

6^a Conferenza Nazionale GIMBE
Verso un approccio di sistema alla Clinical Governance
Bologna, 11 febbraio 2011

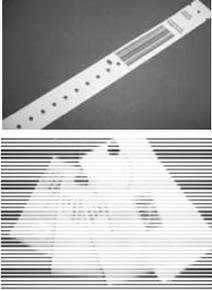
**Migliorare la sicurezza dei pazienti
 nella gestione clinica dei farmaci**
Gli strumenti FMECA e Incident Reporting

Giuseppina Bianchi
 Ospedale San Sebastiano, Correggio (RE)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
 EMILIA-ROMAGNA
 Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia

BACKGROUND

**Quali progressi per aumentare la sicurezza nel
 processo di gestione clinica dei farmaci ?**

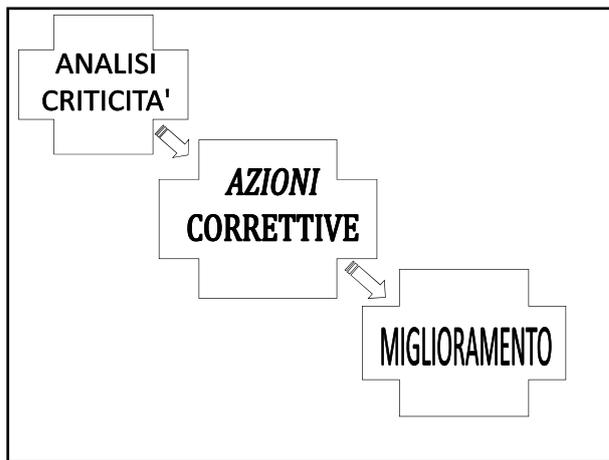


- **Uso di tecnologie informatizzate (PSC – BARCODE)**
 Software prescrizione e somministrazione computerizzata
- **Distribuzione dei farmaci in dose unitaria (monodose)**
- **Partecipazione dei farmacisti al processo clinico**

Filmato PSC

OBIETTIVI

- **Identificare i principali punti critici del processo di gestione clinica dei farmaci (PGCF) con PSC e della preparazione monodose**
- **Rilevare tipologia e frequenza degli eventi e dei near miss**
- **Aumentare il livello di sicurezza del PGCF**



METODI (1)

- **Un GRUPPO MULTIPROFESSIONALE (medici, infermieri, farmacista, risk manager) ha analizzato il PGCF con PSC mediante lo strumento FMECA**
- **La tipologia e la frequenza dei principali eventi e near miss è stata rilevata per 40 giorni, con una SCHEDA di INCIDENT REPORTING (IR)**
- **I dati sono stati elaborati assegnando un CODICE COLORE secondo il potenziale RISCHIO per il paziente.**

SCHEDA FMECA

Processo _____
 Gruppo _____

Attività o procedura	Modalità di errore possibile	Cause	Possibili effetti sul paziente	Stato attuale					Azioni correttive
				Misure di controllo	G	P	R	T P R	

SCHEDA IR

DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE NEUROLOGICA Ospedale "S. Sebastiano" Correggio

SCHEDA ANONIMA DI RILEVAZIONE DEGLI EVENTI RELATIVI AL PROCESSO DI GESTIONE CLINICA DEI FARMACI		NUMERO EVENTI SEGNALATI														
ATTIVITA'	POSSIBILE MODALITA' DELL'EVENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
PRESCRIZIONE	1.1) Scambio di persona che richiama il medico a notte se paziente è in carico (solo topico) 1.2) Forte farmacologia inappropriata in relazione alla via di somministrazione 1.3) Prescrizione a PC di contro a PC di classe controllata, ecc.															
ASSEGNAZIONE/VERIFICA/REVISIONE (NON) P OINE (SOPRATTUTTO PER I FARMACI C)	1.4) Incongruenza tra prescrizione, prescrizione e servizio non effettuato in tempo reale 1.5) Non congruenza tra quanto prescritto e i farmaci consegnati in seguito alla somministrazione (impossibilità di somministrazione)															
MODIFICA DI TERAPIA IN DOMENICA E FESTIVI	1.6) Mancata il farmaco il giorno															
PRESCRIZIONE ESTERANEI (M.D.G. NOTTEPESSTIVI)	1.7) Per errore "invece" (carabinieri, duress, misurati, ecc.) senza approvazione su T.C.C. o cartina clinica															

METODI (2)

Azienda Iul di Reggio Emilia
Reggio Emilia, sei connesso come

Lunedì, 13 Gennaio 2011 16:52

Home | Logout | Profilo

Menu Partita:

Seleziona Servizio: Dal: Al:

Riepilogo Somministrazioni						
Utente	PC	Foglio/Bracciale	Foglio/Bracciale - Manuale	Foglio/Foglio	Foglio/Foglio - Manuale	Totale
Utente 1		5	2	30		12 49
Utente 2		67	9	9		3 88
Utente 3	1					0 1
Utente 4		30		4		0 34
Utente 5	17	4				0 21

RISULTATI (1)

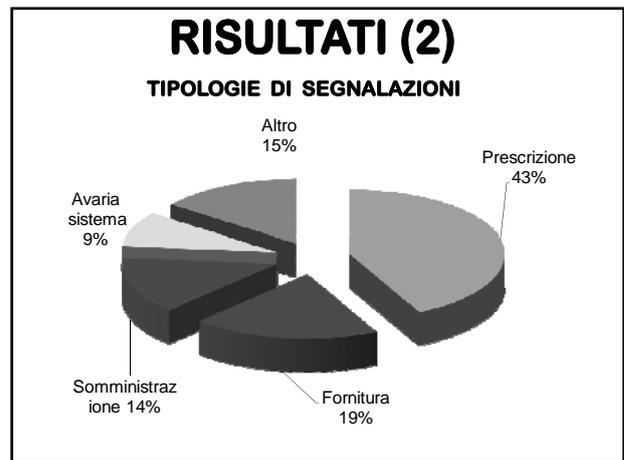
Aree di maggiore criticità all'analisi FMECA:

- Identificazione del paziente
- Prescrizione farmaci
- Somministrazione farmaci

INCIDENT REPORTING (n = 230)

Near misses
189 (81%)

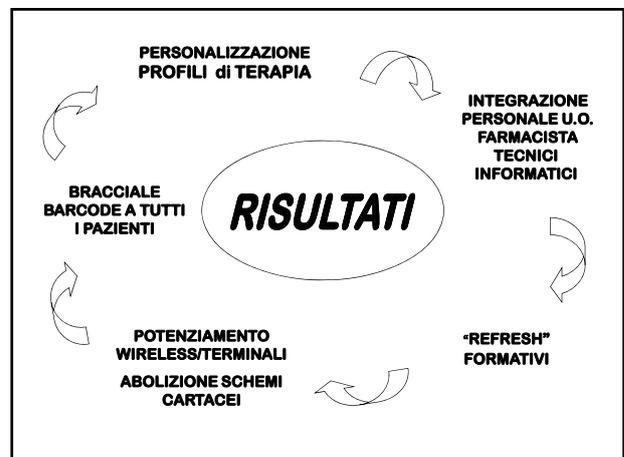
Events
41 (19%)



RISULTATI (3)

CLASSIFICATI 39 EVENTI-QUASI EVENTI
26 segnalazioni predefinite e 13 "aperte"

BASSO RISCHIO	9	ALTO RISCHIO	10
MODERATO RISCHIO	16	ALTISSIMO RISCHIO	4



LIMITI

- Difficoltà nell'utilizzo di metodologie di analisi ancora poco conosciute
- Resistenza alla segnalazione degli inconvenienti/errori
- Difficoltà nel coinvolgimento dell'intero gruppo di lavoro
- Elevata complessità ed interdipendenza del processo analizzato

CONCLUSIONI

- FMECA ed IR si sono rivelati efficaci strumenti per l'identificazione delle maggiori criticità all'interno del PGCF
- Il coinvolgimento dello staff nella definizione del percorso, nella identificazione delle aree critiche e nella ricerca delle azioni di miglioramento, ha permesso di aumentare il livello di sicurezza per i pazienti e di consapevolezza di tutto lo staff