



Formez PA



CIRPA

Centro Interdipartimentale per la ricerca in Diritto,
Economia e Management della Pubblica Amministrazione

*CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PER DIRETTORI SANITARI E DIRETTORI DI UOC
DI AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE*

Project work

**Modello Informatizzato di scheda di Ricognizione/Riconciliazione
di Terapia in Ospedale, in ottemperanza alla Raccomandazione
ministeriale n. 17 (tra i Requisiti di Accreditamento delle strutture
Sanitarie), per la riduzione del Rischio Clinico**

Dott. Valerio Valente

Tutor: **Dott.ssa Stefania De Simone**

ANNO 2019

Introduzione

La conoscenza puntuale della terapia farmacologica è un elemento fondamentale per garantire la sicurezza del paziente, prevenire gli errori in terapia e le reazioni avverse al farmaco, realizzare l'appropriatezza delle cure prescritte, non solo in ambito ospedaliero, ma anche in quello territoriale e nelle transizioni di cura.

A questo proposito, le transizioni di cura da un contesto sanitario all'altro (ad es. ricovero, trasferimento, dimissione) rappresentano momenti durante i quali il paziente è più esposto ad errori in terapia, correlati a discrepanze non intenzionali, che si possono verificare a seguito della perdita di informazioni e/o di una comunicazione non efficace tra i sanitari e/o con il paziente o il suo *caregiver*.

Nelle transizioni di cura infatti, la terapia del paziente può essere modificata e, in particolare, rispetto alla prima prescrizione possono subentrare dei cambiamenti del principio attivo, del dosaggio, della forma farmaceutica, della via e della frequenza di somministrazione oppure possono essere introdotte nuove prescrizioni o possono essere sospesi medicinali precedentemente assunti. Possono inoltre costituire elementi critici le autoprescrizioni di farmaci, l'assunzione di medicine non convenzionali o di particolari alimenti che rappresentano possibili fonti di interazione con i farmaci prescritti.

In queste situazioni, evidenze di letteratura mostrano come gli errori correlati a discrepanze non intenzionali nella terapia coinvolgano fino al 70% dei pazienti al momento del ricovero o della dimissione dall'ospedale e circa un terzo di tali casi costituisce una potenziale fonte di rischio per il paziente stesso, con possibilità di un nuovo ricovero o di un suo prolungamento, accessi al pronto soccorso ed utilizzo di ulteriori risorse del SSN¹.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la riconciliazione farmacologica una delle migliori strategie per garantire una buona qualità delle cure ai pazienti².

In Italia, la riconciliazione è stata inserita tra i criteri e i requisiti di accreditamento che Regioni e strutture sanitarie sono tenute ad assicurare ai propri assistiti³.

In tale ottica il Ministero della Salute ha emanato la *Raccomandazione n.17* per una corretta riconciliazione della terapia farmacologica⁴.

Non va poi trascurato il fatto che, talvolta, tali pazienti o i loro caregiver intraprendono iniziative autonome, che si traducono in una non piena aderenza alla terapia o anche nell'assunzione di prodotti non compatibili con i medicinali prescritti.

Risulta pertanto fondamentale effettuare, ad ogni passaggio di cura, una corretta ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica, avvalendosi dell'utilizzo di una specifica Scheda di ricognizione/riconciliazione, affinché le informazioni possano essere tracciate e rese fruibili lungo tutto il percorso terapeutico, facilitando la comunicazione interprofessionale e con lo stesso paziente.

Analisi del contesto

Raccomandazione per la Riconciliazione della terapia farmacologica. Racc. 17.

Il processo di riconciliazione della terapia farmacologica rappresenta uno strumento efficace per prevenire gli eventi avversi correlati alle discrepanze terapeutiche che si possono verificare durante il trasferimento del paziente da un contesto sanitario ad un altro^{1,5,6,7}.

Tale processo risulta quindi di fondamentale importanza, soprattutto all'interno degli ospedali, per il fatto che i pazienti possono presentare un quadro clinico caratterizzato da una fragilità intrinseca legata all'età e da frequenti comorbidità associate a patologie croniche che portano ad un maggiore e non sempre giustificato numero di medicinali da assumere.

Tali pazienti presentano un elevato rischio di manifestare reazioni avverse a farmaci (*Adverse Drug Reaction - ADR*), con importanti ricadute in termini di ospedalizzazioni e mortalità. Dati di letteratura mostrano infatti come all'aumentare del numero dei farmaci assunti aumenti il rischio di ADR, con un aumento dell'82% con l'assunzione di 7 farmaci⁸.

In tale contesto, oltre all'insorgenza di ADR, la politerapia rappresenta un fattore di rischio per molteplici aspetti quali ad esempio un'aumentata probabilità che si verifichino interazioni anche gravi tra farmaci o tra farmaci ed alimenti assunti, una maggiore complessità nella gestione dei farmaci (maggiore probabilità di errori nella prescrizione e nella somministrazione dei medicinali con maggiore frequenza di omissioni e duplicazioni di terapia), nonché l'esposizione a farmaci potenzialmente inappropriati.

Procedure di ricognizione e riconciliazione farmacologica, quando correttamente applicate, hanno dimostrato una riduzione del 15-48% nel numero di ADR⁹ e del 70% degli errori in terapia.

Proposta progettuale

Il processo di riconciliazione della terapia farmacologica prevede il coinvolgimento di più figure professionali. La collaborazione tra le diverse figure professionali deve avere come obiettivo quello di rilevare, identificare e comunicare, nel modo più completo possibile, la terapia farmacologica assunta dal paziente in modo da garantire al medico una completa conoscenza della terapia in atto. Sulla base delle informazioni raccolte il medico può effettuare la prescrizione più appropriata, valutando se proseguire le terapie in corso, variare la prescrizione di uno o più farmaci o anche sospendere la terapia. Ogni volta che il medico si appresta ad effettuare o modificare una nuova prescrizione deve seguire un percorso che prevede 3 fasi distinte:

- ricognizione;
- riconciliazione;
- comunicazione.

Ricognizione

Al momento dell'ingresso del paziente nella struttura sanitaria deve essere effettuata la ricognizione, che consiste nella raccolta di informazioni complete ed accurate sul paziente e sui medicinali utilizzati dal paziente stesso, siano essi prescritti dal medico o assunti, anche occasionalmente, per automedicazione, inclusi integratori e prodotti omeopatici o erboristici. La ricognizione rappresenta un momento fondamentale per poter effettuare successivamente una corretta e adeguata riconciliazione.

La ricognizione deve essere effettuata dal medico e deve avvenire al momento dell'accoglimento del paziente nella struttura sanitaria o comunque entro 24 ore dallo stesso. In casi eccezionali, qualora le informazioni essenziali non siano immediatamente disponibili, la ricognizione dovrà essere completata appena possibile.

Le informazioni devono essere riportate nella cartella clinica del paziente. L'attività di ricognizione deve essere adeguatamente e sistematicamente documentata. Chi effettua la ricognizione deve riportare esattamente quanto esibito o riferito (ad es. confezioni di medicinali portati dal domicilio, lista dei farmaci assunti) dal paziente (o dal parente/caregiver/amministratore di sostegno) e/o dal medico curante.

La lista dei farmaci che il paziente sta già assumendo deve essere raccolta in modo dettagliato indicando esattamente per ciascuno:

- ✓ nome commerciale e/o denominazione del principio attivo;
- ✓ forma farmaceutica;
- ✓ dosaggio;
- ✓ posologia giornaliera;
- ✓ data di inizio e durata della terapia;
- ✓ data e ora dell'ultima dose assunta;
- ✓ via di somministrazione;
- ✓ ogni altro elemento ritenuto importante.

Deve essere prestata particolare attenzione alla raccolta di informazioni sui farmaci a lunga durata d'azione o a rilascio prolungato, sui farmaci a ristretto margine terapeutico (ad es. farmaci anticoagulanti, farmaci antiepilettici, farmaci antiaritmici, farmaci tiroidei), sui farmaci ad azione immunosoppressiva, sugli antidiabetici, sugli oppioidi e sull'ossigeno.

È auspicabile che in questa fase vengano inoltre raccolte informazioni relative ad eventuali trattamenti con farmaci off-label, alla presenza di patologie, allergie o intolleranze conosciute, a terapie pregresse, ad eventuali effetti indesiderati, ad assunzione di alimenti che possono interferire con la terapia, a dati inerenti peso e altezza del paziente, stili di vita e all'utilizzo di dispositivi medicati.

La fonte delle informazioni per la ricognizione non deve essere univoca: è necessario che vengano utilizzate almeno due fonti. La fonte privilegiata dovrebbe essere rappresentata dall'intervista al paziente o al parente/caregiver/amministratore di sostegno (qualora il paziente non sia in grado di riferire i medicinali che sta utilizzando) purché a conoscenza dei trattamenti in corso. A tale scopo può essere utile che il paziente o il suo parente/caregiver/amministratore di sostegno, predisponga la cosiddetta "lista delle mie medicine", ovvero una lista, che sia il più esaustiva possibile, delle terapie in atto e di altri eventuali prodotti assunti. Chi effettua la ricognizione deve essere consapevole che quanto riferito dal paziente o dal parente/caregiver/amministratore di sostegno potrebbe non essere completo o esaustivo. Per tale motivo, le informazioni ricavate durante l'intervista con il paziente o parente/caregiver/amministratore di sostegno devono essere verificate ed integrate con almeno un'altra fonte di informazioni attendibile, quale:

- lettera redatta dal medico di medicina generale (MMG) (nel caso in cui il paziente acceda alla struttura sanitaria dal proprio domicilio), che deve essere aggiornata, il più completa possibile e contenere ad es. informazioni sulla posologia dei medicinali, eventuali allergie, ecc.;
- lettera di dimissione ospedaliera (nel caso in cui il paziente acceda alla struttura sanitaria a seguito di una dimissione dall'ospedale) che deve essere il più esaustiva possibile e riportare la terapia farmacologica completa assunta dal paziente all'atto della dimissione, non solo i cambiamenti avvenuti durante il ricovero;
- confezioni di medicinali portate dal domicilio.

È necessario annotare sempre la fonte delle informazioni.

Nel caso in cui vengano rilevate discrepanze tra la lista dei farmaci redatta dal MMG o la lettera di dimissione ospedaliera e quanto riferito dal paziente o da un suo parente/caregiver/amministratore di sostegno, è necessario contattare il medico curante o la struttura sanitaria che ha avuto precedentemente in carico l'assistito lasciandone traccia sulla cartella clinica.

Riconciliazione

La riconciliazione farmacologica è necessaria per una revisione critica dei medicinali in uso. La riconciliazione consente inoltre di ridurre le discrepanze non intenzionali nelle terapie che si verificano nelle transizioni di cura.

La riconciliazione deve essere effettuata dal medico che, prima di procedere con la prescrizione, valuta l'opportunità di proseguire il trattamento farmacologico in atto e la sua compatibilità con la terapia indicata nella specifica circostanza. La riconciliazione esita nella prescrizione della terapia farmacologica con conferma o modifica della precedente. La riconciliazione deve, in ogni modo, assicurare una chiara comunicazione da parte del medico in merito alla prosecuzione, interruzione o modifica del regime terapeutico di un paziente rispetto a quello seguito prima dell'ingresso nella struttura sanitaria.

La riconciliazione deve essere effettuata nell'immediato seguito della ricognizione. Nel caso in cui ciò non sia possibile (ad es. situazione di emergenza), può essere effettuata successivamente. In tale contesto, al fine di garantire la continuità terapeutica, la somministrazione può comunque avvenire sulla base di quanto contenuto nella lettera redatta dal MMG o nella lettera di dimissione ospedaliera.

Nell'ambito della riconciliazione farmacologica, il medico deve:

- effettuare una revisione della terapia farmacologica cercando, laddove possibile, di evitare la prescrizione di farmaci di dubbia efficacia e dal profilo rischio-beneficio sfavorevole e di semplificarla al fine di migliorarne l'aderenza da parte del paziente;
- confrontare la lista dei medicinali ottenuta dalla fase di ricognizione con i medicinali che ritiene necessario somministrare, allo scopo di evitare incongruenze, omissioni, associazioni a rischio di incompatibilità/interazioni farmacologiche ed errori da confondimento di farmaci *LASA (Look-Alike/Sound-Alike)* Racc. 12. A tal proposito, sarebbe auspicabile l'uso di specifici software per la rilevazione di eventuali interazioni farmacologiche;
- verificare la presenza nel Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA) dei medicinali per patologie croniche assunti dal paziente di cui si vuole confermare la terapia e, qualora non presenti, valutare la possibilità di sostituirli con alternative terapeutiche presenti nel PTA;
- verificare, per i farmaci soggetti a Piano Terapeutico (PT) o a Registro di monitoraggio AIFA di cui si vuole confermare la terapia, la presenza del PT o del Registro debitamente compilati da parte dello specialista autorizzato. Nel caso di pazienti già in trattamento per i quali non si riesca a recuperare la documentazione prevista, il medico prenota appena possibile una visita specialistica per la compilazione del PT/Registro e nel frattempo, al fine di garantire la continuità terapeutica evitando interruzioni di terapia, invia la richiesta alla Farmacia Ospedaliera per l'erogazione del farmaco.

A seguito del processo di riconciliazione si possono verificare le seguenti situazioni:

- ✓ il paziente prosegue la terapia con i medicinali rilevati nella fase di ricognizione;
- ✓ il paziente deve modificare la terapia di uno o più medicinali, rilevati nella fase di ricognizione, per variazione ad esempio del dosaggio, via o frequenza di somministrazione;
- ✓ il paziente deve iniziare la terapia con uno o più nuovi medicinali non presenti nella fase di ricognizione;
- ✓ il paziente deve interrompere uno o più medicinali precedentemente assunti, rilevati nella fase di ricognizione.

Ogni modifica alla terapia farmacologica deve essere opportunamente motivata dal medico. Nei casi in cui non siano indicate chiaramente le motivazioni, il farmaco deve essere considerato “*non riconciliato*”.

La Scheda di ricognizione/riconciliazione farmacologica non costituisce una prescrizione medica, la quale dovrà essere invece riportata nella Scheda unica di terapia. Inoltre, la documentazione relativa alla riconciliazione deve costituire parte integrante della documentazione sanitaria del paziente.

Comunicazione

La comunicazione tra i diversi operatori sanitari e tra questi ed il paziente (o parente/*caregiver*/amministratore di sostegno), riguardo la terapia farmacologica stabilita dal medico in seguito alla riconciliazione, è necessaria e indispensabile per garantire la sicurezza e la qualità delle cure. Tutte le modifiche introdotte nella terapia farmacologica devono essere adeguatamente comunicate al paziente (o al parente/*caregiver*/amministratore di sostegno) spiegandone la motivazione ed accertandosi della effettiva comprensione. Una corretta comunicazione della terapia è di fondamentale importanza, non solo nel momento dell'ingresso dello stesso nella struttura sanitaria dal proprio domicilio, ma anche in tutte le situazioni di trasferimento da una struttura sanitaria ad un'altra.

Gli strumenti per veicolare le necessarie informazioni sulla terapia farmacologica

La ricognizione deve essere accuratamente documentata attraverso la compilazione di una Scheda di ricognizione/riconciliazione farmacologica che sia fruibile a tutti i professionisti che intervengono nel percorso di cura.

Tale Scheda, nella sezione dedicata alla ricognizione, è redatta in occasione della presa in carico o di un contatto con il paziente, sulla base di quanto riferito o esibito dal paziente stesso o suo *caregiver*, considerando che le informazioni potrebbero anche non essere esaustive.

La Scheda di ricognizione/riconciliazione costituisce parte integrante della documentazione sanitaria inerente allo specifico episodio di cura (cartella di ricovero, fascicolo ambulatoriale, ecc.) e deve comprendere, oltre ai farmaci, anche fitoterapici, omeopatici, integratori, alimenti considerati critici.

La Scheda di ricognizione/riconciliazione

La Scheda di ricognizione/riconciliazione farmacologica può essere gestita in modalità cartacea oppure informatizzata. Quando la ricognizione sia documentata in modalità cartacea, è auspicabile il ricorso a schede strutturate che permettano di registrare tutti gli elementi informativi specifici.

Quando la documentazione della ricognizione avviene con l'utilizzo di strumenti informatici, si evidenzia l'opportunità di una strutturazione che, oltre ad assicurarne un agevole reperimento in ogni fase del percorso di cura da parte dei professionisti che ne abbiano titolo, permetta altresì di elaborare le informazioni acquisite per finalità connesse ad una sempre più accurata gestione delle terapie.

Appropriatezza medica della terapia

La politerapia è pratica clinica comune nel paziente anziano e comporta aumentato rischio di interazioni farmaco-farmaco con possibile conseguente influenza sull'efficacia del trattamento farmacologico, possibile aumento di reazioni avverse e di errori terapeutici.

La Raccomandazione Ministeriale n.17 ha come obiettivo la prevenzione degli errori in terapia nelle transizioni di cura. La Ricognizione/Riconciliazione (R/R) di terapia permette, in modo chiaro e completo, di rilevare e conoscere la terapia seguita e la storia clinica del paziente consentendo al medico di effettuare le opportune valutazioni cliniche. Il Servizio di Farmacia, in sinergia con la Direzione Sanitaria e la Direzione dei Sistemi Informativi d'Istituto, ha studiato un modello informatizzato che possa essere di supporto che agevolare i clinici nella corretta esecuzione della R/R farmacologica.

Corretta Gestione dei Farmaci in Farmacia e nelle Unità Operative

È altresì evidente che il controllo della corretta gestione di farmaci e dispositivi medici dall'approvvigionamento alla somministrazione assicura la qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza delle cure erogate. È dunque indispensabile che esistano modalità di gestione completa del farmaco (dall'acquisto alla dispensazione) all'interno dell'Ospedale garantite da procedure precise e rigide e monitorate da coloro che ne sono garanti (Farmacisti e Direttori Sanitari) attraverso attività di formazione e vigilanza nelle Unità Operative. Le verifiche ispettive condotte dal Farmacista presso le Unità Operative, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, hanno soprattutto lo scopo di monitorare e risolvere eventuali inadempienze alle Raccomandazioni Ministeriali da parte del personale addetto ed evitare eventuali rischi per la sicurezza del paziente ricoverato e risultano essere un'occasione formativa per accrescere la consapevolezza nella gestione del rischio clinico.

Scheda R/R informatizzata.

In relazione al capitolo dell'appropriatezza medica della terapia, al fine di supportare le decisioni del Clinico e assicurare la Riconciliazione di terapia nei momenti di transizioni di cura in cui si annidano i più numerosi errori dovuti a discrepanze, omissioni, ridondanze, nel 2018 è stato messo a punto un prototipo di scheda informatizzata per la Ricognizione e Riconciliazione di terapia farmacologica, implementata dalla primavera del 2019 in tutti gli Istituti Maugeri e in progressiva integrazione. La scheda è stata concepita integrandola nel sistema di prescrizioni informatizzate e utilizza sistemi di alert visivi e di facilitazioni guidanti la Riconciliazione e con la possibilità per i Medici di individuare, all'atto dell'inserimento della terapia, le eventuali interazioni pericolose tra i farmaci e di essere guidati nella corretta prescrizione.

In relazione alla corretta gestione dei farmaci nei reparti, che concorre alla sicurezza della terapia, per permettere che in tutti i Reparti degli Istituti Clinici Scientifici Maugeri sia garantita sempre una adeguata gestione (approvvigionamento, conservazione, preparazione, somministrazione) dei Farmaci, il Servizio di Farmacia e la Direzione Sanitaria con il supporto dell'Ufficio Qualità, Accreditamento e Impatto Sociale, hanno redatto delle Linee Guida interne ufficiali a uso di tutti gli operatori sanitari e predisposto un piano di formazione e

vigilanza in continuo aggiornamento. Le Linee Guida / Istruzioni Operative sono disponibili su qualsiasi supporto cartaceo e informatico, sono in continuo aggiornamento, in particolare in merito alla gestione dei Farmaci Oncologici e ad alto rischio in genere. La Farmacia effettua annualmente la vigilanza diretta nei reparti unitamente alla Direzione Sanitaria e verifica attraverso accessi verbalizzati la buona gestione del farmaco e l'adempimento alla Normativa vigente e alle Raccomandazioni Ministeriali inerenti la sicurezza della terapia.

Fasi per la compilazione della Scheda R/R.

All'ingresso nella Scheda si troveranno valorizzati i **dati Anagrafici**

Inoltre i seguenti campi della **Cartella Infermieristica**: peso, altezza e allergie / effetti indesiderati significativi ai fini della terapia farmacologica.

SCHEDA DI RICOGNIZIONE/RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA						
Paziente	Nome	Data	Codice Fiscale	Reparto	Num Cartella	Peso Altezza
	ANDREA	14/05/1973		U.O. RIABILITAZIONE SPEC. CARDIOLOGICA	2011004	87 168
ALLERGIE EFFETTI INDESIDERATI SIGNIFICATIVI AI FINI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA						
<input checked="" type="checkbox"/> A farmaci: CARBACOLO, FANS, Ad altro: nicotilina						
INFORMAZIONI DI RILIEVO						
<input type="checkbox"/> Terapia anticoagulante orale	<input type="checkbox"/> Terapia insulinica	<input type="checkbox"/> Terapia ipoglicemizzanti orale	<input type="checkbox"/> Terapia oppioidi			
<input type="checkbox"/> Terapia antiepilettica	<input checked="" type="checkbox"/> Terapia immunosoppressiva	<input type="checkbox"/> Terapia con ossigeno	<input type="checkbox"/> Utilizzo di dispositivi medici medicati			
<input type="checkbox"/> Utilizzo di dispositivi omeopatici, fitoterapici e/o integratori	<input type="checkbox"/> Alimenti abitudinali in dosi elevate (Es. pompelmo, caffè, the, ecc.)	<input type="checkbox"/> Abitudine al fumo	<input type="checkbox"/> Consumo di alcool			
Altro: prova 1 modifica						
FONTI DELLE INFORMAZIONI						
<input type="checkbox"/> Verbale paziente	<input type="checkbox"/> Verbale familiare/caregiver	<input type="checkbox"/> Lista personale dei farmaci	<input type="checkbox"/> Documentazione sanitaria			
<input type="checkbox"/> Confezioni di farmaci	<input type="checkbox"/> Nessuna	Altro: _____				

Una volta compilati i dati relativi alle **informazioni di rilievo** e alle **fonti delle informazioni** si può procedere all'inserimento vero e proprio dei farmaci.

L'inserimento dei Farmaci si effettua attraverso l'utilizzo della Banca Dati "CODIFA", effettuando la ricerca inserendo la prima parte del Farmaco, l'elenco dei farmaci che sarà proposto è differenziato utilizzando un codice colore a secondo se in PTO o no, in quest'ultimo caso il sistema di propone le alternative equivalenti dove il medico potrà scegliere la sostituzione inserendo il Farmaco a PTO ed interrompendo quello in terapia del paziente (quindi contemporaneamente il medico può effettuare la "Ricognizione" e la "Riconciliazione" proseguendo la terapia o sostituendola e/o interrompendola). Per tutti i Farmaci sostituiti/interrotti/proseguimento il sistema chiederà di inserire "dose", "ora", "Via di Somministrazione" sia del farmaco in terapia al paziente sia per il nuovo.

Così si procederà per tutti i successivi farmaci, qualora il sistema rileva delle **"interazioni tra farmaci"** queste sono evidenziate da un messaggio di **ALERT**.

Alla fine degli inserimenti i Farmaci “confermati”, “modificati” e “sospesi” compariranno sotto la voce **RICOGNIZIONE** e **RICONCILIAZIONE**, quelli **modificati** (dose, ora, Via di Somm.) saranno riportati **in rosso** mentre quelli **sospesi** saranno barrati. I Farmaci di nuova prescrizione sono riportati nella parte della scheda “**NUOVA TERAPIA**”.

Scheda di Ricognizione/Riconciliazione Terapia Farmacologica - RICONCILIAZIONE

SCHEDA DI RICOGNIZIONE/RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA

Paziente: XXXX YYYY Nata/O: 17/08/1952 Codice Fiscale: XXX Reparto: U.O. RIAB. SPEC sez RRF 1/B Num Cartella: 2011000195 Peso: 74 Altezza: 163

ALLERGIE/EFFETTI INDESIDERATI SIGNIFICATIVI AI FINI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

eparina

INFORMAZIONI DI RILIEVO

Terapia anticoagulante orale Terapia insulinica Terapia ipoglicemizzanti orale Terapia oppioidi

Terapia antiepilettica Terapia immunosoppressiva Terapia con ossigeno Utilizzo di dispositivi medici medicati

Utilizzo di dispositivi omeopatici, fitoterapici e/o integratori Alimenti abituali in dosi elevate (Es. pompelmo, caffè, the, ecc.) Abitudine al fumo Consumo di alcool

Altro: _____

FONTI DELLE INFORMAZIONI

Verbale paziente Verbale familiare/caregiver Lista personale dei farmaci Documentazione sanitaria

Confezioni di farmaci Nessuna Altro: _____

Inserisci Modifica **Aggiorna** Stampa Chiudi

RICOGNIZIONE			RICONCILIAZIONE				
Nome del farmaco (principio attivo), dosaggio e forma farmaceutica	Via somm.	Posologia/orari	Inter-azioni	Conti-nuare	Inter-rompere	Cambia Dose/ Ora	Note
TERAPIA (ESCLUSO INFUSIONI, SACCHE, AEROSOL ED INALAZIONI)							
ABLFY*10MG 28 CPR	OS	1 CPR ORE 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non è PTO sostituibile con ARIPRAZOLO EG*5MG 28 CPR [Ins. Myriam FEMMINELLA 22/02/2019 11:36]
ABSORCOL*10MG 30CPR	OS	1 CPR ORE 16	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CAMBIO DOSE: 1/2 CPR ORE 16 [Ins. Myriam FEMMINELLA 22/02/2019 11:36]
BUSCOPAN*10MG 30CPR RIV	OS	1 ORE 8	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Ins. Myriam FEMMINELLA 22/02/2019 11:36]
GARDENALE*100MG 20 CPR	OS	1 CPR ORE 16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Ins. Myriam FEMMINELLA 22/02/2019 11:36]
LADIPROLOL*20MG 14 SF	MF	1 CPR ORE 16	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Ins. Myriam FEMMINELLA 22/02/2019 11:36]
TRIADEC*5MG 14 CPR DIV	OS	1 CPR ORE 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Ins. Myriam FEMMINELLA 22/02/2019 11:36]
INFUSIONE N° 1							
AMIODARONE BN*150MG/3MLV/SF	EV	4 FIALE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Ins. Myriam FEMMINELLA 22/02/2019 11:36]
GLUC5%FK*IV 20FL 250ML	EV	250 ML	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Ins. Myriam FEMMINELLA 22/02/2019 11:36]
NUOVA TERAPIA							
ARIPRAZOLO EG*5MG 28 CPR	OS	1 CPR ORE 8	<input checked="" type="checkbox"/>				Sostituisce ABLFY*10MG 28 CPR non è PTO [Ins. Myriam FEMMINELLA 22/02/2019 11:36]

Tali dati sono poi richiamabili sulla cartella informatizzata al fine della prescrizione terapeutica in degenza.

Indicatori

Sono stati creati degli indicatori per il monitoraggio del corretto utilizzo della “Scheda RR” nei reparti:

- *Presenza della scheda R/R nella documentazione sanitaria della struttura*
 - Numeratore**
N. di schede di ricognizione farmacologica compilate
 - Denominatore**
N. di cartelle cliniche/altra documentazione sanitaria esaminate
 - Livello**
Unità Operativa/Istituto
 - Obiettivo**
> 95%
 - Calcolo**
Annuale

- *Corretta compilazione scheda R/R su totale schede R/R compilate*

Numeratore

N. di schede di ricognizione farmacologica compilate correttamente

Denominatore

N. di schede di ricognizione farmacologica compilate

Livello

Unità Operativa/Istituto

Obiettivo

> 90%

Calcolo

Annuale

Risultati e conclusioni

In merito alla Adesione alla scheda R/R in pochi mesi (rilevazione maggio-agosto 2019) in tutti gli Istituti Clinici Maugeri sono state fatte 3.315 schede di R/R all'atto del ricovero su un totale di 9.419 ricoveri (35%) ed essendo ancora in corso la formazione il dato è da considerarsi in progressivo aumento.

Nell'Istituto di Telese Terme sono state compilate 235 Schede di R/R all'atto del ricovero su un totale di 493 ricoveri (47,67%)

Di contro, l'adesione alle procedure è alta e la percentuale di copertura della vigilanza nelle Unità Operative da parte di Farmacie e Direzioni Sanitarie è del 100% in tutti gli Istituti Maugeri.

L'attività di gestione del Rischio presso gli Istituti Clinici Scientifici Maugeri è costante e prioritaria e coinvolge in ogni Istituto tutte le figure sanitarie e si pone come obiettivo principale la sicurezza del paziente vigilando su ogni aspetto che direttamente o indirettamente può riguardare la terapia. L'attività di ricognizione, riconciliazione farmacologica garantisce la migliore gestione del farmaco in ospedale, nel paziente politrattato e nelle transizioni di cura e il sistema qualità attraverso l'aggiornamento delle procedure e la vigilanza alla corretta gestione del farmaco ne è il naturale completamento.

Riferimenti bibliografici

1. Mueller SK, Sponsler KC, Kriplani S et al. *Hospital-based Medication Reconciliation Practices: A Systematic Review*. Arch Intern Med 2012; 172(14):1057-69.
2. WHO. *Standard operating protocol assuring medication accuracy at transitions in care*. Disponibile al sito: www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf (accesso verificato il 22.07.2018).
3. Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra Governo, le Regioni e le Province autonome sul Documento recante "*Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento*", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. 259 del 20 dicembre 2012).
4. Ministero della Salute. "Raccomandazione n. 17 per la riconciliazione della terapia farmacologica". Disponibile al sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2354_allegato.pdf.
5. Kwan JL, Lo L., Sampson M., et al. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. Ann Intern Med. 2013; 158:397-403.
6. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2016; 6:e010003.
7. Cameli D, Francis M, et al. The effectiveness of medication reconciliation strategies to reduce medication errors in community dwelling older adults: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports: July 2013 - Volume 11 - Issue 7 - p 1-57.
8. ND Barber, DP Alldred, DK Raynor, et al. Care homes' use of medicines study: prevalence, causes and potential harm of medication errors in care homes for older people. Qual Saf Health Care. 2009 Oct; 18(5): 341-346.
9. Kongkaew C, Noyce PR, Ashcroft DM. Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies. Ann Pharmacother. 2008 Jul; 42(7):1017-25.