. Circa il 40% dei pazienti ospedalizzati presenta diversi fattori di rischio per TEVb. In assenza di profilassi, l'incidenza di TVP oggettivamente documentata nei pazienti ricoverati per patologie mediche o chirurgiche varia dal 10% al 40% e raggiunge il 40-60% negli interventi di chirurgia ortopedica maggiorec. In relazione a questi dati, si registra un progressivo aumento di denunce medico-legali di eventi TEV. Studi autoptici riportano che il 10% della mortalità intra-ospedaliera può essere ascritta ad EPd,e. In riferimento alla raccomandazione N°7 del Ministero della Salute, lo scopo di questo studio è indagare ed evidenziare l'uso inappropriato dell'EBPM in Ospedale, quale generatore di aumentato rischio clinico di eventi vascolari come TEV ed EP, nonché d'incremento della spesa farmaceutica di categoria.
Materiali e metodi. L'Eparine a Basso Peso Molecolare, rappresentano attualmente il trattamento di scelta nella prevenzione e nel trattamento del TEV. Efficacia e sicurezza giustificano un aumentato ricorso a tali farmaci nella pratica clinica, con conseguente incremento di spesa; è emersa, così, l'esigenza di valutare l'appropriatezza riguardo a indicazioni, scelta delle molecole ed agli schemi terapeutici da adottare. Utilizzando schede elettroniche di raccolta dati, abbiamo rilevato i dati clinici di pazienti stratificati in base all'area terapeutica d'appartenenza ed al rischio di TVP. Abbiamo valutato tempi di terapia in pre- e post-operatorio per categoria, dosaggio medio utilizzato e costi collegati.
Risultati. Da una prima analisi risulta che l'utilizzo dell'EPBM è rivolto rispettivamente al 100% ed al 98% dei pazienti con alto e basso rischio tromboembolico, al 45% dei pazienti provenienti dal pronto soccorso, di cui circa il 21% di questi è già in terapia con altri anticoagulanti. La degenza media è di sette giorni, di cui due di profilassi pre-operatoria. La posologia prescritta non sempre aderisce alla scheda tecnica per specifica indicazione (circa il 20% dei casi) causando un aumento degli eventi avversi ed un aumento dei costi stimato del 53% nel periodo 2013-2015.
Conclusioni. La mortalità e la morbosità a breve e lungo termine, i costi correlati al TEV e l'inappropriatezza della terapia giustificano la necessità di progettare uno studio multidisciplinare, che consenta la condivisione tra clinici, farmacisti e Direzione Amministrativa di percorsi operativi che garantiscano gli aspetti terapeutici, economici e medico-legali.

SELF ASSESSMENT RISPETTO ALL'APPLICAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE 14 COME STRUMENTO PER LA GESTIONE E TITIGAZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Roberto Cosentina,[1] Carlo Maria Castelletti,[1] Elisabetta Rossin,[1]
Alessandra Volontè,[1] Carla Azan,[2] Andrea Bocchieri,[3]
Massimo Farina,[4] Monica Canciani[4]

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.176.66 Thu, 25 Apr 2024, 14:12:10

[1]Farmacia Ospedaliera, [2]Ufficio Qualità, Risk Manager, [3]S.C. Servizio Prevenzione,
AO, Ospedale di Circolo, Busto Arsizio (VA)
[4]Managment e Formazione, EmmeEffe S.r.l., Milano

Introduzione. Nel primo semestre 2015 l'A.O.- Ospedale di Circolo di Busto Arsizio, ha sviluppato un progetto di self-assessment rispetto alla Raccomandazione N.14 «Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici», con la finalità di identificare le aree di miglioramento prioritarie del processo di gestione delle terapie antiblastiche. La progettualità ha interessato 9 Unità Operative che gestiscono farmaci oncologici nei Presidi Ospedalieri di Busto Arsizio, Tradate e Saronno, e condotta con il supporto metodologico della Società EmmEffe di Milano ed il contributo incondizionato di Roche, dimostrando la possibilità della collaborazione pubblico privato per la messa in sicurezza delle prestazioni e dei servizi clinico assistenziali.
Materiali e metodi. Il progetto, completato in cinque mesi, ha previsto le seguenti fasi: 1: Identificazione dei team di governance ed operativo del progetto. 2: Attività plenaria d'aula con la presentazione della Raccomandazione, delle modalità del self assessment e suo avvio (autovalutazione effettuata con l'ausilio di check-list e di una scala di valori sul livello di aderenza ai requisiti della Raccomandazione:1,nessuna aderenza; 2, requisiti coperti < 50%; 3, requisiti coperti > 50%; 4, requisiti coperti al 100%;) 3: Completamento dell'assessment sul campo, presso le Unità Operative ed elaborazione del report con radar chart. 4: Presentazione dell'esito dell'assessment con l'identificazione delle priorità ed elaborazione dei piani di miglioramento.
Risultati. I dati raccolti ed elaborati in forma aggregata per i diversi requisiti della Raccomandazione identificano 16 aree critiche con un punteggio inferiore a 2.9. Su queste aree sono stati definiti specifici piani di miglioramento con azioni, responsabilità e tempistiche. Gli interventi auspicabili (es. introduzione di robot, centralizzazione aziendale delle terapie sotto la responsabilità di un Farmacista, sistemi di rintracciabilità delle terapie, prescrizione informatizzata) richiedono anche una maggiore integrazione ed uniformità di comportamenti tra le diverse professionalità (es. delle informazioni fornite al paziente, delle modalità di prescrizione e tracciabilità, dei controlli prima della prescrizione, ecc.) affinché si possa mettere in sicurezza tutto il processo.
Conclusioni. Il progetto ha permesso uno strutturato confronto tra le diverse professionalità e realtà aziendali. Sebbene globalmente, il processo risulti "sotto controllo", le carenze maggiori si evidenziano laddove le terapie non sono gestite sotto la responsabilità del Farmacista. Ci si aspetta pertanto che agendo sulle aree prioritarie con interventi mirati si possano elevare i punteggi misurati durante il self assessment. Il monitoraggio periodico delle Azioni di Miglioramento consentirà di disporre di ulteriori oggettive informazioni per effettuare un nuovo e periodico assessement rispetto alla Raccomandazione N. 14.

IL GIUSTO FARMACO, AL GIUSTO PAZIENTE, AL GIUSTO DOSAGGIO

Giovanni Garozzo,[1] Valentina Cascone,[2]
Nuccio Zisa,[1] Giuseppa Rizza,[2] Pietro Bonomo[1]
[1]SIMT, [2]Farmacia ospedaliera, ASP di Ragusa

Introduzione. La somministrazione della chemioterapia rappresenta un momento critico per il verificarsi di eventi avversi. Corretta identificazione di paziente, giusto dosaggio, corretto tempo di somministrazione, tracciabilità della preparazione dei farmaci rappresentano una modalità per ridurre gli eventi avversi legati al processo di somministrazione della terapia. Dal 2007 presso le UU.OO. dell'Azienda Sanitaria Provinciale è in uso il sistema SecurBlood per la somministrazione della terapia trasfusionale; dal 2003 è attiva presso la Farmacia ospedaliera l'unità farmaci antiblastici (UFA) centralizzata, che utilizza il sistema CytoSIFOII, per la gestione informatizzata dell'allestimento di tali farmaci.Obiettivo dello studio è valutare l'esito dell'integrazione tra i software CytoSIFOII e SecurBlood, modificato dalla somministrazione della terapia trasfusionale alla somministrazione dei farmaci antiblastici al fine di migliorare la sicurezza nella gestione di tali terapie.
Materiali e metodi. Il software CytoSIFOII che permette la gestione informatizzata di prescrizione, allestimento, somministrazione nelle unità di cura (con verifica di: superficie corporea del paziente, appropriatezza del protocollo di terapia-dose-diagnosi, attraverso selezione da database condiviso con i clinici; elaborazione di: scheda per gli infermieri diluitori con modalità di allestimento dei farmaci, scheda di somministrazione per gli infermieri con modalità, tempi di infusione e stabilità dei farmaci, etichette identificative per le preparazioni allestite; tracciabilità dei processi e degli operatori coinvolti), è stato integrato con SecurBlood che permette la corretta identificazione di pazienti ed operatori tramite le impronte digitali e la piena tracciabilità delle terapie effettuate, dal momento della identificazione fino alla chiusura dell'infusione, con monitoraggio dei tempi e degli eventuali eventi avversi.
Risultati. Nel 2014 sono state effettuate 2005 preparazioni di farmaci antiblastici per 67 pazienti oncoematologici, L'integrazione dei 2 sistemi ha permesso una corretta identificazione: del paziente, tramite bracciale barcode e impronta digitale, oltre all'identificazione positiva di routine; del farmaco da somministrare univocamente legato al paziente tramite barcode e impronta digitale; della dose del farmaco somministrato, come da prescrizione informatizzata. È stato possibile, inoltre, effettuare la tracciabilità di: tempi di somministrazione per singolo farmaco, degli operatori e delle non conformità rilevate (prescrizioni non conformi: 0,6% non programmate; 0,3% con riduzione dose non segnalata; 0,5% senza barcode).
Conclusioni. L'utilizzo di un sistema già da anni validato, presso la UOS di Ematologia per la somministrazione di terapie trasfusionali, e l'integrazione con il sistema informatizzato in uso presso l'UFA, ha ridotto notevolmente i rischi di errore, legati all'identificazione del paziente, nelle terapie con farmaci antineoplastici, come dettato dalla raccomandazione ministeriale n.14, con notevoli vantaggi nella gestione della la sicurezza del paziente oncoematologico.

INDAGINE CONOSCITIVA SUI FARMACI LASA E DIVULGAZIONE DI MATERIALE INFORMATIVO PER UNA LORO CORRETTA GESTIONE IN AMBITO TERRITORIALE/DOMICILIARE

Rosa Terrazzino
Farmacia, P.O. B. Nagar, Pantelleria (TP)

Introduzione. L'acronimo LASA, Look Alike/Sound Alike, indica quei farmaci che possono essere scambiati con altri per somiglianza grafica e/o fonetica del nome. Essi possono generare errori con danno anche sul territorio: negli ambulatori dei medici di medicina generale (MMG), nelle farmacie di comunità, presso il domicilio del paziente. La promozione di programmi educazionali per la loro corretta gestione in ambito extraospedaliero, rientra nelle azioni da intraprendere a tutela della salute dei cittadini.
Materiali e metodi. Sulla scia dell'indagine conoscitiva che ha preceduto l'emissione della Raccomandazione Ministeriale N.12, a cura del servizio di farmacia del Distretto Sanitario di Pantelleria, è stato approntato un questionario cartaceo sui farmaci LASA composto da 10 domande a risposta del tipo SI/NO. Sono state consegnate 300 copie presso ambulatori dei MMG e farmacie dell'isola, per somministrarlo agli utenti che vi si recavano nel primo bimestre 2015. In seguito all'analisi dei dati risultanti, per migliorare la gestione domiciliare dei farmaci LASA, è stato preparato e divulgato ai pazienti, tramite MMG e farmacie, materiale informativo costituito da un opuscoletto illustrato corredato di un elenco di farmaci e di contrassegni con funzione di allerta da apporre sulle confezioni.
Risultati. Dall'analisi delle risposte si evince che soltanto il 32% dei pazienti (n.96) conosce il significato di farmaci LASA e di questi il 78,12% (n.75) li conserva separatamente. N.40 dei 204 pazienti non a conoscenza dei farmaci LASA, afferma di conservare separate tra loro le confezioni simili dei farmaci. Il 10,66% (n.32) ha confuso almeno una volta i farmaci a causa del confezionamento somigliante mentre il 7,66% (n.23) a causa del nome simile, il 13,33% (n.40) ha a riguardo commesso un near miss. Dei 95 pazienti che sono incorsi in errore o "quasi errore", poco meno della metà (n.45; 47,37%) l'ha segnalato al medico o al farmacista e n.35 dei 45 segnalatori (77,78%) per comparsa di evento avverso; fra i 40 pazienti dei near miss soltanto n.6 (12,45%) ha segnalato. L'86,33% (n.261) dei pazienti verifica di aver ben compreso la terapia prescritta, di essi il 48,66% (n.127) esegue la verifica col medico, il 51,34% col farmacista (n.134). Quasi tutti i pazienti (92,67%; n.278) sono interessati ad approfondire l'argomento farmaci LASA.
Conclusioni. Ci si auspica che a livello territoriale la divulgazione di materiale informativo sui farmaci LASA contribuisca alla riduzione degli errori e porti a registrare un minor numero di eventi avversi da farmaco, traducendosi in un miglioramento di sicurezza e qualità dei servizi erogati nella comunità locale.

APPROPRIATEZZA D'USO E CORRETTE INDICAZIONI SULLA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA INFUSIONALE NELLA SIT (SCHEDA INTEGRATA DI TERAPIA)

Serena Dominici, Giovanni Gulisano,
Dario Vinci, Valeria Sassoli

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.176.66 Thu, 25 Apr 2024, 14:12:10

Servizio di Farmacia, Istituto Ortopedico Rizzoli Sicilia, Bagheria (PA)

Introduzione. Il clinical risk management prevede la messa in opera di una serie di azioni atte a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e a garantire la sicurezza dei pazienti, prevenendo gli errori in terapia. In linea con quanto indicato nella Raccomandazione Ministeriale n.7, il Servizio di Farmacia ha intrapreso azioni di controllo e verifica sull'appropriatezza d'uso e di prescrizione delle terapie infusionali soprattutto con i farmaci-FALA(Farmaci ad alto livello di attenzione), partendo dalla SIT, parte integrante della cartella clinica, sulla quale sono registrate le prescrizioni di farmaci ordinari e urgenti e le avvenute somministrazioni.
Materiali e metodi. Selezione random di 40 cartelle cliniche relative alle UU.OO. Ortopedia generale e Riabilitazione, periodo di competenza: gennaio 2015. Analisi delle modalità prescrittive delle terapia con riferimento alle corrette indicazioni sulle modalità di allestimento e preparazioni delle terapie infusionali con particolare riferimento ai FALA (anestetici locali, oppioidi analgesici, benzodiazepine endovena e soluzioni elettrolitiche etc). Verifica delle modalità di diluizione e tempi-intervalli di somministrazione secondo RCP.
Risultati. Analizzate 437 prescrizioni, di cui 135 per terapie infusionali. Sono state riscontrate le seguenti non conformità: nel 48% delle prescrizioni la dose massima/die somministrabile nelle rescue-therapy non veniva indicata (es. morfina 2-3ml/h, senza dose massima); non si specificava, inoltre, nel 47% la velocità/tempo di infusione (28% relativo a Magnesio-solfato/Calcio-gluconato velocità massima 1,5 ml/minuto), nel 42% l'intervallo-frequenza di somministrazione (es. mepivacaina1% 5-10ml massimo ogni 6h; 13% paracetamolo 1g in 15 minuti), nell'11% il diluente, nel 9% il volume di diluizioni. Nel 5% delle prescrizioni il principio-attivo/specialità prescritta non coincideva con quello realmente somministrato o non era correttamente indicato (es.voluven vs amidolite; perfalgan vs paracetamolo k; prescritta una fiala di calcio senza specificare se calcio-cloruro o calcio-gluconato). Nella maggior parte delle prescrizioni di cefazolina all'induzione non si indicava l'iniezione endovenosa diretta lenta, 10 ml di soluzione in 3-5 minuti). Solo un caso rilevato sulla daptomicina 700mg, priva del corretto tempo di somministrazione (30 minuti).
Conclusioni. L'errore può manifestarsi in diverse fasi del percorso assistenziale, legato anche ad informazioni tecniche non complete nella somministrazione delle terapie. L'analisi della pratica assistenziale evidenzia le criticità correlate ed i bisogni formativi, punti di partenza per avviare una serie di misure atte alla minimizzazione dell'errore stesso come un manuale sulle NBP delle terapie infusionali allestite in reparto (informazioni da riportare nella SIT).

ANALISI DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL FARMACO ONCOLOGICO: RISCHIO CLINICO E PREVENZIONE DELL'ERRORE

Giulia Burroni,[1] Sonia Mariotti,[2] Anna Maria Poli[1]
[1]Servizi, AO Ospedali Riuniti Marche Nord, Ancona
[2]Università Carlo Bo, Urbino

Introduzione. In un processo assistenziale ad alto rischio quale la preparazione e somministrazione dei farmaci chemioterapici antiblastici è prioritario evitare errori. A fronte di uno spettro di possibilità di errore tanto ampio, è stato individuato un percorso per la gestione del rischio che, attraverso l'analisi dell'intero processo di gestione del farmaco oncologico, ha permesso di identificarne le aree deboli e di sviluppare azioni protettive, con un approccio che supporta le scelte individuando le priorità di intervento.
Materiali e metodi. Il processo è stato scomposto in macroattività, ognuna delle quali è stata analizzata nelle sue singole fasi; per ciascuna fase sono state individuate tutte le possibili criticità e fallibilità umane al fine di impedire che si traducessero in errore. Allo scopo è stato introdotto uno strumento di rilevazione dei near miss, concretizzato attraverso la compilazione di apposite schede di segnalazione. Sono stati altresì stabiliti degli indicatori di completezza dei controlli e accuratezza del processo, sei check list e un sistema di registrazione dedicato.
Risultati. Nel periodo analizzato, compreso tra gennaio e dicembre 2014, sono state raccolte 6.536 schede e gli errori rilevati sono stati 674 (10,31%). La distribuzione degli errori rilevati, poteva essere così riassunta: errori di entità maggiore 13%, errori di entità moderata 8%, errori di entità minore 28% e errori di entità trascurabile 51%. Una analisi sugli errori intercettati ha rivelato che, su un totale di 674 schede raccolte, 591 (89%) erano riferite all'attività di prescrizione. Tra gli errori di entità maggiore sono da annoverare, per le prescrizioni, quelli relativi a dose e farmaco, mentre per i fogli di lavorazione quelli relativi ad errate trascrizioni.
Conclusioni. La fase del processo in cui avviene una più alta percentuale di errore, in una gestione non informatizzata del ciclo di terapia, è la prescrizione; tuttavia è proprio in questa fase che i medesimi errori potrebbero essere più facilmente evitati con l'introduzione di sistemi informatizzati. Un sistema informatizzato sia per la gestione della prescrizione che per l'allestimento dei farmaci oncologici può determinare la riduzione del rischio clinico e l'abbattimento dei potenziali errori.
Bibliografia. Ministero della Salute, Raccomandazione n. 7 marzo 2008. Calzona AB, et al. Rischio clinico in oncologia. Giornale italiano di Farmacia clinica 2009;23(1):22-6.

CENTRALIZZAZIONE DELL'ALLESTIMENTO DEI FARMACI ANTINEOPLASTICI-ADEGUAMENTO REQUISITI ALLEGATO B DGR 1335 REGIONE VENETO

Marianna Meneghin, Gianpaolo Franzoso, Vincenzo Lolli
Farmacia Ospedaliera, Ospedale S. Maria Regina degli Angeli, ULSS 19, Adria (RO)

Introduzione. Gli errori in corso di terapia con i farmaci antineoplastici possono causare danni gravi a causa dell'elevata tossicità e del basso indice terapeutico di queste molecole. Il Ministero della Salute, allo scopo di fornire agli operatori sanitari uno strumento per la prevenzione e la gestione di tali errori, ha diffuso la Raccomandazione Ministeriale n. 14 "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici" suggerendo come ottimale che la preparazione e la distribuzione dei farmaci antineoplastici vengano ricondotte ad una unità centralizzata (U.F.A.) sotto il coordinamento e la responsabilità del Farmacista Ospedaliero. La Regione Veneto, con DGR n. 1335 del 28/07/2014, ha ribadito che l'allestimento dei farmaci antineoplastici deve avvenire secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n. 14 e ha approvato l'elenco dei requisiti minimi (allegato B) e informatici (allegato C) che le U.F.A. devono possedere dando alle Aziende un termine di 180 giorni per conformarsi alle indicazioni regionali
Materiali e metodi. L'allegato B prevede l'identificazione di 6 aree di lavoro ognuna caratterizzata da un proprio razionale e da più gruppi di standard declinati in due livelli di raggiungimento: livello minimo e livello successivo. Il livello minimo è il requisito che deve essere obbligatoriamente presente in ogni U.F.A. Si è effettuata una ricognizione presso la nostra U.F.A. per verificarne l'adeguamento ai requisiti richiesti dalla normativa e intraprendere eventuali azioni correttive e di miglioramento.
Risultati. Dall'analisi effettuata è risultato che la maggior parte dei requisiti minimi e delle raccomandazioni previsti dalla DGRV 1335 sono stati soddisfatti e solo alcuni necessitano di implementazioni. Per quanto riguarda i requisiti minimi strutturali è stato predisposto l'acquisto di una nuova cappa rispondente ai requisiti previsti dalla norma DIN 12980-2005 con almeno 3 filtri interni (livello minimo 2.1) e si sta valutando l'acquisto di una seconda cappa (livello minimo 2.2). Nel frattempo, per ovviare ad eventuali situazioni accidentali di guasto dei sistemi gestiti nella camera bianca, è stata stipulata una convenzione con l'U.F.A. dell'ULSS limitrofa. Per quanto riguarda l'informatizzazione della cartella clinica (livello successivo 8.4) è stato deciso di implementare il contratto del software Cytosifo col modulo che prevede la prescrizione elettronica assistita.
Conclusioni. Il rispetto delle Raccomandazioni Ministeriali è un presupposto fondamentale per la gestione del rischio clinico. L'adeguamento ai requisiti previsti dalla DGR 1335 della Regione Veneto riduce la possibilità di errore e aumenta il livello di sicurezza garantendo un miglioramento continuo della qualità e la garanzia di elevati standard assistenziali in ambito oncologico.

IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 17 E AZIONI DI MIGLIORAMENTO SULLA PROCEDURA INTERNA AZIENDALE DI RICONCILIAZIONE/RICOGNIZIONE

Serena Dominici, Giovanni Gulisano, Cristina Cremone, Patrizia Taddia, Valeria Sassoli
Istituto Ortopedico Rizzoli, Dipartimento Rizzoli Sicilia, Bagheria (PA)

Introduzione. Seguendo le direttive indicate dall'OMS e dalla Joint-Commission, in linea con la Raccomandazione regionale dell'Emilia Romagna ("Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura") e con la Raccomandazione ministeriale n.17, il Servizio di Farmacia, in collaborazione con la Direzione Sanitaria e la Direzione Infermieristica, ha avviato un percorso di implementazione delle procedure interne mirate a ridurre il pericolo di errori in terapia

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.176.66 Thu, 25 Apr 2024, 14:12:10

derivanti da un'inadeguata conoscenza delle terapie in atto al momento del ricovero.
Materiali e metodi. Allo scopo di rilevare le criticità e avviare azioni di miglioramento attraverso audit periodici tra gruppi multidisciplinari (Ortopedico/Anestesista/Infermiere/Farmacista), si è scomposto ed analizzato l'intero percorso di "Riconciliazione-Ricognizione"(RR) identificando più fasi di intervento. La prima fase è stata focalizzata sulla "riconciliazione farmacologica": al momento del ricovero, il farmacista adatta la terapia domiciliare indicata in cartella con le specialità/principi attivi/dosaggi presenti nel PTO, procedendo all'approvvigionamento. Le criticità riscontrate hanno portato a focalizzare l'attenzione sulla "ricognizione al Pre-Ricovero"(Fase 2), verificando le fonti di informazioni: anestesista, infermiere, paziente/caregivers e lettera del MMG. I dati raccolti sono stati oggetto di Audit (FASE 3) tra gli operatori coinvolti per integrare e convalidare il percorso inserendo il Farmacista nell'elaborazione di una scheda di ricognizione farmacologica (adattata al PTO) che sarà propedeutica alla compilazione della cartella clinica e della SIT per la riconciliazione finale del medico.
Risultati. FASE 1 (04/2013-07/2014), Riconciliazione farmacologica su 399 pazienti, 2285 interventi del farmacista per l'adattamento terapeutico al PTO, identificando discrepanze nel dosaggio e duplicazioni. Criticità rilevate: storia clinica incompleta, scarse informazioni dal paziente, difficoltà a reperire i farmaci in 24h. FASE 2 (02/2015-04/2015), n.212 cartelle analizzate:n.27 pazienti con terapia domiciliare senza lettera del MMG, n.74 con terapia farmacologica differente tra Anestesista e MMG, n. 23 casi discrepanze nel campo delle allergie. Solo nel 10% delle cartelle è stato possibile ricostruire la terapia corretta (dosaggio-posologia-orario-formulazioni-via). Criticità: mancata integrazione delle informazioni in sede di pre-ricovero; tempi lunghi tra ricovero/pre-ricovero; rischio di inappropriato approvvigionamento del farmaco. Fase 3: in corso.
Conclusioni. Attraverso la RR e l'interazione di più specialisti, il SSN garantisce la continuità terapeutica al paziente e la sicurezza nella prescrizione delle singole terapie, ricostruendo la storia clinica ad ogni transizione di cura. I dati raccolti dal collaudo dell'intero processo consentiranno un passaggio fondamentale per disegnare un modello di RR riproducibile in ciascuna azienda.

LIVELLO DI COMPLIANCE DEI PAZIENTI IN TERAPIA CON BUPRENORFINA E NALOXONE IN TRE SERT ROMANI

Lucia Paladini
Ospedale Eastman, Roma

Introduzione. L'immissione in mercato dell'associazione buprenorfina e naloxone (BPN+NLX) ha orientato l'uso clinico del trattamento sostitutivo nella dipendenza da oppioidi ,nell'ambito di una terapia medico,sociale e psicologica rispetto ai tradizionali farmaci sostitutivi in commercio. La motivazione va ricercata nell'attività farmacologica dell'associazione poiché la buprenorfina (BPN:agonista parziale μ e antagonista del recettori κ) somministrata in associazione al naloxone (NLX:antagonista dei recettori μ-κ) può limitare il fenomeno del misuso poiché il naloxone, scarsamente assorbito per via sublinguale(<3 %) diventa attivo per via parenterale determinando un' attivazione dei recettori degli oppioidi con comparsa di sintomi astinenziali. Tale caratteristica rende il farmaco poco appetibile riducendo anche il rischio della diversione. Per valutare il grado di compliance dei pazienti è stato effettuato uno studio su tre Sert romani per valutare l'appropriatezza d'uso del BPN+NLX e l'eventuale esistenza di eventi avversi legati al misuso.
Materiali e metodi. È stato elaborato un questionario da somministrare a 60 pazienti di tre SerT romani dove è utilizzata esclusivamente BPN+NLX. e i risultati si riferiscono al primo semestre 2013.
Risultati. Dall'elaborazione dei questionari si evince che l'età media dei pazienti è 39,6 anni di cui il 95% di sesso maschile,75% vive in famiglia , il 10% con amici, il 10% da solo ,il 5% non dichiarato.Il 95% è residente a Roma, il 60% si è recato in un SerT diverso da quello di residenza per avere la buprenorfina . Il tasso di scolarizzazione è 40% medie, 25% laurea,35% superiori, il 5% non dichiarato, il 65% lavora. Il 100% dichiara di non aver fatto uso improprio di BPN+NLX, mentre il 35% ha fatto uso improprio di BPN ottenuta in altri Sert e di questi il 90% dichiara di essere stato bene mentre il 10% di essere stato male con intervento del P.S. Il 95% dei pazienti stabilizzati con BPN+NLX non ha effettuato episodi di violenza con conseguenze giuridiche.
Conclusioni. Dall'elaborazione dei dati ,il profilo medio del paziente è di un uomo di circa 40 anni che vive in famiglia, di media scolarizzazione residente a Roma. Chi si è recato in un Sert diverso lo ha fatto per procurarsi BPN e farne uso improprio traendone beneficio. Nessuno è mai stato ricoverato per uso improprio di BPN+NLX e il 95% non ha effettuato episodi di violenza con conseguenze giuridiche con miglioramento della qualità della vita, stabilizzazione clinica e contenimento dei costi sociali indiretti.

OSPEDALE SANDRO PERTINI (ROMA): ADOZIONE DI CHECKLIST PER RIDURRE IL RISCHIO CLINICO NELL'ALLESTIMENTO DI SACCHE PER NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE

Simone De Luca, Rossella Distilo, Gerardo Miceli Sopo,
Elisa Paone, Daniela Scolaro, Roberto Tazza
U.O.C Farmacia, Ospedale S. Pertini, Roma

Introduzione. Nel Laboratorio di Galenica Clinica si allestiscono sacche per Nutrizione Parenterale Totale per pazienti ospedalizzati e per pazienti in Nutrizione Artificiale Domiciliare. La formulazione delle sacche viene effettuata con software dedicato e l'allestimento con macchina riempitrice automatizzata a circuito chiuso. Nel 2014 è aumentata la produzione del 5% rispetto al 2013. Ciò ha indotto ad analizzare il processo per intraprendere azioni migliorative. Obiettivo del lavoro è stato individuare le criticità ed adottare misure per ridurre il rischio di errori di terapia.
Materiali e metodi. Eseguita la mappatura del processo di allestimento, sono stati fatti audit con gli operatori coinvolti. È emerso che un momento fortemente a rischio è il montaggio della macchina riempitrice ed il collocamento di macronutrienti/elettroliti nelle rispettive culle. Si è concluso di adottare una checklist. La checklist definisce le attività da verificare per garantire standardizzazione, qualità e sicurezza di un processo. Sono stati definiti i checkpoint ed elaborate domande/item di verifica. Si è stabilito che la checklist deve avere conformità del 100% rispetto agli item presenti.
Risultati. La checklist prevede 13 item relativi al corretto collocamento di macronutrienti/elettroliti nelle rispettive culle della macchina riempitrice, uno riferito al raccordo delle siringhe per aggiunta manuale di vitamine/oligoelementi e quattro relativi alla rispondenza di ciascuna linea di riempimento con ciascun macroelemento/microelemento ed al controllo dei raccordi. Altri due item riguardano pulizia di macchina/locali e controllo di lotti/scadenze. La checklist, sperimentata e validata, è stata adottata dal 1 gennaio 2015. Viene eseguita ad inizio allestimento (operatore diverso da quello che ha montato la macchina), ad ogni turno di allestimento ed a fine giornata (operatore diverso da chi ha effettuato l'ultimo turno). A fine giornata, il farmacista, dopo verifica di conformità della checklist, provvede a controfirmarla ed archiviarla. Fino al 10 maggio 2015 ne sono state eseguite 355. Solo una checklist non era conforme (scambio di due macroelementi nelle rispettive culle).
Conclusioni. La checklist ha consentito di uniformare ed ottimizzare il percorso di allestimento delle miscele nutrizionali, riducendo il rischio di errori. In un caso ha permesso di intercettare un errore. L'adozione della checklist contribuisce a garantire al paziente un preparato galenico magistrale sicuro, efficace e di qualità, secondo le Norme di Buona Preparazione della FUI.
Bibliografia. 1) Adami S, Ciampalini S, Congedo R, Polidori P, La Russa R. Checklist: istruzioni per l'uso. I manuali del farmacista SIFO; 2014. 2) Gawande A. Checklist. Come fare andare meglio le cose. Einaudi; 2011.

LA NOTA DEL FARMACISTA: UN ESEMPIO DI DIALOGO PROATTIVO TRA MEDICO E FARMACISTA

Francesca-Romana Mendicino, Alessandro D'Arpino
S.C. di Farmacia Ospedaliera, AO S. Maria della Misericordia, Perugia

Introduzione. La nostra Azienda da qualche anno ha adottato un fascicolo sanitario elettronico e repository clinico, in ottemperanza alla Raccomandazione Ministeriale n°7 "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" del settembre 2007, con l'obiettivo di ridurre gli errori di terapia in fase di prescrizione e di somministrazione. Il farmacista può entrare nel sistema con il suo profilo utente e visualizzare la diagnosi, la terapia e gli esami di laboratorio del paziente. Su richiesta della S.C. di Farmacia è stata introdotta la funzione "nota del farmacista" tramite la quale possono essere inserite valutazioni sulla terapia prescritta dal medico. Per integrare questo utile strumento di dialogo con gli altri professionisti sanitari, si è pensato di ricercare in letteratura una possibile relazione tra farmaci e parametri di laboratorio del paziente in modo tale da fornire informazioni utili per aumentare l'appropriatezza prescrittiva e diminuire il rischio clinico.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.176.66 Thu, 25 Apr 2024, 14:12:10

Materiali e metodi. Abbiamo monitorato quotidianamente le prescrizioni dei farmaci e le analisi di laboratorio di ciascun paziente in ognuno dei reparti presenti nel fascicolo sanitario elettronico. Tramite l'utilizzo della nota il medico visualizza in tempo reale i possibili parametri chimico-clinici che il farmaco può alterare. Alla luce di tali osservazioni egli può controllare se i parametri in esame sono alterati, e in caso affermativo, può optare per un altro farmaco.
Risultati. Sono state inserire nel sistema ottantacinque note del farmacista. I parametri chimico-clinici maggiormente analizzati sono stati: piastrine, glicemia, trigliceridi, fosfatasi alcalina, amilasi, lipasi, creatinina, velocità di eritrosedimentazione. Citiamo l'esempio del losartan che può diminuire i livelli di piastrine e della sertralina che può aumentare i livelli di trigliceridi.
Conclusioni. Il principale beneficio del sistema di prescrizione informatizzata è l'abbattimento del rischio clinico derivante da errori in fase di prescrizione. La nota del farmacista è uno strumento importante con il quale egli può dialogare in maniera funzionale con il medico, riuscendo a prevenire gli eventi avversi e a diminuire i tempi di ospedalizzazione del paziente.
Bibliografia. Caputi AP, Fava G. Farmaci e parametri chimico-clinici. SEEd Ed. 2010.

ANALISI DEL PROCESSO DI PRESCRIZIONE E SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA PRESSO IL CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO DI MILANO

Laura Ricci, Susanna Dellepiane, Laura Schiaroli,
Massimo Moro, Cristina Ghidini, Chiara Inserra
Centro Cardiologico Monzino, Milano

Introduzione. Il foglio Unico di Terapia FUT è uno strumento di comunicazione interna che permette di raccogliere in un unico documento le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti in trattamento ed è quindi parte integrante della cartella clinica, segue il paziente durante il percorso diagnostico terapeutico fino alla dimissione; unifica e registra le operazioni di prescrizione e somministrazione per soddisfare i requisiti di sicurezza e rintracciabilità dei dati, evitando passaggi di trascrizione tra cartella clinica e documentazione infermieristica. Si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare allo scopo di avviare un progetto di miglioramento dell'attuale FUT, individuare le criticità, il processo di gestione nelle varie unità, la modalità di elaborazione della procedura di prescrizione e somministrazione.
Materiali e metodi. È stato elaborato un modulo contenente gli item che il gruppo multidisciplinare ha ritenuto di valutare. Il modulo è stato diviso in sezioni e sottosezioni : strumento (collocazione in reparto, gestione oraria, criticità), simbologia (aggiornamento terapia, sospensione definitiva, modifica terapia, non o mancata somministrazione, terapia infusionale), prescrizione (dosaggio, orario, posologia, via di somministrazione), preparazione, somministrazione, varie (prescrizione telefonica, terapia autogestita, gestione potassio concentrato), ogni sezione prevedeva domande mirate, sottoposte, sotto forma di interviste programmmate, ad un infermiere ed un medico individuati per ciascun reparto in cui il FUT è in uso. L'indagine è stata condotta dal farmacista, team leader del gruppo multidisciplinare con il supporto di un altro membro e utilizzando un FUT preso in reparto, in modo casuale, come modello di analisi.
Risultati. I dati ottenuti sono stati raccolti in un database, la complessità delle domande non ha permesso, per tutte le sezioni, una valutazione numerica del dato, ma ha consentito l'individuazione del processo con stima della variabilità per ogni reparto. Presso il centro al momento dell'indagine venivano utilizzati 4 modelli di FUT (cartella digistat in TIPO, giornaliero in UTIC, versione plurigiornaliera per chirurgie e cardiologie). Le criticità emerse sono state: calligrafia illeggibile, simbologia diversificata in ogni reparto con elevato rischio di errore, necessità di standardizzare la terapia autogestita, al bisogno, estemporanea, separare la diaria dalla terapia, utilizzare un modello plurigiornaliero.
Conclusioni. Il gruppo di lavoro ha elaborato una istruzione operativa sul corretto utilizzo del FUT per la prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica, con tutte le operazione per la corretta compilazione. Il FUT è stato modificato con inserimento di una legenda provvista di simbologia standardizzata da adottare in tutti i reparti, con divulgazione ed informazione a tutti gli operatori coinvolti nel processo.

RECEPIMENTO DELLA RACCOMANDAZIONE N.14: CHECK LIST E AUDIT CLINICO

Vita Maglio, Olga Nesterenko, Maria Alfieri,
Maria Giovanna Elberti, Grazia Maria Lombardi
Farmacia, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno

Introduzione. La Farmacia dell'Azienda Ospedaliera OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona si è prefissata l'obiettivo di valutare il recepimento e l'attuazione della raccomandazione n.14 del Ministero della Salute per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antiblastici. Lo scopo del lavoro è stato quello di mettere a punto un sistema di autovalutazione delle metodologie organizzative adottate in tutte le fasi di gestione del farmaco antiblastico, con la conseguente attivazione di strategie utili all'individuazione ed alla promozione del corretto uso del farmaco.
Materiali e metodi. È stato costituito uno specifico Gruppo di Lavoro multidisciplinare che ha stilato una check list per ogni fase di gestione del farmaco. Per ogni check list, attraverso degli audit, sono stati definiti una serie di requisiti, checkpoint essenziali, oggetto della valutazione. Ad ogni item è stato richiesto il grado di implementazione del requisito con la risposta a scelta SI/NO. È stato definito un valore soglia oltre il quale si ha una conformità o una non conformità del processo. In particolare: 0-50% non conforme; 51-80% parzialmente conforme; 81-100% conforme.
Risultati. I requisiti risultavano parzialmente conformi: per il 61% nella fase di Approvvigionamento; per il 73% nella fase di Immagazzinamento; per il 51% nella fase di Preparazione; per l'80% nella fase di Distribuzione. L'unica fase che risultava conforme era quella della Prescrizione (85%). Analizzando in dettaglio i risultati, è emersa la necessità di una maggiore implementazione delle procedure di preparazione, la fase più critica di gestione del farmaco, comprendente la ricostituzione, la diluizione e il frazionamento. La procedura risente, infatti, della mancanza di un applicativo informatico che consente di elaborare il foglio unico di chemioterapia, calcolando automaticamente la dose dei farmaci.
Conclusioni. I risultati dell'indagine sono stati presentati e discussi in una riunione coinvolgendo tutto il personale della Farmacia. Il Gruppo di lavoro sta attivando la procedura di gara per l'acquisizione di un gestionale informatico rispondente ai requisiti previsti e secondo le indicazioni della Farmacia. L'adozione della specifica Raccomandazione permetterà di elaborare procedure aziendali, diffuse e condivise dagli operatori, ed implementare gli standard di sicurezza per la corretta gestione e manipolazione dei Chemioterapici Antiblastici.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLA FASE DI SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA PRESSO L'AO PAPA GIOVANNI XXIII

Gian Carlo Taddei, Marinella Loredana Daminelli, Simonetta Cesa,
Maria Grazia Cattaneo, Laura Chiappa, Carlo Nicora
AO Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Introduzione. L'Azienda Ospedaliera ha ritenuto strategico introdurre la farmacoprescrizione informatizzata dal 2005 e, dal 2012, la gestione del farmaco in monodose (MD). I due processi devono essere integrati nell'ottica di un miglioramento continuo della Qualità e della gestione del rischio clinico. L'appropriatezza della terapia farmacologica e la riduzione degli errori di prescrizione/somministrazione sono il risultato della perfetta integrazione dei processi.
Materiali e metodi. Dal 2005 al 2011 la farmacoprescrizione è stata implementata in tutta l'Azienda al fine di modificare il comportamento prescrittivo e culturale del personale e per preparare all'introduzione della MD in 32 Unità Strutturali. Ad oggi sono attivi 22 armadi automatizzati per la preparazione della terapia dei Farmaci in MD, 55 PC portatili, 47 Carrelli per preparazione automatica della terapia con lettori barcode e stampanti di etichette. Il sistema informatizzato è integrato con i processi logistici (approvvigionamento degli armadi automatici in base alla giacenza, sottoscorta e consumi) e con i processi di risk management (identificazione paziente, identificazione del farmaco da MD oppure AIC, percorsi di supporto alla prescrizione e alla somministrazione, tracciabilità delle operazioni eseguite). L'Azienda ha ipotizzato di verificare se la farmacoprescrizione e la MD potevano ridurre del 95% gli errori di Livello 1 e 2 e del 100% quelli di Livello 3 e 4 (non considerando i Livelli 5 e 6) secondo la scala degli errori dell'Associazione dei Farmacisti Ospedalieri Americani (ASHP). Per verificare se con l'introduzione della monodose si sia raggiunto l'obiettivo proposto è stata eseguita una valutazione "ex ante" e ad un anno dall'introduzione della MD "ex post" secondo la scala di gravità degli errori definita dall'ASHP.
Risultati. L'obiettivo di riduzione degli errori previsto è stato raggiunto sia dal punto di vista clinico che economico. La percentuale totale degli errori è scesa dal 4,5% della rilevazione "ex ante" allo 0,63% "ex post" (4 errori su 639 somministrazioni) e la distribuzione sui livelli di gravità è stata di 2 errori per i primi due livelli.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.176.66 Thu, 25 Apr 2024, 14:12:10

Conclusioni. Alla luce dei risultati raggiunti e quelli attesi, si può affermare la piena rispondenza con quanto atteso. La presenza del farmacista nei processi clinici ha facilitato un suo coinvolgimento sempre più significativo e strategico nelle attività del reparto mediante la collaborazione con il personale medico infermieristico, secondo quanto previsto dalla organizzazione dipartimentale. Il percorso non è però terminato: dobbiamo supervisionare il processo e fungere da intermediari per gestire le criticità e migliorare ulteriormente tale percorso.

ATTIVITÀ ISPETTIVA SVOLTA DAL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA PRESSO IL CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO

Laura Ricci, Susanna Dellepiane,
Monica Perazzani, Chiara Inserra,
Centro Cardiologico Monzino, Milano

Introduzione. Le ispezioni della Direzione Sanitaria sono destinate a verificare il rispetto degli aspetti Igienico Sanitari all'interno dell'ospedale. Il Nucleo di Valutazione della Direzione Sanitaria (NVDS) si occupa della conduzione di visite ispettive sulla base della procedura "Ispezioni Igienico Sanitarie di Direzione Sanitaria". I membri sono nominati annualmente dal Direttore Sanitario; il gruppo si compone delle seguenti figure professionali coordinate da un Team leader: Farmacista, Infermiere epidemiologo, infermiere SITRA, Risk Manager, Responsabile sterilizzazione, Medico di Direzione Sanitaria, Impiegata Cartelle Cliniche e DRG.

Materiali e metodi. Il Nucleo effettua ispezioni di tipo: A programmate, B straordinarie (senza preavviso), C metodo patient tracer, D a tema, viene valutato un solo aspetto dell'attività. Le ispezioni valutano aspetti di gestione operativa dell' U.O/Servizio, applicazione delle procedura aziendali sui seguenti argomenti: rischio clinico, gestione dei rifiuti, carrello emergenza, Privacy, lavaggio mani, DPI, igiene ambientale, documentazione clinica, stupefacenti, farmaci, dispositivi medici. Gli aspetti da valutare sono decisi annualmente dal NDVS e ogni membro ha sezioni dedicate con apposite checklist. Conclusa l'ispezione il Team Leader compila il verbale di ispezione firmato da tutti i componenti. In caso di non conformità vengono indicate le azioni necessarie per la risoluzione della non conformità. È stato creato un database 2008-2014 che riassume per ogni item valutato nella checklist la % di conformità sul tot delle checklist applicate, in base alla valutazione che può risultare: conforme (c), parzialmente conforme (pc), non conforme (nc), non eseguita o non applicabile.

Risultati. Nel 2012 il NVDS ha condotto 21 visite A, 1B, 7D; nel 2013 21 visite ispettive A e 1 D a tema sull'igiene ambientale; nel 2014, 22 visite A programmate, 1 D, 3 B. Il database e il grafico corrispondente al trend negli anni mostra: per la checklist 4.2 gestione farmaci un trend di miglioramento della preformance (2014 100% di conformità, 2013 10% parzialmente conforme, 2012 5% parzialmente conforme); Per la checklist 4.1 stupefacenti il trend è stato: 2014 92% conformità, 8% non conformità, 2013 80% conformità, 10% parzialmente conforme, 10% non conforme, 2012 83% conforme, 8% parzialmente conforme, 8% non conforme. Le non conformità riguardano la presenza di scaduti e la gestione del registro

Conclusioni. L'attività del NVDS svolta negli anni, l'implementazione delle checklist, una corretta procedura gestionale (rapporto di valutazione) e la realizzazione del database hanno consentito la possibilità di visualizzare in maniera immediata e corretta le problematiche per ogni reparto valutato, per un miglior controllo del rischio

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO CORRELATO ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA DOMICILIARE DI PAZIENTI DISFAGICI

Matteo Sestili,[1] Roberta Ganzetti,[1] Marco Cespi,[2]
Serena Logrippo,[2] Giulia Bonacucina,[2] Letizia Ferrara,[1]
Luigi Patregnani,[1] Massimo MG Di Muzio[1]
[1]Farmacia, INRCA, Ancona
[2]Chimica e Tecnologia Farmaceutiche, Università di Camerino (MC)

Introduzione. Negli ultra65enni la disfagia, ossia la difficoltà nel far progredire il bolo alimentare dalla bocca allo stomaco, mostra una prevalenza del 7-13% che arriva al 16% nei soggetti con età superiore agli 87 anni ed al 60-80% nei pazienti con deficit cognitivo di grado moderato-severo. Questo disturbo rende complessa e soggetta ad elevato rischio di errore la gestione della terapia farmacologica orale. Il caregiver infatti può trovarsi costretto a manipolare forme farmaceutiche solide orali(FFSO) con il rischio di compromettere la compliance del paziente, alterare efficacia e sicurezza dei principi attivi (ipo/iperdosaggio di farmaci, ulcerazione della mucosa orofaringea) e con il rischio di esposizione a principi attivi(PA) tossici. In considerazione del rischio correlato alla terapia orale di pazienti disfagici, è stato condotto questo studio con l'obiettivo di evidenziare i DPRs (Drug's Related Problems) presenti nella terapia domiciliare del paziente al momento del ricovero in ospedale.

Materiali e metodi. È stata analizzata la terapia farmacologica domiciliare di 41 pazienti disfagici ricoverati nel periodo gennaio-aprile 2015 presso l'INRCA di Ancona. I DPRs rilevati sono stati: manipolazione di FFSO quando disponibili in commercio alternative idonee alla somministrazione, manipolazione di FFSO a rilascio prolungato, assunzione di PA che determinano xerostomia come effetto collaterale comune, manipolazione di FFSO contenenti PA sensibili all'acidità gastrica o lesivi per la mucosa gastro-esofagea.

Risultati. Dall'analisi della terapia di 41 pazienti (età media 87 anni, 18 uomini e 23 donne) di cui 12 in nutrizione enterale, 25 (61%) già ricoverati nei precedenti 12 mesi e 13 (31.7%) giunti con sospetto di polmonite ab ingestis, sono stati rilevati in totale 100 DPRs su 248 farmaci prescritti (40,3%).

Conclusioni. Visto l'elevato rischio clinico connesso alla gestione della terapia di pazienti disfagici e l'elevata prevalenza di DPRs nella terapia di pazienti disfagici, è auspicabile che il farmacista, in qualità di esperto del farmaco, supporti il medico nella fase di prescrizione e che venga coinvolto nell'educazione del caregiver al fine di promuovere una appropriata prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica.

FARMACI AD ALTO LIVELLO DI ATTENZIONE: DALLA FARMACIA ALL'ARMADIO FARMACEUTICO DI REPARTO. PERCORSO CONDIVISO A TUTELA DEL RISCHIO CLINICO

Alessandra Ragazzi, Laura Casorati, Daniela Ferla, Maria Grazia Ottoboni, Carolina Desirè Premoli, Manuela Savoldelli, Tullio Elia Testa
Farmacia, A.O. Ospedale Maggiore di Crema (CR)

Introduzione. La conoscenza della terapia farmacologica e in particolare del potenziale di rischio dei farmaci ad alto livello di attenzione nei reparti rappresenta un elemento fondamentale nella pratica clinica quotidiana. L'area Rischio Clinico ha come obbiettivo la diffusione della cultura del rischio derivato dall'utilizzo improprio del farmaco. Risulta importante fornire agli operatori sanitari strumenti precisi e immediati per il riconoscimento e la prevenzione del rischio clinico ad essi correlato.

Materiali e metodi. Sulla base della Raccomandazione n.7 del Ministero della Salute del marzo 2008 sono state redatte e aggiornate tutte le tabelle dei Farmaci ad Alto Livello di Attenzione, e messe a disposizione di ogni reparto tramite il sito web aziendale. Tuttavia sono giunte segnalazioni circa la difficoltà ad identificare in modo immediato i farmaci appartenenti alla liste redatte. Tale elenco è stato quindi condiviso con gli operatori che si occupano dell'allestimento delle richieste di reparto nel magazzino farmaceutico, e adattato alle specialità medicinali presenti nel nostro prontuario. L'identificazione di tali specialità è stata attuata applicando una etichetta segnaletica in corrispondenza di ogni cassetto/spazio di stoccaggio dedicato alle specialità medicinali presenti nell'elenco. La stessa etichetta è applicata su un confezionamento trasparente in cui vengono inseriti questi farmaci, separandoli fisicamente dal resto del materiale richiesto, e inviati ai reparti di destinazione. In questo modo gli operatori sanitari, all'atto della ricezione del materiale, sono in grado di riconoscere i farmaci, e possono stoccarli separatamente o segnalarli con appositi alert nel proprio armadio farmaceutico di reparto.

Risultati. L'identificazione semplificata, chiara e inequivocabile dei farmaci che richiedono particolare attenzione nella gestione ed uso, a causa della loro potenziale tossicità, del basso indice terapeutico, e dell'alta possibilità di interazioni, si è rivelata strumento utile nell'aumento della consapevolezza da parte degli operatori sanitari del rischio clinico legato ai farmaci elencati nella Raccomandazione Ministeriale 7.

Conclusioni. La sicurezza dei pazienti e la riduzione degli errori in terapia farmacologica rappresentano una priorità dell'assistenza sanitaria. Questo lavoro ha permesso di individuare i farmaci potenzialmente rischiosi dal punto di vista clinico al fine di poter intraprendere azioni di miglioramento per prevenire l'errore.

GIORNATA MONDIALE LAVAGGIO MANI: RUOLO DEL FARMACISTA E PROGETTO DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI NOSOCOMIALI

Elena Jacoboni, Salvatore Accordino, Lucrezia Sorgonà,

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.176.66 Thu, 25 Apr 2024, 14:12:10

Gabriella Bonanni, Ilaria Cerbara, Alessandra Mingarelli
UOC Farmacia, P.O.N. S. Maria Goretti, ASL, Latina

Introduzione. Il lavaggio delle mani rappresenta, secondo l'OMS e il CDC (Center for Disease Control and Prevention di Atlanta-USA), la misura più importante per prevenire la diffusione delle infezioni. Il corretto utilizzo delle soluzioni idroalcoliche, secondo la metodica suggerita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, può infatti portare all'abbattimento della trasmissione di infezioni, specie in ambiente ospedaliero, tra paziente e paziente, e tra ambiente contaminato e paziente. La Asl di Latina, sostenuta dalla Regione Lazio, promuove ogni anno (5 maggio) la giornata mondiale del lavaggio mani con una serie di eventi, al fine di diffondere e sviluppare un'educazione in merito.
Materiali e metodi. La Farmacia, insieme alla Direzione Sanitaria, al reparto di Malattie Infettive ed al Responsabile Aziendale di Risk Management, ha preso parte a tutta una serie di iniziative riguardanti: -Lezioni, esercitazioni pratiche e dimostrazioni dirette sulla corretta procedura del lavaggio mani con soluzioni idroalcolica: - Diffusione di materiale informativo , proiezione di video, all'ingresso dell'ospedale; - Distribuzione di un questionario (diffuso dall'OMS) sulle conoscenze dell'igiene delle mani (con il fine di aumentare il grado di consapevolezza di tale procedura tra gli operatori sanitari); - Safety Walkround (tour per 15 reparti dell'ospedale), per aumentare le adesioni al programma di lavaggio delle mani.
Risultati. Dal questionario è emerso che il 95,6 % degli operatori conosce la principale via di trasmissione di germi potenzialmente patogeni tra pazienti, il 53% il timing esatto di utilizzo delle soluzioni per il lavaggio delle mani, il 68% riconosce l'importanza del lavaggio delle mani nel prevenire la trasmissione crociata dei germi. È stato riportato un aumento del consumo di soluzioni idroalcoliche in ospedale da 2.577 litri del 2013 a 4.587 litri nel 2014. Tali volumi hanno portato conseguentemente ad un aumento dei litri per 1000 giornate di degenza/anno: da 8 litri del 2013 a 19 litri del 2014. (L'OMS consiglia un utilizzo compreso tra 10 e 20 litri). Dal report microbiologico sugli esami culturali positivi per Klebsiella pneumoniae si è assistito inoltre ad un calo delle infezioni da KPC multi resistente nei reparti di terapia intensiva dopo l'introduzione della soluzione idroalcolica, con una riduzione dei casi del 73% nel corso dell'anno 2014 e inizio 2015.
Conclusioni. Il farmacista, come componente del gruppo CC-ICA, rappresenta un valore aggiunto nel fornire informazioni utili sul corretto utilizzo dei disinfettanti a medici, infermieri e pazienti, promuovendo la prevenzione nella trasmissione delle infezioni in ambiente ospedaliero.

TARGATURA DEI FARMACI: SOLO ADEMPIMENTO BUROCRATICO?

Anna Maria Tinebra, Marina Diana, Luisella Ferrari,
Katia Manzini, Cristina Rossi, Loredana Donetti
ASL Novara, S.C. Farmacia Ospedaliera, P.O. Borgomanero (NO)

Introduzione. La Regione Piemonte ha avviato il progetto del Ministero della Salute e dell'Aifa "Tracciabilità del farmaco" per contrastare le possibili frodi nel commercio dei medicinali. Con DD-51 24.12.2014 ha chiesto alle Aziende Sanitarie la compilazione del campo "targatura" nel flusso della distribuzione diretta quando il farmaco è dispensato in scatole intere e non in unità posologiche. La rilevazione del codice AIC e del numero di targa presenti nel codice a barre di ogni confezione è possibile tramite un lettore ottico. La Farmacia Ospedaliera (F.O.) del P.O. di Borgomanero ha ritenuto che la targatura fosse un efficace strumento per ridurre il numero di errori di dispensazione ed evitare il duplice controllo del farmacista.
Materiali e metodi. La F.O. ha organizzato incontri con il servizio informatico, per adeguare il software in uso (Cytrix) alle nuove esigenze, e con i prescrittori, per illustrare le nuove procedure relative alla distribuzione dei farmaci dispensati in dimissione da ricovero ospedaliero. I PC della farmacia, dedicati alla distribuzione, sono stati collegati ad una penna ottica che effettua la lettura del codice a barre. Il programma è stato aggiornato con una sezione in cui viene valorizzato il campo targatura e dotato di blocco in caso di incongruenza tra qualità e quantità di farmaco dispensato e prescritto. Durante la chiusura della farmacia i reparti devono corredare le prescrizioni con le fustelle delle confezioni consegnate in dimissione e successivamente inviarle alla farmacia che effettua la targatura, verifica i farmaci consegnati e contatta, in caso di errore, il paziente.
Risultati. Ad aprile 2015 è stata avviata la targatura nelle dimissioni da ricovero ed inviato in Regione il primo flusso relativo ai farmaci targati (861 confezioni). Con questo sistema nessun errore si è verificato in farmacia, mentre su 79 dimissioni e 256 confezioni consegnate dai reparti in orario di chiusura della F.O. si sono riscontrati errori riguardanti la consegna di farmaci: con dosaggio diverso da quello prescritto (2), con diversa formulazione (2), in quantità superiore (1) o inferiore (2), prescritti ma non consegnati (1), consegnati ma non prescritti (2), di fascia C (1).
Conclusioni. Considerato l'elevato numero di errori commessi dai reparti alla consegna dei farmaci in dimissione, la F.O. invierà un feedback mensile del monitoraggio per sensibilizzare ad una maggiore attenzione dato che, da giugno 2015, saranno progressivamente targati anche i farmaci dispensati per altre tipologie come la visita ambulatoriale e l'assistenza domiciliare.

SVILUPPO DI UNA PIATTAFORMA UNICA PER ESTENDERE IL CONTROLLO DI PROCESSO A TUTTI I PREPARATI DESTINATI AI PAZIENTI ONCOEMATOLOGI

Simone Leoni,[1] Sabrina Guglielmi,[2] Loretta Moriconi,[3]
Demis Paolucci,[3] Andrea Marinozzi,[2] Celestino Bufarini[2]
[1]Farmacia Ospedaliera, Università di Camerino (MC)
[2]Farmacia Ospedaliera, AUO Ospedali Riuniti, Ancona
[3]Loccioni, Humancare, Moie di Maiolati (AN)

Introduzione. Diversi studi [1-3] dimostrano come l'automazione sia l'unica soluzione per assicurare qualità e sicurezza del processo di allestimento delle terapie oncoematologiche. Per estendere il concetto di qualità totale all'interno processo produttivo (anche a preparazioni non destinabili a sistemi automatizzati), abbiamo progettato e sviluppato una piattaforma costituita da: (1) sistema robotico per l'allestimento automatizzato (APOTECAchemo); (2) sistema di supporto per l'allestimento manuale (APOTECAps); (3) software di gestione dell'attività produttiva della farmacia per entrambi i sistemi (APOTECAmanager) interfacciato con la cartella clinica informatizzata.Questo studio si focalizza su APOTECAps per analizzare i miglioramenti introdotti alla qualità del processo produttivo manuale ed evidenziarne l'impatto generale sulla produzione in termini di riduzione degli errori e carico di lavoro.
Materiali e metodi. L'attività con APOTECAps è stata monitorata per 8 settimane presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ancona. Il tempo di allestimento e gli errori intercettati sono stati estrapolati dai file log del sistema; le tempistiche manuali tradizionali sono state registrate da un terzo operatore.
Risultati. Le preparazioni analizzate sono state 520 con 37 principi attivi, contro il 90,9% allestiste con APOTECAchemo . Gli errori intercettati con APOTECAps sono stati 27 (5.2%): 5 associati al carico errato di un componente, 7 al superamento della tolleranza del 10%, 12 alla correzione del dosaggio farmaco o solvente, 3 ad annullamento della preparazione. I valori medi dei tempi di preparazione sono stati 217 s per la procedura guidata e 125 s per quella manuale; la procedura guidata risulta 1,7 volte più lenta di quella manuale tradizionale.
Conclusioni. Lo sviluppo di una piattaforma che integra automazione, informatizzazione e sistemi di controllo per la verifica e tracciabilità dell'intero processo produttivo garantisce standard di qualità unici per la sicurezza del paziente. Lo studio dimostra oggettivamente come l'allestimento manuale sia soggetto ad errori e ci sia la necessità di introdurre sistemi di misura e controllo; tuttavia, un maggiore livello di controllo implica un aumentato tempo di allestimento.
Bibliografia. 1. Yaniv AW, Knoer SJ. Implementation of an i.v.-compounding robot in a hospital-based cancer center pharmacy. Am J Health-Syst Pharm 2013;70:2030-7. 2. Masini C, Nanni O, Antaridi S, Gallegati D, Marri M, Paolucci D, Minguzzi M, Altini M. Automated preparation of chemotherapy: Quality improvement and economic sustainability. Am J Health-Syst Pharm 2014;71:579-85. 3. Schierl R, Masini C, Groeneveld S, Fischer E, Böhalandt A, Rosini V, Paolucci D. Environmental contamination by cyclophosphamide preparation: Comparison of conventional production in safety cabinet and robot-assisted production by APOTECAchemo. J Oncol Pharm Pract 2014. DOI: 10.1177/1078155214551316

PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA: PROCEDURE OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI FARMACI LASA

Antonio Solinas,[1] Stefano Cortese,[2] Mario Domenico Luigi Moretti,[2] Grazia Maria Rita Moretti,[2] Maria Elena Sanna[2]
[1]Chimica e Farmacia, Università, Sassari
[2]Dipartimento farmaceutico, AOU, Sassari

Introduzione. L'indagine conoscitiva "Farmaci LASA e Sicurezza dei pazienti" effettuata dal Ministero della Salute evidenzia che gli errori più frequenti in terapia interessano i farmaci LASA (Look-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.176.66 Thu, 25 Apr 2024, 14:12:10

Alike-Sound-Alike), ovvero prodotti aventi una notevole somiglianza fonetica e/o grafica. Come emerge dal rapporto, nelle strutture sanitarie che hanno adottato idonee procedure di prevenzione si è avuta una significativa riduzione degli errori. In ottemperanza alla raccomandazione ministeriale si è deciso di elaborare una procedura per la gestione dei farmaci LASA, al fine di prevenire i rischi connessi al loro utilizzo. Lo scopo è quello di fornire indicazioni e strumenti per prevenire lo scambio tra farmaci con somiglianza nel nome e/o nel confezionamento, sensibilizzare tutti gli operatori sanitari coinvolti ed accrescere la consapevolezza della possibilità di errore nell'uso dei medicinali.
Materiali e metodi. La raccomandazione ministeriale n. 12 (agosto 2010) e l'allegato dei farmaci Look-Alike-Sound-Alike sono stati presi come riferimento per stilare l'elenco interno dei farmaci LASA sulla base dei prodotti distribuiti dalla Farmacia Ospedaliera (FO). Per ciascuno di questi è stato individuato il medicinale o i medicinali con i quali può esserci rischio di scambio, e definite le modalità di gestione più appropriate. Inoltre, è stata rivista la procedura di confezionamento dei galenici in funzione della loro composizione e destinazione d'uso e quella relativa alla valutazione LASA dei medicinali non inseriti in Prontuario.
Risultati. Tra i medicinali in distribuzione, sono state classificati come LASA 188 prodotti. Nell'82,6 percento dei casi si tratta di prodotti di una stessa azienda farmaceutica, aventi un confezionamento secondario simile ma composizione differente. I prodotti con assonanza nel nome corrispondono al 13 percento, mentre il 4 percento presenta somiglianza sia fonetica sia grafica. I prodotti galenici allestiti estemporaneamente in FO, per le difficoltà logistiche di disporre di tipologie di confezionamento primario e secondario differenziati, sono stati identificati come potenziali LASA. Le misure di sicurezza adottate per tutti i LASA sono le seguenti: applicazione sul confezionamento esterno di una etichetta autoadesiva di allerta; allocazione dei medicinali negli armadi di reparto per classi omogenee di ATC e per forma farmaceutica. In aggiunta per i galenici, è stata prevista l'applicazione sul confezionamento primario e secondario di etichette autoadesive di colore differente in relazione alla destinazione d'uso (uso interno, esterno, diagnostico).
Conclusioni. La procedura adottata è, attualmente, in fase di sperimentazione. Dalla sua applicazione estensiva ci si attende l'azzeramento delle possibilità di errori in terapia correlati ai medicinali LASA.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: I FARMACI LASA IN UN LABORATORIO U.MA.C.A.

Rita Silvestris,[1] Angela Gilberti,[1] Rosalba Marolla,[1] Annarita Gasbarro,[2] Margherita Padovano,[2] Maria Dell'Aera,[2] Michele Lattarulo[1-2]
[1]Scuola di Specializzazione in farmacia ospedaliera, Università di Bari, Servizio di Farmacia A.O.Policlinico, Bari
[2]Policlinico Consorziale Bari, Servizio di Farmacia A.O.Policlinico, Bari

Introduzione. Con l'acronimo LASA dall'inglese "Look-Alike/Sound-Alike", si indicano tutti quei farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome. Durante il processo di gestione di un medicinale, che va dalla prescrizione, all'allestimento ed alla somministrazione, possono verificarsi più errori. Obiettivo del nostro lavoro, in seguito al recepimento della Raccomandazione ministeriale n.12 ed in conformità alla Raccomandazione n.7, per la prevenzione da errori di terapia farmacologica in ambiente ospedaliero, è stato quello di mappare eventuali situazioni di rischio ed individuare strategie per prevenire gli errori, migliorare la gestione degli armadi farmaceutici e la sicurezza della terapia farmacologica, segnalando ed allertando gli operatori sui possibili errori di somministrazione.
Materiali e metodi. Si è provveduto a stilare un elenco dettagliato dei LASA tra i farmaci presenti nel PTOA utilizzati in ambito oncologico, distinguendoli in base alle somiglianze fonetiche e di confezione. È stata infine realizzata una lista dei principali fattori di rischio correlati.
Risultati. Tra i fattori di rischio, il maggiore è rappresentato dal confezionamento simile di medicinali prodotti dalla stessa azienda farmaceutica. In 6 casi si hanno confezionamenti primari uguali con principi attivi diversi (Taxotere-Campto, Cisplatino-Carboplatino, Eloxatin-Taxolo, Levact-Dacarbazina, Zavedos-Daunoblastina, Levact-Lastet), in 1 caso confezionamenti secondari uguali con principi attivi diversi (Endoxan-Holoxan), ed in 7 casi confezionamenti secondari uguali con dosaggi diversi (Oxaliplatino 50/100mg, Citarabina 100/500mg, Javlor 50/250mg, Avastin 100/400mg, Mabthera 100/500mg, Mitomycin 10/40mg, Paclitaxel 100/300mg). Una piccola parte dei farmaci, ma non meno importante, risulta invece simile per assonanza: tra questi troviamo Cisplatino e Carboplatino, Vincristina e Vinblastina, Holoxan ed Endoxan.
Conclusioni. Si è deciso di integrare le procedure del laboratorio Umaca, relative alla conservazione dei farmaci, con la revisione periodica delle liste dei medicinali LASA, considerato il frequente cambio di fornitore e anche a causa di carenze a livello nazionale. Ciò al fine di prevedere di volta in volta strategie, quali lo stoccaggio dei medicinali simili in scaffali diversi e l'adozione di specifici contrassegni supplementari ovunque siano conservati i medicinali o sui flaconi, con codici colore ed acronimi che hanno funzione di "allerta" per i farmaci LASA. Il tutto per una più attenta e consapevole partecipazione del farmacista ospedaliero alla gestione del rischio clinico.

VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI PROTEZIONE PER LA PREVENZIONE DI FERITE DA PUNTA DEI FARMACI INIETTABILI DEL PRONTUARIO TERAPEUTICO LOCALE

Francesca Rossi, Alessandra Di Brisco, Federica Martini, Silvia Galassi
Ausl Romagna, Farmacia Centralizzata di Pievesestina (FC)

Introduzione. Il Dlg n.19 del 19/02/2014 è l'ultimo di una serie di disposizioni attuate dal Governo a tutela degli operatori sanitari da infezioni trasmissibili per via ematica causate da ferite da punta. Secondo la normativa, il datore di lavoro ha l'obbligo di adottare misure idonee ad eliminare e/o contenere al massimo il rischio di ferite ed infezioni sul lavoro, con l'utilizzo di Dispositivi Medici (DM) dotati di meccanismi di protezione e/o di sicurezza, in grado di proteggere l'operatore durante e al termine della procedura per la quale il dispositivo stesso è utilizzato. Il mercato offre una vasta gamma di DM dotati di meccanismi di protezione e/o di sicurezza per la prevenzione di ferite da punta; inoltre la Regione Emilia-Romagna, nell'ottobre 2014 con aggiornamento nel Febbraio 2015, ha emanato delle Linee di indirizzo e criteri di utilizzo. Lo scopo del lavoro è stato quello di valutare l'eventuale presenza di meccanismi di protezione e sicurezza da punta nei DM correlati ai farmaci inseriti nel Prontuario Terapeutico Locale.
Materiali e metodi. Con l'utilizzo del software informatico, sono state estrapolate le forme farmaceutiche a preparazione iniettabile, intramuscolare e sottocutanea contrattualizzate, gestite sia a scorta che a transito. Di queste, si sono esaminate le schede tecniche per verificare quali fossero dotati di dispositivi di sicurezza per la prevenzione di ferite da punta durante la somministrazione. Quindi, sono stati esclusi i farmaci che non prevedono in dotazione il dispositivo per la somministrazione del farmaco al paziente.
Risultati. Delle 164 schede tecniche esaminate, abbiamo rilevato che solo il 16,5% (27) dei farmaci del prontuario terapeutico locale presenta un sistema di sicurezza per la prevenzione di ferite da punta per la protezione dell'operatore sanitario durante la somministrazione del farmaco.
Conclusioni. La presenza del farmacista è di fondamentale importanza nelle commissioni di gara per l'acquisizione dei DM e dei farmaci e quindi nella predisposizione dei capitolati tecnici. A livello locale è stata posta particolare attenzione all'acquisizione di DM a tutela della salute degli operatori sanitari per la prevenzione della trasmissione di infezioni trasmissibili per via ematica. Il risultato del lavoro, dimostra come, per i farmaci presenti nel Prontuario Locale, siano ancora molto scarsi i dispositivi di protezione. Nelle future commissioni di gara alla luce di questi risultati e della nuova normativa, si potrà proporre di inserire nei capitolati tecnici un sistema di punteggio che valuti la presenza di sistemi di sicurezza per la somministrazione di farmaci iniettabili.

REALIZZAZIONE DI UN SOFTWARE PER LA GESTIONE DELLE TERAPIE ONCOLOGICHE

Altieri Giuseppe, De Gruttola Luana, Eleonora Capone, Francesca Ruggiero, Nicole Mazzeo, Lariccia Carmen, Raffaella Guida
Farmacia, A.O. S.G. Moscati (AV)

Introduzione. Nell' Ottobre 2013, presso l'Azienda Ospedaliera, è stata attivata l'Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici (U.Ma.C.A) che allestisce giornalmente in media sessanta chemioterapie. Nel primo anno l' attività di allestimento delle terapie è stata gestita senza un supporto informatico e il farmacista preparatore compilava manualmente i fogli di lavoro. Ad oggi il percorso è stato implementato con un software in grado di automatizzare la compilazione dei fogli di lavori necessari per l'allestimento delle terapie.
Materiali e metodi. Il percorso di gestione informatizzato delle chemioterapie è stato realizzato attraverso un software con un

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.176.66 Thu, 25 Apr 2024, 14:12:10

linguaggio Visual basic. L'informatizzazione ha permesso la compilazione automatizzata dei fogli di lavoro attraverso delle subroutine che permettono di svolgere compiti lunghi e ripetitivi digitando o selezionando un solo comando composto. Attraverso questo supporto è stato quindi possibile sviluppare in maniera rapida, sicura e tracciata la documentazione necessaria al preparatore nell'allestimento della terapia.
Risultati. L'informatizzazione del percorso ha reso possibile lo sviluppo di n. 10.421 fogli di lavoro automatizzati che corrispondono a n. 7.149 chemioterapie allestite. I vantaggi ottenuti dall'implementazione del percorso sono stati: velocizzazione e semplificazione della documentazione che accompagna l'allestimento chemioterapico, monitoraggio accurato dell'appropriatezza prescrittiva, gestione del rischio clinico con riduzione degli errori nella fase di prescrizione, allestimento ed etichettatura e aumento della sicurezza del paziente. Il software permette l'archiviazione in un database di informazioni sulla tracciabilità dell'allestimento delle terapie consentendo di realizzare report farmaco-economici utili alla Farmacia per ottemperare a quanto disposto dai decreti regionali.
Conclusioni. L'attività svolta è un esempio di come, in un sistema sanitario sempre più complesso, l'informatica, mediante l'utilizzo di software dedicati, dispositivi hardware e reti sofisticate, rappresenta l'unica soluzione per raccoglie, processare e trasmettere l'enorme quantità di dati da gestire. L'esperienza ha confermato quanto oggi sia fondamentale che il farmacista, che opera in ambito sanitario, debba possedere necessariamente conoscenze approfondite in materia di tecnologie informatiche innovative.

STRATEGIE PER LA PREVENZIONE DI EVENTI SENTINELLA IN AREA PEDIATRICA

Chiara Parati, Elisa De Pasqual,
Angela Luoni, Giuseppe Vighi
A.O. Niguarda Cà Granda, Milano

Introduzione. Da decenni nella nostra A.O. è attivo un sistema di monitoraggio dei near misses (errori evitati o intercettati o che non hanno provocato danni al paziente) e degli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente). Dopo segnalazione di alcuni errori in fase di prescrizione, preparazione e somministrazione nell'area pediatrica-neonatale si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per assicurare interventi volti a prevenire ulteriori eventi. Obiettivo è stato quello di realizzare protocolli comuni all'area infantile che standardizzassero la prescrizione, le diluizioni ed i diluenti impiegati dei farmaci ad alto rischio in pediatria, critici perché necessitano di diluizioni fino a bassissime concentrazioni.
Materiali e metodi. Si è costituito un gruppo di lavoro composto da anestesisti, cardiologi, pediatri, farmacisti ed infermieri per definire un elenco di farmaci ad alto rischio per il neonato e il bambino partendo dalle indicazioni della raccomandazione ministeriale 7
(prevenzione di morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologia). Sono state elaborate schede-farmaco con indicazioni su posologia, diluizioni standard, scelta del diluente, interazioni, riconoscimento e trattamento del sovradosaggio.
Risultati. Le schede-farmaco elaborate dal gruppo di lavoro sono digossina, eparina, fentanile, fenitoina, milrinone, isoprenalina. Si è data la massima diffusione delle schede a tutto il personale dell'area pediatrica, pubblicandole sulla intranet aziendale e ricordando anche i risvolti medico-legali derivanti dal fatto di non uniformarsi alla documentazione aziendale. L'introduzione di una scheda-farmaco dedicata, strumento di agile consultazione, ha permesso di definire le corrette posologie e standardizzare gli utilizzi del farmaco in ospedale. A fronte di tre eventi sentinella verificatesi nei due anni precedenti al lavoro del gruppo non vi sono state più segnalazioni di errori gravi relativi ai farmaci di cui abbiamo realizzato la scheda.
Conclusioni. Il gruppo costituito rientra nel piano d'azione per la riduzione del rischio clinico. L'errore in terapia farmacologica può avere un impatto sulla disabilità e sulla mortalità. La sorveglianza degli errori è strumento indispensabile per la prevenzione di tali eventi e la promozione della sicurezza dei pazienti pediatrici dove la terapia farmacologica è vulnerabile di per sé in quanto è maggiore la variabilità nei dosaggi e nelle diluizioni per mancanza di formulazioni pediatriche. È opportuno quindi prevedere passaggi obbligati come eseguire i calcoli della dose impiegando le stesse unità di misura, standardizzare le diluizioni e le abbreviazioni.
Bibliografia. -AIFA Guida all'uso dei farmaci per i bambini; -NeoFax and Pediatric; -Micromedex -Agostino R. Farmacoterapia neonatale. Edizioni Biomedia, 2009.

IMPATTO DELL'IMPLEMENTAZIONE DEL SOFTWARE cAppwHospital SULL'INCIDENZA DI ERRORI E NEAR MISS IN UN OSPEDALE MONOSPECIALISTICO ONCOLOGICO

Martina Milani,[1] Costantino Jemos,[1] Chiara Savino,[2]
Matteo Rubes,[2] Ugo Cirillo,[3] Paolo Zilioli[3] Emanuela Omodeo Salè[1]
[1]Servizio di Farmacia, [3]Sistemi Informativi (ICT),
Istituto Europeo di Oncologia, Milano
[2]Lutech SPA, Torino

Introduzione. L'applicazione di un software di prescrizione rappresenta un elemento importante nella strategia di prevenzione dell'errore e nell'organizzazione dei processi correlati alla prescrizione di chemioterapie in ambito ospedaliero. In questo contesto è stato avviato con un fornitore esterno un percorso di definizione e sviluppo di un software (cAppwHospital) per la gestione completa del processo. Lo scopo del seguente lavoro è misurare l'impatto di cAppwHospital sull'incidenza di eventi/near miss rilevati in prescrizione, partendo dalla mappatura del processo fino all'analisi dell'implementazione del software.
Materiali e metodi. La metodologia di modellazione per l'analisi del percorso del paziente si è basata su un approccio top-down ed ha previsto l'utilizzo di un linguaggio di modellazione formale object-oriented: UML (Unified Modeling Language). Lutech ha fornito una raccolta di tutte le richieste di modifica da parte degli operatori e dei bugs identificati e risolti. I near miss e gli errori rilevanti sono stati raccolti tramite un software (Vitruvio), analizzati e scomposti in due gruppi: gruppo relativo a flusso prescrittivo cartaceo e gruppo relativo a flusso informatizzato.
Risultati. La creazione di un modello per la rappresentazione del percorso del paziente ha reso possibile l'individuazione di debolezze e ridondanze nel processo. I punti di maggiore criticità sono stati associati ad una carenza di dati strutturati in formato digitale, di interoperabilità tra diversi sistemi e tracciabilità. La versione attuale del software è stata sviluppata grazie alle 109 richieste di modifiche ed all'identificazione in fase di test di 173 bugs. Gli schemi validati in cAppwHospital, dopo la revisione ad opera dei team coordinati dalla farmacia dei 495 schemi censiti, sono 249. Abbiamo quindi ottenuto una riduzione del 49,7% del numero degli schemi validati. La quota di prescrizione informatizzata è passata da 2016 prescrizioni nel 2012 a 7615 del 2014 con un aumento progressivo e continuo anche nel primo trimestre 2015. Le prescrizioni cartacee sono state 11705 nel 2014, l'incidenza di near miss/eventi rilevati nel flusso cartaceo è stato pari a 328 (incidenza= 2,8%) e 22 nel flusso informatizzato (incidenza= 0,29%). L'applicazione di cAppwHospital ha portato ad una riduzione dell'incidenza di near miss/eventi rilevati di un fattore 10.
Conclusioni. Il forte coinvolgimento degli utilizzatori nello sviluppo del software ha portato alla definizione di uno strumento in grado di ridurre i fattori predisponenti l'errore. La creazione di gruppi di lavoro coordinati dal farmacista ha permesso la standardizzazione degli schemi di terapia validati riducendo il numero di versioni sovrapponibili, sbagliate o non utilizzate nella pratica.

SPERIMENTAZIONE CLINICA E BIOETICA

USO TERAPEUTICO DEI MEDICINALI SOTTOPOSTI A SPERIMENTAZIONE CLINICA : L'ESPERIENZA DI UN'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

Maria Angelica Dargenio,[1] Maria Vittoria Lacaita,[1] Andrea Vincenzo Acquafredda,[2] Annunziata Visconti,[2] Anna Rita Gasbarro,[2] Margherita Padovano,[2] Maria Dell'Aera,[1-2] Michele Lattarulo[1-2]
[1]Scuola di Specializzazione in farmacia ospedaliera, Università di Bari, Servizio di Farmacia A.O.Policlinico, Bari
[2]Policlinico Consorziale Bari, Area Gestione Farmaceutica, A.O.Policlinico, Bari

Introduzione. Il decreto 8 Maggio 2003 consente l'accesso a farmaci non ancora immessi in commercio, ma in corso di sperimentazione, a pazienti per i quali non esista valida alternativa terapeutica. Tale uso terapeutico di medicinali sottoposti a sperimentazione clinica/uso compassionevole può essere effettuato previa approvazione da parte del comitato etico nel cui ambito di competenza origina la richiesta. L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di fotografare gli usi compassionevoli approvati dal comitato etico di un' azienda ospedaliero universitaria.
Materiali e metodi. I dati sono stati estrapolati da un database informatico in Access di gestione dell'attività del comitato etico