



ALLEGATOR alla Dgr n. 1112 del 01 luglio 2014

pag. 1/3

Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 13/CSR del 20/02/ 2014 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2013

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Titolo del progetto: Adozione della scheda unica di terapia.

3. Linea progettuale: linea n. 16 Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management.

4. Referente: Dr. Mario Saia - Responsabile Coordinamento Regionale controlli sanitari appropriatezza, liste di attesa e sicurezza del paziente.

Tel. 049/8778247; Fax 041/2791683

mario.saia@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 – 2793491

protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

5. Durata del progetto: annuale 2013

6. Aspetti finanziari

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: €9.191.017,00

Contesto

Garantire la sicurezza dei pazienti rappresenta pertanto una sfida raccolta da tutti i sistemi sanitari evoluti in considerazione del diritto degli stessi a ricevere cure appropriate, efficaci e sicure.

Una delle azioni maggiormente efficaci è rappresentata dalla corretta identificazione del paziente, di particolare rilevanza in occasione di processi assistenziali particolarmente critici quali l'esecuzione di interventi chirurgici o procedure invasive, l'effettuazione di prelievi, la somministrazione di sangue ed emoderivati e la terapia farmacologica.

Come previsto dalla Raccomandazione del Ministero della Salute n. 3 del marzo 2008, denominata "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura", il paziente deve essere identificato da nome, cognome e data di nascita e il mezzo più idoneo per tale identificazione è rappresentato dalla semplice richiesta di confermare questi dati identificativi, da trascrivere successivamente in tutta la documentazione sanitaria.

La medesima raccomandazione prevede inoltre che la procedura identificativa debba essere attuata prima di somministrare la terapia, di eseguire un prelievo ematico, di inviare il paziente a eseguire prestazioni diagnostiche, e comunque prima dell'effettuazione delle stesse, di un intervento chirurgico e di una emotrasfusione.

Tutto ciò fermo restando che, in caso di paziente non collaborante, per l'identificazione ci si avvalga dei dati anagrafici presenti nella documentazione sanitaria e in caso di paziente sconosciuto lo stesso vada identificato con un codice alfanumerico da riportare su tutta la documentazione fino all'accertamento dell'identità.

Per quanto concerne l'attività operatoria, pur considerando che l'errata identificazione dei pazienti o del sito chirurgico risulta essere un evento avverso poco frequente ma che qualora si verifichi può provocare gravi

conseguenze compromettendo seriamente la fiducia dei cittadini nei confronti dell'intero servizio sanitario, è opportuno rammentare come la succitata Raccomandazione ministeriale del marzo 2008 preveda espressamente l'applicazione della procedura di identificazione del paziente in occasione di tutte le procedure chirurgiche ed invasive, eseguite in sala operatoria o in altri "setting" ospedalieri.

In particolare, per la corretta identificazione, oltre che del paziente, del sito operatorio, è inoltre previsto che la procedura di identificazione si svolga in più fasi, ovvero nel periodo di preparazione all'intervento con la raccolta del consenso informato e il contrassegno del sito, prima dell'ingresso in sala operatoria e prima dell'incisione chirurgica secondo quanto proposto nel "Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist" redatto nell'ottobre del 2009 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, che già costituisce un requisito per l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie pubbliche e private ai sensi della DGR n. 2014 del 8 ottobre 2012.

Di estremo rilievo è inoltre la prevenzione degli eventi avversi dovuti ad errori in corso di terapia farmacologica, sia in ambito ospedaliero sia territoriale, oggetto di attenzione da parte dei principali Organismi internazionali che si occupano di sanità e da considerarsi come una priorità dell'assistenza sanitaria.

Secondo la definizione proposta dal National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), per errore di terapia va inteso ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale e prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente.

A tal fine è utile sottolineare come la valutazione dell'errore di terapia sia basata sulle modalità di impiego del farmaco e sul rischio clinico che ne può derivare, intendendo per rischio clinico la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ovvero subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, con un prolungamento della stessa, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte; non tutti gli errori di terapia determinano però un danno, in quanto la maggior parte possono essere considerati dei "near miss", ovvero dei potenziali eventi avversi.

Tra gli errori in terapia risultano molto frequenti quelli legati alla somministrazione dei cosiddetti farmaci "LASA (Look-Alike/Sound-Alike)", acronimo anglosassone utilizzato per indicare quei farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome, come riportato nella Raccomandazione del Ministero della Salute n. 12 dell'agosto 2010 denominata "Raccomandazione per la prevenzione degli errori con farmaci Look-like/Sound-alike".

Gli errori nel processo di somministrazione dei farmaci possono essere schematizzati in errori di prescrizione, di interpretazione errata della scrittura del medico, di trascrizione e di somministrazione, e risultano principalmente ascrivibili a errate trascrizioni dalla cartella clinica al quaderno della terapia, a una difficile interpretazione della prescrizione medica e alla mancata visibilità del processo terapeutico nel suo complesso.

Emerge pertanto come l'errore di terapia possa originare da svariate situazioni presenti nelle diverse fasi del processo terapeutico, inteso come un processo multiprofessionale che va dalla prescrizione alla somministrazione, la cui responsabilità non ricade sul singolo operatore ma su più individui in considerazione dei modelli organizzativi adottati.

Al fine di antagonizzare il fenomeno degli errori in terapia è unanimemente riconosciuta l'efficacia dell'adozione della scheda unica di terapia, strumento di comunicazione interna che ha la peculiarità di integrare in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati, da considerarsi parte integrante della cartella clinica.

L'utilizzo della scheda unica di terapia consente l'effettuazione della prescrizione scritta, evitando prescrizioni verbali da parte dei medici, e consentendo la corretta identificazione del prescrivente e le caratteristiche del paziente da parte dei farmacisti coinvolti nei processi terapeutici che prevedono la preparazione del farmaco e allo stesso tempo permette di evitare pericolosi passaggi di trascrizione tra la cartella clinica e la documentazione infermieristica nel corso della somministrazione, conseguentemente permettendo un risparmio di tempo e garantendo nel contempo la piena tracciabilità, su un unico documento, di tutte le operazioni effettuate e dell'autore di ogni singolo intervento.

Obiettivi

Per l'anno 2013 sono stati individuati come obiettivi:

- Rendere obbligatorio l'utilizzo della scheda unica di terapia presso tutte le strutture sanitarie della Regione Veneto

Descrizione del Progetto

Implementazione dell'utilizzo della scheda unica di terapia presso tutte le strutture sanitarie del Veneto.

Risultati attesi

Nel corso del 2014 verranno istituiti dei percorsi formativi ed attuate tutte le altre iniziative volte a garantire la piena applicabilità della scheda unica di terapia.

Indicatori

- Numero di unità operative presso le quali è utilizzata la scheda unica di terapia.