

Contributi ed esperienze

La gestione del rischio clinico in un campione di reparti ospedalieri e nei centri di servizi per anziani della Regione del Veneto

Silvia Adami¹, Annalisa Ferrarese², Stefano Tardivo³, Roberto Leone⁴, Mario Saia⁵, Anita Conforti⁴, Sara Battistin⁶, Giovanna Scroccaro¹, a nome del Gruppo di lavoro*

¹Settore Farmaceutico, Protesica, Dispositivi medici Regionale, Regione del Veneto

²Direttore Farmacia Ospedaliera, ULSS 18 di Rovigo

³Direzione Medica Ospedaliera, AOUI Verona

⁴Dipartimento di Farmacologia, Università di Verona

⁵Responsabile Centro Regionale per la sicurezza del paziente

⁶Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco (CRUF)

Riassunto. Negli ultimi decenni è cresciuta la cultura del rischio correlato agli errori di terapia farmacologica quale causa di eventi potenzialmente dannosi per i pazienti. Il Progetto "La gestione del rischio clinico in un campione di reparti ospedalieri e nei Centri di Servizi per anziani della Regione del Veneto" è stato condotto con l'obiettivo di rilevare lo stato di applicazione delle indicazioni ritenute più rilevanti tra quelle contenute nelle Raccomandazioni Ministeriali n. 1-7-12 presso un campione di Reparti ospedalieri e di Centri di Servizi per anziani non autosufficienti del territorio regionale. La rilevazione ha coinvolto tutte le aziende pubbliche (21 Aziende ULSS, 2 Aziende Ospedaliere, 2 IRCCS) e 16 strutture private; i Centri di Servizi per Anziani sono stati selezionati dalle Aziende ULSS. La rilevazione è stata effettuata dal farmacista locale, direttamente in reparto attraverso interviste di audit al personale medico/infermieristico, osservazione diretta e controlli a campione. Il progetto ha mostrato, sia nei reparti che nei Centri di Servizi per anziani, alcune criticità tra cui la bassa adozione di procedure sulla Ricognizione e Riconciliazione terapeutica (rispettivamente 34% e 30%), la non completa attenzione alla registrazione in cartella clinica delle allergie dei pazienti (74% e 69%), una bassa segnalazione delle reazioni avverse a farmaci.

Parole chiave: Gestione del rischio, identificazione del rischio, sicurezza del paziente, formazione.

Summary. *The management of clinical risk in a sample of hospital wards and in the service centers for the elderly the Region of Veneto.* In the last decades risk culture related to medication errors due to events which are potentially harmful to patients has grown. The aim of this project was to detect the status of implementation of the national Recommendations for the safe and secure handling of drugs in some hospital wards and nursing homes for elderly of Veneto Region. The project has been conducted in some hospital wards (n=210) and nursing homes for elderly residents (n=67). The survey involved all public hospitals (21 AULSS, 2 University Hospitals, 2 IRCCS) and 16 private hospitals of the region. Nursing homes have been recluded by AULSS. The project was carried out by pharmacists through visits in the hospital wards and nursing homes, interviews of medical/nursing staff, direct observation and checks. The project has showed, both in hospital wards than in nursing homes, some critical issues: low adoption of procedures on therapeutic reconciliation (34% and 30%); patient's allergy informations not consistently documented in the clinical record (74% and 69%); low ADRs reporting rates.

Key words: Clinical risk management, Risk identification, Patient safety, Training.

Introduzione

Negli ultimi decenni è cresciuta la cultura del rischio correlato agli errori di terapia farmacologica quale causa di eventi potenzialmente dannosi per i pazienti. Dati di letteratura segnalano, infatti, una frequenza molto elevata di errore sia in ospedale che nel territorio al punto che, negli ultimi anni, le Autorità Regolatorie si sono impegnate a ricercare idonee soluzioni organizzative, formative e di prevenzione.¹⁻⁵

Il Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, gli Ordini Professionali e le Società Scientifiche, ha provveduto alla stesura e diffusione di Raccomandazioni per la sicurezza del paziente.

La gestione della terapia farmacologica, non esente da rischi, è stata oggetto di ben quattro Raccomandazioni: n. 1 sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio,⁶ n. 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica,⁷ n. 12 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci “look-alike/sound-alike” (LASA-SALA)⁸ e n. 14 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici.⁹

Già nel 2009, il Ministero della Salute aveva condotto in collaborazione con la Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici (SIFO) una prima rilevazione nazionale circa il grado di implementazione della Raccomandazione n. 7.¹⁰ I risultati di questa prima indagine, cui hanno partecipato farmacisti operanti in 94 ospedali italiani, hanno documentato che, benché siano molte le realtà che hanno seguito le indicazioni riportate nella Raccomandazione n. 7, il processo di implementazione in realtà non è stato completo né omogeneo e diverse sono state le criticità evidenziate (l'utilizzo limitato della scheda unica di terapia, l'alta percentuale di ospedali senza centralizzazione dell'allestimento della terapia oncologica, la mancanza della controfirma nelle operazioni trascritte sulla scheda unica di terapia, la non registrazione in cartella clinica della terapia “al bisogno” o la sua registrazione in maniera generica e senza specificare la dose e l'in-

tervallo di somministrazione, la mancanza di un controllo dell'effettiva assunzione da parte del paziente della terapia orale etc.).

Successivamente, nel 2011, è stata effettuata una seconda indagine attraverso la quale sono state raccolte informazioni sui principali aspetti relativi alla gestione del farmaco in ospedale (approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, gestione delle scorte, prescrizione, trascrizione e interpretazione, preparazione, distribuzione e somministrazione), alla quale hanno partecipato 10 strutture del Veneto (n. 6 Aziende ULSS, n. 2 Aziende Ospedaliere, n. 1 IRCCS e n. 1 casa di cura privata accreditata) e dalla quale a seguito della conferma delle criticità già evidenziate sono originate una serie di azioni di miglioramento, tra le quali l'elaborazione di liste dei farmaci più soggetti a essere scambiati, l'adozione della scheda unica di terapia, di sistemi di prescrizione informatizzata e la centralizzazione della preparazione delle terapie infusionali presso le farmacie.¹¹

Obiettivi

Il Progetto “La gestione del rischio clinico nei Reparti ospedalieri e nei Centri di Servizi per anziani” è stato condotto dal Settore Farmaceutico – Protesica – Dispositivi medici della Regione del Veneto di concerto con il Centro Regionale per la Sicurezza del Paziente, e aveva l'obiettivo di rilevare lo stato di applicazione delle indicazioni maggiormente rilevanti tra quelle contenute nelle Raccomandazioni Ministeriali n. 1, 7 e 12 presso un campione di Unità di degenza ospedaliera (delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Ospedali privati accreditati) e di Centri di Servizi per anziani non autosufficienti operanti nel Veneto.

Metodi

L'indagine è stata condotta nel periodo 15 luglio – 15 ottobre 2013 con la collaborazione e supervisione dei Direttori delle Farmacie

Ospedaliere e/o Servizi Farmaceutici Territoriali oltre che dei Responsabili delle funzioni per la sicurezza del paziente o del Responsabile per la sicurezza delle sedi prese in esame.

La raccolta dei dati, successivamente analizzata e valutata da un Gruppo di Lavoro multidisciplinare costituito da professionisti esperti in ambito di sicurezza del paziente, è avvenuta con il coordinamento locale del Farmacista, il quale ha condotto la rilevazione presso le Unità di degenza ospedaliere ed i Centri di Servizi per anziani attraverso interviste al personale, osservazione diretta e controlli a campione.

Il campione di Unità da intervistare per ciascuna Azienda Sanitaria è stato stabilito in relazione al numero di posti letto dell'Azienda stessa: 6 reparti per strutture con meno di 500 posti letto, 8 reparti per strutture da 500 a 1000 posti letto e 10 reparti per strutture con oltre 1000 posti letto. I centri di servizi per anziani sono stati reclutati dalle Aziende ULSS su base volontaristica.

La scelta delle Unità di degenza, in considerazione dell'oggetto della rilevazione si è orientata sulle discipline di Pediatria, Medicina, Chirurgia, Anestesia/Rianimazione, Terapia Intensiva Neonatale e Geriatria, con i Centri di Servizi per anziani individuati invece dalle Aziende ULSS di competenza.

È stato utilizzato un questionario strutturato costituito da due Sezioni.

La prima Sezione era relativa alle caratteristiche dell'Azienda Sanitaria e chiedeva se è stata introdotta con atto formale Aziendale la "Scheda unica di terapia" in tutti i reparti, se è stato diffuso il "Protocollo degli eventi sentinella", se sono state adottate linee guida, raccomandazioni, procedure, protocolli, istruzioni operative interne relativamente a: ricognizione e riconciliazione terapeutica, segnalazione di difetti di qualità del medicinale, segnalazione di fattori di confondimento nel confezionamento e/o del foglietto illustrativo del medicinale, segnalazione di errori di terapia, segnalazione di reazioni avverse da farmaci, recepimento ordinanza ministeriale su cateteri e dispositivi di nutrizione enterale monouso e loro connet-

tori (Ordinanza 26 luglio 2012), segnalazione di incidenti con dispositivi medici; se sono state prodotte, diffuse e sono periodicamente aggiornate a livello Aziendale la lista dei farmaci "look-alike/sound-alike" presenti in Prontuario Terapeutico Ospedaliere (PTO), la lista di "farmaci ad alto livello di attenzione" presenti in PTO e la lista delle abbreviazioni da utilizzare e/o evitare.

La seconda Sezione era relativa alla singola Unità oggetto dell'analisi (Unità di degenza o Centro di Servizi per anziani) e chiedeva se il reparto utilizzava la "Scheda unica di terapia", se il reparto utilizzava un software per la gestione informatizzata di prescrizione, allestimento e/o somministrazione dei farmaci, se era stato adottato un documento condiviso per la ricognizione e riconciliazione della terapia, se nella cartella clinica/scheda di terapia erano registrate le eventuali allergie ai farmaci e la terapia assunta a domicilio, se nella scheda di terapia era registrata l'eventuale prescrizione "al bisogno" in modalità generica o specificando la dose massima giornaliera e l'intervallo di somministrazione, le informazioni riportate sui flaconi multidose aperti o ricostituiti e sui flaconi delle soluzioni infusionali sul carrello di terapia o nelle stanze di degenza, le modalità di identificazione del paziente al momento della somministrazione della terapia, le informazioni riportate nel braccialetto identificativo, le modalità di gestione delle soluzioni concentrate di potassio e dei farmaci LASA/SALA, l'eventuale abbandono del farmaco sul comodino in assenza del paziente.

La rilevazione è avvenuta in loco attraverso interviste al personale, osservazione diretta e controlli a campione.

Risultati

Il progetto ha visto la partecipazione di tutte le Aziende Sanitarie pubbliche del Veneto (n. 21 Aziende ULSS, n. 2 Aziende Ospedaliere e n. 1 IRCCS Oncologico) e una rappresentanza estremamente significativa delle strutture private accreditate (N=16).

Completivamente, nella rilevazione sono state coinvolte 210 Unità di degenza ospedaliera e 67 Centri di Servizi per anziani, suddivisi come riportato nella Tabella I.

Tabella I. - Reparti e Centri di Servizi per Anziani suddivisi per tipologia (n=277)

Tipologia di Reparto	Reparti intervistati	% sul totale del campione (n=210)
Terapia intensiva Neonatale	14	6,7%
Pediatria	24	11,4%
Geriatría	26	12,4%
Anestesia - Rianimazione	27	12,8%
Chirurgia	53	25,2%
Medicina	66	31,5%
Tipologia di Centro di Servizi	Centri di Servizi intervistati	% sul totale del campione (n=67)
MedicinaMeno di 50 ospiti	13	19,4%
Tra 50 e 100 ospiti	19	28,3%
Più di 100 ospiti	35	52,3%

“Sezione Relativa all’Azienda”

L’indagine ha rilevato una buona diffusione a livello aziendale, sia del protocollo degli eventi sentinella (96%) che della scheda unica di terapia (73% in tutti i Reparti; 17% solo in alcuni), ma l’adozione di procedure e/o protocolli aziendali è

minore nei seguenti ambiti: Ricognizione e Riconciliazione terapeutica (42%), segnalazione di fattori di confondimento (46%) e recepimento dell’Ordinanza Ministeriale 26 luglio 2012 in materia di cateteri e dispositivi di nutrizione enterale monouso e loro connettori (63%) così come riportato nella Tabella II.

Tabella II. - Ambiti per i quali l’Azienda ha adottato linee guida/raccomandazioni/protocolli/procedure/istruzioni operative

Ambito	Sì	No	Non risponde
Segnalazione di errori di terapia	91% (37/41)	7% (3/41)	2% (1/41)
Segnalazione di incidenti con DM	83% (34/41)	7% (3/41)	10% (4/41)
Segnalazione di reazioni avverse a farmaci	80% (33/41)	15% (6/41)	5% (2/41)
Segnalazione di difetti di qualità del medicinale	71% (29/41)	24% (10/41)	5% (2/41)
Recepimento Ordinanza Ministeriale 26/07/12	63% (26/41)	20% (8/41)	17% (7/41)
Segnalazione di fattori di confondimento	46% (19/41)	49% (20/41)	5% (2/41)
Ricognizione e Riconciliazione terapeutica	42% (17/41)	56% (23/41)	2% (1/41)

“Sezione Relativa all’Unità oggetto di analisi”

In questa seconda Sezione sono state rilevate criticità sia nella registrazione della terapia del paziente, sia criticità di natura organizzativa.

1. Registrazione della terapia del paziente

In quest’ambito esistono ancora margini di miglioramento, innanzitutto promuovendo l’adozione della Scheda Unica di Terapia nelle realtà in cui tale strumento non è ancora utilizzato (37% dei Centri di Servizi per anziani e 5% dei reparti ospedalieri) e registrando in maniera accurata sia le allergie del paziente (specificando in maniera chiara anche se il paziente non

presenta allergie) che la terapia assunta a domicilio. Diversi Farmacisti locali hanno, infatti, segnalato che, rispettivamente, nella scheda di terapia e nella cartella clinica non sempre questi campi erano compilati e questo comportamento è poco sicuro in quanto l’omissione può non essere stata intenzionale ma il risultato di un errore e quindi comportare potenzialmente un danno al paziente (Tabella III). La rilevazione ha confermato, infine, l’adozione limitata di un documento condiviso per la Ricognizione e Riconciliazione terapeutica (34% dei Reparti e 30% dei Centri di Servizi per anziani) e ha evidenziato la necessità di una miglior strutturazione della prescrizione “al bisogno”, essendo risultata molto diffusa la registrazione in modalità generica (Tabella IV).

Tabella III. - *Ambiti per i quali l’Azienda ha adottato linee guida/raccomandazioni/protocolli/procedure/istruzioni operative*

Registrazione Allergie ai Farmaci	Sì	Sì ma solo in alcune	No	Nr*
Reparti ospedalieri	74% (n=156)	11% (n=24)	14% (n=28)	1% (n=2)
Centri di Servizi per Anziani	69% (n=46)	9% (n=6)	22% (n=15)	–
Registrazione Terapia domiciliare	Sì	Sì ma solo in alcune	No	Nr*
Reparti ospedalieri	79% (n=167)	9% (n=19)	11% (n=22)	1% (n=2)
Centri di Servizi per Anziani	78% (n=52)	4% (n=3)	18% (n=12)	–

*Le schede da verificare in sede di audit dovevano essere 5. Quando non tutte ma solo alcune riportavano l’informazione richiesta si poteva rispondere “Sì, solo alcune schede”. *Nr: non risponde.

Tabella IV. - *Registrazione della prescrizione al bisogno nella cartella clinica*

Risposta	Reparti ospedalieri				Centri di Servizi per anziani			
	Sì	Sì, alcune	No	Nr*	Sì	Sì, alcuni	No	Nr*
In modalità generica	40%	22%	35%	3%	56%	22%	22%	–
con specifica di intervallo di somministrazione	19%	11%	67%	3%	30%	19%	51%	–
con specifica di dose massima/die	28%	17%	53%	2%	37%	19%	44%	–

*Nr: non risponde

2. Criticità di tipo organizzativo e gestionale

2.a.) identificazione del paziente: sia nei Reparti che nei Centri di Servizi per anziani l'identificazione del paziente avviene principalmente chiedendo "nome e cognome" (Tabella V). Il braccialetto identificativo viene usato esclusiva-

mente nei Reparti ospedalieri (52%), mentre nei Centri di Servizi per anziani l'identificazione avviene, soprattutto per conoscenza personale, numero di stanza, foto inserita in cartella. L'opzione "chiedendo la data di nascita" non sembra essere utilizzata sebbene costituisca una modalità efficace per l'identificazione del paziente.

Tabella V. - Modalità di identificazione del paziente al momento della somministrazione della terapia

Risposta	Reparti ospedalieri				Centri di Servizi per anziani			
	Sì	Sì, alcune	No	Nr*	Sì	Sì, alcuni	No	Nr*
Chiedendo nome e cognome	59%	13%	24%	4%	36%	12%	46%	6%
Chiedendo la data di nascita	9%	8%	75%	8%	1%	–	84%	15%
Con braccialetto identificativo	52%	10%	36%	2%	–	–	84%	16%
Altro	20%	8%	36%	36%	70%	3%	18%	9%

*Nr: non risponde

2.b.) soluzioni infusionali presenti sui carrelli di terapia: la maggior parte delle soluzioni esaminate riportava informazioni necessarie per l'identificazione del paziente e relative al farmaco da infondere (Tabella VI). Gli infer-

mieri intervistati in molti casi hanno dichiarato di non aver riportato in etichetta la data e l'ora di somministrazione in quanto quest'ultima sarebbe avvenuta contestualmente all'allestimento.

Tabella VI. - Informazioni riportate sulle soluzioni infusionali presenti sul carrello di terapia

Risposta	Reparti ospedalieri				Centri di Servizi per anziani			
	Sì	Sì, alcune	No	Nr*	Sì	Sì, alcuni	No	Nr*
Identificazione del paziente	82%	4%	11%	3%	71%	1%	24%	4%
Farmaco infuso	83%	3%	11%	3%	92%	1%	4%	3%
Data di somministrazione	62%	7%	24%	7%	19%	5%	72%	4%
Orario di somministrazione	37%	10%	50%	3%	40%	7%	50%	3%

*Nr: non risponde

2.c) gestione delle soluzioni concentrate di potassio: sono emerse disomogeneità fra i diversi Reparti e Centri di Servizi per anziani intervista-

ti (Tabella VII) sia per quanto riguarda le modalità di richiesta alla farmacia ospedaliera, sia per quanto riguarda la conservazione in reparto.

Tabella VII. - *Reparti (%) e Centri di Servizi per anziani (%) autorizzati allo stoccaggio delle soluzioni concentrate di potassio cloruro*

Risposta	Reparti ospedalieri	Centri di Servizi per anziani
Autorizzato allo stoccaggio; le fl sono conservate in armadio chiuso a chiave	38% (n=80)	12% (n=8)
Non autorizzato allo stoccaggio, esiste però una procedura per la richiesta al Servizio di farmacia	59% (n=123)	72% (n=48)
Non autorizzato allo stoccaggio, però le fl si conservano separatamente da altri farmaci	45% (n=95)	28% (n=19)

2.d) gestione dei farmaci LASA/SALA: solo il 44% dei Reparti ospedalieri e il 21 % dei Centri di Servizi per anziani presentava al proprio interno una lista evidente dei farmaci

LASA ma, soprattutto, solo in pochi casi tali farmaci erano evidenziati e/o conservati separatamente nell'armadio di reparto (Tabella VIII).

Tabella VIII. - *I farmaci che hanno confezione o nome simile sono evidenziati e/o separati nell'armadio di reparto?*

Risposta	Sì	Sì in alcuni scaffali	No	Non risponde
Reparti ospedalieri	53% (n=111)	12% (n=26)	32% (n=67)	3% (n=6)
Centri di Servizi per Anziani	42% (n=28)	12% (n=8)	45% (n=30)	1% (n=1)

2.e) farmaco sul comodino del paziente: in una minoranza di strutture è stata riscontrata una consuetudine a lasciare, in assenza del paziente, il farmaco sul comodino al momento della terapia (Tabella IX). Come era emerso anche nella prima

indagine ministeriale sopra citata, la mancanza di un controllo dell'effettiva assunzione da parte del paziente della terapia orale, solleva ancora una serie di problemi sia di sicurezza che di efficacia del trattamento.

Tabella IX. - *In assenza del paziente, al momento della terapia, il farmaco è lasciato sul comodino?*

Risposta	Sì	Sì in alcuni letti	No	Non risponde
Reparti ospedalieri	6% (n=13)	13% (n=28)	77% (n=161)	4% (n=8)
Centri di Servizi per Anziani	–	11% (n=7)	88% (n=59)	1% (n=1)

Infine, come si evince dalla Tabella X, l'indagine regionale ha confermato la bassa segna-

zione di reazioni avverse a farmaci nella Regione del Veneto.

Tabella X. - Reparti ospedalieri (n=210) e dai Centri di Servizi per anziani non autosufficienti (n=67) che nel 2013 hanno segnalato difetti di qualità dei medicinali, errori di terapia, reazioni avverse a farmaci, incidenti con dispositivi medici

Difetti di qualità dei medicinali			Errori di terapia			Reazioni avverse a farmaci			Incidenti con dispositivi medici		
si	no	nr*	si	no	nr*	si	no	nr*	si	no	nr*
Reparti ospedalieri											
6,7% (n=14)	85% (n=179)	8% (n=17)	26% (n=54)	70% (n=148)	4% (n=8)	11% (n=24)	84% (n=176)	5% (n=10)	20% (n=42)	75% (n=157)	5% (n=11)
Centri di Servizi per anziani											
1% (n=1)	94% (n=63)	4% (n=3)	13% (n=9)	82% (n=55)	4% (n=3)	4% (n=3)	93% (n=62)	3% (2)	3% (n=2)	94% (n=63)	3% (n=2)

Conclusioni

L'indagine ha raccolto dati rappresentativi della realtà regionale, sia per il contesto dei Reparti ospedalieri (n=210) sia per quello dei Centri di Servizi per anziani (n=67). Sono evidenti alcune criticità su cui appare prioritario intervenire tra cui:

- la bassa adozione di procedure sulla Ricognizione e Riconciliazione terapeutica sia nei Reparti (34%) che nei Centri di Servizi per anziani (30%) e la non completa attenzione all'anamnesi del paziente, soprattutto nei Centri di Servizi per anziani.
- la fase di somministrazione del farmaco al letto del paziente appare ancora esposta a diverse fragilità relativamente alle modalità di identificazione del paziente, alla non completezza delle informazioni riportate sulle soluzioni infusionali allestite per il singolo paziente e presenti nel carrello di terapia, alla consuetudine da parte degli infermieri di lasciare sul comodino la terapia del paziente;
- disomogeneità nella gestione delle fiale di soluzioni concentrate di potassio, sia da parte dei Reparti ma soprattutto da parte dei Centri di Servizi per anziani;

- bassa segnalazione delle reazioni avverse da farmaco (ADR).

Merita, infine, una riflessione la reale efficacia, per la prevenzione degli errori di terapia, della semplice diffusione della lista dei farmaci LASA/SALA: dal momento che lo strumento dovrebbe essere aggiornato periodicamente, dovrebbe essere accompagnato da accorgimenti per evidenziare la somiglianza dei LASA presenti in reparto e non solo esposto per rispetto della Raccomandazione Ministeriale.

Nell'ambito del rischio clinico, il Ministero della Salute ha già fatto molto, indicando, all'interno delle Raccomandazioni n. 1, 7, 12 e 14 sopra citate, le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi. Si rileva, pertanto, la necessità che, le Aziende adottino adeguati e periodici strumenti di controllo e di verifica, al fine di rispettare quanto indicato dalle Raccomandazioni Ministeriali.

Per quanto riguarda, invece, le aree critiche che non erano state, finora, oggetto di specifiche Raccomandazioni da parte del Ministero, la prima azione che la Regione ha messo in atto, al fine di garantire una più sicura e condivisa presa in carico della gestione del rischio clinico, ha riguardato l'elaborazione di una procedura regio-

nale per la ricognizione e la riconciliazione terapeutica. Tale procedura è stata predisposta da un gruppo di lavoro multidisciplinare e approvata dalla Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF) nella seduta di novembre 2014.

Infine, va ricordato che la segnalazione delle

ADR è stata inserita tra gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le aziende ULSS, ospedaliere e IRCCS della Regione del Veneto¹²⁻¹³ e deve essere attivamente promossa coinvolgendo tutte le figure professionali interessate (medici, farmacisti, infermieri, etc).

**Componenti Gruppo di lavoro multidisciplinare regionale:*

Dott.ssa Giovanna Scroccaro (Settore Farmaceutico - Protesica - Dispositivi medici Regionale), Dott. Mario Saia (Centro Regionale per la sicurezza del paziente), Dott.ssa Silvia Adami (Settore Farmaceutico - Protesica - Dispositivi medici Regionale - Referente del progetto), Dott.ssa Battistin Sara (Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco), Dott.ssa Anita Conforti (Servizio di Farmacologia, Università di Verona), Dott.ssa Rosamaria Congedo (Farmacia Ospedaliera, ULSS 17 di Monselice), Dott.ssa Annalisa Ferrarese (Farmacia Ospedaliera, ULSS 18 di Rovigo), Dott. Carlo Giordani (Dipartimento Innovazione Sviluppo e Programmazione, ULSS 9 di Treviso), Prof. Roberto Leone (Servizio di Farmacologia, Università di Verona), Sig.ra Eleonora Masini (Coordinatore infermieristico, Istituto per Anziani "Casa de Battisti" Cerea, Verona), Dott. Pietro Minuz (Medicina C, AOUI di Verona), Dott. Ugo Moretti (Unità di Farmacologia Medica, Università di Verona), Dott. Daniele Ricchiero (Direzione Medica, ULSS 18 di Rovigo), Dott.ssa Annamaria Saieva (Direzione Medica, AO di Padova), Dott. Stefano Tardivo (Direzione Medica Ospedaliera, AOUI Verona), Dott.ssa Elena Maffei (Farmacia Ospedaliera, AOUI di Verona).

Bibliografia

1. Polidori P, La Russa R, Di Giorgio C, Adami S. La gestione del rischio clinico nella strategia della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera. *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione* 2013;5:15-24.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Institute of Medicine). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
3. Weingart SN, McL Wilson R, Gibberd RW, Harrison B. *Epidemiology of medical error*. *British Medical Journal* 2000;320:774-7.
4. *Building a safer NHS for patient: implementing an organization with a memory*; 2000; UK Department of Health, www.doh.gov.uk/build-safenhs/.
5. Cohen MR. *Errori di Terapia*. MDM Medicam Media. 1997.
6. Raccomandazione del Ministero della Salute n. 1: "Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio - kcl - e altre soluzioni concentrate contenenti potassio" (marzo 2008).
7. Raccomandazione del Ministero della Salute n. 7: "Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" (marzo 2008).
8. Raccomandazione del Ministero della Salute n. 12: "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look- alike/sound-alike" (agosto 2010).
9. Raccomandazione del Ministero della Salute n. 14: "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci anti-neoplastici" (ottobre 2012).
10. Raccomandazione del Ministero della Salute n. 7: prima implementazione (indagine 2009).
11. Raccomandazione del Ministero della Salute n. 7: seconda implementazione (indagine 2011).
12. Deliberazione della Giunta Regionale 16 luglio 2013, n. 1237 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" - anno 2013" (Bur n. 67 del 06 agosto 2013).
13. Deliberazione della Giunta Regionale 20 dicembre 2013, n. 2533 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" - anno 2014 (Bur n. 9 del 21 gennaio 2014).