



# **Riconciliazione Terapeutica**

come assicurare la accuratezza farmacologica  
nel percorso del paziente

Candidato

Brignoli Giovanna  
Colombo Paola  
Dedomenici Sara  
Mulliri Francesca  
Salvato Luciano

Docente di progetto  
**Enrico Burato**

15 Dicembre 2021

## GLI AUTORI

*Giovanna Brignoli*, Coordinatrice Servizi Sanitari, Casa di Cura Villa Esperia,  
[servizisanitari@villaesperia.it](mailto:servizisanitari@villaesperia.it)

*Paola Colombo*, Dirigente Medico, Qualità e Rischio Clinico, ASST\_Niguarda,  
[paola.colombo@ospedaleniguarda.it](mailto:paola.colombo@ospedaleniguarda.it)

*Sara Dedominici*, Qualità e Accreditamento, Casa di Cura Villa Esperia,  
[ufficio.qualità@villaesperia.it](mailto:ufficio.qualità@villaesperia.it)

*Francesca Mulliri*, Public Entities & Healthcare Client Manager - Milan, Marsh Spa,  
[Francesca.mulliri@marsh.com](mailto:Francesca.mulliri@marsh.com)

*Luciano Salvato*, Dirigente Medico, Casa di Cura Le Terrazze, [l.salvato@clinicaleterrazze.com](mailto:l.salvato@clinicaleterrazze.com)

## INDICE

INDICE.....	3
INTRODUZIONE .....	4
OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO.....	6
METODOLOGIA ADOTTATA.....	12
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	12
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE .....	13
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE .....	30
CONTRIBUTO PERSONALE .....	30
RISULTATI ATTESI .....	31
CONCLUSIONI .....	31
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	33
BIBLIOGRAFIA .....	33
ALLEGATI/Sitografia .....	34

## 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, come ribadito anche dal Ministro della Salute nella Raccomandazione ministeriale n.17/2014.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e alcune Agenzie di riferimento internazionali (Joint Commission, Institute for Health Improvement e altre) raccomandano interventi mirati a ridurre il pericolo di errori di terapia derivanti da un'inadeguata conoscenza delle terapie in atto.

Le transizioni di cura da un contesto sanitario all'altro (come nell'ammissione al ricovero, nei trasferimenti, e alla 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.

In particolare, AHRQ safety report classifica la Ricognizione e la Riconciliazione farmacologica come pratiche «incoraggiate», suggerendo la necessità/opportunità di un'immediata adozione da parte delle organizzazioni sanitarie dei diversi Paesi.

Occorre siano valutati sia gli aspetti legati ai processi di Ricognizione sia quelli di Riconciliazione farmacologica.

La Ricognizione è un processo sistematico eseguito dal personale sanitario che consiste nella raccolta di informazioni complete e accurate su farmaci e altri prodotti (anche non convenzionali) assunti dal paziente.

La Riconciliazione è il processo nell'ambito del quale si confrontano i farmaci assunti dal paziente, così come evidenziati nella Ricognizione, con quelli indicati per la cura nella particolare circostanza, in funzione di una decisione prescrittiva corretta e sicura.

Il percorso di Riconciliazione prevede che il medico prescrittore, nell'eseguire il confronto, valuti attentamente l'opportunità del prosieguo del trattamento farmacologico in atto e la sua compatibilità con quello che ritiene indicato nella specifica circostanza.

La Ricognizione e la Riconciliazione sono attività cliniche importanti, centrate sul paziente, che precedono la prescrizione. La nuova prescrizione o le eventuali modifiche dei trattamenti precedenti, conseguenti alla Riconciliazione, devono essere documentate e comunicate ai soggetti interessati e coinvolti nel processo di cura.

Diversi elementi accentuano la rilevanza dei momenti ricognitivo e riconciliativo ed in particolare si sottolinea:

Riconciliazione Terapeutica:  
come assicurare la accuratezza farmacologica  
nel percorso del paziente

- l'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione, con quote crescenti di pazienti in età avanzata, afflitti da una serie di problemi di salute, prevalentemente di carattere cronico. A questo si correla l'incremento nel consumo di farmaci, l'alta frequenza di politerapie, assunte per lunghi periodi di tempo;
- la complessa articolazione dei percorsi assistenziali, soprattutto per i pazienti cronici, e il conseguente coinvolgimento di un accresciuto numero di professionisti sanitari con accentuazione delle criticità di raccordo tra gli uni e gli altri, con rischio di imprecisioni, incompletezza nella lista dei farmaci correnti che possono portare a duplicazioni, interazioni farmacologiche, omissioni, errori di posologia;
- 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.

## **OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO**

La conoscenza puntuale della terapia farmacologica è fondamentale per garantire la sicurezza del paziente e prevenire gli errori non solo in ospedale, ma anche sul territorio e soprattutto nelle transizioni di cura.

Nelle transizioni di cura, infatti, la terapia del paziente può essere modificata e, in particolare, possono essere cambiati il principio attivo, il dosaggio, la forma farmaceutica e la via o la frequenza di somministrazione oppure possono essere introdotte nuove prescrizioni o essere sospesi medicinali precedentemente assunti; tali decisioni, se non supportate da una accurata anamnesi farmacologica, possono danneggiare i pazienti. 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.

Evidenze di letteratura (1) mostrano infatti che:

- gli errori correlati a differenze non intenzionali nella terapia coinvolgono fino al 70% dei pazienti al momento del ricovero o della dimissione ospedaliera
- circa un terzo di tali casi necessita di un nuovo ricovero, di prolungamento della degenza o di un accesso al Pronto Soccorso, costituendo una fonte di rischio per il paziente

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la riconciliazione una delle migliori strategie per garantire una buona qualità delle cure ai pazienti (2). In Italia, la riconciliazione è stata inserita tra i criteri e tra i requisiti di accreditamento che Regioni e Province Autonome sono tenute ad assicurare ai propri assistiti.

La quasi totalità degli studi finora condotti ha riguardato la riconciliazione farmacologica in ambito ospedaliero; poche esperienze sono state condotte per rilevare le situazioni di discontinuità nella transizione tra setting diversi.

Il presente progetto ha l'obiettivo di fornire indicazioni per realizzare la riconciliazione della terapia farmacologica in particolare nel paziente che da centro Hub viene trasferito a strutture riabilitative nelle transizioni di cura da un contesto sanitario all'altro, al fine di ridurre le criticità correlate alla carenza di informazioni sulle terapie in atto e sulle variazioni derivanti dai vari fattori che subentrano nel percorso di cura, in modo da garantire che venga sempre prescritta e comunicata la terapia corretta.

La riduzione delle discrepanze farmacologiche, delle prescrizioni potenzialmente inappropriate e delle potenziali interazioni farmacologiche comporta una riduzione di danni al paziente, della durata della degenza, di ricoveri ripetuti e di ulteriore utilizzo di risorse sanitarie.

Le tre strutture considerate sono l'ASST Niguarda, la Casa di Cura Le Terrazze, la Casa di Cura Villa Esperia.

Niguarda è un Grande Ospedale Metropolitano con competenze sociosanitarie per cure territoriali. Sede di tutte le specialità cliniche e chirurgiche per l'adulto e il bambino, è un centro di riferimento per Milano, dove ha sede, per la Regione Lombardia e per l'Italia. L'insieme di queste due realtà ne definisce l'orientamento: integrare le cure specialistiche con quelle sociosanitarie territoriali, in sinergia con tutti gli attori coinvolti nella tutela della salute del cittadino.

Centro di riferimento nazionale e regionale per la cura e la diagnosi di numerose patologie, tra cui molte malattie rare, Niguarda è anche uno dei principali centri trapianti della Lombardia, eccellenza per le patologie cardiache, per le malattie tempo-dipendenti, i grandi traumi e l'emergenza. L'alta professionalità degli operatori si integra con le più recenti ed avanzate tecnologie: RMN, PET, Radiologia interventistica, chirurgia robotica, gamma knife, acceleratori lineari, ultrasuoni focalizzati, camere iperbariche.

Dotato di circa 1200 posti letto accreditati, 40 sale operatorie, 350 ambulatori, oltre 70 reparti, vi lavorano oltre 4.500 operatori, di cui circa 750 medici e oltre 2.000 tra infermieri, tecnici sanitari e della riabilitazione e ostetriche.

Niguarda è dotata di cartella clinica informatizzata con un portale di reparto che integra quasi integralmente le informazioni cliniche del paziente, inclusa la terapia farmacologica.

Durante il processo di ammissione del paziente in reparto il medico è tenuto a compilare la terapia precedentemente assunta dal paziente, e in dimissione riportare la terapia effettuata durante il ricovero e la terapia attuale.

L'integrazione del sistema informatizzato di terapia medica con il PTO aziendale e con i database più importanti per la gestione del farmaco, grazie anche al lavoro della Farmacia Ospedaliera, ha consentito la riduzione dell'errore umano. A ciò si aggiunge un sistema di farmacovigilanza piuttosto attivo. Il ruolo del case management all'interno di ogni struttura è fondamentale nell'evidenziare criticità dei percorsi clinici e nel segnalare eventi sentinella.

Tuttavia, il tema della riconciliazione farmacologica è stato affrontato con la stesura e la divulgazione di un PDTA aziendale, al fine di limitare l'errore nel momento di ricovero e durante i trasferimenti interni del paziente.

Nell'ottica di verifica e controllo in caso di paziente da trasferire a struttura sanitaria esterna, quale una riabilitazione, agisce la struttura complessa della continuità ospedale territorio, in collaborazione con i case manager presenti e identificati in ogni reparto.

Questa struttura organizza e pianifica le attività per la continuità assistenziale sia all'interno della ASST Niguarda, sia nell'ambito cittadino per il "Progetto Milano". Propone e presidia i progetti per la creazione dei percorsi di rete e collabora con il Dipartimento RICCA (Rete Integrata di Continuità Clinico Assistenziale) per la definizione dei percorsi di presa in carico integrati ospedale-territorio e presidia le funzioni del Centro Servizi Milano (CSM) definendone le linee guida. Il Centro prevede l'integrazione tra ASST, IRCCS ed erogatori milanesi dei servizi socio sanitari ed ha la funzione di centralizzare le richieste per l'inserimento dei pazienti verso le strutture di Cure Intermedie ed altri setting post ospedalieri, garantendo la trasparenza dei tempi e delle modalità di accesso. A tal fine la struttura presidia i rapporti tra il CSM e i Centri Servizi Aziendali (CSA) delle ASST e IRCCS cittadini.

La struttura promuove incontri periodici tra i referenti dei diversi nodi della rete dei servizi (sanitari, socio sanitari, sociali) su tematiche di competenza. Presidia le attività di formazione specifica per la crescita di un linguaggio comune tra rete ospedaliera e rete territoriale e coordina con i competenti uffici della ATS Città Metropolitana di Milano le azioni previste dai Piani Integrati di Prevenzione sui temi della salvaguardia della salute e della

## Project Work

promozione degli stili di vita sani. Rientra nell'attività anche la collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie per gli aspetti inerenti i percorsi di presa in carico e la continuità dell'assistenza e la collaborazione con il Dipartimento dedicato per gli aspetti inerenti la cronicità, la fragilità e la disabilità.

La Casa di Cura Le Terrazze, situata a Cunardo (VA) è un Istituto di ricovero e cura di riabilitazione specialistica, oltre che offrire un servizio di Poliambulatorio di riabilitazione fisiatrica e fisioterapica e un Poliambulatorio per visite ed esami specialistici. La struttura offre un servizio medico-assistenziale a 360°, che si completa con un Laboratorio Analisi e una Diagnostica per Immagini. Costruita per essere a misura di paziente, la Casa di Cura Le Terrazze rappresenta oggi un punto di riferimento a livello nazionale per pazienti di ogni età che vogliono recuperare, migliorare o salvaguardare la propria salute e qualità della vita.

Il progetto riabilitativo individuale, specifico per ogni paziente, per ottenere una buona efficacia è mirato su obiettivi molteplici, programmati in maniera ordinata, affinché l'autonomia raggiungibile nei diversi ambiti possa tradursi in una migliore qualità della vita. Riguarda oltre che aspetti strettamente clinici, volti alla stabilizzazione della malattia di base e alla riduzione del rischio di successivi eventi patologici, anche aspetti psicologici e sociali. I presupposti fondamentali per il raggiungimento di questi obiettivi sono: la presenza di un team multidisciplinare che valuta le comorbidità presenti e interviene sui diversi aspetti della disabilità, collaborando, in un continuo confronto dei risultati ottenuti dai vari operatori; l'impiego di protocolli validati e standardizzati sviluppati in armonia con le Linee Guida Nazionali per la riabilitazione e secondo le raccomandazioni elaborate dalle società scientifiche nazionali e internazionali dei singoli settori; la continuità del programma terapeutico; il coinvolgimento attivo del malato e della sua famiglia, nel rispetto delle ridotte riserve funzionali e delle implicazioni di carattere psicologico tanto del malato quanto della sua famiglia.

Sulla base del progetto, viene stabilito un programma riabilitativo individuale, che prevede un periodo di trattamento in regime di ricovero di durata variabile in base alla patologia di base e al potenziale di recupero del paziente, all'interno di un percorso più ampio che in alcuni casi potrebbe richiedere poi una prosecuzione dei trattamenti in regime ambulatoriale e/o domiciliare.

I programmi di riabilitazione riguardano l'area Neuromotoria, Cardiologica e Respiratoria, e include una Unità Coma.

Riguardo l'attuale situazione della Casa di Cura Le Terrazze rispetto alla Raccomandazione Ministeriale 17 dobbiamo segnalare che, pur non essendo ancora formalizzata nel Sistema Qualità una specifica Istruzione Operativa, ogni medico della struttura che prende in cura un paziente, esegue di fatto una ricognizione e riconciliazione farmacologica. Ogni conferma della terapia assunta dal paziente o l'introduzione di un nuovo farmaco viene fatta dopo aver accuratamente valutato, oltre alle eventuali reazioni allergiche, la terapia assunta abitualmente al domicilio, gli aggiustamenti posologici e le nuove introduzioni fatte durante la degenza nei reparti per acuti.

Dall'inizio della pandemia oltre il 90% dei pazienti che vengono ricoverati per la Riabilitazione Specialistica nella nostra Struttura provengono da Ospedali per Acuti. È interessante segnalare

Riconciliazione Terapeutica:  
come assicurare la accuratezza farmacologica  
nel percorso del paziente

come nella lettera di dimissione dagli ospedali della nostra zona è ormai consuetudine trovare scritto, subito dopo la dicitura “terapia alla dimissione” la seguente frase: “le variazioni rispetto alla terapia domiciliare sono evidenziate in grassetto”. In realtà nell’elenco preciso e dettagliato dei farmaci segnalati per quel paziente non compaiono mai evidenziate in grassetto le variazioni rispetto alla terapia domiciliare.

È compito comunque del medico della Struttura eseguire una ricognizione ripartendo dalla terapia domiciliare assunta prima del ricovero in acuto.

Attualmente sono parti integranti della Cartella Clinica la scheda rischio caduta, la scheda valutazione del dolore, la scheda rischio nutrizionale, la scheda situazione e bisogni sociali, la scheda elenco ausili di proprietà, la scheda necessità di formazione del paziente e familiari.

Il Project work ha focalizzato l’attenzione su come assicurare l’accuratezza farmacologica nel percorso del paziente, in particolare ponendo attenzione alla Raccomandazione Ministeriale, con l’idea di implementare la nostra organizzazione con una procedura ben condivisa tra tutti gli operatori interessati e con l’elaborazione di una scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica da inserire in cartella Clinica. Per formalizzarla e implementarla anche nel sistema qualità è stata elaborata una prima bozza di Istruzione Operativa con la relativa scheda. In un incontro preliminare con l’attuale Direzione Sanitaria è stato fatto osservato che per rendere operativa la procedura conviene aspettare l’ulteriore stabilizzazione e integrazione del nuovo personale medico e infermieristico. Infatti l’attuale periodo pandemico ha gravemente penalizzato il personale della nostra Clinica con numerose dimissioni di personale medico e infermieristico spostatosi verso gli ospedali pubblici, la vicina Svizzera, la Germania e l’Inghilterra. Quindi l’inserimento di un’ulteriore scheda comporterebbe in questa fase una difficoltà nella sua formale compilazione.

Al momento della dimissione i medici rilasciano una documentazione per il medico curante mentre il servizio di Assistenza sociale, quando necessario, provvede a fissare gli opportuni contatti con la famiglia. In caso di necessità, ai sensi di quanto convenuto con l’ASL, viene attivata l’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per la continuità terapeutica domiciliare.

La Casa di Cura Villa Esperia, situata a Godiasco Salice Terme (PV) è un ospedale di Riabilitazione *intensiva ad alta complessità* specializzato nella cura di pazienti affetti da patologie neurologiche/degenerative, ortopediche, cardiologiche, pneumologiche e disturbi legati alla sfera nutrizionale; l’offerta sanitaria si completa con un servizio di Diagnostica per Immagini ed un punto prelievi.

La Casa di Cura ha sviluppato un modello di assistenza sanitaria collocata in ambienti confortevoli e dotati di risorse tecnologiche, in grado di coniugare valori e processi condivisi, nel rispetto dell’appropriatezza delle cure, mediante la personalizzazione del servizio e la presenza di personale altamente qualificato.

Ad oggi la struttura ha implementato la Raccomandazione Ministeriale 17 formalizzando una specifica procedura all’interno del Sistema Qualità che riporta le indicazioni necessarie a portare a termine la Riconciliazione farmacologica. Le informazioni riguardano gli operatori

## Project Work

sanitari coinvolti, i tempi di esecuzione del processo, le informazioni da richiedere e la modulistica da utilizzare ossia la “Scheda di Ricognizione/Riconciliazione”.

La procedura individua:

- 1) una prima fase (Ricognizione) di raccolta di dati che riguardano il paziente e i medicinali assunti, etici, Senza Obbligo di Prescrizione (SOP), Over the Counter (OTC), nonché gli omeopatici, gli integratori, i fitoterapici, l'eventuale assunzione di alcool, l'uso di droghe e l'abitudine al fumo;
- 2) una seconda fase (Riconciliazione) che prevede il confronto tra la terapia seguita e quella che si vuole impostare. Essa va effettuata appena disponibili i dati della Ricognizione e prima della prescrizione. Il medico, prima di eseguire la prescrizione farmacologica, prende visione degli esiti della Ricognizione ed effettua la Riconciliazione: confronta la terapia in corso con le disposizioni (prescrizioni ex novo, modifiche) ritenute necessarie per l'attuale circostanza clinica. Durante questa fase vengono individuate le possibili incongruenze ossia sovrapposizioni, omissioni, interazioni, controindicazioni, confondimento dovuto a farmaci Look-Alike/Sound-Alike (LASA). Vengono anche prese in considerazione le informazioni inerenti alle note AIFA, i farmaci del PTO, eventuali protocolli/procedure sulla gestione dei farmaci della continuità Ospedale – Territorio.

Nella pratica il reparto che prende in cura il paziente, all'atto del ricovero, esegue di fatto una ricognizione e riconciliazione farmacologica formalizzando tale attività sulla Scheda di Ricognizione/riconciliazione farmacologica. Eventuali modifiche apportate alla terapia farmacologica durante la degenza vengono riportate sulla Scheda stessa. Alla dimissione, come previsto da procedura, il medico compila la lettera di dimissione riportando la “terapia alla dimissione” ed allega la Scheda soprarchiamata di Ricognizione/riconciliazione farmacologica.

Per quanto riguarda i pazienti provenienti da ospedali per acuti e/o strutture del territorio, si segnala che molto raramente la scheda e/o la terapia riportata nella lettera di dimissione sono esaustive e complete di informazioni riguardanti la terapia assunta al domicilio, ma si limitano a riportare la terapia assunta all'interno di quel setting assistenziale. È compito comunque del medico della Struttura eseguire una ricognizione ripartendo dalla terapia domiciliare assunta prima del ricovero in acuto.

Per quanto riguarda la valutazione del rischio legato all'errore farmacologico, da anni è attivo in struttura un sistema di segnalazioni di Incident Reporting mediante l'utilizzo di una scheda specifica dedicata agli errori in terapia farmacologica. Attraverso questa scheda dedicata è possibile monitorare sia gli eventi avversi che i near miss/quasi eventi riconducibili a tutte le raccomandazioni ministeriali, analizzarne le cause, pianificare eventuali azioni di miglioramento e coinvolgere tutti gli operatori sanitari interessati responsabilizzandoli.

Come si evince da quanto sopra descritto è evidente che le tre strutture presentano differenti caratteristiche organizzative e nonostante ciò ognuna di esse ha cercato di potenziare il percorso della ricognizione e riconciliazione; il gruppo di lavoro è concorde sulla necessità di effettuare, ad ogni passaggio di cura, un'adeguata ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica, avvalendosi dell'utilizzo di uno strumento specifico, affinché le informazioni possano essere tracciate e rese fruibili lungo tutto il percorso terapeutico, facilitando la comunicazione interprofessionale e con lo stesso paziente. Poiché il trasferimento del paziente

Riconciliazione Terapeutica:  
come assicurare la accuratezza farmacologica  
nel percorso del paziente

da un contesto sanitario ad un altro rappresenta il momento durante il quale il paziente è più esposto a errori in terapia, è necessario che il processo di riconciliazione della terapia farmacologica venga effettuato in tutti i momenti cosiddetti di "Transition of Care".

Marsh Spa è leader globale nell'intermediazione assicurativa e nella consulenza sui rischi e supporta i clienti a quantificare e comprendere al meglio i diversi rischi che caratterizzano i loro processi. Marsh opera per conto di realtà sia pubbliche che private, non solo sanitarie, per definire, progettare e fornire soluzioni innovative nella quantificazione e gestione dei rischi. Attraverso una importante raccolta di dati in ambito sanitario su tutto il territorio Nazionale Marsh conduce da anni uno studio sull'andamento del rischio da Medical Malpractice nella sanità italiana pubblica e privata, il Report MedMal: un punto su sinistri, costi e liquidato con focus di analisi specifici. L'obiettivo che si pone il Report MedMal è fornire un valido strumento per orientare le strategie di gestione del rischio, definire in modo più mirato le priorità e ridurre i costi legati alla gestione operativa del sinistro e imputabili alle richieste risarcitorie da Medical Malpractice.

In questo Projeet Work, sfruttando il Report, abbiamo realizzato un focus sull'errore farmacologico dal quale emerge chiaramente che nonostante sia stato fatto tanto in ambito di rischio clinico, il processo di riconciliazione resta uno dei più critici proprio perché coinvolge realtà diverse e l'impatto economico è rilevante sotto diversi punti di vista.

## **METODOLOGIA ADOTTATA**

1. Analisi incident reporting in grande Azienda Sanitaria Metropolitana
2. Analisi incident reporting di Aziende collettive
3. Audit clinici sulle segnalazioni errori farmaci
4. Audit clinici Aziende afferenti
5. Dal Processo al Case Study
6. Verifica del PDTA e contestualizzazione
7. Peer review nella Centrale Case Management
8. Identificazione Strumenti e Introduzione Scheda Ricognizione riconciliazione nelle aziende afferenti
9. Formazione e Monitoraggio
10. Prospettive future

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

Il Progetto viene pensato a tutela del paziente e dei professionisti sanitari, affinché tutte le informazioni inerenti alle modifiche della terapia farmacologica siano segnalate in modo completo, accurato e tempestivo.

Si applica a tutti gli ambiti dove può verificarsi una transizione di cura del paziente tra i vari setting assistenziali e tra i vari professionisti.

## **DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE**

La Riconciliazione Terapeutica rappresenta un elemento trasversale sulla gestione del rischio del paziente, nonostante le diverse caratteristiche delle Aziende interessate.

La "riconciliazione farmacologica" (di seguito anche "riconciliazione") è un processo che, partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, come risultanti dalla ricognizione, e quelli che dovrebbero essere somministrati al paziente nella particolare circostanza, consente di arrivare ad una decisione prescrittiva farmacologica corretta successivamente alla transizione di cura.

Al fine di raccogliere, nella prima fase di ricognizione, un'anamnesi farmacologica corretta e completa comprensiva della esatta denominazione dei medicinali assunti, della dose e della frequenza di somministrazione, il processo di riconciliazione prevede la collaborazione di: diversi professionisti (medici, farmacisti, infermieri) pazienti e familiari/caregiver.

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 afferente 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 ed adeguata riconciliazione.

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

## Project Work

Le informazioni devono essere riportate nella Scheda di ricognizione/riconciliazione farmacologica che deve essere allegata alla 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 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 e posologia giornaliera;
- data di inizio e durata della terapia;
- data e ora dell'ultima dose assunta;
- via di somministrazione;

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 fondamentale che in questa fase vengano raccolte informazioni relative ad eventuali trattamenti con farmaci off-label, alla presenza di patologie, allergie o intolleranze conosciute, 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.

La fonte privilegiata dovrebbe essere rappresentata dall'intervista al paziente o al parente/caregiver (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 predisponga la cosiddetta lista delle mie medicine il più esaustiva possibile delle terapie in atto. Regione Lombardia ha predisposto a questo proposito un modulo utilizzabile, che dovrebbe essere pubblicizzato in dimissione o dal MMG (allegato 1 e 2).

Chi effettua la ricognizione deve essere consapevole che quanto riferito dal paziente o dal parente/caregiver potrebbe non essere completo o esaustivo.

Per tale motivo, le informazioni ricavate durante l'intervista con il paziente o parente/caregiver devono essere verificate ed integrate con almeno un'altra fonte di informazioni attendibile, quale:

- la lettera di dimissione ospedaliera che deve essere il più esaustiva possibile e riportare la terapia farmacologica completa assunta dal paziente all'atto della dimissione e i cambiamenti avvenuti durante il ricovero

Riconciliazione Terapeutica:  
come assicurare la accuratezza farmacologica  
nel percorso del paziente

- la lettera eventualmente edatta dal medico di medicina generale (il più completa possibile e contenere ad es. informazioni sulla posologia dei medicinali, eventuali allergie, ecc.;
- le 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 in lettera di dimissione ospedaliera e quanto riferito dal paziente o da un suo parente/caregiver 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, salvo impossibilità legate alle circostanze. In tale contesto, al fine di garantire la continuità terapeutica, la somministrazione può comunque avvenire sulla base di quanto contenuto nella lettera di dimissione ospedaliera. È necessario tenere traccia dell'avvenuta somministrazione procedendo alla registrazione nella Scheda unica di terapia.

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.
- 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

## Project Work

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.

Al fine di evitare interruzioni della cura, è necessario chiedere al paziente (o ad un suo parente/caregiver) di portare presso la struttura sanitaria i medicinali di sua proprietà. I medicinali personali del paziente presi in carico dalla struttura sanitaria protetta vengono utilizzati esclusivamente per quello specifico paziente. Una volta esauriti, l'approvvigionamento degli stessi deve essere garantito dalla struttura.

Inoltre, prima di utilizzare tali medicinali è necessario che l'infermiere, responsabile del processo di somministrazione, verifichi che:

- le confezioni siano ancora in corso di validità e presentino il confezionamento in buono stato;
- non richiedano particolari condizioni di conservazione
- non siano sottoposti a legislazione particolare (stupefacenti soggetti a registro di carico/scarico). Una volta che sia stata accertata l'idoneità, è necessario adottare i seguenti comportamenti:
- etichettare opportunamente le confezioni dei medicinali con il nome e cognome del paziente, piano, stanza e letto del paziente;
- conservare i medicinali separatamente da quelli in dotazione alla struttura;

Riconciliazione Terapeutica:  
come assicurare la accuratezza farmacologica  
nel percorso del paziente

- restituire al parente/caregiver i medicinali non riconciliati o scaduti/inutilizzabili;
- riportare nella Scheda unica di terapia i nomi dei farmaci presi in carico.

Prima di ogni somministrazione l'infermiere verifica la terapia seguendo la regola delle 7G (Giusto farmaco, Giusta dose, Giusta via di somministrazione, Giusto orario, Giusto paziente, Giusta registrazione dell'avvenuta somministrazione e assunzione, Giusto controllo e sorveglianza del paziente) (3-4).

Il farmacista delle Aziende sanitarie può rivestire un ruolo importante nel percorso di cura in sicurezza del paziente, al fine di supportare l'attività clinica, di ottimizzare il processo di riconciliazione farmacologica e di facilitare i pazienti nella gestione dei farmaci a livello domiciliare. Il farmacista può collaborare sia alla stesura accurata e completa della Scheda di ricognizione/riconciliazione farmacologica – sezione ricognitiva – sia nella valutazione della sicurezza di medicinali e altri prodotti da dispensare, contattando il medico curante o il team di cura in caso di criticità.

### COMUNICAZIONE

La comunicazione tra i diversi operatori sanitari e tra questi ed il paziente (o parente/caregiver), 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) 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 ma anche in tutte le situazioni di trasferimento. In queste situazioni è necessario che il personale della struttura sanitaria predisponga una lista dettagliata dei farmaci somministrati all'interno della struttura dal paziente.

### **1.1 Analisi Incident Reporting \_ in ASST GOM Niguarda**

Attraverso il database di Incident Reporting dell'ASST Niguarda, abbiamo effettuato una analisi degli errori di terapia farmacologica riportati, negli anni 2017 a fine ottobre 2021. Abbiamo quindi suddiviso le tipologie di errore sulla base delle raccomandazioni ministeriali. I risultati sono riportati in tabella e grafico sottostanti.

Il numero totale di segnalazioni è stato di 97 in totale, l'errore più frequente è stato quello correlato allo scorretto utilizzo dell'applicativo informatico, seguito dall'errore per distrazione o stress. Solo quattro segnalazioni sono correlate ad errori durante la riconciliazione terapeutica.

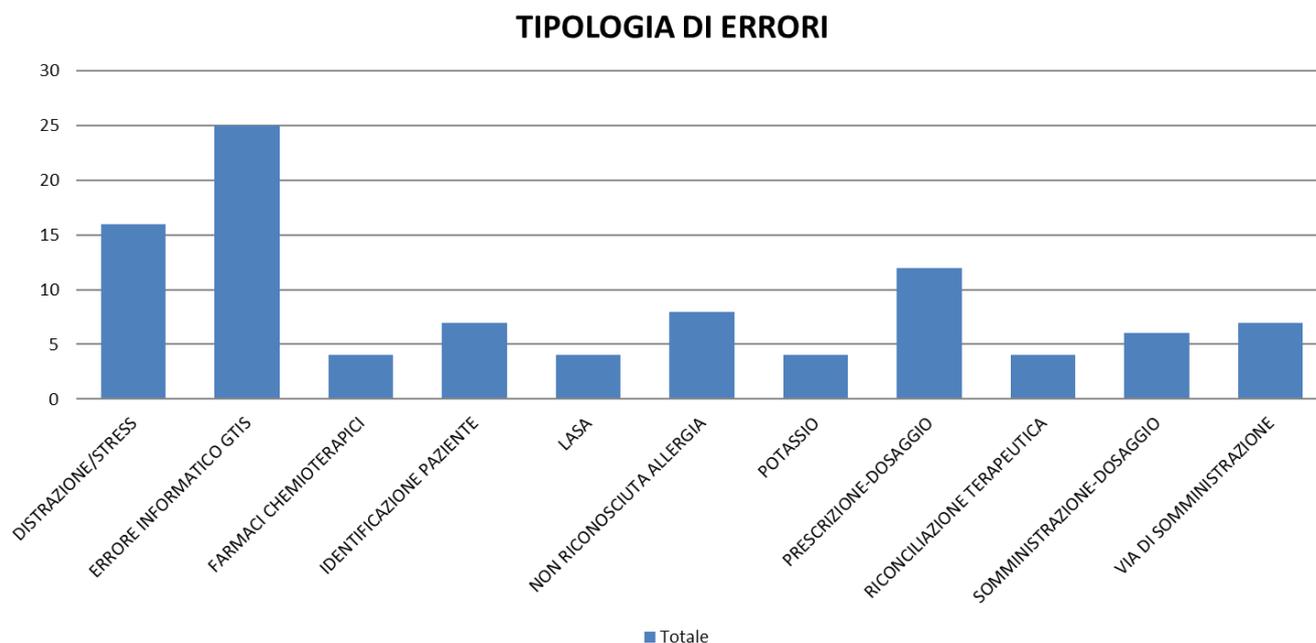


Figura 1. – Tipologie errori nelle segnalazioni

Etichette di riga	Somma di
	TOTALE
DISTRAZIONE/STRESS	16
ERRORE INFORMATICO GTIS	25
FARMACI CHEMIOTERAPICI	4
IDENTIFICAZIONE PAZIENTE	7
LASA	4
NON RICONOSCIUTA ALLERGIA	8
POTASSIO	4
PRESCRIZIONE-DOSAGGIO	12
RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA	4
SOMMINISTRAZIONE-DOSAGGIO	6
VIA DI SOMMINISTRAZIONE	7
<b>Totale complessivo</b>	<b>97</b>

Tabella 1. – Tipologie errori

Oltre l'80% degli errori segnalati avviene nei reparti di degenza, come riportato nella Fig.2.

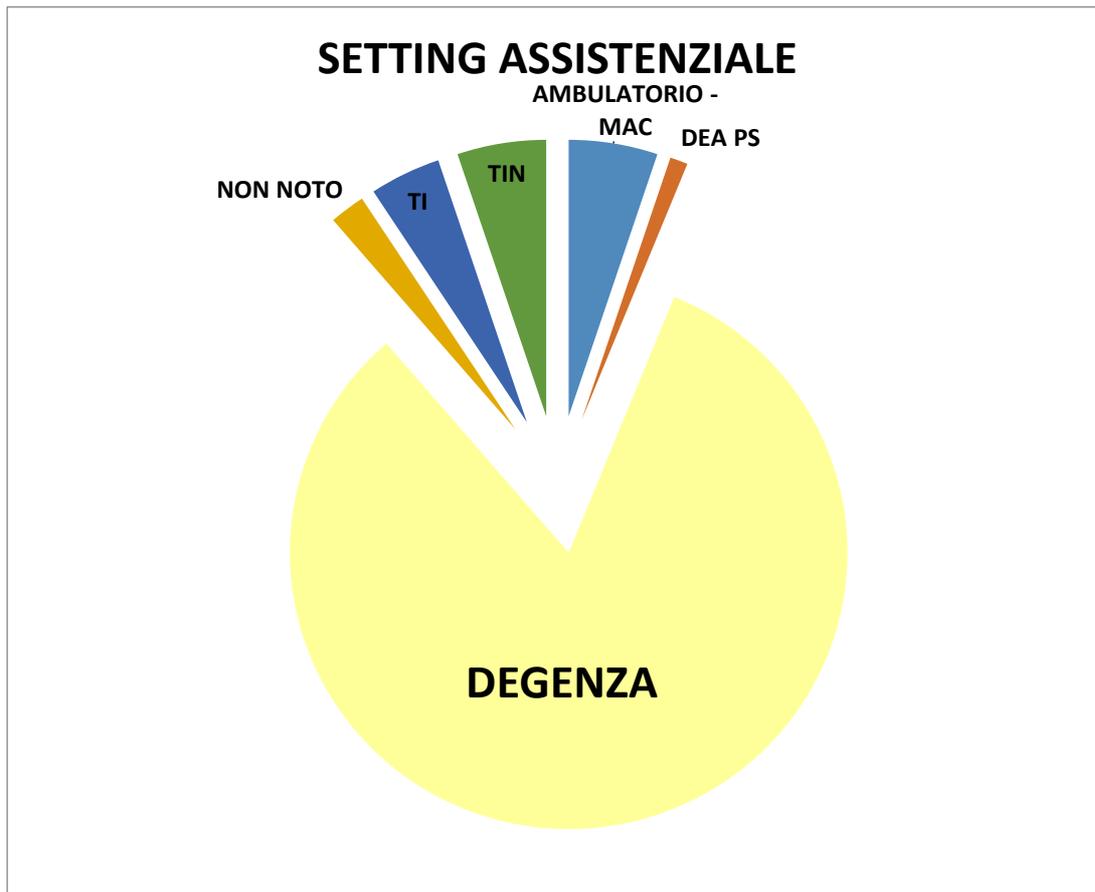


Figura 2. – Setting assistenziale

L'80% delle segnalazioni rappresentano near miss, 4% eventi avversi.

### 1.2 Analisi Incident Reporting \_Azienda collettive

Sia la Casa di Cura Villa Esperia che le Terrazze non hanno rilevato tra gli errori di terapia farmacologica segnalati mediante IR, nello stesso periodo (dal 2017 a fine ottobre 2021), errori riconducibili alla ricognizione/riconciliazione terapeutica.

### 1.3 Audit Clinici per segnalazioni errori farmaci

Nella ASST Niguarda sono stati effettuati audit clinici per le segnalazioni più rilevanti, non solo per l'outcome del paziente, ma anche per la tipologia di errore o per la sua ripetitività nel tempo. In ciascun audit si sono evidenziate le problematiche relative al caso specifico o al percorso e le eventuali azioni di miglioramento.

Anche nella fase propedeutica al PDTA aziendale si sono condotti audit clinici con lo scopo di verificare la consapevolezza dei diversi operatori sanitari in merito alla Riconciliazione terapeutica, alle possibilità modalità di implementazione della Raccomandazione Ministeriale, alle criticità correlate e alle possibili azioni correttive per l'attuazione del percorso.

E' stato possibile evidenziare che gli errori riconducibili ad una scorretta ricognizione/riconciliazione sono spesso sottovalutati, soprattutto nell'ambito delle possibili allergie o delle possibili interazioni farmacologiche. La politerapia farmacologica rappresenta uno dei principali fattori di rischio.

Anche nella valutazione dei dati è emerso come le discrepanze farmacologiche, l'inappropriatezza farmacologica, o le possibili interazioni, siano particolarmente evidenti (oltre il 70%) in fase di ammissione o dimissione (5).

L'informatizzazione della terapia, riconosciuta a livello internazionale come una modalità in grado di far fronte alla problematica risorse umane e tempo, ha solo parzialmente risolto il problema, poichè l'applicativo stesso è stato studiato per eventualmente bypassare alcune condizioni, sulla base di eventuali situazioni cliniche.

#### **1.4 Audit clinici nella Aziende afferenti**

La Casa di Cura Villa Esperia ha effettuato un audit clinico con lo scopo di ottimizzare la gestione della fase di ricognizione della terapia farmacologica, secondo quanto definito nella Raccomandazione regionale n. 17/2014 e nella Procedura aziendale IDL 7.5.12, a garanzia della sicurezza nella prescrizione dei medicinali e della conseguente appropriatezza delle cure. Il Gruppo di Lavoro Aziendale multidisciplinare che ha partecipato era composto da: medici di reparto, medico responsabile dell'armadio farmaceutico, infermieri, Quality Manager, Risk Manager. Sono state valutate n°25 Cartelle Clinica di pazienti ricoverati con una durata di degenza superiore ai 20 giorni. La strategia di raccolta dati è stata retrospettiva con un periodo di osservazione compreso tra agosto e settembre 2021. Sono stati identificati ~~due~~ criteri di riferimento ed i relativi indicatori :

- 1) presenza della scheda di ricognizione nelle cartelle cliniche ;
- 2) le schede di ricognizione farmacologica devono essere compilate ed essere complete ovvero ogni sezione della scheda deve essere compilata

Un obiettivo del progetto è stato anche la verifica dell'utilità della scheda per il paziente e per l'Operatore Sanitario.

Lo standard relativo all'indicatore 1 è stato raggiunto nella totalità dei casi, infatti in tutte le cartelle esaminate era presente la scheda di ricognizione. Per quanto riguarda l'indicatore 2, sul totale di 25 schede, 21 hanno raggiunto lo standard di criterio previsto (80% dei campi compilati). Partendo dal presupposto che il processo di ricognizione sia elemento essenziale per la sicurezza del paziente, è evidente la necessità di individuare uno strumento a supporto dei professionisti in grado di recuperare tutti i dati di cui alla Raccomandazione ministeriale senza eccessivo aggravio per gli operatori coinvolti. L'utilizzo della scheda di ricognizione valutata con il presente audit ha permesso di individuare punti di miglioramento che saranno realizzati durante le fasi di revisione della scheda a livello aziendale.

Le principali criticità relative alla compilazione della scheda riguardano :

Riconciliazione Terapeutica:  
come assicurare la accuratezza farmacologica  
nel percorso del paziente

- Discrepanze tra posologia e durata della terapia, l'omissione di farmaci, interazioni tra farmaci, sovrapposizioni o duplicazioni, controindicazioni
- Discrepanze tra prescrizione del medico di medicina generale/medico ospedaliero dimettente e quanto riferito dal paziente/terapia domiciliare
- La mancanza del campo che riporta le « motivazioni » della variazione/sospensione sulla Scheda di ricognizione/riconciliazione
- Difficoltà nel mantenere aggiornata la scheda a causa delle tempistiche di compilazione (all'ingresso la ricognizione) e riconciliazione effettuata più volte durante la degenza

## 1.6 Contestualizzazione del PDTA

L'ASST Niguarda nel 2019, in riferimento alla raccomandazione ministeriale, ha definito il PDTA (6) sulla Riconciliazione terapeutica all'interno del contesto aziendale, in particolare implementandolo e monitorandolo in due strutture definite in area medica. E' stato quindi sperimentato, all'interno di un percorso di cura, un processo in grado di implementare la riconciliazione terapeutica, riducendo le potenzialità di errore nei percorsi di cura ed in particolare :

- Incompletezza nella lista di farmaci
- Errori di trascrizione
- Incomprensioni tra professionisti
- Mancato coinvolgimento del paziente/caregiver

Il PDTA prevede una scheda di Ricognizione farmacologica tramite check list (allegato 4), che consiste in una accurata raccolta anamnestica da farsi entro 24-48 ore dalla ammissione, comprendente anche medicine non convenzionali, abitudini alimentari, allergie o intolleranza, da farsi raccogliendo tutte le informazioni sanitarie possibile, e già evidenziando eventuali discrepanze tra le diverse fonti.

A questo punto si effettua la riconciliazione, con la valutazione delle eventuali discrepanze, il riconoscimento delle interazioni e della presenza di farmaci inappropriati.

Queste fasi sono particolarmente critiche e supportate dal sistema informatico, in particolare dalla piattaforma MICROMEDEX per le interazioni farmaco-farmaco e dalla piattaforma TERAP, entrambe disponibili sulla intranet aziendale. Inoltre è stato fornito un allegato con le indicazioni di farmaci inappropriati per pazienti di età > 65 anni.

Tutte le decisioni vengono documentate nel diario clinico assistenziale informatizzato, con una format precompilato di frasi standard denominato RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE che deve essere posto in evidenza. Inoltre il paziente e/o il caregiver devono essere informati del processo.

Eguale alla dimissione il medico deve compilare il campo TERAPIA DURANTE IL RICOVERO, indicando il processo di ricognizione e riconciliazione effettuato e riportando nel campo della terapia alla dimissione, l'effettiva terapia finale.

Durante i trasferimenti interni il processo di ricognizione e riconciliazione va riportato nel modulo di trasferimento, in particolare al campo NOTE della terapia farmacologica.

Questa tipologia di percorso è garantita dalla possibilità di avere un processo informatizzato e quindi è poco trasferibile a realtà che non ne dispongano. Tuttavia le modalità dovrebbero rimanere le medesime nell'ambito del Foglio Unico di terapia e della cartella cartacea.

Nel corso del 2020 e del 2021 a Niguarda sono state implementate anche le linee guida sul percorso dei farmaci e sull'utilizzo appropriato del foglio unico di terapia, oltre che dell'applicativo informatico.

### **1.7 Peer review nella Centrale Unica delle Dimissioni**

Nell'ambito del nostro progetto di continuità terapeutica ospedale territorio è stato organizzato un incontro per confronto tra struttura hub della ASST Niguarda e le strutture afferenti, intervistando l'equipe della Centrale Unica delle dimissioni protette.

Questa Struttura ha competenze multiprofessionali di tipo sanitario e ha il compito di migliorare ed ottimizzare il percorso di dimissione del paziente e quindi il passaggio dalla fase acuta (ospedalizzazione) alla fase sub-acuta e/o cronica (domicilio, rete dei servizi sociosanitari) in relazione ai suoi bisogni ed al tipo di patologia.

La Centrale deve anche rispondere all'esigenza di :

- Ridurre i tempi di degenza ed i relativi costi per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione
- Utilizzare al meglio le risorse presenti sul territorio e favorire un maggiore utilizzo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Permettere una maggiore conoscenza dell'offerta di prestazioni socio-sanitarie ed un miglior utilizzo dei percorsi in relazione ai bisogni
- Incoraggiare i familiari e il paziente ad un ruolo partecipativo nel percorso di dimissione
- Favorire una concreta continuità delle cure attraverso il collegamento con i Punti Fragilità territoriali e con i percorsi per la cronicità.

Per raggiungere gli obiettivi sopra descritti è fondamentale che la Centrale Unica per le Dimissioni Protette governi :

- L'identificazione dei casi che necessitano di dimissione protetta sia attraverso una propria valutazione sia fornendo ai reparti gli strumenti necessari
- Tutte le dimissioni protette dai reparti, integrandosi, dove stabilito, con il Centro Servizi Milano verso le strutture del territorio (specialistica sanitaria, sub-acute, Cure Intermedie, ADI, RSA, ecc).

Il percorso può partire dal momento di ammissione in PS o dal reparto, ed è un percorso dinamico che si costruisce con la famiglia del paziente attraverso colloqui medico-infermieristici, in modo da garantire il miglior intervento possibile. La identificazione della complessità del paziente viene effettuata attraverso score di valutazione, con il coinvolgimento del case manager di reparto, favorendo incontri settimanali tra operatori della Centrale e reparti di degenza e aumentando la presenza degli operatori della Centrale nei reparti stessi.

Entro sette giorni si effettua la presa in carico del paziente e si identifica il setting assistenziale più adeguato.

Rientra tra i compiti della Centrale Unica anche la compilazione della scheda di terapia specifica del paziente che deve essere inserito nel portale NEXUS e inviato all'ente afferente o all'ente gestore (in caso di ADI). Questo passaggio risulta fondamentale nella verifica della correttezza terapeutica, non solo della terapia in atto durante la degenza, ma anche al momento della dimissione, rappresentando una riconciliazione terapeutica a tutti gli effetti. Gli errori più frequentemente riscontrati sono errori di omissione o di dimenticanza.

Dal confronto con la ASST Niguarda e le strutture afferenti è emerso che la scheda di terapia del portale ha grande utilità per le strutture afferenti poiché identifica il carico assistenziale del paziente e permette di identificare eventuali farmaci non presenti nei PTO aziendali e quindi da richiedere.

E inoltre emerso che l'aspetto più difficile da gestire riguarda la comunicazione tra operatori sanitari qual'ora si renda necessaria una modifica terapeutica all'ultimo momento o legata alla sottistima/omissione in merito ad alcune terapie di tipo ansiolitico-psicotico.

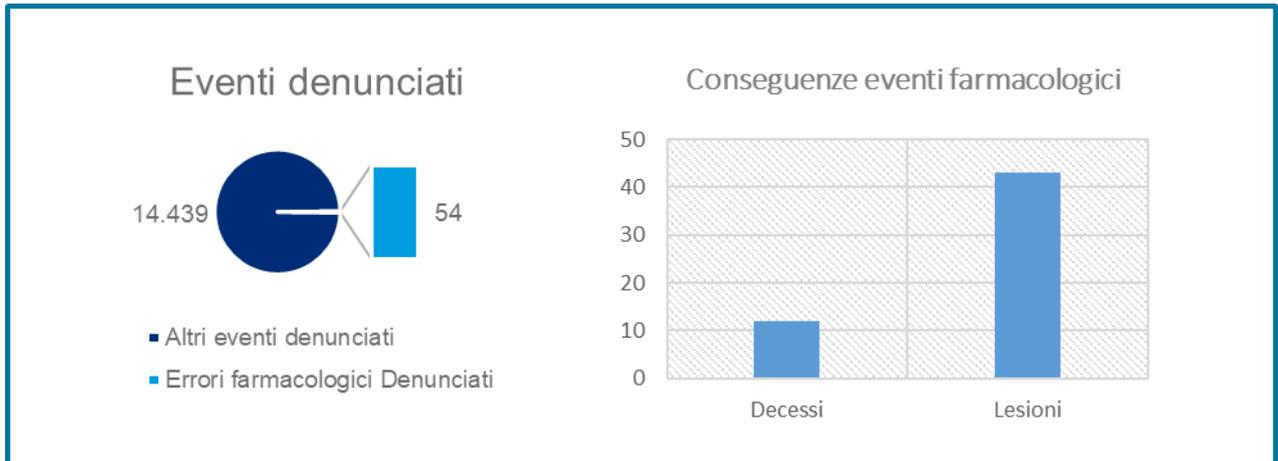
## **1.8 Dal processo all'analisi delle Richieste Risarcimento Danni (RRD) legate all'errore farmacologico.**

L'analisi del processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica non può prescindere da un'analisi e studio dei rischi connessi all'attività farmacologica, al fine di poter intercettare i punti deboli del processo in esame e adottare le necessarie soluzioni per garantire al meglio la sicurezza delle cure. Il modo in cui un'organizzazione conosce i propri rischi e li gestisce, al fine di ridurre l'esposizione ad eventi futuri, determina anche la fiducia e la fidelizzazione dei pazienti. Non si può pensare ad un'efficace riduzione dell'errore e minimizzazione del rischio per il paziente se non in un contesto organico che sappia coinvolgere tutta l'organizzazione e i vari attori interessati. Occorre quindi una analisi del processo e delle attività connesse, intercettando in maniera puntuale quelle che sono maggiormente critiche, per prevalenza, gravità e possibilità di prevenzione, ma anche una conoscenza profonda di tutti gli eventi avversi legati alla terapia farmacologica che hanno comportato un danno trasformandosi eventualmente in richieste risarcitorie per l'Azienda. Nel MedMal Report di Marsh, uno studio della sinistrosità nazionale elaborato su un campione di Aziende pubbliche e private, in un arco temporale di 10 anni, l'errore farmacologico rappresenta una fonte di rischio per le Aziende Sanitarie incidendo in modo più contenuto nelle Aziende pubbliche e in modo più accentuato nel privato, in particolar modo nelle RSA.

L'obiettivo del MedMal Report è analizzare i sinistri da Medical Malpractice, escludendo tutti i danni non direttamente correlati al percorso di cura del paziente, al fine di fornire alle Aziende uno studio di carattere quantitativo, presentando i dati economici relativi alle richieste risarcitorie, e qualitativo entrando nel merito delle aree/UU.OO. coinvolte, tipologia di evento denunciato e conseguenze sul paziente.

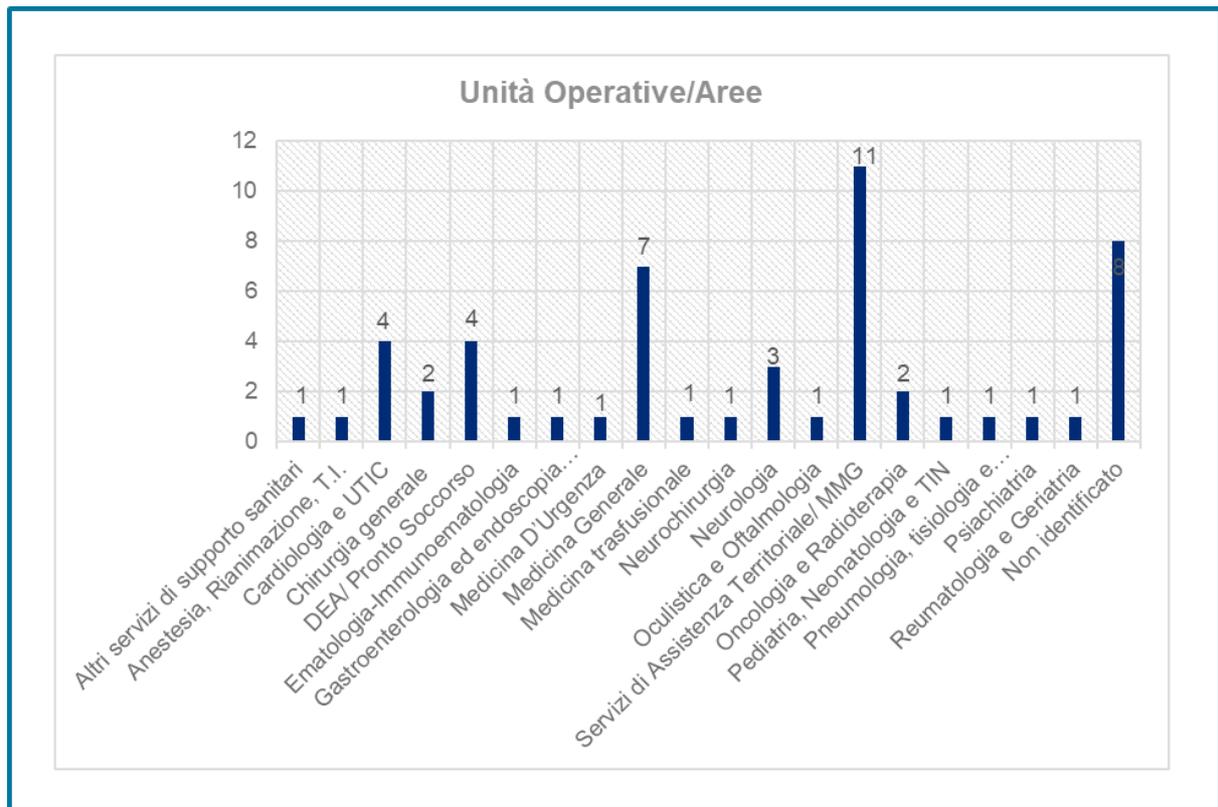
Sebbene i dati presentati dalla dodicesima edizione del MedMal Report, di cui si riporta di seguito un sintetico approfondimento del processo in esame, non presenterebbero una rischiosità elevata nell'area farmacologica, le informazioni che però restituiscono, soprattutto

in merito alle UU.OO. in cui tale rischio aumenta, suggeriscono l'attivazione di specifiche azioni di prevenzione e controllo che possano ridurre il rischio di accadimento di evento avverso relativo al farmaco. L'analisi del Med Mal Report riporta nel periodo considerato (2010-2019), 54 richieste di risarcimento danni per errori nel processo farmacologico, eventi che nel 78% dei casi hanno condotto a lesioni sul paziente e nel 22% addirittura al decesso.



Altra informazione qualitativa importante è relativa alle UU.OO./Aree di accadimento di evento avverso nel processo in esame e trasformatosi in sinistro. Escludendo i casi afferenti alla categoria "Non identificato", le prime sei UU.OO./Aree in cui si registrano le maggiori richieste di risarcimento relative all'evento terapia farmacologica sono: Servizi di Assistenza territoriale/MMG (21%), Medicina Generale (13%), DEA/Pronto Soccorso (8%), Cardiologia/Utic (8%), Neurologia (6%), Chirurgia generale (4%).

Riconciliazione Terapeutica:  
come assicurare la accuratezza farmacologica  
nel percorso del paziente



Tale estrazione dei dati, con le percentuali presentate, sottolinea come le transizioni di cura da un setting sanitario all'altro rappresentino momenti di maggiore esposizione al rischio per il paziente. Diventa fondamentale, quindi, rivalutare i ruoli tradizionali e i confini tracciati fra le professioni sanitarie, fra i diversi luoghi di cura (ospedale-territorio), fra medico e paziente, attuando dei meccanismi di governo che non si basino sull'autorità e sulla colpevolizzazione ma sulla corresponsabilizzazione e partecipazione dei diversi attori coinvolti nel processo, compreso il paziente.

I casi di morte, eventi avversi da un lato e i costi crescenti del sistema assicurativo per l'aumento della litigiosità, del numero di denunce e cause legali dall'altro, rappresentano aspetti diversi di un unico problema.

L'analisi e valutazione di tale rischio sia attraverso l'incident reporting sia attraverso i dati della sinistrosità permette di comprendere in modo dettagliato il fenomeno e il suo impatto sull'attività e benessere dell'Azienda.

Al fine di sottolineare, in modo ancora più dettagliato, quanto sia cruciale per un'organizzazione essere consapevoli del proprio rischio e attivarsi per contenerlo con specifiche azioni di clinical risk management, si riporta di seguito un sinistro, analizzato step by step, al fine di identificare i fattori causali dell'evento su cui poter intervenire con azioni di miglioramento.

### **Narrazione evento**

*In data 11.05 il paziente XX veniva ricoverato all'Ospedale X per una caduta al domicilio, riportando fratture vertebrali e costali multiple.*

*Il paziente all'epoca dei fatti era affetto da ipertensione arteriosa, bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), obesità e fibrillazione atriale (FA) in terapia anticoagulante con NAO (Xarelto) presso il domicilio.*

*Il 21.05. il paziente veniva dimesso e trasferito presso la RSA YYY dove è rimasto degente sino al 16.07. Il giorno 15.07, per insorgere di addominalgia il paziente veniva trasferito al PS dell'Ospedale Z ove veniva diagnosticata "Flogosi respiratoria con addensamento medio sin" e subito dimesso. Il giorno 16.07 vista la persistente addominalgia e rialzo febbrile oltre 38°C si decideva di trasportare nuovamente il paziente al PS dell'Ospedale Z dove veniva eseguita una angio TAC addome che rilevava una occlusione trombotica dell'arteria mesenterica superiore, che richiedeva trattamento.*

*Il 17.07, durante il ricovero presso l'U.O. di Chirurgia Generale dell'Ospedale Z, veniva visionata la documentazione clinica della RSA Y e si evidenziava che la terapia con Clexane (medicinale salvavita per il paziente) fu sospesa il 06.07 e mai ripresa.*

*Il 18.07 dopo l'intervento di posizionamento di stent presso Ospedale K il paziente rientrò all'Ospedale Z dove le sue condizioni generali subirono un rapido peggioramento fino a portarlo alla morte nel giro di pochi giorni.*

### Criticità evidenziate:

*1) insufficiente dosaggio terapia anticoagulante effettivamente somministrata; (FASE 1)*

*2) verosimile mancato ripristino della terapia anticoagulante (FASE 2)*

*FASE 1 (Trasferimento da Ospedale X a RSA Y):*

*Le censure rivolte dagli eredi alla RSA Y insistono sulla colposa insufficienza della terapia eparinica somministrata al paziente: ipodosaggio [terapia praticata di 6000 UI/die versus terapia necessitata dal paziente di 6000 UI x 2/die]. Il paziente viene dimesso dall'Ospedale Z con la seguente indicazione, tra cui **Enoxaparina sodica 6000 U.I. ore 1-20***

*Il medico della RSA, struttura ricevente, presa nota della terapia consigliata dall'ospedale, notando la prescrizione di "Enoxaparina sodica 6000 U.I. ore 1-20" chiama l'ospedale dimettente trovando la posologia alquanto dubbia. Dopo la telefonata il medico di guardia assicura che trattasi di un errore di battitura confermando 1 si da 6000 U.I. alle ore 20. Il farmaco viene così somministrato dal primo giorno di ricovero.*

*FASE 2 (Trasferimento da RSA Y a Ospedale Z):*

*Dal raffronto delle cartelle cliniche, infatti, emerge una difformità tra la cartella dell'Ospedale Z e quella della RSA Y, proprio nella parte relativa alla scheda terapie: mentre nella cartella della RSA compare la somministrazione del farmaco Clexane 6000 dal 9.07 al 16.07, nella cartella dell'Ospedale Z, che contiene la stessa "scheda somministrazione farmaci" compilata dal personale della RSA, tale medicinale non risulta somministrato dal 06.07 in poi.*

Punto di vista Legale/ assicurativo

*Risulta dalla narrazione che il Paziente venne seguito da molteplici strutture diverse in un arco temporale relativamente breve. La RSA Y, ricevente in prima fase e cedente in seconda fase, e l'ospedale ricevente in seconda fase, Ospedale Z, vengono chiamate in giudizio.*

*In casi come questi i consulenti incaricati saranno anche invitati ad individuare per ciascuna realtà uno specifico grado di responsabilità rispetto alle concorrenti responsabilità degli altri soggetti che hanno preso in cura il Paziente e che potenzialmente, se accertata una responsabilità, potrebbero essere stati responsabili nella determinazione dei fatti lamentati.*

*La complessità del giudizio legata al numero dei soggetti coinvolti e alla diversa natura di questi ultimi (Pubblici, privati), incrementa i costi dello stesso sia in relazione alle spese legali che in relazione alle spese peritali, per tutte le parti convenute indipendentemente dal valore del danno lamentato. Da una punta di vista prettamente assicurativo circostanze complesse come quella sopra descritta possono ridurre l'efficacia delle coperture assicurative ed anche la proattività degli assicuratori nella difesa del giudizio, l'errata/omessa compilazione della documentazione clinica può inficiare l'operatività stessa della garanzia.*

*Corre l'obbligo evidenziare innanzitutto la notevole differenza che a livello di garanzie prestate, condizioni di operatività, massimali e franchigie, caratterizza le coperture in ambito di RCT delle strutture ospedaliere rispetto alle strutture quali RSA e strutture di lungodegenza in genere.*

*Se consideriamo le modalità di trasferimento del rischio della nostra regione, una fattispecie come quella sopra descritta in caso di coinvolgimento di una Azienda Ospedaliera Pubblica e una RSA privata, sarebbe caratterizzata da una gestione in Sir (Self insurance retention) e quindi autonoma da parte dell'ospedale, ipotizzando un danno inferiore al livello di autoritenzione (mediamente pari a € 250.000), mentre le coperture delle strutture come RSA o riabilitative sono caratterizzate da Franchigie, tipicamente più contenute, prevedendo quindi una gestione del sinistro in capo alla compagnia*

*Questo mix di soggetti e modalità eterogenee, oltre rallentare la trattazione del caso non consente spesso una conclusione repentina e quindi economicamente ottimale, inoltre oltre al naturale conflitto di interesse tra le realtà coinvolte ci sono degli aspetti specifici che caratterizzano le realtà pubbliche, quali ad esempio il controllo della Corte dei Conti che incide sulle modalità di gestione. In un caso come quello sopra descritto l'addebito di una responsabilità generica nella quale emergono da un punto di vista documentale criticità di sistema sarà molto probabile il riconoscimento per tutti gli attori di una responsabilità.*

*Per tale motivo riteniamo che sia importante anche da un punto di vista economico e assicurativo, strutturare il processo di riconciliazione in una maniera più omogenea per tutte le strutture del sistema sanitario, riducendo il rischio che accadano fattispecie come quella descritta o quanto meno nel momento in cui accadono gli elementi oggettivi e documentali siano chiari completi e inconfutabili, riducendo al massimo il rischio di vedersi riconoscere una responsabilità medica.*

## 1.8 Identificazione Strumenti per veicolare informazioni\_La Check list di Ricognizione/Riconciliazione

Alla luce delle premesse riportate, il gruppo di lavoro è concorde nel sostenere che :

1. La ricognizione deve essere accuratamente documentata attraverso la compilazione di una specifica Scheda di ricognizione/riconciliazione farmacologica che sia fruibile a tutti i professionisti che intervengono nel percorso di cura, attraverso una check list (Allegato 4). Tale Scheda deve essere redatta da un professionista sanitario in occasione della presa in carico sulla base di quanto riferito o esibito dal paziente stesso o suo caregiver, considerando che le informazioni potrebbero anche non essere esaustive. È fondamentale che l'esito della ricognizione svolta da figure professionali diverse dal medico prescrittore giunga tempestivamente all'attenzione di quest'ultimo – che deve attestarne la presa visione con le modalità più appropriate definite da parte dell'organizzazione sanitaria interessata – affinché possa essere svolta la fase riconciliativa, propedeutica a quella prescrittiva.
2. La Scheda di ricognizione/riconciliazione costituisce parte integrante della documentazione sanitaria inerente allo specifico episodio di cura e deve comprendere, oltre ai farmaci, anche fitoterapici, omeopatici, integratori, alimenti considerati critici.
3. Durante il percorso di cura è necessario che la Scheda di ricognizione/riconciliazione sia aggiornata, in rapporto alle condizioni del paziente e a eventuali cambiamenti di terapia. Risulta pertanto fondamentale effettuare, ad ogni passaggio di cura, una corretta ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica, avvalendosi dell'utilizzo della 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.
4. 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. In caso di terapia informatizzata è necessaria la predisposizione di una check list (allegato 4). 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. Trattandosi di documento informatizzato, la sua gestione dovrà essere conforme a quanto previsto dalla disciplina specifica.
5. Anche nell'ambito delle attività connesse alla ricognizione e alla riconciliazione della terapia farmacologica devono essere favorite **la segnalazione e l'analisi degli accadimenti relativi alla sicurezza della terapia farmacologica**. In caso di eventi avversi o eventi evitati (near miss), il personale sanitario deve procedere alla segnalazione secondo le modalità organizzative previste dalla struttura, sulla base delle specifiche indicazioni regionali. Nel caso in cui l'evento abbia le caratteristiche di evento sentinella, si dovrà procedere, applicando le specifiche procedure aziendali, alla segnalazione dell'evento, secondo quanto previsto dal Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute (Flusso SIMES).

La segnalazione delle Reazioni avverse a farmaco (ADR) costituisce un'importante fonte per rilevare i possibili rischi correlati alla somministrazione dei farmaci, al fine di assicurare un uso più sicuro ed appropriato degli stessi. È pertanto necessario segnalare tutte le sospette reazioni avverse (gravi e non gravi, note e non note) secondo una delle seguenti modalità :

- Compilando la scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa (elettronica o cartacea) disponibile sul sito AIFA e inviandola al Responsabile di farmacovigilanza della propria struttura di appartenenza ;
- Compilando la scheda in modalità on-line attraverso il sito [www.vigifarmaco.it](http://www.vigifarmaco.it)

Per misurare le segnalazioni di sospette ADR emerse nell'ambito di attività di ricognizione e di riconciliazione farmacologica e far emergere il contributo di tale attività apportato al sistema di farmacovigilanza, si suggerisce di riportare nello spazio della scheda di segnalazione la seguente frase: "segnalazione rilevata durante attività di ricognizione e riconciliazione farmacologica".

Il gruppo di lavoro rileva inoltre che per l'attività di ricognizione sarebbe molto utile la disponibilità di una « **lista delle mie medicine** » fornita dal paziente/care giver. Tale lista è concettualmente distinta dalla Scheda di ricognizione/riconciliazione e può essere definita come un elenco-promemoria delle terapie o di altri prodotti che il paziente assume e può essere redatta direttamente dal paziente stesso, dal suo caregiver o con il supporto di un professionista sanitario ; uno schema base, maneggevole, è messo a disposizione dalle organizzazioni sanitarie (vedi sito ATS Pavia, Milano Città Metropolitana, ecc.) e lo scopo principale è quello di fornire informazioni utili all'autogestione della terapia stessa. In proposito si richiama quanto indicato dal Ministero della Salute nelle schede di Unità per la Sicurezza, rivolte a diversi destinatari (allegato 3).

### **1.9 Formazione e Monitoraggio**

Per potere attuare correttamente la riconciliazione della terapia farmacologica è auspicabile fare formazione sul significato che tale processo ha nell'ambito della sicurezza del paziente e dell'efficacia delle cure, approfondendo anche le tematiche relative alle interazioni farmacologiche e alla farmacovigilanza in relazione alle specificità dei processi clinico-terapeutico-assistenziali considerati.

A questo proposito sia all'interno della ASST Niguarda che della Casa di Cura Villa Esperia, la riconciliazione terapeutica è stata oggetto di corsi di formazione aziendale che ha coinvolto operatori sanitari multiprofessionali, in particolare medici e infermieri.

Eguale sono stati implementati corsi sulla sicurezza farmacologica ed in particolare sull'utilizzo dell'applicativo informatico della terapia.

Per il gruppo di lavoro è inoltre auspicabile effettuare un monitoraggio in merito al processo di ricognizione/riconciliazione farmacologica al fine di valutare il grado di adesione e rilevare eventuali criticità di applicazione.

Indicatore proposto :

E' stato identificato il seguente indicatore utile a fornire informazioni sull'utilizzo della Scheda ed ad attivare eventuali azioni di miglioramento :

Descrizione	Razionale	Valore atteso
Presenza della scheda di ricognizione/riconciliazione farmacologica nella documentazione sanitaria della struttura	N° totale di schede compilate per setting di dimissione (Degenza ordinaria, day hospital, MAC, ecc.)/N° di cartelle Cliniche o altra documentazione sanitaria esaminata	95%

### **1.10 Prospettive future**

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (istituito dal D.L. 179/2012, convertito con modificazioni dalla L. 221/2012 e definito dal D.P.C.M. 178/2015) supporterà, una volta entrato a regime, il processo di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica.

Il Dossier Farmaceutico, definito come la parte specifica del FSE istituita per favorire la qualità, il monitoraggio, l'appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia ai fini della sicurezza del paziente, conterrà le informazioni derivanti da altri documenti sanitari presenti nel FSE (documenti di prescrizione ed erogazione delle ricette dematerializzate, lettere di dimissione, verbali di pronto soccorso, taccuino personale dell'assistito) inerenti le terapie convenzionali e non prescritte, somministrate, erogate o acquistate dal paziente. Per tale motivo, risulterà essere (una volta divenuto operativo secondo le tempistiche definite a livello nazionale) una fonte di informazione di fondamentale importanza nel processo di riconciliazione della terapia farmacologica.

Inoltre, le Schede di ricognizione/riconciliazione (dopo una fase di lavoro per stabilire la modalità di strutturazione e standardizzazione delle stesse) potranno a loro volta andare ad alimentare il FSE del paziente stesso completando le informazioni del Dossier Farmaceutico.

Tutto ciò consentirà di facilitare la comunicazione tra diversi operatori sanitari e il paziente stesso.

## **COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE**

La realizzazione del Progetto prevede dei costi relativi alla informatizzazione del percorso e della terapia nelle unità afferenti. Inoltre occorre considerare la necessità di avere una risorsa umana di case management dedicata alla gestione dei percorsi e alle loro criticità.

Altrettanto importante il costo di implementazione legato alla formazione che deve essere effettuata in modo continuo.

Inoltre dovremo considerare i costi di produzione e diffusione di una brochure Farmaci per il paziente.

## **CONTRIBUTO PERSONALE**

Nella realizzazione del Progetto fondamentale è stata la identificazione del to be e delle condizioni di criticità all'interno dei singoli centri e nel trasferimento tra strutture.

Analisi Incident reporting con verifica puntuale in cartella clinica degli eventi.

## RISULTATI ATTESI

Ci sono molte sfide associate all'implementazione di efficaci programmi di riconciliazione dei farmaci attraverso il continuum dell'assistenza.

Primo, lo sviluppo e l'implementazione di programmi efficaci è molto complesso considerando i vari siti di cura, la necessità di standardizzazione nel processo e l'importanza di includere il paziente nel processo. Fondamentale raggiungere leadership e supporto esecutivi, ma egualmente la comprensione da parte di medici e infermieri della necessità di riconciliazione dei farmaci e la necessità che partecipino attivamente alla progettazione e all'implementazione dei programmi. Bisogna considerare che ciò può essere difficile perché l'impegno di tempo sia nell'ottenere la storia del farmaco sia nel completare il processo di riconciliazione è notevole mentre le risorse umane sono già piuttosto gravate. Ci si attende che la standardizzazione del processo e la facilitazione con supporto informatico di alcuni processi possa agevolare la diffusione di questo percorso fondamentale per la sicurezza del paziente.

Egualemente il coinvolgimento di pazienti e/o caregiver con una comunicazione più efficace e con l'utilizzo di supporti facilitatori, renda più agevole il percorso.

## CONCLUSIONI

Ci sono alcune prove per dimostrare come un processo di riconciliazione dei farmaci sia efficace nel prevenire gli eventi avversi da farmaci. Sono stati pubblicati pochi studi che dimostrano come eseguire il processo in modo efficace o che delineano i costi associati alla progettazione e all'attuazione dei programmi. Tuttavia, si ritiene che un efficace processo di riconciliazione dei farmaci tra i vari contesti di cura, in cui i farmaci che un paziente sta assumendo siano confrontati con ciò che gli è stato ordinato, riduca gli errori. Confrontando ciò che viene assunto in un contesto con ciò che viene prescritto in un altro eviterà errori di omissione, interazioni tra farmaci, interazioni tra farmaci e malattie e altre discrepanze.

La riconciliazione dei farmaci è una componente importante della cura sicura del paziente in qualsiasi ambiente. Per tale motivo occorre trovare una modalità di standardizzazione del percorso attraverso uno strumento che faciliti il lavoro degli operatori sanitari implicati.

E' importante sottolineare infine che la territorializzazione del servizio sanitario, prevista dal PNRR, tesa a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio, l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina con una sempre più importante integrazione con tutti i servizi socio-sanitari pone l'accento sulla necessità di implementare strumenti, informatici e non, in grado di permettere il trasferimento delle

## Project Work

informazioni tra i diversi professionisti sanitari sullo stato di salute del paziente garantendo il proseguo delle cure in condizioni di massima sicurezza.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

2018\_Linee di indirizzo in materia di prevenzione degli errori in terapia farmacologica durante le transizioni di cura.

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2839\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2839_allegato.pdf)

2014\_Ministero della Salute\_Raccomandazione n.17

[https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2354](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2354)

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).

Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, Codice dell'amministrazione digitale (G.U.16 maggio 2005, n. 112 - S. O. n. 93).

Decreto del presidente del consiglio dei ministri 13 novembre 2014. Regole tecniche in materia di formazione, trasmissione, copia, duplicazione, riproduzione e validazione temporale dei documenti informatici nonché di formazione e conservazione dei documenti informatici delle pubbliche amministrazioni ai sensi degli articoli 20, 22, 23-bis, 23-ter, 40, comma 1, 41, e 71, comma 1, del Codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005. (G.U. Serie generale - n. 8, 12-1-2015).

## BIBLIOGRAFIA

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](http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf) (accesso verificato il 22.07.2018).
3. Ledonne G, Tolomeo S. Calcoli e dosaggi farmacologici. La responsabilità dell'infermiere. Milano: Casa Editrice Ambrosiana. 2009.
4. Aschenbrenner D, Cleveland L, Venable S. Drug Therapy in Nursing. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
5. Colombo F, Nunnari P, Ceccarelli G et al. Measures of Drug prescribing at care transition in an internal medicine. J Clin Pharmacol 2018; 58: 1171-83
6. 2019\_PDTA ASST Niguarda, Riconciliazione terapeutica. SC Qualità e Rischio ([http://intranet/upload/Docs/2019/12/23/PDTA\\_Riconciliazione\\_Terapeutica\\_1577090171.pdf](http://intranet/upload/Docs/2019/12/23/PDTA_Riconciliazione_Terapeutica_1577090171.pdf))

## **ALLEGATI/Sitografia**

Allegato 1.

<https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/923ea02f-e777-4704-ab2c-9a8e73d0ac1c/brochure+I+miei+farmaci.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-923ea02f-e777-4704-ab2c-9a8e73d0ac1c-mC-Caje>

Allegato 2.

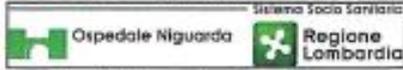
[https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/8c8b9b87-dc80-4ce8-b08a-fb1b8c70339f/A3+riforma+farmacologica\\_new+ottobre+2018.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-8c8b9b87-dc80-4ce8-b08a-fb1b8c70339f-mC-Caka](https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/8c8b9b87-dc80-4ce8-b08a-fb1b8c70339f/A3+riforma+farmacologica_new+ottobre+2018.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-8c8b9b87-dc80-4ce8-b08a-fb1b8c70339f-mC-Caka)

Allegato 3

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_421\\_0\\_alleg.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_421_0_alleg.pdf)

Allegato 4 Check list per scheda di Ricognizione/Riconciliazione

# CHECKLIST PER LA RICOGNIZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA



La Checklist per la ricognizione farmacologica costituisce uno strumento proattivo di gestione del rischio clinico finalizzato a facilitare gli operatori come memorandum della attività da porre in essere e a migliorare la tracciabilità documentale degli atti sanitari a maggior rischio.

Al di là dello strumento usato per la registrazione della ricognizione farmacologica, le azioni che devono essere svolte per una prescrizione corretta e sicura sono:

## **Documentare i farmaci in uso, specificando:**

- **Nome commerciale e/o del principio attivo**
- **Forma farmaceutica** (es. compressa, supposta, fiala, etc.)
- **Dosaggio**
- **Posologia giornaliera**
- **Via di somministrazione**
- **Data di inizio e durata della terapia**
- **Data dell'ultima dose** (con particolare attenzione alle formulazioni a lunga durata d'azione).

## **Comprendere nell'anamnesi farmacologica:**

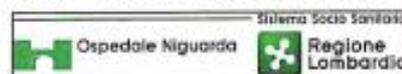
- **Presenza di allergie o pregresse reazioni avverse ai farmaci**
- **Eventuali trattamenti a carattere sperimentale, compreso l'uso compassionevole delle cure ed i farmaci off label** (documentando l'indicazione terapeutica)
- **Assunzione di omeopatici, fitoterapici e integratori e ogni altro prodotto della medicina non convenzionale**
- **Assunzione di alimenti che possono interferire con la terapia** (dosi elevate di pompelmo, caffè, tè, frutta e verdura)
- **Alterazione della funzione renale** (per i farmaci che vengono eliminati per via renale)
- **Alterazioni del tratto digestivo che provocano malassorbimento** (es. sindrome dell'intestino corto)
- **Stili di vita** (eventuale assunzione di alcol, abitudine al fumo e uso di droghe)
- **Impianto di dispositivi medici** (es, stent coronarici, filtro cavale, etc.).

## **Tracciare la fonte delle informazioni, indicando:**

- **Paziente** (fonte primaria)
- **Familiare o caregiver**
- **Lista dei farmaci redatta dal paziente o da familiare/caregiver**
- **Lista dei farmaci redatta dal Medico di Medicina Generale o da Consulente specialista**
- **Documentazione sanitaria precedente** (es. cartella clinica altra unità operativa, cartella clinica altra struttura ospedaliera)

*Qualora non sia possibile effettuare il processo di ricognizione farmacologica (ad esempio per mancata disponibilità dell'elenco aggiornato dei farmaci assunti dal paziente, e/o per persona confusa, con deficit sensoriali/cognitivi, e/o per presenza di barriere linguistiche, assenza di familiari/caregiver) prendere contatti con il curante o con la struttura sanitaria che ha in carico la persona*

## **GUIDA COMPILAZIONE DELLA ANAMNESI FARMACOLOGICA DEL PAZIENTE OTTENUTA NEL MIGLIOR MODO POSSIBILE**



### **Introduzione**

- Introdursi e chiedere al paziente (e/o al familiare o caregiver) se è disponibile a concederci parte del suo tempo per controllare insieme i farmaci assunti al proprio domicilio.

### **Allergie e Intolleranze a farmaci**

- Chiedere al paziente (e/o al familiare o caregiver) se è a conoscenza di allergie e intolleranze a farmaci e/o alimenti. Se SI, chiedere quale reazione si verifica dopo aver assunto il farmaco/alimento in questione.

### **Raccolta delle informazioni**

1. Chiedere al paziente (e/o al familiare o caregiver) se è in possesso di una lista dei farmaci redatta dal proprio Medico di Medicina Generale, in modo da poterne verificare l'aggiornamento.
2. Per ogni farmaco raccogliere le informazioni come elencate nell'ALLEGATO 1.
3. Chiedere al paziente (e/o al familiare o caregiver) se sta assumendo farmaci in formulazioni topiche, gocce oftalmiche o auricolari, spray o gocce nasali, farmaci inalatori, cerotti medicati e creme. Se SI, indicare tutte le suddette informazioni.
4. Chiedere al paziente (e/o al familiare o caregiver) se ha recentemente deciso di sospendere o modificare la terapia, o se tali azioni sono state svolte da altre persone (es. familiare, caregiver, Medico di Medicina Generale, altro Specialista). Se SI, chiedere la motivazione di ogni modifica.
5. Chiedere al paziente (e/o al familiare o caregiver) se sta assumendo medicinali omeopatici, fitoterapici, integratori e ogni altro prodotto della medicina non convenzionale.
6. Chiedere al paziente (e/o al familiare o caregiver) informazioni riguardanti lo stile di vita, quali abitudine al fumo, uso di droghe, assunzione di dosi elevate di pompelmo, caffè, tè, frutta e verdura.

### **Farmaci "Over The Counter" o SOP (Senza Obbligo di Prescrizione):**

- Chiedere al paziente (e/o al familiare o caregiver) se sta assumendo farmaci per cui non è necessaria una prescrizione medica (farmaci Over The Counter o SOP). Fornire degli esempi, come l'Aspirina. Se la risposta è SI, raccogliere le informazioni riguardanti tali farmaci, come elencate in ALLEGATO 1.

### **Integratori alimentari:**

- Chiedere al paziente (e/o al familiare o caregiver) se sta assumendo vitamine, minerali, quali calcio, ferro, o altri supplementi o integratori alimentari (ad es. glucosamina o Erba di San Giovanni). Se SI, raccogliere le informazioni riguardanti tali farmaci, come elencate in ALLEGATO 1.

### **Conclusione:**

Ringraziare il paziente (e/o familiare o caregiver) e discutere le eventuali perplessità riguardanti le informazioni appena ottenute.

Riconciliazione Terapeutica:  
come assicurare la accuratezza farmacologica  
nel percorso del paziente

Titolo del documento