SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano di RISK MANAGEMENT

Anno 2013

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PIANO DI

RISK MANAGEMENT

ANNO **2013**

1.Premessa. Il Piano di Risk Management anno 2012: i risultati raggiunti.

Nell'ambito delle politiche aziendali in materia di miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa e di sviluppo della sicurezza del paziente, l'Azienda Sanitaria ASP di Potenza, con deliberazione n. 387 dell'11 maggio 2012, ha inteso istituire formalmente la funzione aziendale di Risk Management, nominando i componenti del "Gruppo di Coordinamento Aziendale Risk Management" e affidando il ruolo di Presidente del Gruppo al Direttore Sanitario.

Il Gruppo in parola si è insediato in data 14/06/2012 e, adempiendo ad uno dei compiti assegnatigli dalla citata deliberazione n. 387/2012, ha lavorato alla stesura del Piano di Risk Management per l'annualità 2012 e per l'annualità 2013, dibattendo al suo interno gli obiettivi da perseguire e le azioni da mettere in campo per una gestione integrata del rischio, a partire dall'analisi dei rischi e degli errori maggiormente rilevanti, per frequenza e significatività, nell'ambito dell'Azienda.

E' utile, anche, ricordare che l'adozione del Piano di Risk Management è un adempimento previsto anche dalla DGR n. 298 del 14/03/2012, la quale, nel fissare gli obiettivi di Salute e di Programmazione Economica Finanziaria per gli anni 2012-2013 per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS-CROB, ha previsto anche l'adozione da parte di ciascuna Azienda del Piano di previsione delle attività di Risk Management e della Relazione di attuazione delle attività di Risk Management.

Dalla realizzazione delle attività di risk management che si andranno a programmare, ci si attende nel lungo periodo (ovvero nell'arco del triennio 2012-2014) il conseguimento dei seguenti risultati:

- messa a regime di un sistema di rilevazione,valutazione e correzione dei rischi e degli errori;
- sviluppo dell' appropriatezza clinica e organizzativa, attraverso la revisione dei processi disfunzionali e/o a maggior rischio di errore e di in appropriatezza;
- riduzione degli errori e dei sinistri;
- riduzione dei costi del contenzioso;

- crescita di una cultura della salute più attenta alla sicurezza del paziente e dell'operatore, e più vicina al paziente.

La definizione del Piano di Risk Management per l'anno 2013 non può prescindere nei suoi contenuti dall'analisi dei risultati raggiunti con l'attuazione del Piano precedente.

Il Piano 2012 è stato approvato con deliberazione aziendale n.560 del 11.08.2012.

Lo sviluppo attuativo del Piano e delle progettualità è stato rendicontato nella relazione conclusiva, trasmessa alla Regione entro i termini previsti (28/02/2013) con nota prot. n. 32803 del 28.02.2013.

Gli interventi attuati nel 2012 hanno riguardato gli ambiti di seguito indicati.

- Rilevazione, analisi e valutazione dei rischi nelle diverse articolazioni aziendali, a partire dai flussi informativi già esistenti. In merito a tale area d'intervento, si è proceduto con sistematicità al **monitoraggio degli errori in sanità DM 11/12/2009- SIMES-Denuncia Sinistri e al monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009- SIMES-Eventi Sentinella e raccolta richiesta di risarcimento.**

- Farmacosorveglianza (attività di ispezione e verifica).

Sul versante dell'appropriatezza prescrittiva del farmaco e della vigilanza sul buon uso del farmaco e sulle possibili reazioni avverse, con ricadute positive anche sul versante della spesa, è attiva presso l'ASP l'U.O.S.D. di Farmacologia Clinica che, anche nel 2012, ha sviluppato una serie di azioni in tale direzione. Si rappresenta, inoltre, che il Dirigente Responsabile di tale U.O.S.D. è anche componente del Gruppo Aziendale *Risk Management*. Nel 2012 diverse sono state le azioni sviluppate per migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei MMG e dei Medici Specialisti e per ridurre il rischio per il paziente nell'ambito della terapia farmacologica. Di tali azioni si è rendicontato diffusamente nella Relazione di Attuazione del Piano 2012.

- Monitoraggio delle segnalazioni e reclami pervenuti dagli utenti/pazienti negli ultimi anni.

Con riferimento all'anno 2012 buona parte dei reclami/segnalazioni (il 74%) hanno riguardato l'area dell'assistenza specialistica e territoriale nonché il percorso tecnico-amministrativo per accedere ai servizi (cup, ticket, autorizzazioni, ecc); il restante 20% interessa complessivamente l'assistenza sanitaria di base, l'area della prevenzione e l'assistenza ospedaliera. Per quanto riguarda le problematiche poste dai cittadini, queste attengono prevalentemente ai tempi, agli aspetti burocratici-amministrativi, agli aspetti tecnico-professionali e all'informazione e trasparenza sui servizi; da segnalare che un 10% riguarda gli aspetti relazionali e dell'umanizzazione. Tutte le segnalazioni comunque sono state occasioni per promuovere ove necessario, azioni di miglioramento e di adeguamento dei servizi sanitari .

-Migliorare la sicurezza per il paziente nell'ambito della terapia farmacologica.

Con nota prot. n. 108717 del 13/09/2012, è stata richiamata l'attenzione dei Direttori delle diverse articolazioni sanitarie aziendali (Direttori di Dipartimento, di Distretto, di Presidio Ospedaliero, Farmaceutica Territoriale, ecc.) sulle direttive regionali, trasmesse con nota del 23 luglio 2012, aventi per oggetto le raccomandazioni ministeriali per la sicurezza nell'ambito della terapia farmacologica.

Successivamente, si è proceduto a pubblicare sul sito aziendale, nell'apposita sezione dedicata al Risk Management, le suddette raccomandazioni, al fine di darne la più ampia diffusione possibile e di consentire agli operatori di scaricarle.

Presso il Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri, infine, sono state approvate tre procedure, una per la gestione dei farmaci, una per l'utilizzo e la conservazione di soluzioni concentrate di potassio cloruro per la correzione dei bagni dialitici e una per la gestione dei farmaci LASA. Tali procedure saranno estese anche agli altri presidi ospedalieri e servizi sanitari.

- Forum sul sito aziendale per la segnalazione e discussione degli eventi avversi e degli eventi sentinella.

E' stato già attivato sul sito aziendale uno spazio dedicato al Risk Management e sono stati tenuti incontri con l'esperto esterno che gestisce il sito per l'attivazione del previsto Forum Aziendale, forum che sarà accessibile, per il momento, solo al personale aziendale per consentire la segnalazione degli incidenti e per stimolare la sensibilità degli operatori ai temi della sicurezza e della prevenzione del rischio.

Il Gruppo di Coordinamento, nel corso dell'anno 2012, ha svolto un'azione di monitoraggio degli obiettivi del Piano e dei Progetti definiti.

Gli incontri formali del Gruppo sono stati 4 e, come da verbali depositati agli atti, si sono svolti nelle seguenti date: 14/06/2012; 5/07/2012; 27/09/2012; 26/10/2012.

Negli ultimi mesi dell'anno l'attività del Gruppo si è concentrata sulla verifica e sulla rendicontazione delle progettualità previste e sul confronto in merito ai risultati raggiunti.

2.Obiettivi strategici e linee d'intervento della programmazione 2013.

L'obiettivo generale è quello di realizzare un sistema di Risk Management integrato, volto ad arginare le tipologie di rischio declinate in premessa, un sistema che sia basato sull'approccio per processi, nella convinzione che gli errori non vadano intesi solo come conseguenza dell'agire individuale bensì come conseguenza dell'agire organizzato (Reason, 1990).

Dato l'obiettivo generale e stante la condivisione di un' ottica di gestione del rischio centrata sull'organizzazione per processi, ***gli obiettivi specifici e le linee d'intervento del Piano di Risk Management anno 2013 sono:***

- rilevazione, analisi e valutazione dei rischi per la salute dei pazienti nelle diverse articolazioni aziendali;

- sviluppo delle competenze sul risk management del Gruppo di Coordinamento Aziendale attraverso un percorso formativo da realizzare entro l'anno 2013, anche in una prospettiva futura che veda il Gruppo nel ruolo di formatore interno a supporto dei servizi (tale percorso formativo era stato già inserito nel Piano di previsione 2012 ma non era stato possibile attuarlo);

- **attivazione dei protocolli per la gestione dei farmaci LASA nei presidi ospedalieri,** anche in conformità a quanto contenuto nella raccomandazione ministeriale n. 12/2010 " prevenzione degli errori in terapia con farmaci LOOK-ALIKE/SOUND-ALIKE (farmaci LASA)";
- controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali;
- prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie;
- messa a regime di un set dati sugli incidenti e infortuni sul lavoro e sul contenzioso;
- azioni per il coinvolgimento delle associazioni dei cittadini e per la sensibilizzazione degli utenti sulla tematica del rischio;
- ulteriori azioni per lo sviluppo del forum aziendale sul risk management.

3. I PROGETTI DEL PIANO ANNUALE 2013

Progetto "CORSO DI FORMAZIONE SUL RISK MANAGEMENT"

Premessa

Le organizzazioni sanitarie sono chiamate ad erogare prestazioni assistenziali di qualità e con margini di sicurezza nei confronti dei pazienti pur in presenza di risorse limitate, di carenze infrastrutturali e tecnologiche, oltre che di personale scarsamente sensibilizzato verso la cultura della sicurezza e della gestione del rischio. Il risultato di tutte queste concause è l'incremento del contenzioso tra gli utenti ed il sistema sanitario che finisce per gravare sui premi assicurativi aziendali compromettendo le relazioni, sempre più delicate e difficili, tra assistiti e strutture sanitarie.

Il Risk Management in Sanità nasce con lo scopo di gestire il rischio clinico e tutelare la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari, di promuovere una adeguata "cultura del rischio" partendo dall'analisi dei fenomeni e implementando tutte le azioni idonee volte al controllo dei processi assistenziali ed alla riduzione del rischio da essi derivanti.

Obiettivi del Progetto

L'accadimento di un evento avverso, ovvero la " probabilità che il paziente subisca un danno o disagio imputabile alle cure prestate durante il periodo di degenza", solitamente è il risultato dell'interazione di numerosi fattori, umani, tecnici , organizzativi e di processo.

Il riconoscimento della complessità del Sistema Sanitario rende necessario un approccio multidisciplinare che ben si evidenzia nella costituzione del "Gruppo di Coordinamento Aziendale del Risk Management". Allo stesso modo appare necessario un adeguato periodo formativo rivolto ai componenti del Gruppo in parola, che permetta l'approfondimento dei diversi aspetti della tematica del rischio e che permetta un confronto con professionalità anche provenienti da settori diversi da quello sanitario.

L'obiettivo generale che s'intende perseguire attraverso la realizzazione del Corso è dunque quello di sviluppare le conoscenze e le abilità necessarie per :

- Rilevare, analizzare e valutare in modo sistematico i fenomeni di interesse (quali reclami, contenziosi, incidenti e rischi strutturali, organizzativi e professionali);
- Individuare le priorità di intervento elaborando progetti di intervento e/o miglioramento;

- Mettere in atto gli interventi progettati ed ottimizzare i processi organizzativi al fine di ridurre il rischio;
- Misurare "sul campo" i risultati raggiunti nelle varie articolazioni aziendali;
- Divulgare periodicamente i dati raccolti.

Contenuti del Corso

Il percorso di formazione rivolto ai componenti del Gruppo dovrà approfondire i seguenti ambiti :

1) economico-sanitario

2) gestionale-organizzativo

3) giuridico, con indirizzo assicurativo.

4) tecnologico, per le attrezzature biomedicali .

Metodologia del Corso

I moduli di insegnamento dovranno prevedere sia il ricorso alle *lezioni didattiche tradizionali* con le necessarie verifiche dell'apprendimento, sia anche la realizzazione di *seminari* e *conferenze* su singoli temi di interesse, tenendo conto delle specificità aziendali. Da sottolineare a tal proposito l'ampio bacino di utenza dell'Azienda Sanitaria di Potenza e le numerose strutture di erogazione dei servizi, oltre quelle ospedaliere (strutture riabilitative e per lungodegenti, RSA, ambulatori specialistici, Centri di Salute Mentale, Uffici amministrativi, ecc.)

Durata del Corso

–La durata complessiva prevista è di circa tre mesi, durante i quali prevedere un numero adeguato di ore (circa 60), distribuite tra i vari ambiti tematici.

Tempi di realizzazione: entro dicembre 2013.

Costi presunti: € 30.000,00.

Progetto "PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI NELLE STRUTTURE SANITARIE"

INTRODUZIONE

Il Ministero della Salute nel novembre 2011 ha emanato la Raccomandazione n. 13 sulla prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti ricoverati in ambiente sanitario in cui ricorda che "le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi ed, in alcuni casi, la morte." Le cadute e le loro conseguenze provocano un allungamento della degenza, un aumento della disabilità, un aumento della spesa pubblica e del contenzioso medico-legale.

Le persone coinvolte sono soprattutto anziane, defedate, con ridotta autonomia funzionale, con problemi osteoarticolari o affette da patologie neurologiche, anche degenerative, quali demenza o M. di Alzheimer. Vi è molta attenzione sull'argomento da parte di organismi internazionali (OMS) che considerano la prevenzione e la gestione delle cadute una priorità dei sistemi sanitari moderni. La OCSE ,inoltre, considera l'evento "cadute"uno degli **indicatori di sicurezza** delle cure e da monitorare nell'ambito di un progetto di **qualità dell'assistenza**.

EPIDEMIOLOGIA

Si stima che il 14 % delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali ; l'8 % come imprevedibile, considerate le condizioni cliniche del paziente ; che il 78 % rientri tra le cadute prevedibili per fattori di rischio identificabili della persona. La frequenza delle cadute aumenta con l'età, è indipendente dalla razza e fino a 75 anni le donne sono coinvolte più degli uomini. Studi recenti riportano tassi di caduta variabili da 3 a 13 per 1000 giorni di ricovero a seconda della tipologia della struttura e del tipo di paziente(Oliver D.,Connelly J.B. et al. BMJ 2007). Circa il 20 % delle cadute richiede un intervento medico e il 5-10 % causa una frattura.

OBIETTIVI

- Prevenire l'evento avverso attraverso la individuazione dei pazienti a rischio.
- Ridurre il numero di incidenti prevedibili ed accidentali .
- In caso di occorrenza dell'evento minimizzare e gestirne le conseguenze, agendo su tutte le componenti che concorrono al suo verificarsi.
- Dotare tutte le strutture di una scheda paziente e di procedure omogenee.

AZIONI

Allo scopo di conseguire gli obiettivi sopra esposti abbiamo analizzato la procedura in atto presso l'Ospedale di Villa d'Agri e, avendola ritenuta idonea, verrà proposta all'approvazione da parte della direzione strategica, prima di estenderla a tutte le strutture sanitarie aziendali comprese lungodegenze ,

comunità residenziali e riabilitazioni. La procedura tiene conto delle componenti multifattoriali delle cadute valutando i rischi ambientali ed individuali.

Particolare cura andrà riservata alla valutazione dei pazienti al loro ingresso nelle strutture sanitarie, alla terapia farmacologica in corso, alle condizioni neurologiche ,alla capacità di deambulazione e possibilità di mobilizzazione con e senza ausili.

E' prevista la compilazione di una scheda unica per la segnalazione degli eventi e le loro conseguenze.

Tutto il personale coinvolto nel processo assistenziale deve essere sensibilizzato per attuare misure di prevenzione e ottimizzare la gestione del paziente al verificarsi dell'evento. Andranno previsti periodici aggiornamenti del personale tesi ad una corretta gestione e comunicazione degli incidenti. Occorrerà anche attivare interventi mirati alla informazione dei pazienti e dei familiari perché concorrano al miglioramento dell'assistenza .

Nell'implementare le raccomandazioni a livello aziendale si terrà conto della specificità delle strutture e dei pazienti. Il monitoraggio periodico delle attività poste in essere consentirà di individuare le azioni di miglioramento.

RESPONSABILITA'

Consapevoli della necessità di confrontarsi con gli errori proponiamo un modello culturale nuovo in cui non prevalga la logica della colpa ma della responsabilità.

Tutto il personale che prende in carico i pazienti, medico, paramedico, tecnico e di supporto, assume il peso della valutazione e della gestione dei comportamenti e dei presidi da adottare per ridurre lo specifico rischio. Questo permetterà di costruire una solida cultura della sicurezza con ricadute positive sia nel ridurre gli incidenti sia ottimizzando le prestazioni degli operatori inteso come miglioramento organizzativo.

Progetto "PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE AI PROCESSI ASSISTENZIALI: L'APPLICAZIONE DEI BUNDLES"(pacchetti comportamentali).

Premessa

Il piano sanitario nazionale 1998-2000, ha individuato all'obiettivo 2 il contenimento di almeno il 25% dell'incidenza delle I.O. legate a pratiche assistenziali. Nel 2005 inoltre, lo stesso è stato individuato quale obiettivo strategico per un'assistenza di qualità. La prevalenza delle infezioni ospedaliere, secondo le diverse statistiche e studi effettuati, varia dal 5 al 10% con un allungamento della degenza media che comporta incrementi dei costi diretti ed indiretti, e con una mortalità generale che si aggira intorno al 1%. Quest'ultima raggiunge valori molto più elevati nei reparti ad alto rischio. In altri settings assistenziali, quali le strutture residenziali e l'assistenza domiciliare, la prevalenza è, rispettivamente, 8-12/100 casi studiati nel primo, e 1ogni 100 pazienti assistiti, nel secondo caso.

Numerosi studi dimostrano che la realizzazione di programmi di controllo delle infezioni, ben strutturati e con personale formato, contribuisce a ridurre le infezioni correlate all'assistenza.

Il Piano Sanitario Nazionale 2010-2012 definisce le scelte strategiche della politica sanitaria in termini di opportunità e vincoli, che si orientano, tra l'altro a:

• il miglioramento e potenziamento della prevenzione;

• la promozione e la diffusione nei servizi sanitari del governo clinico, della qualità e

della sicurezza dei pazienti;

• il miglioramento e la qualificazione del personale dei servizi sanitari.

Il controllo delle Infezioni Ospedaliere e, in una accezione più ampia, delle Infezioni correlate ai Processi Assistenziali (ICPA), deve interessare tutti gli operatori sanitari.

La lotta a queste infezioni, infatti, rappresenta una sfida in cui non si dovrebbe lasciare nulla di intentato perché colpiscono soggetti già malati, con evidenti conseguenze e ripercussioni sul sistema sanitario. Da non sottovalutare neppure un problema che spesso è sottovalutato quale quello delle infezioni occupazionali (Infezioni Occupazionali Ospedaliere: I.O.O.).

Purtroppo è ormai accertato che solo una parte delle ICPA, circa il 25%, è prevenibile e che, in alcuni casi, nonostante l'applicazione di procedure corrette, non possono essere evitate.

L''individuazione tempestiva e l'adozione di adeguate misure, nei comportamenti come nelle terapie, possono limitarne la gravità e la diffusione. Sorvegliare e prevenire sono, quindi, compiti in cui ciascuno va coinvolto nell'ambito di ruoli e competenze specifici, ma soprattutto è importante adottare comportamenti e procedure corrette che ne riducono il rischio.

Per fare ciò occorre:

- conoscere i rischi per il paziente e per gli operatori legati agli interventi assistenziali ed alle procedure invasive che, inevitabilmente, sono a rischio;
- approfondire le conoscenze circa le condizioni che determinano immuno-compromissione, come nel caso paziente oncologico, nelle terapie intensive, e nell'anziano, nel prematuro, ecc.;

- essere a conoscenza che erronei comportamenti prescrittivi (di antibiotici ad esempio) possono influenzare e modificare l'ecosistema microbiologico e favorire quello che oggi è il rischio più rilevante: la selezione, la colonizzazione e la possibile infezione da parte di patogeni nosocomiali multi antibiotico-resistenti.
- conoscere ed approfondire il ruolo che gli operatori addetti all'assistenza svolgono nel determinismo delle I.C.P.A. .

Per poter garantire un ambiente sicuro e sviluppare nei lavoratori la "cultura" della sicurezza nell'ambiente di lavoro, è necessario agire, oltre che sulle conoscenze, sulla consapevolezza del problema in modo che l'equipe clinico- assistenziale possa adottare comportamenti conformi a norme, procedure e protocolli, standard e nuove metodologie di lavoro.

Analisi di contesto

In una struttura ospedaliera di piccole dimensioni (120 p.l. e con circa 6000 ricoveri all'anno, con una prevalenza media del 7% di ICPA nei confronti dei pazienti ricoverati, si può stimare un numero di circa 450 casi di infezioni ospedaliere nelle loro diverse manifestazioni (Infezioni delle vie urinarie, infezioni del sito chirurgico, infezioni respiratorie, ecc.). Un'analisi dei costi diretti, rifacendosi al costo medio aggiuntivo dovuto alla maggiore permanenza in ospedale, e quindi ai costi alberghieri, ai costi delle terapie, di personale, ecc., ci fa stimare un valore di circa 400 mila euro. L'adozione e l'applicazione di misure semplici e di facile adesione come l'igiene delle mani e protocolli assistenziali corretti, migliorando atteggiamenti e comportamenti, possono ridurre sino al 25% la prevalenza delle infezioni. Nel contesto innanzi descritto a mo' di esempio, la stima del risparmio ammonterebbe a circa 100 mila euro. Questo senza tenere conto di eventuali contenziosi. Alla cifra di cui innanzi si deve sommare il costo diretto ed indiretto che l'Azienda sostiene per le infezioni occupazionali del personale sanitario/assistenziale.

Sorveglianza

L'implementazione di un sistema di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza richiede un impegno di risorse, umane e tecnologiche, dedicate. I programmi di sorveglianza, inoltre, non sono fini a se stessi, ma hanno un senso se alla sorveglianza ed ai risultati della medesima, corrispondono le azioni mirate al controllo del fenomeno. Purtroppo però, da sempre, ma oggi ancora in misura maggiore a causa delle difficoltà congiunturali che vivono le organizzazioni sanitarie, le criticità connesse alla possibilità di implementare un sistema di sorveglianza sono rappresentate in primo luogo dalla carenza di risorse disponibili, anche dovuta ad una ridotta percezione della rilevanza del problema. Una recente indagine ha evidenziato come in Italia solo il 62% degli ospedali pubblici disponga di una figura infermieristica adeguatamente formata sulla materia. Tale percentuale scende al 53% se si considera la figura medica. Ancora, spesso non c'è il necessario supporto da parte dei laboratori. E'supefluo ricordare che tale situazione presenta variabilità notevoli tra le diverse regioni. Inoltre, a mio avviso, sono da aggiungere anche altri fattori quali la ridotta diffusione di programmi formativi. In merito a tale ultimo aspetto, potrebbe essere utile una formazione specifica da inserire nei progammi di laurea triennale in Scienze Infermieristiche ed anche al momento dell'ingresso nel mondo del lavoro. Non da ultimo, in considerazione dei diversi setting's assistenziali, va considerata la scarsa attenzione al problema delle ICPA nelle diverse forme di assistenza territoriale (Residenze Sanitarie, ADI, ecc.).

Le criticità innanzi rilevate, che non sono evidentemente tutte quelle che interferiscono sulla implementazione di un corretto sistema di sorveglianza, appaiono, nella ns. realtà, un problema di non

facile e non immediata soluzione. Compito del Gruppo sarà anche quello di favorire la costruzione di un sistema aziendale. Questo non vuol dire che nulla si possa fare! La proposta che di seguito viene formulata, tenendo conto delle difficoltà innanzi rappresentate che al momento non permettono in tempi rapidi l'avvio di un sistema di sorveglianza aziendale ben strutturato ed efficace, parte dal presupposto che alcune corrette pratiche assistenziali possono contribuire a ridurre il rischio di ICPA. In sostanza, il principio che ispira l'applicazione di "pacchetti di comportamento" (bundle secondo la definizione elaborata dall' IHI-Institute for Healthcare Improvement), è quello che la corretta esecuzione di un gruppo di interventi scientificamente validati (da 3 a 5), attraverso l'applicazione di protocolli a loro volta validati, si dimostra più efficace rispetto alle singole azioni. In sostanza, l'efficacia è collegata alla corretta applicazione di un processo validato scientificamente che già di per se è garanzia per ridurre il rischio di infezione assistenziale.

Bundles elaborati dall'IHI

I principali bundle elaborati dall'IHI per il controllo delle ICPA sono:

- **Bundle per la prevenzione della batteriemia da catetere venoso centrale (CVC)** La lesione cutanea da catetere è una potenziale porta di ingresso di agenti patogeni con rischio di grave sepsi e morte. In letteratura la frequenza di infezioni correlate a CVC (ICCVC) pari a 5,3 per 1.000 giorni/catetere in UTI, con una letalità attribuibile intorno al 18%, un prolungamento medio della degenza pari a 7 giorni e un costo compreso tra 3.000 e 25.000 euro.
- **Bundle per la prevenzione dell'infezione del sito chirurgico (SSI)** Le SSI raggiungono ca. il 15-20% delle ICPA potendo interessare e possono interessare i **diversi organi e tessuti, superficiali e profondi.** L'incidenza varia in rapporto al tipo di intervento (pulito, sporco). La comparsa di una SSI prolunga la degenza di circa 7 giorni, con un costo aggiuntivo medio del 10-20%, e con rischio di severe complicanze.
- **Bundle per l'infezione del tratto urinario associato a cateterismo vescicale (CAUTI)** Il rischio di contrarre una CAUTI è strettamente correlato alla durata del cateterismo, al tipo di catetere utilizzato ed alle condizioni dell'ospite. L'utilizzo di catetere aperto per più di 4 giorni determina una CAUTI praticamente nel 100 per cento dei casi.
- **Bundle per la prevenzione della polmonite associata a ventilazione assistita (VAP)** La VAP è la tipica complicanza infettiva nei pazienti ricoverati nelle Unità di Terapia Intensiva (UTI), con circa il 25 % di tutte le infezioni. La mortalità associata a VAP è molto elevata, con costi anche essi elevati.

Gli studi scientifici condotti sull'applicazione dei bundles per la prevenzione delle ICPA hanno messo in evidenza una riduzione dei tassi di infezione e di mortalità, oltre che la riduzione dei tempi di degenza.

L'applicazione dei bundles potrebbe essere pertanto un metodo che può contribuire al controllo delle ICPA attraverso l'adesione ai protocolli assistenziali in essi riportati.

Nel corso dell'anno 2013 i Bundles che saranno implementati sono i seguenti:

1. **Bundle per prevenzione della batteriemia (BSI) da catetere venoso centrale (CVC)**

Il Central Line Bundle si compone dei seguenti elementi:

1. ***igiene delle mani;***
2. ***massimo utilizzo delle precauzioni barriera all'atto dell'inserimento del catetere da parte dell'operatore sanitario (cappuccio, maschera, camice e guanti sterili, mentre il paziente viene ricoperto con un telo sterile ad eccezione dell'area di inserimento del catetere);***
3. ***disinfezione (antisepsi) della pelle con Clorexidina al 2%;***
4. ***selezione del sito ottimale per l'inserimento del catetere (il sito di elezione per l'inserimento del CVC non tunnellizzato è la vena succlavia, se non controindicata, in quanto presenta un minore rischio infettivo);***
5. ***valutazione giornaliera della necessità di mantenimento del catetere venoso centrale, con pronta rimozione quando questa viene a cessare.***

L'applicazione del Central Line Bundle si è dimostrata efficace nel ridurre il tasso di BSI CVC, e l'esperienza del Neurotrauma Intensive Care Unit (NTICU) dell'Hermann Memorial Hospital, Houston, sottolinea l'importanza della pianificazione, all'interno del team bundle, degli interventi di sorveglianza e di verifica giornalieri per assicurare la corretta gestione del bundle. In questa Unità nel 2004 il tasso di BSI è passato da 8,8 BSIs/1000 giorni-catetere durante il primo trimestre del 2004 (periodo pre-bundle), a 6.5-6.9 BSIs/1000 giorni-catetere durante il 2° e 3° trimestre, quando il Central Line Bundle è diventato operativo, per scendere ad un tasso di 4,3 BSI/1000 giorni-catetere nel 4° trimestre, quando la verifica dell'esecuzione del bundle è stata affidata ad uno specifico operatore sanitario.

2. **Bundle per infezione del tratto urinario associata a catetere (CAUTI)**

Il bundle prevede:

1. ***la valutazione giornaliera della possibilità di rimozione del catetere urinario;***
2. ***il mantenimento della borsa di drenaggio delle urine al disotto della vescica;***
3. ***l'utilizzo di un sistema sterile a drenaggio chiuso;***
4. ***l'utilizzo di un dispositivo di fissaggio per impedire lo spostamento del catetere.***

Nell'esperienza statunitense il personale infermieristico è stato contemporaneamente aggiornato sulle metodiche del bundle con un corso di formazione obbligatorio.

Non sono attualmente disponibili in letteratura lavori che riportino i risultati dell'applicazione di questo bundle.

Conclusioni

Gli studi sull'applicazione dei bundle per la prevenzione delle ICPA hanno evidenziato una riduzione dei tassi di mortalità e di infezione come pure dei tempi di degenza. Gli elementi di forza del bundle sono rappresentati:

a) **dalla buona organizzazione di un nucleo coeso, il team bundle, che opera in maniera sincrona nell'ideazione, nella gestione e nella verifica del bundle;**

b) **dal ristretto numero di elementi, sempre supportati da una dimostrata base scientifica, presenti nel bundle. Questo consente al team di seguirne con relativa facilità l'esecuzione e la verifica.**

Progetto "ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI FARMACI LASA NEI PRESIDI OSPEDALIERI".

La procedura di seguito riportata è già in uso presso il Presidio di Villa d'Agri. Nel corso dell'anno sarà implementata anche negli altri presidi ospedalieri.

Gestione dei farmaci

ELENCO EMISSIONI/APPROVAZIONI/**REVISIONI:**

Rev.	**REDATTO**	**VERIFICATO**	**APPROVATO**
000	**Data 23/04/2012**	**Data : 08/06/12**	**Data: 01/09/12**
	Firma: Dott. Alberto Iorio Dott. Giuseppe Cardone CS Porzia Santa Sillari Dr.ssa G. Di Virgilio	Servizio di Farmacia	Direttore Sanitario P.O. Villa d'Agri Dr. Bruno Masino

DOCUMENTI ALLEGATI/CORRELATI

Rif.	Documenti	Nome File	Rev.
all.1	Elenco farmaci LASA	ELENCO FARMACI LASA (aggiornato al 31 dicembre 2010)	

INDICE

1. PREMESSA ..... pag. 3

2. SCOPO DELLA PROCEDURA ..... pag. 3

3. CAMPO DI APPLICAZIONE ..... pag. 3

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI ..... pag. 3

5. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI ..... pag. 4

6. AZIONI E RESPONSABILITA'……pag. 5

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' ..... pag. 10

8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI..... pag. 11

11. LISTA DI DISTRIBUZIONE …….. pag.12

1. Premessa

Tra gli errori in terapia quelli più frequenti sono riferiti all'uso dei farmaci cosiddetti "Look-Alike/Sound-Alike" o LASA, acronimo utilizzato per indicare quei farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni.

I nomi che si scrivono e/o si pronunciano in modo simile, le confezioni simili nelle dimensioni, forma, colore, indicazione del dosaggio e disposizione dei caratteri, possono indurre in errore durante tutte le fasi della gestione del farmaco sia in ospedale, che sul territorio (in questo caso, ad esempio, negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia),nelle Farmacie di Comunità, nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o presso il domicilio del paziente.

La sicurezza dei pazienti è un aspetto prioritario dell'assistenza sanitaria al quale lo Stato, le Organizzazioni Sanitarie e tutti gli operatori sanitari devono concorrere per individuare soluzioni uniformi su tutto il territorio nazionale, valorizzare le competenze degli operatori sanitari ed intraprendere azioni a tutela della salute dei cittadini.

Il Ministero della Salute nell'ambito delle attività volte al miglioramento della qualità dei servizi sanitari, ha avviato il **Progetto "Farmaci LASA e Sicurezza dei pazienti",** per accrescere la consapevolezza della possibilità di errore nell'uso di quei farmaci che possono essere confusi con altri per gli aspetti innanzi riportati.

2. Scopo

Lo scopo della presente procedura è la prevenzione degli errori in terapia legati all'uso dei farmaci LASA sia in ambito ospedaliero, sia in ambito territoriale. Inoltre, fornire indicazioni per prevenire lo scambio tra farmaci con somiglianza fonetica e grafica nel nome, nonché somiglianza nella confezione, e sensibilizzare tutti gli operatori sanitari e i vari attori coinvolti nella gestione del farmaco per mettere in atto tutte le misure preventive al fine di evitarne lo scambio.

3. Campo di applicazione

La presente procedura si dovrà applicare in tutte le UU.OO. e Servizi dei Presidi Ospedalieri e in tutte le strutture sanitarie dell'ASP di Potenza dove avviene la conservazione e l'utilizzo dei farmaci.

4. Riferimenti normativi e documentali

Normativa riguardante i medicinali

- Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 541. "Attuazione della direttiva 92/28/CEE concernente la pubblicità dei medicinali per uso umano".
- Legge 23.12.1996, n. 648 - Conversione in legge del decreto-legge 21 ottobre 1996, n.536, recante misure per il contenimento della spesa farmaceutica e larideterminazione del tetto di spesa per l'anno 1996.
- Legge 8.04.1998, n. 94 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria.

Linee guida e raccomandazioni:

- Linee Guida della American Society of Hospital Pharmacy Guidelines on reventing
- Medication Errors in Hospitals. www.ahsp.org (Am J Hosp Pharm 1993; 50: 30).
- Raccomandazioni del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Recommendations from the National Coordinating Council for
- Medication Error Reporting and Prevention. 19.03.1999. www.nccmerp.org
- Ministero della Salute. Commissione tecnica sul rischio Clinico (DM 5/3/2003): Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Marzo 2004 www.ministerosalute.it
- Ministero della Salute. Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio- Giugno 2005 www.ministerosalute.it
- Raccomandazione n. 12, agosto 2010 Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci " look-alike/ sound-alike";
- Progetto "Farmaci LASA e Sicurezza dei pazienti" : elenco farmaci LASA (aggiornato al 31 dicembre 2010).

5. Definizioni e abbreviazioni

DEFINIZIONI	
Dosaggio	Quantità di principio attivo presente in un'unità posologica (es. compressa, fiala, ecc.)
Dose	Quantità di un farmaco necessaria per conseguire con la sua somministrazione un determinato effetto farmacologico.
Farmaco	Qualsiasi sostanza inorganica o organica naturale o sintetica, capace di produrre in un organismo vivente modificazioni funzionali, utili o dannose, mediante un'azione chimica, fisica o chimico-fisica.
Scheda unica di terapia farmacologica (SUT)	Componente, opportunamente strutturata tenendo conto delle specifiche occorrenze dell'area di lavoro, della documentazione sanitaria sulla quale sono registrate le prescrizioni di farmaci ordinarie e urgenti e le avvenute somministrazioni.
Principio attivo	Componente essenziale di un farmaco dotata di attività farmacologica.

LASA / Look-Alike/Sound-Alike	acronimo utilizzato per indicare quei farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni (elenco Allegato n.1)
PTO	prontuario terapeutico ospedaliero

ABBREVAZIONI	
Coord ass. /Caposala	Coordinatore assistenziale/Caposala Coordina i professionisti sanitari di area non medica (infermiere, infermiere pediatrico, ostetrico/a, assistente sanitario) coinvolti nel processo di gestione del farmaco.
Farm.	Farmacista
Med.	Medico
Inf.	Infermiere
P.d.a.	Professionista dell'assistenza. Professionista sanitario di area non medica, (infermiere, infermiere pediatrico, ostetrico/a, assistente sanitario) coinvolto nel processo di gestione del farmaco.

6. Azioni e Responsabilità

Fattori che possono contribuire allo scambio di farmaci sono:

- la scarsa conoscenza della problematica collegata all'uso dei farmaci LASA;
- la mancanza di indicazioni riguardo la gestione dei farmaci LASA sia in ambiente ospedaliero sia presso le Farmacie di comunità e gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia;
- il confezionamento simile di alcuni farmaci appartenenti alla stessa Azienda farmaceutica o ad Aziende diverse, inclusi i generici ed i galenici;
- la conservazione e l'organizzazione in ordine alfabetico e per forma farmaceutica senza indicazioni di possibile rischio di scambio;
- la scrittura illeggibile delle prescrizioni;
- l'eterogeneità nell'utilizzo di sigle, abbreviazioni e acronimi, non condivisi con altri operatori sanitari;
- la scarsa conoscenza dei farmaci di nuova immissione in commercio e di quelli non presenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO);

- la inadeguata o carente comunicazione tra medici o tra medico ed altri operatori sanitari, o ancora tra medico e caregiver;
- la mancata verifica, da parte del medico e/o del farmacista, che il paziente abbia effettivamente compreso la terapia prescritta;
- la scarsa conoscenza, da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia, dei farmaci assunti a domicilio.

7. Descrizione delle attività svolte

Le attività descritte, con le dovute differenze per i farmaci LASA, si richiamano alla "Procedura Gestione dei farmaci" Cod: PRHDS001100

6.1. La prescrizione deve soddisfare i seguenti requisiti:

La prescrizione della terapia con farmaci LASA è una competenza specifica del Medico di U.O./Servizi.

I requisiti della prescrizione sono:

a) Chiarezza grafica: ci si riferisce all'impiego di scrittura agevolmente ed inequivocabilmente interpretabile. Il ricorso al carattere stampatello non è di per sé garanzia di chiarezza quando la personalizzazione della scrittura renda incerta l'interpretazione.

b) Chiarezza di contenuto: i nomi commerciali o i principi attivi dei farmaci non devono mai essere abbreviati; non devono essere utilizzati abbreviazioni o acronimi che possano ingenerare confusione tra loro o con cifre (per esempio "u", invece di "unità", potrebbe essere confuso con uno "zero").

Deve essere evitato al massimo l'uso di numeri decimali (per esempio, scrivere 500 mg invece di 0,5 g); in caso di utilizzo di numeri decimali, usare sempre uno "zero" iniziale prima di un numero decimale inferiore ad uno (per esempio 0,5 ml); per contro, evitare l'uso di uno "zero" terminale dopo un numero unitario (per esempio 5,0 ml) poiché tale scritta potrebbe prestarsi ad erronea lettura con somministrazione di dosaggio 10 volte più elevato.

c) Completezza: la prescrizione deve recare indicazione di:

- generalità del paziente;
- nome commerciale e/o il principio attivo del farmaco, dose, forma farmaceutica,
- posologia, via di somministrazione, modalità di somministrazione (velocità e tempo di
- infusione, ecc.), durata del trattamento (inizio e termine);
- data e preferibilmente anche ora e minuti (ora e minuti necessariamente per le prescrizioni in urgenza);
- firma identificabile del prescrittore.

d) Tracciabilità: utilizzo di penna a inchiostro indelebile, con divieto di ricorso a metodi di cancellazione, quali bianchetto o scolorine, che annullino la scritta.

La correzione di eventuali errori deve essere effettuata apponendo una linea di penna indelebile sulla scritta oggetto di rettifica e un'annotazione aggiuntiva, recante la scritta corretta, con data e firma di chi la effettua.

6.2. Modifica della prescrizione

Per modifica della prescrizione si intende ogni variazione attinente a uno o più elementi costitutivi di una precedente prescrizione.

Sul piano concettuale, nonché per i profili di responsabilità, la modifica si configura quale nuova prescrizione e, come tale, deve soddisfare i requisiti sopra indicati.

In aggiunta a questi occorre tenere presente che la variazione deve essere registrata in modalità tale da:

- mantenere la traccia di quanto precedentemente prescritto;

- permettere di apprezzare agevolmente l'intervenuto cambiamento.

Qualsiasi modifica/aggiornamento di terapia deve essere effettuata sulla SUT e comunicata al collaboratore professionista dell'assistenza.

In modo particolare, per evitare errori in terapia dovuti allo scambio di farmaci LASA, è utile seguire le seguenti **Raccomandazioni**:

a. prestare particolare attenzione alla conservazione dei farmaci (anche di quelli sul carrello della terapia): disporre separatamente, sia in Farmacia che in reparto, nonché negli ambulatori, quei farmaci con nomi e/o confezionamento simili oppure evidenziarne la somiglianza, utilizzando metodi e strumenti (anche contrassegni supplementari, codici colore, "allerte") purché condivisi tra Farmacia e reparti e diffusi dalla Direzione sanitaria;

b. evitare le richieste verbali o telefoniche dei farmaci. Se ciò fosse necessario, e solo in caso di urgenza, ripetere chiaramente o scandire lettera per lettera, il nome del farmaco o del principio attivo e il dosaggio;

c. precisare nelle prescrizioni la forma farmaceutica e la via di somministrazione: in caso di dubbio consultare il medico prescrittore o il farmacista e per la congruenza della prescrizione accertarsi anche dell'indicazione terapeutica;

d. evitare l'uso di abbreviazioni, soprattutto se le prescrizioni e le richieste dei farmaci sono scritte a mano oppure usare abbreviazioni condivise;

e. preferire la scrittura in stampatello, soprattutto se non è presente la prescrizione informatizzata;

f. prevedere un doppio controllo delle preparazioni, almeno per i *farmaci ad alto livello di attenzione*;

g. in fase di dimissione fornire ai pazienti le informazioni (anche per iscritto e possibilmente in stampatello), relative ai farmaci in terapia domiciliare riguardo a: interazioni (incluso con alimenti), modalità di assunzione, conservazione, controindicazioni, effetti collaterali, precauzioni d'uso.

h. formalizzare la gestione dei farmaci fuori PTO la cui fornitura,opportunamente motivata dal medico prescrittore e concordata con la Farmacia ospedaliera, deve essere limitata, ma garantita in tempi brevi;

i. prevedere la formazione periodica sul rischio da farmaci LASA;

m. avviare e sviluppare un sistema di segnalazione interno degli eventi avversi da farmaco a fini di studio e nel rispetto della normativa in tema di privacy, e nello stesso tempo favorire la segnalazione di eventi

sentinella al sistema SIMES del Ministero della Salute tramite la propria Regione;

n. favorire l'invio delle informazioni relative ai farmaci LASA alla casella di posta elettronica Terapiaesicurezzapazienti@sanita.it.

Il professionista Infermiere a cui compete il seguito operativo ,preparazione e somministrazione, per evitare qualsiasi rischio per il paziente, dovrà attingere necessariamente da un'unica fonte informativa, da identificarsi con la scheda unica di terapia farmacologica **Allegato 1 della procedura Cod: PRHDS001100**

7.1 Richiesta dei farmaci LASA

Dovrà essere effettuata secondo le modalità riportate nella procedura **Cod: PRHDS001100**

***Da preferirsi la richiesta per via informatica*.**

- evitare le richieste verbali o telefoniche dei farmaci. Se ciò fossenecessario, e solo in caso di urgenza, ripetere chiaramente o scandire lettera per lettera, il nome del farmaco o del principio attivo e il dosaggio;
- precisare nelle prescrizioni la forma farmaceutica e la via disomministrazione: in caso di dubbio consultare il medico prescrittore o il farmacista e per la congruenza della prescrizione accertarsi anche dell'indicazione terapeutica;
- evitare l'uso di abbreviazioni, soprattutto se le prescrizioni e le richieste dei farmaci sono scritte a mano oppure usare abbreviazioni condivise

6.2. Tenuta e conservazione dei farmaci

Il Coordinatore assistenziale/Caposala è responsabile della gestione dell'armadio farmaceutico dell'approvvigionamento e della conservazione dei prodotti farmaceutici.

I farmaci LASA , compresi quelli sul carrello di terapia , bisogna :

- disporli separatamente dai farmaci con nomi comuni, con confezioni simili (es. colore della scatola, stessa casa farmaceutica, ecc.);
- contrassegnare con un pennarello indelebile in modo visibile il nome del farmaco e il dosaggio.

Tali funzioni possono essere delegate al personale di assistenza secondo modalità definite dall'U.O..

Il Servizio di Farmacia Ospedaliera (Il Dipartimento di farmacia dell'ASP) dovrà predisporre, rifacendosi all'elenco dei farmaci ASA del Ministero della Salute, (allegato 2 – Farmaci LASA e fattori di Rischio – elenco ricavato dalle informazioni pervenute nel corso dell'indagine conoscitiva novembre 2008 – maggio 2009 – Aggiornato al 31 dicembre 2010), un elenco dei farmaci LASA utilizzati dalle UU.OO. /Servizi e da tutte le strutture sanitarie aziendali.

6.3. Controllo delle scadenze dei prodotti farmaceutici

Il personale assistenziale nel turno di notte, controllerà e verificherà i prodotti dell'armadio farmaceutico, compresi i farmaci LASA conservati separatamente dagli altri farmaci oppure contrassegnati con pennarello indelebile nel nome e nel dosaggio , per :

a. le scadenze;

b. la corretta conservazione;

c. la congruità rispetto all'attività dell'U.O. e tutti i luoghi /contenitori dove sono presenti i prodotti farmaceutici (carrello di terapia, delle emergenze, frigorifero, ecc.)

Il controllo della scadenza si esegue verificando le apposite indicazioni presenti sulle confezioni dei prodotti farmaceutici. In mancanza dell'indicazione del giorno, la data di scadenza corrisponde all'ultimo giorno del mese indicato per la scadenza.

7. Somministrazione della terapia farmacologica

Come da procedura **Cod: PRHDS001100**

8. Matrice delle Responsabilità

R = responsabile; C = collabora

Funzione / Attività	Farm	Med	Coord ass./Caposala	Pda
1.Prescrizione della terapia farmacologica	C	R		
2.A - Richiesta dei farmaci per dotazione ordinaria		C	R	C
2.B- Richiesta dei farmaci LASA con caratteristiche particolari		R	C	C
3. Presa in carico dei farmaci LASA richiesti	C		R	C
4. Tenuta e conservazione dei farmaci LASA	C	R	R	C
5. Preparazione della terapia farmacologica LASA	R	R	C	R
6. Somministrazione della terapia farmacologica LASA		R	C	R
7. Smaltimento dei prodotti scaduti/non utilizzabili LASA	C		R	C

FARMACI LASA E FATTORI DI RISCHIO

Elenco ricavato dalle informazioni pervenute nel corso dell'indagine conoscitiva novembre 2008 - maggio 2009

Aggiornato al 31 dicembre 2010

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
					MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
			GRAFICA	FONETICA	Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
1	ABILIFY 10mg cpr	ABILIFY 15mg cpr					X	
2	ADRIBLASTINA 50mg/25ml fl	FARMORUBICINA 50mg/25ml fl				X		
3	AKINETON 2mg cpr	AKINETON 4mg cpr					X	
4	ALAPRIL 5mg cpr	ALAPRIL 20 mg cpr					X	
5	ALAPRIL 5mg cpr	CHIARO 250mg cpr				X		
6	ALAPRIL 20mg cpr	CHIARO 250mg cpr				X		
7	ALKERAN 2mg cpr	LEUKERAN 2mg cpr	X	X		X		
8	AMARYL cpr	ALMARYTM cpr	X	X				
9	AMARYL 2mg cpr	AMARYL 4mg cpr					X	
10	AMPLITAL 1g fl	AMPLITAL 500mg fl					X	

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
					MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
			GRAFICA	FONETICA	Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
11	ARACYTIN 100mg/5ml fl	ESTRACYT 140mg cps				X		
12	ARICEPT 5mg cpr	ARICEPT 10mg cpr					X	
13	AT III KEDRION 1000 UI fl	EMOCLOT 1000 UI fl				X		
14	ATROPINA LUX 1% collirio	CICLOLUX 1% collirio				X		
15	ATROPINA SOLFATO 0,5mg fl MONICO	ADRENALINA 1mg fl MONICO				X		
16	AVASTIN 100 mg fl	AVASTIN 400 mg fl					X	
17	BROMAZEPAM RATIO 20ml gtt	DELORAZEPAM RATIO 20ml gtt	X	X		X		
18	BROMAZEPAM RATIO 20ml gtt	DIAZEPAM RATIO 20ml gtt	X	X		X		
19	BROMAZEPAM RATIO 3mg cpr	TRIAZOLAM RATIO 125mg cpr		X		X		
20	BUSCOPAN cpr	BUSCOPAN ANTIACIDO cpr eff.	X	X				
21	CAELYX 2mg/ml 10ml fl	CAELYX 2mg/ml 25ml fl						X
22	CALCIO CLORURO 1g 10ml fl MONICO	CALCIO GLUCONATO 1000mg fl MONICO				X		
23	CALCIO GLUCONATO 1g 10ml fl BIOINDUSTRIA	CALCIO CLORURO 1g 10ml fl BIOINDUSTRIA				X		

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
					MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
			GRAFICA	FONETICA	Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
24	CARDURA 4mg cpr	MEDROL 4mg cpr				X		
25	CARDURA cpr	RIDAURA cpr	X	X				
26	CARVEDILOLO DOC 25mg cpr	METOPROLOLO DOC 100mg cpr		X		X		
27	CATAPRESAN 150mcg/ml fl	PERSANTIN 10mg/2ml fl				X		
28	CATAPRESAN 150mcg/ml fl	EFFORTIL 10mg fl				X		
29	CEFONICID EG 1g fl	CEFTAZIDIMA EG 1g fl				X		
30	CERCHIO 10mg cpr	CHIARO 250mg cpr	X			X		
31	CLEXANE 2000 UI fl sir	CLEXANE 4000 UI fl sir				X		
32	CLEXANE T 6000 UI fl sir	CLEXANE T 8000 UI fl sir				X		
33	DEPAKIN CHRONO 300mg cpr	DEPAKIN CHRONO 500mg cpr					X	
34	DESAMETASONE FOSFATO HOSPIRA 4mg fl	NALOXONE CLORIDRATO. HOSPIRA 0,4mg fl				X		
35	DESAMETASONE FOSFATO HOSPIRA 8mg fl	NALOXONE CLORIDRATO. HOSPIRA 0,4mg/ml fl				X		
36	DETRUSITOL 1mg cpr	DETRUSITOL 2mg cpr					X	

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
					MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
			GRAFICA	FONETICA	Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
37	DINTOINA 100mg cpr	DINTOINALE 100mg+40mg cpr	X	X		X		
38	ELETTROLITICA EQ. PEDIATRICA fl DIACO	MANNITOLO 18% fl DIACO				X		
39	ELETTROLITICA EQ.PEDIATRICA fl DIACO	GLICEROLO fl DIACO				X		
40	ENDOPROST 0,05mg/0,5ml fl	FOLIDAR 15mg cpr				X		
41	ENDOXAN 500mg fl	ENDOXAN 1g fl					X	
42	ENDOXAN 500mg fl	HOLOXAN 1000mg fl	X	X		X		
43	EXJADE 125mg cpr	EXJADE 250mg cpr					X	
44	EXJADE 125mg cpr	EXJADE 500mg cpr					X	
45	FENTANIL HEXAL 25mcg /ora cer	FENTANIL HEXAL 100mcg/ora cer					X	
46	FLUPID 250mg cpr	SULIDAMOR 100mg cpr				X		
47	FLUXUM 0,4ml fl	FLUXUM 0,6ml fl					X	
48	GARDENALE 100mg cpr	GARDENALE 50mg cpr					X	
49	GLICINA+MANNITOLO 5lt sacca GALENICA SENESE	ACQUA P.I.I. 5lt sacca SALF			X			

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
					MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
			GRAFICA	FONETICA	Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
50	GLUCOSIO 5% 10ml fl BAXTER	SOLUZIONE FISIOLOGICA 10ml fl BAXTER				X		
51	HALDOL 1mg cpr	HALDOL 5mg cpr					X	
52	HALDOL cpr	HALCION cpr	X	X				
53	HUMULIN fl	HUMALOG fl	X	X				
54	HALDOL-DECANOAS (50mg/ml) 1fl 3ml	HALDOL-DECANOAS (50mg/ml) 3fl 1ml						X
55	IOMERON 300mg 500ml fl	IOMERON 400mg 500ml fl					X	
56	IOMERON 300mg 500ml fl	IOMERON 400mg 100ml fl					X	
57	KANRENOL 250mg cpr	RYTMONORM 300mg cpr			X			
58	KANRENOL 200mg fl	SAMYR 400mg fl			X			
59	KETANEST S fl	FENTANEST fl	X	X				
60	KIVEXA cpr	TRIZIVIR cpr				X		
61	LAMICTAL cpr	LAMISIL cpr	X	X				
62	LANOXIN 0,0625mg cpr	LANOXIN 0,125mg cpr					X	

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
					MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
			GRAFICA	FONETICA	Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
63	LANSOPRAZOLO HEXAL 30mg cps	METFORMINA HEXAL 1g cpr				X		
64	LEUKERAN cpr	MYLERAN cpr	X	X				
65	LOPID cpr	LOPEMID cps	X	X				
66	LUMINALE 15mg cpr	LUMINALE 100mg cpr					X	
67	LYRICA 25mg cpr	NORVASC 10mg cpr				X		
68	MAGNESIO SOLFATO 1g 10ml fl MONICO	CALCIO GLUCONATO MONICO 1000mg 10ml fl				X		
69	MAGNESIO SOLFATO 1g 10ml fl MONICO	GLUCOSIO 33% 10ml fl MONICO				X		
70	MAGNESIO SOLFATO 1g 10ml fl MONICO	LIDOCAINA CLORIDRATO 50mg fl MONICO				X		
71	MAGNEVIST 469 mg/ml 10ml fl	MAGNEVIST 469 mg/ml 30ml fl						X
72	MEDROL 16mg cpr	XANAX 0,50mg cpr				X		
73	METADONE CLORIDRATO MOLTENI 1mg/ml 20ml flac	METADONE CLORIDRATO MOLTENI 5mg/ml 20ml flac					X	
74	MONOKET 20mg cpr	MONOKET 50mg cps					X	
75	MORFINA CLORIDRATO MOLTENI 10mg fl	MORFINA CLORIDRATO MOLTENI 20mg fl					X	

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
76	MORFINA CLORIDRATO MOLTENI 20mg fl	PETIDINA CLORIDRATO MOLTENI 100mg fl				X		
77	NICOZID 200mg cpr	PERTIROID 200mg cps				X		
78	NIFEDIPINA HEXAL 500mg cpr	FUROSEMIDE HEXAL 20mg cpr				X		
79	OLICLINOMEL 1000N7-1000E sacca BAXTER	OLICLINOMEL 1000N4-550E sacca BAXTER					X	
80	ONKOTRONE 10mg fl	ONKOTRONE 20mg fl					X	
81	OXALIPLATINO 5mg/ml 10ml fl MYLAN	OXALIPLATINO 5mg/ml 20ml fl MYLAN						X
82	PERSANTIN 10mg fl	EFFORTIL 10mg fl				X		
83	PENTREXYL 1g fl	PENSTAPHO 1g fl			X			
84	PIPERITAL 1g fl	PIPERITAL 2g fl					X	
85	PLAUNAZIDE 20mg/12,5mg cpr	PLAUNAZIDE 20mg/25mg cpr					X	
86	PLAVIX cpr	LASIX cpr	X	X				
87	PLAVIX cpr	AVIX cpr	X	X				
88	POTASSIO CLORURO 10ml fl MONICO	MAGNESIO SOLFATO 1g 10ml fl MONICO				X		

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
89	POTASSIO CLOR. 0,3% + GLUCOSIO 5% 500ml fl MONICO	POTASSIO CLOR. 0,6% + NACL 0,9% 500ml fl MONICO				X		
90	PROGRAF 0,5 mg cps	PROGRAF 1 mg cps					X	
91	PROGRAF 0,5 mg cps	PROGRAF 5 mg cps					X	
92	PROMETAX 1,5mg cps	PROMETAX 6mg cps					X	
93	PROSCAR cpr	PROZAC cps	X	X				
94	RAMIPRIL cpr	RANIDIL cpr	X	X				
95	RIFOCIN fl	ROCEFIN fl	X	X				
96	RIFOCIN fl	RIFADIN fl	X	X				
97	RISPERDAL fl	LIORESAL fl		X				
98	RYTMONORM 150mg cpr	ISOPTIN 80mg cpr				X		
99	RYTMONORM 150mg cpr	ISOPTIN 120mg cpr				X		
100	RYTMONORM 300mg cpr	ISOPTIN 80mg cpr				X		
101	RYTMONORM 300mg cpr	ISOPTIN 120mg cpr				X		

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
					MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
			GRAFICA	FONETICA	Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
102	RYTMONORM 70mg fl	SAMYR 400mg fl				X		
103	SANDIMMUN NEORAL 100mg cps	SANDIMMUN NEORAL 50 mg cps					X	
104	SELEPARINA 0,8ml 7600 UI fl	SELEPARINA 0,6ml 5700 UI fl					X	
105	SELOKEN cpr	SEROQUEL cpr	X	X				
106	SEQUACOR cpr	SEACOR cps	X	X				
107	SEQUACOR cpr	SEROQUEL cpr	X	X				
108	SOLDESAM 4mg fl	BETAMETASONE 4mg fl				X		
109	SOLUCORTEF 250mg fl	SOLUMEDROL 125mg fl	X	X		X		
110	SUTENT 12,5mg cps	SUTENT 25mg cps					X	
111	SUTENT 12,5mg cps	SUTENT 50mg cps					X	
112	SUTENT 25mg cps	SUTENT 50mg cps					X	
113	TEGRETOL 200mg cpr	TEGRETOL 400mg cpr					X	
114	TORADOL 10mg cpr	TORECAN 6,5mg cpr		X		X		

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
					MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
			GRAFICA	FONETICA	Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
115	TORADOL 10mg fl	TEFAMIN 240mg fl				X		
116	TORVAST 10 10mg cpr	MEDROL 4mg cpr				X		
117	TORVAST 10mg 30cpr	ZOLOFT 100mg 30cpr				X		
118	TRIMETON 4mg cpr	TRILAFON 4mg cpr	X	X		X		
119	ULTRAVIST 300mg 100ml fl	ULTRAVIST 370mg 100ml fl					X	
120	ULTRAVIST 300mg 500ml fl	ULTRAVIST 370mg 500ml fl					X	
121	UMANCOMPLEX 500 UI fl	EMOCLOT 1000UI fl				X		
122	UNASYN 750mg fl	UNASYN 1,5g fl					X	
123	VALIUM 10mg fl	ANEXATE 0,5mg/5ml fl				X		
124	VINCRISTINA PFIZER 2mg fl	ZAVEDOS 10mg 10ml fl				X		
125	XELODA 150mg cpr	TARCEVA 150mg cpr				X		
126	ZANTAC cpr	ZIRTEC cpr	X	X				
127	ZIMOX cpr	DIAMOX cpr	X	X				

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
					MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
			GRAFICA	FONETICA	Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
128	ZOLOFT 100mg cpr	MEDROL 4mg cpr				X		
129	ZOLOFT cpr	ZOTON cpr	X	X				
130	ZOLPIDEM DOC 10mg cpr	MIRTAZAPINA DOC 30mg cpr				X		

Elenco aggiornato al 31 dicembre 2010

Progetto "PROCEDURA PER LA RILEVAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE DEI PAZIENTI"

Motivazione della scelta

La scelta di realizzare una procedura per la identificazione dei rischi clinici deriva dalla considerazione della impossibilità di eliminare l'errore umano e di favorire le condizioni lavorative per realizzare un insieme di azioni che minimizzino i rischi.

Aree di intervento

- Sistema di segnalazione
- Fonti dati amministrative- Revisione delle cartelle cliniche –
- Incident reporting
- Processi clinici assistenziali

Tutte le unità operative componenti rispettivamente le aree di : Medicina generale, Chirurgia generale, Blocco operatorio, Attività ambulatoriali, Pronto Soccorso, Terapia intensiva, Medicina di Laboratorio, Diagnostica per immagini, Preparazione e somministrazione in Chemioterapia, Farmacia e processo del farmaco, previa focalizzazione del :

- percorso del rischio all'interno di tutte le UU.OO. afferenti il medesimo raggruppamento;
- monitoraggio dei processi caratterizzanti le aree stesse.

Obiettivo generale del Progetto

Diffondere la cultura della prevenzione dei rischi clinici nelle attività delle diverse UU.OO., al fine di prevenire e ridurre gli eventi avversi; attivazione di specifiche misure per la rilevazione dei rischi, sia a livello generale che di singola area.

Strumenti e metodi

Strumenti per la rilevazione ed il monitoraggio dei rischi; Sistema di sorveglianza eventi potenzialmente verificabili.

Obiettivi specifici del progetto

- ideazione dello strumento, report per utilizzare e sistematizzare tutti i flussi informativi esistenti ,sia di tipo clinico che organizzativo - gestionale (il cruscotto clnico)

- procedure sulla prevenzione e gestione dei rischi nelle attività caratterizzanti le varie aree e la realizzazione di uno strumento di screening che individui i pazienti potenzialmente esposti al rischio clinico anche attraverso la sensibilizzazione dell'evento.

INDICATORI DI RISULTATO

Realizzazione del modello di analisi del percorso di rischio e di un report che costituisca un flusso informativo completo in considerazione del fatto che le diverse fonti informative aziendali presentano

limitazioni inerenti alla qualità dei dati e criticità connesse a modalità d'estrazione e sintesi delle informazioni e delle interpretazioni dei risultati.

Progetto "AZIONI PER IL COINVOLGIMENTO DELLE ASSOCIAZIONI DEI CITTADINI E PER LA SENSIBILIZZAZIONE DEGLI UTENTI SULLA TEMATICA DEL RISCHIO"

Premessa

La ratio che soggiace a tale Progetto è quella di educare le Associazioni che, a diverso titolo, operano all'interno dell'Azienda ad essere Associazioni attive, capaci di educare i propri iscritti promuovendo la cultura del rischio ed il riconoscimento di diritti nei confronti di quei soggetti che ne risultino esclusi.

Si tratterà dunque di favorire la partecipazione delle associazioni civiche di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti, anche attraverso la compiuta attuazione dei Comitati Consultivi Misti (già previsti nell'Atto Aziendale).

Sul versante della sensibilizzazione dei cittadini, appare evidente che ciascun cittadino non potrà evitare il rischio se prima non avrà contezza compiuta di quelli che sono i suoi diritti e di cosa lo stesso potrà fare per evitare il rischio; sarà, pertanto, utile aumentare il livello di conoscenza e di consapevolezza dei cittadini circa i rischi per la salute e le opportunità per contrastare i rischi stessi.

La gestione del rischio in sanità non può, insomma, prescindere dalla partecipazione attiva del cittadino/paziente, sia nella ricerca sia nell'applicazione degli interventi correttivi dei rischi.

Azioni previste per il coinvolgimento delle associazioni dei cittadini

- Censimento delle Associazioni che a vario titolo operano nell'Azienda;
- Organizzazione di incontri tra tali Associazioni e il Gruppo di Coordinamento Aziendale Risk Management sulla tematica del rischio clinico e su interventi congiunti da programmare per prevenire il rischio e tutelare la sicurezza dei pazienti;
- Apertura del forum aziendale ai contributi delle Associazioni;
- Interventi volti a promuovere l'implementazione del Comitato Consultivo Misto.

Azioni previste per la sensibilizzazione dei cittadini sulla tematica del rischio

- Campagna informativa che utilizzi, oltre che opuscoli e manuali predisposti ad hoc sulla tematica, anche il canale dei mass media per arrivare in maniera capillare là dove il cittadino svolge la sua vita quotidiana e rafforzare l'azione di informazione ed educazione, favorendo anche l'instaurarsi di una relazione di reciprocità e trasparenza tra l'Azienda e la cittadinanza.

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Giuseppe N. Cugno