



SEGRETERIA PARTICOLARE

10 OTT 2013

Prot. n. \_\_\_\_\_

ASSESSORE  
Maria Sandra Telesca

Alla cortese attenzione:

**Dott.ssa Maria Sandra Telesca**

Assessore alla salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia

## PROPOSTA NURSIND

### **“FARMACI IN DOSE UNITARIA”**

#### PREMESSA

Il Sistema Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia (FVG) è riconosciuto come uno dei più efficienti a livello nazionale poiché ha saputo anticipare drastiche razionalizzazioni di sistema. Le varie riorganizzazioni succedute (dalla chiusura/riconversione dei piccoli ospedali alla centralizzazione per acuti ed all'accorpamento degli istituti universitari alle aziende ospedaliere di riferimento) hanno mantenuto livelli di performance assistenziali elevati e diffusi.

In questo momento di crisi economica serve sempre di più una razionalizzazione della spesa sanitaria mantenendo in ogni caso elevati livelli di sicurezza per il paziente, un dato di riflessione è che il 20% degli errori sanitari è costituito da errori di terapia farmacologica: errate prescrizioni, errate trascrizioni, errori di dosaggio, confezioni di farmaci simili tra loro, gestione critica del magazzino. Il problema è rilevante sia in termini di salute pubblica sia in termini economici, infatti uno dei capitoli maggiori di costo è rappresentato dalla spesa farmaceutica.

La sicurezza nel processo clinico del farmaco è un problema ampiamente riconosciuto in tutta la letteratura nazionale ed internazionale e ad oggi, accanto a procedure di qualità che regolano il percorso del farmaco, la strategia che può dare i migliori risultati è sicuramente l'implementazione dell'uso di sistemi tecnologici di gestione e confezionamento del farmaco.

Ulteriore passo avanti è la gestione delle scorte di reparto tramite programmi che consentano il dialogo (interfacciamento) fra il software di prescrizione/somministrazione ed il sistema operativo di gestione complessiva del magazzino di reparto e degli ordini alla farmacia, con la possibilità di emettere automaticamente le richieste degli ordini da reparto a farmacia, in base al consumo e alla giacenza minima nella farmacia di reparto.

Questo sistema presenta l'ulteriore vantaggio di ridurre le scorte di reparto (e quindi la potenziale giacenza di farmaci scaduti o inutilizzati) con un notevole risparmio, ottimizzando anche il riordino della farmacia.

La ricostituzione e preparazione dei farmaci per terapie orali ed endovenose richiede molto tempo agli infermieri ospedalieri, sottraendone al mandato legislativo della pianificazione infermieristica. Appare evidente, da queste considerazioni, che la tenuta del SSR dovrà essere rimodulata nei prossimi anni, pena la caduta della qualità dell'assistenza erogata, oggi s'impone una diversa visione degli scenari assistenziali nelle varie Aziende ospedaliere, implementando nuovi modelli fondati sulla sicurezza e rintracciabilità del farmaco con un notevole risparmio che deve essere reinvestito con l'assunzione di personale di assistenza.





## PROPOSTA NURSIND

### Gli aspetti della sicurezza.

Le proiezioni delle casistiche internazionali applicate alla situazione italiana rivelano che degli 8.000.000 di persone ricoverate ogni anno, 320.000 (il 4% circa) sono dimesse dall'Ospedale con danni o malattie dovuti ad errori di terapia o a disservizi ospedalieri.

Per errore di terapia si intende ogni evento prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente.

Tale episodio può essere conseguente ad errori di prescrizione, di trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento o denominazione, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, educazione, monitoraggio ed uso.

Fondamentalmente vengono riconosciuti 5 categorie di errore:

- Errore di prescrizione.
- Errore di trascrizione/interpretazione.
- Errore di preparazione.
- Errore di distribuzione.
- Errore di somministrazione.

Se è vero che alla base degli errori c'è un sistema "difettoso", il primo passo per la realizzazione di un programma di prevenzione dovrebbe essere l'identificazione di tali difetti e la messa in atto di strategie per prevenirli.

Il metodo più efficace per ridurre le difettosità di sistema è analizzare e se possibile semplificare i processi.

Per esempio è stato ampiamente dimostrato che l'utilizzo di sistemi computerizzati nella gestione della terapia farmacologica riduce la probabilità di errore, eliminando i passaggi di trascrizione e fornendo indicazioni riguardo i dosaggi per ogni tipo di farmaco, e se ben strutturati questi sistemi consentono di avere informazioni in tempo reale sulle allergie del paziente, sulle controindicazioni e sulle possibili interazioni con altri farmaci.

Per prevenire l'errore di terapia in Ospedale, le linee guida della American Society of Hospital Pharmacy (1993) riportano le seguenti raccomandazioni:

- Invio diretto delle prescrizioni attraverso un sistema informatizzato.
- Introduzione dei codici a barre nei processi di utilizzo del farmaco.
- **Adozione della dose unitaria e miscelazione centralizzata dei farmaci endovena.**
- Collaborazione diretta del Farmacista con i Medici prescrittori e gli Infermieri
- Rilevazione degli errori legati alla somministrazione ed elaborazione di soluzioni per prevenirli
- Verifica delle prescrizioni da parte di un Farmacista prima della dose iniziale

Attualmente, esaminando i dati presenti in letteratura, si evince che le strategie adottate al fine di ridurre gli errori di terapia sono essenzialmente le seguenti:

- Sistemi computerizzati di registrazione della terapia.
- Distribuzione dei farmaci in dose unitaria (con diversi livelli di automazione).
- Partecipazione attiva del Farmacista clinico alla gestione della terapia.

Già nei primi anni '70, alcuni Ospedali avevano implementato questo tipo di dispensazione con buoni risultati; il sistema a dose unitaria presentava un tasso di errore pari al 3.5% rispetto ad un valore che si aggirava tra il 9.9% e il 20.6% degli Ospedali con sistemi convenzionali di distribuzione. La prescrizione computerizzata, associata alla distribuzione in dose unitaria, riduce il numero degli errori di prescrizione e di distribuzione migliorando la qualità dell'assistenza terapeutica al paziente ospedalizzato.





### **Dose unitaria del farmaco.**

Le dosi unitarie del farmaco (DUF), sono unità posologiche di farmaco, generalmente per uso orale od iniettabile di piccolo/medio volume, confezionate singolarmente. Possono essere ottenute mediante apposite apparecchiature in grado di ricavare monodosi a partire dalle confezioni presenti sul mercato per la terapia orale e attraverso una suddivisione manuale in dose unitaria per i preparati infusionali.

Nel primo caso, attraverso sofisticati macchinari, il sistema di gestione del farmaco in dose unitaria permette di preparare le dosi unitarie e di produrre pacchetti personalizzati corrispondenti alla prescrizione informatizzata del medico. Per il secondo, considerato che la maggior parte dei farmaci infusionali sono stabili anche oltre le 24 ore dalla ricostituzione diviene necessaria la creazione di un centro di diluizione Aziendale.

L'introduzione nelle Aziende Ospedaliere regionali della metodica di distribuzione e somministrazione del farmaco in dose unitaria personalizzata deve essere l'ultimo atto (in ordine temporale) di un processo che deve vedere impegnata tutta l'organizzazione nella ridefinizione dei percorsi clinico-assistenziali la cui centralità è il paziente.

L'introduzione della distribuzione del farmaco in dose unitaria in area di degenza offre l'occasione di riprocessare l'intero percorso assistenziale.

Tra i processi analizzati, quello a maggiori ricadute sia in termini assistenziali, sia in termini di risk management si è rivelato essere quello legato alla gestione del farmaco: dalla prescrizione, all'approvvigionamento, alla somministrazione.

Pur essendo quella del farmaco l'area insieme di maggior impatto economico, e di minor monitoraggio in termini di effettivo uso della risorsa farmaco, la scelta di investire in tale area una cifra sicuramente rilevante non si è basata tanto su criteri economico finanziari, quanto su analisi di costo/beneficio in termini assistenziali.

Con tale progetto in parallelo deve avvenire sul versante infermieristico una riorganizzazione delle attività di cura in modelli assistenziali innovativi (in molte realtà già attuato), non più basata per compiti.

### **Vantaggi del progetto.**

La gestione del farmaco e somministrazione della terapia, che storicamente è stata completamente a carico dell'Infermiere, è stata valutata nell'ordine di 300 minuti al giorno, in linea con la letteratura esistente, ma sicuramente non coerente con le finalità della professione infermieristica.

E' evidente che per dare risposte coerenti al bisogno assistenziale l'infermiere assume un ruolo cardine e diventa un elemento di garanzia, in quanto è l'unico che riesce ad avere una visione d'insieme del singolo paziente.

L'attuazione del progetto permetterebbe alle Aziende Ospedaliere di risparmiare il 30% del budget dei farmaci, senza che vi sia alcuno scarto, ad esempio spreco di confezioni aperte o lasciate a metà. Nell'ambito dei benefici del nuovo sistema di gestione del farmaco rientrano l'azzeramento dei residui scaduti e delle appropriazioni indebite (risparmi valutati tra il 4 e il 10%), la riorganizzazione permetterebbe l'unificazione dei depositi con la creazione di un centro unico di distribuzione aziendale, con l'imputazione del costo del farmaco o presidio direttamente al momento dell'utilizzo o somministrazione, con la scomparsa di depositi all'interno dell'unità operative,



in tal modo si avrebbe la conseguente riduzione delle scorte con evidenti ricadute sul capitale economico non impegnato, la diminuzione proporzionale del rapporto tra costo e degenza degli ammalati, e la diminuzione drastica del rischio clinico con rintracciabilità del percorso, e anche la possibilità di avere accesso in tempo reale a banche dati in grado di fornire informazioni sui dosaggi e sulle interazioni tra farmaci e su protocolli terapeutici standardizzati per le principali patologie di interesse, elaborati con i criteri della Medicina basata sulle prove di efficacia.

#### **Applicazione del progetto.**

L'attuazione del progetto prevede, per la dose farmacologica unitaria orale, l'acquisto di sistemi di confezionamento (uno per area vasta) estesa in tutti le degenze regionali.

La dose unica farmacologica infusione sarebbe applicata solo nei grossi centri regionali degenziali creando, se non è presente, un centro di diluizione farmacologico aperto su sette giorni dalle 5.00 alle 20.00 con un turno sfalsato su due.

In merito alla prescrizione farmacologica deve essere informatizzata, attraverso palmari, utilizzando il modello denominato G2, già presente nelle Aziende.

Rimanendo a disposizione per eventuali chiarimenti, si porgono cordiali saluti.

Pordenone  
10/11/2013

Gianluca Altavilla  
Segretario Regionale NurSind