

Publicazione

Sicurezza dei pazienti Svizzera

N° 7

La verifica sistematica della farmacoterapia negli ospedali acuti

Raccomandazioni nell'ambito del
programma nazionale pilota progress!
Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia

Autrici

dr. med. Liat Fishman

dr. Katrin Gehring
Chantal Zimmermann
Paula Bezzola

Impressum

Edizione: Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera, Zurigo
Grafica: René Habermacher, Visuelle Gestaltung, Zurigo
Traduzione: Joël Rey & Co., Losone
Revisione (traduzione): Adriana Degiorgi e Brigitte Waldispühl, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona
Foto: Sven Bachmann, Fotografie & Grafik, Ennetturgi. Copyright: Sicurezza dei pazienti Svizzera
Giugno 2015

Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
Asylstrasse 77, CH-8032 Zurigo
Telefono +(0)43 244 14 80
Fax +(0)43 244 14 81
www.securitedespatients.ch
info@securitedespatients.ch

Proposta di citazione: Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera. La verifica sistematica della farmacoterapia negli ospedali acuti. Raccomandazioni nell'ambito del programma nazionale pilota progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia. 2015. Available from: <http://www.patientensicherheit.ch/fr/publications/Mat-riel-d-information-Publications.html>

Il presente testo è parte dell'ampia pubblicazione di Sicurezza dei pazienti Svizzera su numerosi aspetti della sicurezza dei pazienti e della gestione del rischio clinico. Trovate maggiori informazioni e potete ordinare tutti i documenti al sito www.securitedespatients.ch.

ISBN 3-905803-17-8

Il programma pilota progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia è stato promosso e finanziato dall'Ufficio federale della sanità pubblica nell'ambito della strategia della qualità della Confederazione.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

La fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera ...

- ... è stata costituita nel dicembre 2003 dalla Confederazione, dall'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, dalle associazioni professionali del settore sanitario (FMH, ASI, PES, SSO, pharmaSuisse, GSASA, physioswiss), dal Cantone Ticino e dall'Organizzazione svizzera dei pazienti.
- ... si è affermata come centro di competenza per la promozione della sicurezza dei pazienti.
- ... promuove, coordina e sviluppa attività, metodi, progetti e conoscenze pratiche per il miglioramento della sicurezza dei pazienti e la riduzione degli errori in ambito sanitario.
- ... esegue ricerche e accompagna attività scientifiche.
- ... si avvale di reti di contatti e di altre forme di cooperazione con organizzazioni costituenti, fornitori di prestazioni, associazioni, autorità, esperti, finanziatori, organizzazioni partner ecc.
- ... poggia su un vasto sostegno da parte di tutti i partner.

Nel Consiglio di fondazione sono rappresentati ...

- ... l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche – ASSM
- ... la Confederazione svizzera – Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
- ... la Federazione dei medici svizzeri – FMH
- ... l'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri – ASI
- ... l'Associazione svizzere per le scienze infermieristiche – VfP
- ... la Società svizzera odontoiatri – SSO
- ... la Società svizzera dei farmacisti – pharmaSuisse
- ... l'Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali – GSASA
- ... l'Associazione svizzera di fisioterapia – physioswiss
- ... l'Organizzazione svizzera dei pazienti – OSP
- ... l'Ente Ospedaliero Cantonale del Cantone Ticino – EOC
- ... H+ Gli ospedali svizzeri
- ... la Federazione svizzera dei direttori d'ospedale – SVS
- ... l'Associazione svizzera dei medici con attività chirurgica ed invasiva – fmCh
- ... il Collegio di medicina di base – KHM
- ... la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità – CDS

Sicurezza dei pazienti Svizzera è sostenuta e finanziata ...

- ... dalle organizzazioni costituenti (vedi sopra)
- ... da tutti i Cantoni
- ... da donatori, promotori, finanziatori, sponsor e partner di cooperazione
- ... con il ricavato di prestazioni proprie e servizi
- ... dalla cooperazione con specialisti e organizzazioni partner in Svizzera e all'estero

Indice

1 Ringraziamento	7
2 Prefazione	7
3 L'essenziale in breve	10
4 Introduzione	14
4 1 Il programma pilota progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia	15
4 2 Contenuto e scopo del presente documento	16
4 3 Che cos'è la verifica sistematica della farmacoterapia?	18
4 4 Punto centrale della farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia	19
4 5 Utilità della verifica sistematica della farmacoterapia	21
4 6 Chi è coinvolto nella verifica sistematica della farmacoterapia in ospedale?	22
4 6 1 Collaboratori dell'ospedale	22
4 6 2 Pazienti	22
5 La verifica sistematica della farmacoterapia al momento dell'ammissione	24
5 1 Fase 1: migliore anamnesi farmacologica possibile	27
5 1 1 Che cosa viene rilevato?	28
5 1 2 Chi si occupa del rilevamento?	28
5 1 3 Fonti	29
5 1 4 Procedura	29
5 2 Fase 2: allestimento/adeguamento prescrizione all'ammissione	33
5 2 1 Procedura	35
5 2 2 Documentazione e motivazione delle modifiche alla farmacoterapia	35
5 3 Fase 3 (opzionale): controllo da parte di un'altra persona	37
5 3 1 Chi si occupa del controllo?	37
5 3 2 Procedura	37
6 La verifica sistematica della farmacoterapia in caso di trasferimento interno	39
6 1 Fase 1: allestimento della prescrizione nel reparto di accoglienza	42
6 2 Fase 2 (opzionale): controllo da parte di un'altra persona	42
6 2 1 Chi si occupa del controllo?	42
6 2 2 Procedura	42

7 	La verifica sistematica della farmacoterapia al momento della dimissione	44
7 1	Fase 1: allestimento della lista dei farmaci alla dimissione	47
7 1 1	Procedura	47
7 1 2	Documentazione e motivazione delle modifiche alla farmacoterapia	47
7 2	Fase 2 (opzionale): controllo da parte di un'altra persona	48
7 2 1	Chi si occupa del controllo?	48
7 2 2	Procedura	48
7 3	Fase 3: colloquio con il paziente sulla farmacoterapia alla dimissione	49
7 3 1	Chi conduce il colloquio?	50
7 3 2	Procedura	50
7 3 3	Liste comprensibili	51
7 4	Fase 4: informazione ai fornitori di prestazioni	52
8 	Implementazione efficace della verifica sistematica della farmacoterapia	53
8 1	Pianificazione (<i>Plan</i>)	55
8 1 1	Prevedere un'implementazione per fasi	55
8 1 2	Assicurare il sostegno della direzione ospedaliera e dei quadri	56
8 1 3	Costituire un gruppo di progetto interprofessionale	56
8 1 4	Definire gli obiettivi, le scadenze e le risorse	57
8 1 5	Analizzare i processi esistenti e definire quelli mirati	57
8 2	Attuazione (<i>Do</i>)	59
8 2 1	Comunicazione e trasmissione di conoscenze	59
8 2 2	Attuazione dei processi mirati	60
8 3	Verifica (<i>Check</i>) e definizione di misure di miglioramento (<i>Act</i>)	60
9 	Bibliografia/fonti	63
10 	Glossario	63
11 	Allegati	69
1.	Panoramica delle fasi del processo per la verifica sistematica della farmacoterapia dall'ammissione alla dimissione	70
2.	Diagramma di flusso: processo ideale – Verifica sistematica della farmacoterapia al momento dell'ammissione	80
3.	Linee guida per l'intervista per la migliore anamnesi farmacologica possibile	81
4.	Esempio di una lista dei farmaci pre-ammissione compilata	82
5.	Diagramma di flusso: processo adattato per le fasi 1 e 2 – Verifica sistematica della farmacoterapia al momento dell'ammissione	83
6.	Diagramma di flusso interfunzionale: esempio di descrizione del processo mirato	84

Note

- Per favorire la fluidità del testo, nel presente documento viene adottata unicamente la forma maschile che, beninteso, sottintende sempre anche quella femminile.
- Il glossario (capitolo 10) contiene definizioni di termini sul tema della farmacoterapia e della sicurezza della farmacoterapia utilizzati nel documento (capitoli 4–8). I termini riportati nel glossario appaiono sottolineati alla prima menzione.
- Le presenti raccomandazioni si prefiggono di sensibilizzare e sostenere le organizzazioni sanitarie e i professionisti che lavorano in ambito sanitario nell'attività di definizione di linee guida interne. È compito dei fornitori di prestazioni verificare le raccomandazioni in rapporto al contesto locale, adeguarle se necessario e definire processi interni e responsabilità. Un loro allestimento ed utilizzo specifico in relazione agli obblighi di accuratezza vigenti (basati sulle circostanze professionali, aziendali, giuridiche o individuali locali) è esclusivamente sotto la responsabilità del fornitore di prestazioni competente.



- 1 | Ringraziamento
- 2 | Prefazione

1 | Ringraziamento

L'intervento competente e costruttivo di diversi specialisti ed esperti ha contribuito sensibilmente alla qualità del presente documento. Ringraziamo il gruppo di accompagnamento specialistico del programma pilota progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia.

Prof. dr. med. Stefano Bassetti

Chefarzt Klinik für Innere Medizin, Universitätsspital Basel

Dr. Johnny Beney, PD

Pharmacien d'hôpital FPH/Pharmacien chef du Service de Pharmacie, Hôpital du Valais (RSV) Institut Central (ICHV)

Prof. Pascal Bonnabry

Pharmacien-chef, Hôpitaux Universitaires de Genève HUG

Marlise Egloff

Verantwortliche Pflegequalität/Mitglied des Managements, SPITEX BERN

Prof. dr. med. Karin Fattinger

Chefärztin Medizinische Klinik/Leiterin Departement Medizin und Rehabilitation/Mitglied der Spitalleitung, Kantonsspital Schaffhausen

Prof. dr. E. Kurt Hersberger

Pharmaceutical Care Research Group

Dr. med. Marc Jungi

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH/
stv. Geschäftsführer Sanacare AG, Gruppenpraxis Bern

Dr. phil. Markus Lampert

Stellvertretender Leiter Spitalapotheke, Kantonsspital Bruderholz

Dr. med. Marc Oertle

Medizininformatik, Spital Thun

Prof. dr. David Schwappach

Wissenschaftlicher Leiter von Patientensicherheit Schweiz

Ph.D. Anthony Staines

Consultant/Chargé du programme «sécurité des patients», FHV Fédération des hôpitaux vaudois

Charlotte Vogel

Responsable Qualité, Clinique Cecil

Brigitte Waldispühl

Farmacista ospedaliera FPH/Responsabile Servizio centrale di farmacia (EOFARM), Ente Ospedaliero Cantonale

Franziska Zúñiga, MSN

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel/
Leiterin Qualitätsmanagement,
KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit

Barbara Züst, lic. iur. HSG

Co-Geschäftsführerin und fachliche Leiterin
Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz

Un sentito grazie per il loro sostegno anche alla **dr. Margrit Leuthold**, Direttrice di Sicurezza dei pazienti Svizzera, e al già Direttore **dr. med. Marc-Anton Hochreutener**.

2 | Prefazione

I farmaci sono imprescindibili per una prevenzione e una cura efficaci, per questo vengono utilizzati sovente e, non di rado, in gran numero. La loro efficacia dipende però anche in modo determinante da una prescrizione e un'assunzione corrette.

È noto da tempo che gli errori legati alla farmacoterapia sono tra i più frequenti in campo medico. Numerosi studi nazionali e internazionali dimostrano che i problemi legati ai farmaci rappresentano una parte consistente dei danni nel nostro sistema sanitario. Oltre a colpire pazienti, collaboratori e istituti, gli errori legati alla farmacoterapia provocano notevoli costi supplementari. Essi costituiscono dunque un campo di intervento prioritario anche dal punto di vista economico.

D'intesa con l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), Sicurezza dei pazienti Svizzera ha pertanto deciso di fornire un contributo alla prevenzione di questi errori lanciando il secondo programma pilota progress!. La sicurezza della farmacoterapia è il risultato di un processo complesso e caratterizzato da numerose interdipendenze – dalla prescrizione all'assunzione del farmaco da parte del paziente, attraverso l'intero ciclo di cura – e non può quindi essere garantita dall'adozione di un'unica misura. Allo stesso modo, un programma del genere non può poggiare su un unico provvedimento.

Consultata la vasta letteratura internazionale sull'argomento e chiesto il parere di numerosi specialisti, Sicurezza dei pazienti Svizzera ha deciso di focalizzare il programma sulla sicurezza della farmacoterapia nei punti di interfaccia, dall'ammissione alla dimissione. Il rilevamento sistematico e completo dei farmaci assunti prima dell'ammissione è la condizione *sine qua non* per una farmacoterapia ottimale e corretta durante la degenza e dopo la dimissione. Un confronto sistematico tra la farmacoterapia effettiva e quella auspicata mira alla riduzione degli errori legati alla farmacoterapia.

Il presente documento intende fornire agli ospedali gli strumenti necessari per un'introduzione efficace della verifica della farmacoterapia al fine di ridurre sensibilmente gli errori e le relative conseguenze. Le basi qui esposte per un processo farmacologico sicuro si accompagnano a un progetto di approfondimento svolto in singoli ospedali acuti focalizzato sull'attuazione pratica e sull'integrazione nell'attività quotidiana della verifica sistematica della farmacoterapia all'ammissione. Il lavoro di squadra e la collaborazione interprofessionale sono importanti fattori di successo, così come la chiara assegnazione dei compiti e l'acquisizione di informazioni da parte dei gruppi professionali coinvolti, in particolare medici, farmacisti e infermieri.

Cogliamo l'occasione per ringraziare tutti gli specialisti, gli istituti e le organizzazioni che si impegnano per la sicurezza della farmacoterapia e che ci sostengono nella realizzazione del presente progetto, il quale consente di fornire un contributo imprescindibile all'aumento dell'efficacia dei farmaci e della sicurezza dei pazienti.

Prof. Dieter Conen
Presidente

Dr. Margrit Leuthold
Direttrice



3 | L'essenziale in breve

3 | L'essenziale in breve

Questo riassunto permette di farsi rapidamente un'idea dei contenuti del presente documento e può essere letto anche in modo indipendente dal resto del testo. Per consolidare la conoscenza sulla verifica sistematica della farmacoterapia e sulla sua implementazione è tuttavia necessaria la lettura completa del documento.¹

Premessa

I passaggi di pazienti da un settore di cura all'altro celano sempre dei rischi: è risaputo che in ambito ospedaliero una comunicazione o un'informazione insufficiente possono facilmente comportare errori legati alla farmacoterapia potenzialmente pericolosi. Tipici esempi all'ammissione e alla dimissione sono l'omissione o l'aggiunta non intenzionale di farmaci e gli errori di dosaggio.

Una misura per evitare simili errori rivela una valida in altri paesi è la verifica sistematica della farmacoterapia (*Medication Reconciliation*), ma in Svizzera finora è stata introdotta e attuata solo in modo puntuale. Per questa ragione, l'intervento qui presentato è diventato il tema centrale del secondo programma nazionale pilota progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia.

A chi si rivolgono queste raccomandazioni?

Con la pubblicazione delle presenti raccomandazioni nell'ambito del programma pilota, Sicurezza dei pazienti Svizzera intende sostenere tutti gli interessati nell'attuazione della verifica sistematica della farmacoterapia. Esse si rivolgono in primis a specialisti e responsabili di progetto degli ospedali acuti – medici, infermieri, farmacisti e gestori della qualità e del rischio – ma anche a specialisti di altri ospedali o istituti sanitari, e all'opinione pubblica interessata.

Il programma pilota si concentra sul contesto degli ospedali acuti in quanto tra il ricovero e la dimissione i cambiamenti della terapia farmacologica sono frequenti e i pazienti sono di conseguenza esposti a un rischio particolarmente elevato di errori legati alla farmacoterapia. Non a caso la maggior parte delle espe-

rienze sulla verifica sistematica della farmacoterapia menzionate nella letteratura specializzata riguarda il settore ospedaliero. I principi, tuttavia, non valgono soltanto per gli ospedali acuti, bensì anche per altri contesti di cura.

Le raccomandazioni qui formulate sono una sintesi di programmi e progetti di riferimento di diversi paesi, in particolare il progetto High 5s dell'OMS e i programmi attuati negli Stati Uniti e in Canada, che con l'aiuto di esperti svizzeri sono stati adattati al contesto elvetico.

La parte successiva del programma pilota prevede lo svolgimento fino a fine 2016 di un progetto di approfondimento con ospedali svizzeri volto ad acquisire esperienze sull'attuazione di queste raccomandazioni. Le conoscenze verranno valutate e, all'occorrenza, procederemo a un aggiornamento del presente documento. Per ragioni di tempo e di risorse, il progetto di approfondimento si concentra sull'ammissione. La verifica della farmacoterapia al momento dell'ammissione costituisce la base per una prescrizione farmacologica in ospedale ottimale e sicura e, in seguito, per un'efficace verifica della farmacoterapia in caso di trasferimento interno e al momento della dimissione.

Che cos'è la verifica sistematica della farmacoterapia?

Indipendentemente dal contesto di cura – ospedale, istituto di lunga degenza, settore ambulatoriale – la verifica sistematica della farmacoterapia non può prescindere da

- **l'allestimento sistematico di una lista completa** di tutti i farmaci e rimedi che un paziente assume attualmente;
- **l'utilizzo sistematico di tale lista** ogniqualvolta vengono prescritti farmaci.

Queste misure garantiscono che le informazioni sui farmaci vengano rilevate e comunicate in modo preciso, completo e sistematico nei punti di interfaccia delle cure. Le informazioni confrontate e consolidate fungono da base per decisioni adeguate in merito alla terapia farmacologica del paziente.

Il coinvolgimento attivo del paziente e/o dei suoi familiari è molto importante. Solo parlando con lui e

¹ Questo riassunto rinuncia anche ai riferimenti bibliografici, che si trovano invece nei rispettivi capitoli del testo principale.

con i suoi familiari è infatti possibile scoprire quali farmaci vengono effettivamente assunti e come.

Oltre a prevenire omissioni, aggiunte ed errori di dosaggio, la verifica sistematica della farmacoterapia favorisce l'aderenza terapeutica e la soddisfazione del paziente, ottimizza la comunicazione all'interno dei team di cura e tra i vari fornitori di prestazioni, rende più efficienti i processi di anamnesi e di prescrizione farmacologica, e migliora il lavoro multidisciplinare e interprofessionale.

La verifica sistematica della farmacoterapia dall'ammissione alla dimissione

La verifica sistematica della farmacoterapia concerne tutte le fasi di una degenza ospedaliera: essa incomincia con l'ammissione, viene ripetuta a ogni trasferimento interno e svolta un'ultima volta al momento della dimissione. In ognuno di questi punti di interfaccia, il processo comprende diverse fasi (cfr. figura 1).

La prima fase fondamentale è la migliore anamnesi farmacologica possibile al momento dell'ammissione. Lo scopo è quello di allestire una lista completa dei farmaci pre-ammissione, una base essenziale per una corretta prescrizione all'ammissione e per una verifica efficace della farmacoterapia nei punti di interfaccia successivi (trasferimenti in ospedale e dimissione). La migliore anamnesi farmacologica possibile rileva tutti i farmaci e i rimedi che un paziente assume al momento dell'ammissione: farmaci e rimedi soggetti e non soggetti a prescrizione medica, ossia anche quelli da banco (*over the counter*), i rimedi fitoterapici e gli integratori alimentari. Per accertarsi che l'anamnesi farmacologica sia stata svolta nel modo migliore possibile, occorre fare ricorso ad almeno due fonti di informazione. Una, se possibile, dovrebbe sempre essere l'intervista strutturata con il paziente e/o i suoi familiari.



Figura 1: panoramica della verifica sistematica della farmacoterapia negli ospedali acuti

© Sicurezza dei pazienti Svizzera

La seconda fase al momento dell'ammissione è la prescrizione farmacologica da parte del medico e il confronto con la lista dei farmaci pre-ammissione. È fondamentale che la prescrizione venga documentata in modo da consentire al team dei curanti di individuare e comprendere immediatamente qualsiasi modifica rispetto alla farmacoterapia pre-ammissione. In caso contrario, si rischia di incorrere in incongruenze farmacologiche non intenzionali, ossia modifiche involontarie della farmacoterapia. La terza fase, facoltativa, è rappresentata dal controllo da parte di un'altra persona della completezza della prescrizione, il che costituisce un'ulteriore barriera di sicurezza: la prescrizione viene confrontata con la lista dei farmaci pre-ammissione al fine di verificare che non siano rimaste incongruenze non intenzionali, che eventualmente vanno chiarite con il medico prescrivente.

Nei punti di interfaccia *trasferimento interno* e *dimissione* si ripetono le fasi 2 e 3. La dimissione prevede inoltre altre due fasi molto importanti: un colloquio strutturato con il paziente e/o i suoi familiari sulla farmacoterapia alla dimissione e un'immediata informazione ai fornitori di prestazioni successivi. È fondamentale che al paziente vengano spiegate in modo comprensibile le modifiche del regime farmacologico da apportare dopo la degenza ospedaliera e che esse vengano trasmesse e motivate ai fornitori di prestazioni successivi.

Implementazione efficace della verifica sistematica della farmacoterapia

La verifica sistematica della farmacoterapia in ospedale è un processo complesso, svolto in diversi luoghi, multidisciplinare e interprofessionale, che si apre con l'ammissione del paziente e si chiude con la sua dimissione. Per un'implementazione efficace sono necessari una pianificazione accurata, risorse sufficienti e il coinvolgimento dei collaboratori.

Elementi di un'implementazione efficace duratura

- Un efficace svolgimento della verifica sistematica della farmacoterapia esige *lavoro di squadra* e *collaborazione interprofessionale*. I processi della verifica sistematica della farmacoterapia, i ruoli, i compiti e le responsabilità a livello locale sono definiti dall'ospedale. I ruoli e i compiti sono chiari a tutte le persone coinvolte e vengono assunti attivamente.
- La condizione imprescindibile è la *formazione sistematica dei collaboratori* che si occupano delle rispettive fasi del processo. Occorre per esempio prevedere corsi pratici sulla migliore anamnesi farmacologica possibile e sul colloquio con i pazienti al momento della dimissione.
- Per un'introduzione efficace ed efficiente della verifica sistematica della farmacoterapia, le fasi del processo devono essere *integrate nei sistemi ospedalieri esistenti*.
- Secondo le raccomandazioni di paesi con anni di esperienza, *l'introduzione deve avvenire per fasi*. L'intervento deve iniziare in un contesto piccolo ed essere perfezionato in modo iterativo, prima di estenderne l'implementazione.
- Come per tutti i progetti di miglioramento della qualità, è determinante il *sostegno attivo dei responsabili di specialità e aziendali*.
- Per condurre al meglio l'introduzione del processo, vanno rilevati *dati sullo stato dell'implementazione* da presentare ai collaboratori, affinché vengano adottate misure di miglioramento mirate.



4 | Introduzione

4 | Introduzione

4 | 1 | Il programma pilota progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia

Nell'ambito della Strategia della qualità nel sistema sanitario svizzero della Confederazione^(L1), nel periodo 2014-2016 Sicurezza dei pazienti Svizzera attua il programma nazionale pilota progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia volto a promuovere la sicurezza dei pazienti (1). Si tratta del secondo programma pilota, dopo il predecessore progress! Chirurgia sicura, svoltosi dal 2012 al 2015. Entrambi i programmi sono promossi e in gran parte finanziati dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), sviluppati e attuati da Sicurezza dei pazienti Svizzera.

Il programma pilota progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia si concentra sull'*implementazione della verifica sistematica della farmacoterapia* (Medication Reconciliation, riconciliazione farmacologica) *negli ospedali acuti* allo scopo di prevenire errori legati alla farmacoterapia ed eventi farmacologici indesiderati provocati da una comunicazione e un'informazione insufficienti nei punti di interfaccia

delle cure. La verifica sistematica della farmacoterapia garantisce che le informazioni sui farmaci vengano rilevate e comunicate in modo preciso, completo e sistematico nei punti di interfaccia delle cure.

Il programma pilota si focalizza su due punti centrali (cfr. figura 2).

1. Sensibilizzazione e trasmissione delle competenze

In Svizzera, una verifica sistematica della farmacoterapia si svolge solo sporadicamente, il che aumenta il rischio di errori. Occorre dunque sensibilizzare capillarmente ospedali, altri fornitori di prestazioni e l'opinione pubblica in generale sul problema degli errori legati alla farmacoterapia nei punti di interfaccia e sull'approccio della verifica sistematica della farmacoterapia.

Ciò può avvenire

- pubblicando raccomandazioni sull'implementazione della verifica sistematica della farmacoterapia negli ospedali acuti (il presente documento);
- mettendo a disposizione materiale di sostegno;
- sensibilizzando e trasmettendo conoscenze con una campagna mediatica a livello nazionale (comunicati stampa e articoli specialistici mirati).



Figura 2: offerta programma progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia

^(L1) <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/14791/index.html?lang=it>

Lo scopo è quello di consentire a tutte le cerchie interessate di adottare e attuare misure per l'applicazione della verifica sistematica della farmacoterapia. Il materiale può essere scaricato dal sito internet di Sicurezza dei pazienti Svizzera^(L2)(2).

2. Progetto interprofessionale di approfondimento per ospedali pilota da inizio 2015 a fine 2016

La verifica sistematica della farmacoterapia viene introdotta e attuata in unità operative selezionate di ospedali pilota. L'attenzione è focalizzata sull'importante prima fase: l'allestimento di una lista completa dei farmaci pre-ammissione. Maggiori informazioni sul progetto di approfondimento si trovano sul sito internet di Sicurezza dei pazienti Svizzera^(L2)(2).

4 | 2 | Contenuto e scopo del presente documento

Il presente documento descrive gli elementi della verifica sistematica della farmacoterapia negli ospedali acuti nei punti di interfaccia ammissione, trasferimenti interni e dimissione. Esso propone raccomandazioni concepite come ausilio per un'introduzione efficace della verifica sistematica della farmacoterapia ed è inteso come base per lo sviluppo di materiale per l'opinione pubblica e per il progetto di approfondimento.

Le raccomandazioni si rivolgono in primis a specialisti e responsabili di progetto delle diverse discipline ospedaliere coinvolte, quali il corpo medico, il servizio infermieristico, la farmacia e la gestione della qualità/del rischio, ma anche a specialisti di altri ospedali o istituti sanitari, e a tutti gli interessati. Anche se il programma pilota è stato pensato per il contesto degli ospedali acuti, contenuti importanti – per esempio quelli concernenti la migliore anamnesi farmacologica possibile – sono applicabili anche ad altri settori.

Considerata la grande varietà di destinatari e delle rispettive funzioni, è evidente che alcuni passaggi della pubblicazione saranno ovvi per alcuni lettori e novità per altri.

Le raccomandazioni qui formulate sono una sintesi di programmi e progetti di riferimento di diversi paesi:

- il progetto internazionale *Action on Patient Safety: High 5s* (in breve: *progetto High 5s*), promosso nel 2007 dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e conclusosi nel 2014. Nel quadro di questo progetto, è stata formulata una raccomandazione standard sulla verifica sistematica della farmacoterapia negli ospedali acuti, in seguito implementata e valutata in Australia, Germania, Francia, Olanda e Stati Uniti. La raccomandazione e una guida all'implementazione sono disponibili gratuitamente sul sito internet dell'OMS^(L3) (3-5);
- nel quadro della partecipazione al progetto High 5s, in Germania sono state sviluppate linee guida per la migliore anamnesi farmacologica possibile (6);
- nell'ambito della campagna canadese *Safer Healthcare Now!* avviata nel 2005, sono stati sviluppati

^(L2) <http://www.patientensicherheit.ch/fr/prestations/Programmes-pilotes-progress-/progress--S-curit--de-la-m-dication-aux-interfaces.html>

^(L3) <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/>

diversi strumenti e linee guida per l'implementazione della verifica sistematica della farmacoterapia, disponibili sul sito internet dell'Institute for Safe Medication Practices Canada^(L4) (ISMP Canada) (7). Il «Medication Reconciliation in Acute Care Getting Started Kit» aveva funto da base anche per lo sviluppo della raccomandazione del progetto High 5s (8);

- nel quadro del *Multi-Center Medication Reconciliation Quality Improvement Study (MARQUIS)*, nel 2011 la statunitense Society of Hospital Medicine (SHM) ha pubblicato linee guida per l'implementazione, poi aggiornate nel 2014 sulla scorta delle conoscenze acquisite con lo studio (9). Le linee guida e altri strumenti concepiti dal team del MARQUIS sono disponibili previa registrazione sul sito internet della SHM^(L5) (10).²

Puntualmente, vengono menzionate altre fonti, prontamente segnalate.

Il contributo degli esperti coinvolti nel progetto ha permesso di adattare le raccomandazioni al contesto elvetico (cfr. capitolo 1, pag. 8).

Nota

Il progetto di approfondimento con ospedali pilota consentirà di acquisire entro la fine del 2016 esperienze sull'attuazione in Svizzera delle raccomandazioni qui formulate. Le conoscenze verranno valutate e, all'occorrenza, procederemo a un aggiornamento del presente documento. È possibile che si presenti la necessità di complementi e modifiche – per esempio ai modelli – già nel corso del programma. In tal caso, i documenti aggiornati verranno messi a disposizione sul sito internet di Sicurezza dei pazienti Svizzera^(L6)(2).

^(L4) <http://www.ismp-canada.org/medrec/>

^(L5) http://www.hospitalmedicine.org/Web/Quality___Innovation/Implementation_Toolkit/MARQUIS/Overview_Medication_Reconciliation.aspx

^(L6) <http://www.patientensicherheit.ch/fr/prestations/Programmes-pilotes-progress-progress--S-curit--de-la-m-dication-aux-interfaces.html>

² Oltre ai programmi qui menzionati, il tema della verifica sistematica della farmacoterapia è stato approfondito anche da altre importanti organizzazioni, tra cui l'autorità statunitense Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), l'inglese National Health Service (NHS) o la European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ) (11-13).

4 | 3 | Che cos'è la verifica sistematica della farmacoterapia?

Non è chiaramente definito ciò che si intende con il concetto di verifica sistematica della farmacoterapia. Sulla base dei lavori internazionali menzionati al punto 4.2, Sicurezza dei pazienti Svizzera ha adottato la definizione riportata nel riquadro a destra.

La verifica sistematica della farmacoterapia è una misura preziosa ovunque ci siano punti di interfaccia nel sistema sanitario e i pazienti siano esposti al rischio di incongruenze farmacologiche – quindi anche nel settore delle cure di lunga durata, stazionarie e ambulatoriali, oppure nell'assistenza ambulatoriale.

Il programma pilota si concentra sul contesto degli ospedali acuti in quanto tra il ricovero e la dimissione i cambiamenti della terapia farmacologica sono frequenti e i pazienti sono di conseguenza esposti a un rischio particolarmente elevato di errori legati alla farmacoterapia. Non a caso la maggior parte delle esperienze sulla verifica sistematica della farmacoterapia menzionate nella letteratura specializzata riguarda il settore ospedaliero. I principi, tuttavia, non valgono soltanto per gli ospedali acuti. Essi sono infatti indipendenti dal contesto di cura.

Per altri contesti possono per esempio essere consultate le linee guida dell'ISMP Canada, elaborate per case anziani, istituti di cura e il settore ambulatoriale (disponibili al sito internet dell'ISMP Canada^(L7)) (7;15;16).

Definizione della verifica sistematica della farmacoterapia

La verifica sistematica della farmacoterapia comprende

- **l'allestimento sistematico di una lista completa** di tutti i farmaci e rimedi che un paziente assume attualmente;
- **l'utilizzo sistematico di tale lista** ogniqualvolta vengano prescritti farmaci.

La base per l'allestimento della lista dei farmaci deve essere, ogniqualvolta possibile, l'intervista con il paziente, rispettivamente i familiari.

Le informazioni disponibili vengono confrontate tra loro e consolidate a ogni punto di interfaccia e a ogni tappa del processo, onde poter prendere decisioni adeguate in merito alla terapia farmacologica del paziente.

L'obiettivo della verifica sistematica della farmacoterapia è quello di garantire che le informazioni sui farmaci vengano raccolte e comunicate in modo preciso, completo e sistematico nei punti di interfaccia delle cure per evitare errori legati alla farmacoterapia come omissioni, somministrazioni doppie, errori di dosaggio e interazioni.

La verifica sistematica della farmacoterapia è parte integrante della gestione della farmacoterapia ed è la base per una valutazione strutturata della terapia farmacologica (p.es. controllo strutturato delle interazioni, dell'indicazione, del dosaggio, farmacoterapia potenzialmente inadeguata per pazienti anziani).³ Spesso, basta un accurato rilevamento dell'attuale farmacoterapia del paziente per scoprire errori e problemi.

^(L7) <http://www.ismp-canada.org/medrec/>

³ In alcuni studi pubblicati, la valutazione strutturata della terapia farmacologica – nella letteratura inglese indicata sovente come *Medication Review* – è classificata sotto il concetto di *Medication Reconciliation* (cfr. tabella 1 in (14)).

4 | 4 | Punto centrale della farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia

I problemi riconducibili ai farmaci rappresentano una parte considerevole degli eventi indesiderati in un ospedale. Studi di diversi paesi stimano una percentuale tra il 10% e il 30% (17-19).

La Svizzera non dispone di studi scientifici approfonditi sul manifestarsi di reazioni avverse a farmaci e di errori legati alla farmacoterapia nei nosocomi, ma ci sono ricerche che permettono di intuire la portata del problema nel nostro paese.

In un sondaggio condotto nel 2006 da Sicurezza dei pazienti Svizzera, i risk manager di ospedali svizzeri hanno valutato la sicurezza della farmacoterapia come un punto centrale importante della sicurezza dei pazienti (20). Altri studi elvetici stimano che l'8% circa di tutti i pazienti in Svizzera sia interessato da un evento farmacologico indesiderato durante la degenza (21;22). Il 4-7% delle ammissioni, inoltre, è considerato causato da eventi farmacologici indesiderati (21;23;24). Ricerche in altri paesi hanno rilevato tassi simili se non più elevati (25-30). Secondo studi svizzeri, circa un terzo degli eventi farmacologici indesiderati che hanno comportato un ricovero era riconducibile a un errore legato alla farmacoterapia, quindi fondamentalmente evitabile (21;24). Lepori et al. hanno stimato che in Svizzera i costi annuali per degenze ospedaliere provocate da una terapia farmacologica errata o non necessaria si aggirano sui 70-100 milioni di franchi (23). Gli errori legati alla farmacoterapia sono frequenti anche dal punto di vista dei pazienti. In un sondaggio internazionale del Commonwealth Fund, il 5,3% dei cittadini svizzeri interpellati ha dichiarato che nel corso dei due anni precedenti ha ricevuto almeno una volta da uno specialista sanitario un farmaco sbagliato o una dose errata (31).

Il rischio di eventi farmacologici indesiderati dovuti alla comunicazione insufficiente o alla perdita di informazioni aumenta in particolare nei punti di interfaccia tra un settore e l'altro, per esempio tra quello stazionario e quello ambulatoriale nell'ambito delle cure di lunga durata oppure al momento dell'ammissione e della dimissione in ospedale. In questi casi, si verificano sovente incongruenze farmacologiche.

I tipici errori legati alla farmacoterapia descritti nella letteratura che si verificano nei punti di interfaccia al momento dell'ammissione e della dimissione sono:

- omissione non intenzionale di farmaci assunti prima della degenza;
- aggiunta non intenzionale:
 - prescrizione di farmaci in ospedale che prima dell'ammissione erano stati sospesi
 - prescrizione di due prodotti con lo stesso principio attivo (doppioni)
 - somministrazione duplice per vie diverse (p.es. orale ed endovenosa);
- errori di dosaggio: dosaggio errato, posologia e/o forma galenica sbagliata.

Sussiste il pericolo che questi errori vengano reiterati anche dopo la dimissione.

Numerosi studi di diversi paesi illustrano la dimensione di tali errori.

Al momento dell'ammissione

- Una ricerca sistematica realizzata nel 2005 ha constatato almeno un errore nell'anamnesi farmacologica per il 27-54% dei pazienti (32). Un più recente studio svedese ha a sua volta rilevato almeno un errore nell'anamnesi farmacologica nel 47% dei pazienti (33).
- In uno studio svizzero, il 9% dei farmaci assunti a casa dai pazienti è stato scoperto solo grazie all'anamnesi farmacologica sistematica. Questi farmaci non erano riportati né nella lettera di ricovero né nella lista dei farmaci del paziente. Il problema riguardava un terzo dei pazienti (34).
- Uno studio condotto in un ospedale svizzero ha rilevato tra l'ammissione e la dimissione una media di 1,9 incongruenze farmacologiche non intenzionali per ogni paziente. La metà era riconducibile a omissioni durante l'anamnesi farmacologica all'ammissione (35).
- Uno studio americano ha dimostrato che circa tre quarti delle incongruenze farmacologiche non intenzionali potenzialmente dannose tra l'ammissione e la dimissione sono riconducibili a errori nel rilevamento della farmacoterapia pre-ammissione (36).

- Un altro studio americano ha constatato almeno un errore nella prescrizione all'ammissione per oltre un quarto dei pazienti (37).
- Uno studio inglese ha analizzato i fattori che possono condurre a errori nella prescrizione all'ammissione. Tutti i medici interpellati hanno dichiarato di effettuare talvolta o sempre l'anamnesi farmacologica ricorrendo a più fonti di informazione. In realtà, in circa la metà dei casi osservati ricorrevano a una sola fonte. Nel 46% delle prescrizioni sono stati trovati errori. Nel 13% di questi errori è stato constatato un potenziale danno per il paziente (38).
- Una ricerca australiana tra pazienti diabetici inviati all'ospedale dai loro medici di famiglia ha rilevato almeno un'incongruenza farmacologica intenzionale o non intenzionale in oltre l'80% delle lettere di ricovero. Nella maggior parte dei casi, si trattava di omissioni di farmaci (39).

Al momento della dimissione

- In uno studio svizzero condotto nelle farmacie sono stati riscontrati indicazioni poco chiare, errori o altri problemi nel 55% delle ricette emesse dagli ospedali al momento della dimissione (40).
- Secondo uno studio americano, entro tre settimane dalla dimissione l'11% dei pazienti ha sviluppato un evento farmacologico indesiderato. Circa un quarto di questi eventi è stato considerato evitabile (41).
- Uno studio canadese ha rilevato un'incongruenza farmacologica realmente o potenzialmente non intenzionale nel 71% dei pazienti al momento della dimissione. Quasi un terzo di queste incongruenze era potenzialmente dannoso (42).
- In uno studio americano, il 14% dei pazienti presentava dopo la dimissione una o più incongruenze farmacologiche (p.es. mancata aderenza, indicazioni contraddittorie sui documenti, prescrizione di doppi). Il 14% di questi pazienti è stato ricoverato di nuovo nell'arco di trenta giorni. Tra i pazienti senza incongruenze, ciò è accaduto nel 6% dei casi (43).
- Un altro studio americano ha rilevato quanti cambiamenti del regime farmacologico sono stati effettuati durante la degenza di pazienti anziani: in media, ci sono stati per ogni paziente due nuovi farmaci, 0,8 farmaci sospesi, 0,7 farmaci con una diversa frequenza di assunzione e 0,5 farmaci con una dose diversa. Quasi la metà dei farmaci, soprattutto oppiacei, sospesi durante la degenza è stata di nuovo assunta il terzo giorno dopo la dimissione (44).
- Un altro studio americano sull'ammissione di pazienti in un istituto di cura ha riscontrato incongruenze farmacologiche tra le lettere di dimissione e di trasferimento dell'ospedale di trasferimento in circa la metà dei casi (45).

4 | 5 | Utilità della verifica sistematica della farmacoterapia

Un processo robusto di verifica sistematica della farmacoterapia garantisce che ogniqualvolta un paziente cambia contesto di cura vengano trasmesse informazioni precise e affidabili sulla sua farmacoterapia. In questo modo, è possibile evitare omissioni e aggiunte non intenzionali, errori di dosaggio (cfr. 4.4, pag. 19) e interazioni tra farmaci e rimedi che il paziente assume a insaputa del medico.

Vantaggi di una verifica sistematica della farmacoterapia (12):

- documentazione migliore e trasparente delle informazioni sui farmaci;
- maggiore efficacia dei processi – il tempo investito all’inizio per il rilevamento e la documentazione dell’anamnesi farmacologica accorcia e agevola i processi successivi. Si risparmiano risorse temporali e personali, dato che i collaboratori dell’ospedale non devono rincorrere le informazioni, e si evitano i lavori fatti in doppio, in quanto c’è una lista consolidata dei farmaci pre-ammissione e i collaboratori non devono rilevare le stesse informazioni indipendentemente l’uno dagli altri;
- rapida disponibilità di informazioni precise e corrette sui farmaci assunti, il che è fondamentale per una terapia rapida e adeguata;
- migliore lavoro di squadra multidisciplinare;
- sviluppo di standard e di procedure locali per la gestione dei punti di interfaccia e per il passaggio di informazioni sulla farmacoterapia;
- migliore comunicazione tra l’ospedale e gli altri fornitori di prestazioni, i pazienti e i familiari;
- maggiore coinvolgimento del paziente, che dispone degli strumenti per meglio capire la sua farmacoterapia e per comunicare le informazioni rilevanti ai fornitori di prestazioni. Ciò contribuisce a una migliore aderenza terapeutica, a una maggiore soddisfazione del paziente e a una riduzione delle incongruenze farmacologiche (cfr. (43));
- prevenzione di ricoveri in ospedali o istituti di cura a causa di errori nella prescrizione o dell’omissione del monitoraggio di una terapia.

Sono già stati condotti numerosi studi sull’*efficacia* della verifica sistematica della farmacoterapia nel contesto ospedaliero. Essi sono stati ripresi in tre ricerche riassuntive condotte con tre metodi leggermente diversi che hanno dato i risultati seguenti (46-48):

- la verifica sistematica della farmacoterapia ha permesso di identificare un numero elevato di incongruenze farmacologiche non intenzionali, evitando così danni potenziali al paziente;
- gli studi esaminati non hanno consentito di rilevare con esattezza l’impatto effettivo della verifica sistematica della farmacoterapia sugli outcome clinici, per esempio eventi farmacologici indesiderati, ri-ammissioni o ricoveri d’urgenza dopo la dimissione. Ciò potrebbe essere spiegato con l’impostazione dello studio, il numero di casi e la durata dell’osservazione.

Fattori di successo a livello di efficacia:

- secondo gli studi, la verifica sistematica della farmacoterapia è tanto più efficace quanto più elevata è la partecipazione del personale di farmacia (46;47). Gran parte degli studi sulla verifica sistematica della farmacoterapia è stata svolta sulla base di interventi nei quali i farmacisti dell’ospedale, rispettivamente i farmacisti clinici, erano molto coinvolti nella conduzione del progetto e nello svolgimento dei processi (*pharmacy-based model* e *pharmacist-led Medication Reconciliation*);⁴
- gli studi non sono concordi sulla questione della limitazione della popolazione. Mentre Mueller et al. considerano la limitazione a una popolazione ad alto rischio, come pazienti anziani, pazienti con polifarmacoterapia e pazienti con molte comorbidità (cfr. 8.1.1, pag. 55 seg.), un fattore di successo perché consente di ottenere il rapporto costo/beneficio migliore possibile, Kwan et al. non hanno trovato alcuna indicazione convincente a favore dell’effetto positivo di una limitazione di questo genere (46;47);
- secondo Mueller et al., sono stati ottenuti risultati positivi a livello di outcome clinici soprattutto quando si trattava di interventi molto intensi, con un’elevata partecipazione di farmacisti a tutte le fasi del processo e il ricorso a una telefonata di *follow-up* dopo la dimissione (46).

⁴ Occorre considerare che la maggior parte degli studi è stata realizzata in paesi anglosassoni, come gli Stati Uniti e il Canada, dove la farmacia clinica ha assunto ormai da diversi decenni una grande importanza nel contesto ospedaliero.

Per quanto concerne l'*efficacia* economica, una ricerca sistematica basata su analisi economiche di strategie per la sicurezza dei pazienti ha rilevato che la verifica sistematica della farmacoterapia con notevole partecipazione di farmacisti è una di cinque strategie interessanti dal punto di vista economico, in quanto permette di evitare elevati costi successivi dovuti a eventi farmacologici indesiderati (49).

4 | 6 | Chi è coinvolto nella verifica sistematica della farmacoterapia in ospedale?

4 | 6 | 1 | Collaboratori dell'ospedale

La verifica sistematica della farmacoterapia richiede un'assunzione comune di responsabilità da parte dei membri dei team coinvolti. Tutti devono conoscere e assolvere correttamente i propri compiti.

Gruppi professionali che partecipano al processo:

- medici;
- infermieri;
- farmacisti ospedalieri (se presenti);
- ev. altro personale, per esempio assistenti di farmacia, assistenti di studio medico.

La collaborazione interprofessionale è parte integrante di un efficace processo di verifica sistematica della farmacoterapia. I ruoli e le responsabilità devono essere chiari e assunti da tutte le persone coinvolte.

I ruoli e le responsabilità per ogni disciplina vanno definiti dall'ospedale a livello locale, in considerazione delle risorse personali disponibili. Il ruolo-modello può essere diverso secondo l'ospedale. La condizione imprescindibile è la formazione sistematica dei collaboratori che si occupano delle rispettive fasi del processo (cfr. 8.2.1, pag. 59 seg.).

4 | 6 | 2 | Pazienti

I pazienti sono gli unici partecipanti costanti del loro «viaggio» attraverso il sistema sanitario. Le ultimissime informazioni sull'attuale farmacoterapia e soprattutto le modalità di assunzione dei farmaci possono spesso essere rilevate solo nell'ambito di un'intervista con il paziente e/o i suoi familiari. Di conseguenza, quando la situazione lo consente i pazienti e/o i familiari devono essere coinvolti attivamente nell'anamnesi farmacologica (cfr. 5.1, pag. 27 segg.).

I pazienti vanno coinvolti anche nelle altre fasi della verifica sistematica della farmacoterapia. Essi devono

- essere informati attivamente in caso di modifica del loro regime farmacologico, per esempio all'ammissione, in caso di trasferimento interno e soprattutto alla dimissione;

- ricevere istruzioni chiare, se possibile per iscritto, sull'assunzione, rispettivamente l'utilizzo dei loro farmaci, in particolare nell'ambito del colloquio di dimissione;
- ricevere durante il colloquio di dimissione informazioni scritte facilmente comprensibili sul regime farmacologico modificato.

È importante verificare che il paziente o i suoi familiari abbiano compreso le informazioni ricevute, per esempio invitandoli a ripetere con le loro parole quanto hanno ascoltato. Alcune informazioni devono inoltre essere consegnate gradualmente o ripetutamente.

I pazienti possono fornire un importante contributo alla loro sicurezza in ospedale e alla prevenzione di errori e di incidenti. È quindi essenziale rafforzarne la posizione, considerare le loro conoscenze e discutere le questioni poco chiare. Nell'ambito di malattie croniche, per esempio, i pazienti e i loro familiari dispongono spesso di ampie nozioni sull'argomento. Si può senz'altro partire dal presupposto che buona parte dei pazienti sia disposta e motivata a impegnarsi per la propria sicurezza. Ciò vale anche per la riuscita della verifica sistematica della farmacoterapia.

Sicurezza dei pazienti Svizzera ha formulato nell'opuscolo «Evitare gli errori – con il suo aiuto!» raccomandazioni su come i pazienti possano contribuire alla loro stessa sicurezza (50). Tra le raccomandazioni, figurano anche quelle concernenti la sicurezza della farmacoterapia.

Pazienti e/o familiari dovrebbero avere ben chiara l'importanza dei punti seguenti. È fondamentale che

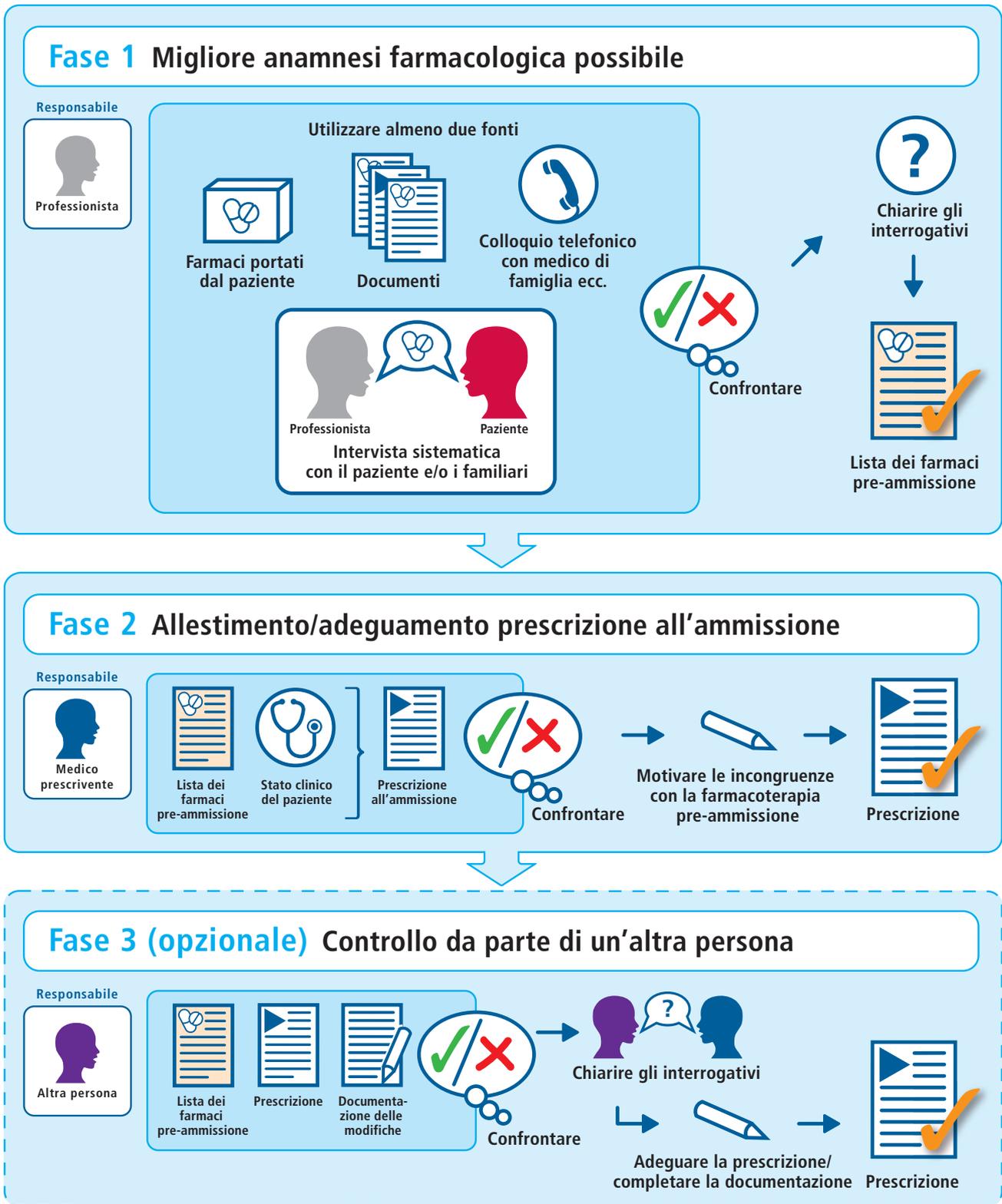
- allestiscano in modo sistematico una lista completa e aggiornata dei farmaci, rispettivamente che la richiedano al medico o alla farmacia. Tale lista deve essere presentata a ogni incontro con un fornitore di prestazioni del sistema sanitario;
- portino con sé le confezioni dei loro farmaci al momento dell'ammissione, rispettivamente delle cure ambulatoriali pre-ammissione;
- al momento dell'ammissione comunichino le intolleranze/allergie ai farmaci note;
- durante la degenza capiscano quali farmaci non devono più essere assunti, quali nuovi farmaci devono essere assunti e quali devono esserlo con un nuovo dosaggio, e per quale motivo;
- manifestino i loro dubbi se credono che sia stato commesso o si stia commettendo un errore legato alla farmacoterapia.

Materiali e strumenti come manifesti, opuscoli, video e modelli di piani della farmacoterapia possono essere utilizzati a tale scopo.



5 | La verifica sistematica della farmacoterapia al momento dell'ammissione

A Ammissione Entro 24 ore



5 | La verifica sistematica della farmacoterapia al momento dell'ammissione

Questo capitolo contiene osservazioni dettagliate sulla verifica sistematica della farmacoterapia al momento dell'ammissione. Un riepilogo delle fasi del processo all'ammissione, al trasferimento e alla dimissione con i rispettivi grafici si trova nell'allegato 1 a partire da pagina 70 e può essere consegnato ai collaboratori quale panoramica.

— Esempio

Mancato svolgimento della verifica della farmacoterapia al momento dell'ammissione

Una signora anziana è stata ricoverata con diagnosi di sospetta polmonite contratta ambulatorialmente. Sono stati prescritti antibiotici e i sintomi sono stati trattati. Due giorni dopo, la paziente subisce un infarto miocardico. Emerge che un farmaco assunto a casa, un betabloccante, non è più stato prescritto al momento dell'ammissione in ospedale perché non figurava nell'anamnesi farmacologica (51).

La verifica sistematica della farmacoterapia al momento dell'ammissione si basa sulla migliore anamnesi farmacologica possibile e sulla sua documentazione nella lista dei farmaci pre-ammissione, che accompagna il paziente per tutta la durata della degenza. A ogni punto di interfaccia delle cure in cui la farmacoterapia subisce modifiche – ammissione, trasferimento in seno all'ospedale e dimissione – la prescrizione viene confrontata con la lista. Alla dimissione, la verifica della farmacoterapia effettuata al momento dell'ammissione funge da base per la riconduzione alla farmacoterapia pre-ammissione.

La verifica sistematica della farmacoterapia al momento dell'ammissione comprende tre fasi, di seguito presentate nei dettagli (vedi figura A «Ammissione»).

- Fase 1: migliore anamnesi farmacologica possibile
- Fase 2: allestimento/adequamento prescrizione all'ammissione
- Fase 3 (opzionale): controllo da parte di un'altra persona

Idealmente, le tre fasi della verifica sistematica della farmacoterapia si svolgono sull'arco di 24 ore dopo l'ammissione. In caso di urgenza il venerdì sera, il fine settimana o in un giorno festivo, la verifica andrebbe effettuata al più tardi il primo giorno lavorativo dopo l'ammissione. È importante in ogni caso che, se non è possibile svolgerla entro 24 ore, si proceda quanto prima.

— Nota

Nel progetto di approfondimento progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia si rispetta la regola seguente: per le urgenze che si verificano tra il venerdì alle ore 12 e il lunedì alle ore 7, le due (eventualmente le tre) fasi della verifica della farmacoterapia devono essere effettuate entro il martedì alle ore 7. La stessa regola vale anche per i giorni festivi.

Idealmente, la migliore anamnesi farmacologica possibile (fase 1) viene svolta completamente *prima* della prima prescrizione in ospedale. Ciò è fattibilissimo per le ammissioni pianificate. In caso di urgenza, invece, l'anamnesi farmacologica viene in realtà spesso effettuata in più tappe. L'anamnesi farmacologica provvisoria è seguita dalla prescrizione all'ammissione, poi dal completamento dell'anamnesi, eventualmente con altre fonti e, se necessario, da un adeguamento della prescrizione. In queste circostanze, è importante tenere presenti le fasi non ancora svolte.

Importante È fondamentale documentare che le fasi definite del processo sono state portate a termine dalla persona incaricata.

5 | 1 | Fase 1: migliore anamnesi farmacologica possibile

Obiettivo Disporre di una lista dei farmaci pre-ammissione completa.

La migliore anamnesi farmacologica possibile al momento dell'ammissione e la sua documentazione sotto forma di lista dei farmaci pre-ammissione sono la base essenziale per l'allestimento corretto della prescrizione all'ammissione e, in seguito, per un'efficace verifica della farmacoterapia negli altri punti di interfaccia delle cure (trasferimento in seno all'ospedale e dimissione).

La buona riuscita di ogni fase successiva del processo dipende dalla buona riuscita di quella precedente. Un'anamnesi farmacologica errata può comportare l'interruzione dell'assunzione di un farmaco necessa-

rio, doppioni nella terapia, errori di dosaggio e interazioni tra farmaci. All'implementazione della verifica sistematica della farmacoterapia va dunque dedicata la massima attenzione in questa prima fase del processo.

Una lista dei farmaci pre-ammissione aggiornata, completa e precisa è la premessa essenziale per una prescrizione sicura all'ammissione e per una verifica efficace della farmacoterapia nei punti di interfaccia.

La migliore anamnesi farmacologica possibile si distingue da un'anamnesi farmacologica di routine per la completezza e per il procedimento sistematico e strutturato (cfr. tabella 1).

Anamnesi farmacologica usuale	Migliore anamnesi farmacologica possibile
Viene svolta spesso in modo rapido e non sistematico.	Viene svolta secondo un procedimento sistematico.
Viene svolta spesso ricorrendo a una sola fonte.	Viene svolta ricorrendo ad almeno due fonti affidabili, tra cui se possibile l'intervista con il paziente e/o i suoi familiari e almeno un'altra fonte con informazioni sui farmaci.
Contiene spesso indicazioni incomplete sulla farmacoterapia e non è quindi adatta per un allestimento sicuro della prescrizione farmacologica.	Comprende tutti i farmaci assunti prima dell'ammissione ed è quindi adatta per un allestimento sicuro (e una successiva rivalutazione) della prescrizione farmacologica.
Le informazioni (anamnesi medica e anamnesi infermieristica) vengono richieste da medici e personale infermieristico, spesso con documentazione separata.	Tutte le informazioni sulla farmacoterapia vengono raccolte insieme, vengono eliminati i doppioni e le competenze sono chiare a tutte le persone coinvolte.

Tabella 1: confronto tra un'anamnesi farmacologica usuale e la migliore anamnesi farmacologica possibile

5 | 1 | 1 | Che cosa viene rilevato?

Vengono rilevati *tutti* i farmaci e i rimedi utilizzati da un paziente al momento dell'ammissione. Ciò significa

- farmaci prescritti (dal medico di famiglia o da altri medici);
- farmaci non prescritti (automedicazione);
- farmaci e rimedi soggetti e non soggetti a prescrizione medica, ossia anche quelli da banco (*over the counter*), in vendita libera, fitoterapici, i preparati omeopatici, gli integratori alimentari come le vitamine, i sali minerali e altri supplementi;
- rimedi assunti regolarmente e i farmaci assunti al bisogno.

La questione concernente i farmaci fitoterapici e gli integratori alimentari (p.es. i rimedi a base di calcio, di iperico, di ginseng e di pelargonio) è rilevante in quanto questi prodotti possono influire sull'azione di altri farmaci. Spesso, questi rimedi vengono utilizzati all'insaputa dei medici curanti.

I farmaci e i rimedi vengono documentati in modo *preciso*, ossia rilevandone almeno:

- nome commerciale/principio attivo;
- dosaggio;
- forma galenica;
- posologia.

Le linee guida MARQUIS (cfr. 4.2, pag. 17) raccomandano inoltre di rilevare le informazioni seguenti (9):

- indicazione;
- data di inizio e di interruzione dell'assunzione del farmaco.

È altresì importante documentare le informazioni complementari seguenti (se non vengono già rilevate):

- allergie e intolleranze ai farmaci;
- fonti utilizzate per l'anamnesi farmacologica;
- nome e indirizzo del medico di famiglia e/o di altri fornitori di prestazioni prescrittive;
- eventualmente farmacia di fiducia del paziente.

In generale, occorre rilevare la farmacoterapia in corso immediatamente prima del ricovero. È bene inoltre chiedere se negli ultimi tre mesi siano stati assunti farmaci al bisogno. In singoli casi, è consigliabile estendere il rilevamento ai sei mesi precedenti per meglio individuare cambiamenti del regime farmacologico.

5 | 1 | 2 | Chi si occupa del rilevamento?

L'anamnesi farmacologica è in sé un compito medico centrale in ospedale. Dato che la migliore anamnesi farmacologica possibile è più impegnativa e ampia di quella usuale (cfr. tabella 1, pag. 27), possono essere presi in considerazione modelli alternativi. Le esperienze acquisite in paesi come l'Australia, il Belgio, la Germania, il Canada, l'Olanda e gli Stati Uniti dimostrano che la migliore anamnesi farmacologica possibile può essere svolta efficacemente anche da collaboratori non medici dell'ospedale, rispettivamente che questi collaboratori possono partecipare alla raccolta di informazioni sulla farmacoterapia. Sovente, nei paesi menzionati la migliore anamnesi farmacologica possibile è effettuata da farmacisti dell'ospedale, rispettivamente dai farmacisti clinici. La stessa letteratura specializzata conferma che il personale infermieristico o gli assistenti di farmacia possono svolgere in modo ottimale questo compito (37;53-57).

L'importante è che il personale impiegato disponga di tempo e risorse sufficienti. Nel caso di ammissioni pianificate, la migliore anamnesi farmacologica possibile può già essere svolta prima del ricovero vero e proprio, per esempio nel corso di un colloquio pre-ammissione.

Il rilevamento della migliore anamnesi farmacologica possibile può essere appreso ed esercitato. È essenziale che le persone competenti siano appositamente formate, procedano in modo sistematico e svolgano coscientemente e responsabilmente il loro compito.

Il rilevamento della migliore anamnesi farmacologica possibile richiede le conoscenze e le capacità seguenti:

- conoscere i tipi e i nomi di farmaci/principi attivi;
- conoscere le informazioni specifiche inerenti ai farmaci, come forma galenica, dosaggi, posologie, indicazioni;
- sapere dove e come raccogliere informazioni sulla farmacoterapia del paziente (p.es. medici di famiglia e farmacie della regione);
- conoscere le difficoltà e gli errori tipici del rilevamento di un'anamnesi farmacologica (p.es. omissioni, dosaggi errati, farmaci con rischio di confusione legato a confezioni e/o nomi molto simili);
- conoscere la tecnica di intervista per la migliore anamnesi farmacologica possibile;

- sapere come approcciare il paziente affinché fornisca le informazioni necessarie;
- avere attitudine al lavoro di squadra e alla comunicazione (anche con fornitori di prestazioni esterni);
- saper valutare le informazioni ricevute e la loro completezza;
- saper documentare accuratamente le informazioni.

Eventualmente, può essere utile delegare singole fasi dell'anamnesi farmacologica (p.es. la raccolta delle fonti, la ricerca di più informazioni, l'intervista con il paziente e la documentazione) a determinate persone al fine di utilizzare efficacemente le risorse disponibili.

5 | 1 | 3 | Fonti

Per rilevare tutte le informazioni nel modo più completo e preciso possibile, si coinvolgono *almeno due fonti di informazione*. Le fonti potenziali sono riassunte nella tabella 2.

Intervista con il paziente/i familiari quale fonte centrale per l'anamnesi farmacologica

Una delle fonti dell'anamnesi farmacologica dovrebbe essere se possibile l'intervista strutturata con il paziente e/o i suoi familiari. Solo un'intervista permette infatti di constatare fino a che punto vengano effettivamente attuate dal paziente le indicazioni sulla lista dei farmaci e se quest'ultima sia ancora attuale.

Farmaci/confezioni portati con sé

Si consiglia di chiedere al paziente o ai suoi familiari di portare con sé i farmaci all'ospedale, in modo da passarli in rassegna durante l'intervista, aumentando così l'affidabilità delle indicazioni.

5 | 1 | 4 | Procedura

Idealmente, la migliore anamnesi farmacologica possibile viene rilevata rispettando le fasi seguenti (vedi diagramma di flusso processo ideale nell'allegato 2, pag. 80):

- raccolta delle fonti di informazione affidabili sulla farmacoterapia, come fonti scritte, farmaci portati dal paziente ed eventualmente raggugli telefonici;
- intervista sistematica con il paziente e/o i familiari, confronto contemporaneo con le altre fonti e documentazione dei dati sulla lista dei farmaci pre-ammissione;
- chiarimento degli interrogativi e completamento della documentazione sotto forma di lista dei farmaci pre-ammissione;
- archiviazione della lista dei farmaci pre-ammissione in posizione centrale nella documentazione del paziente.

Intervista con il paziente e/o i familiari

Farmaci portati con sé con confezioni e/o foglietti illustrativi

Fonti scritte/documenti:⁵

- lista dei farmaci del medico di famiglia/inviante;
- lista dei farmaci di altri medici curanti;
- lettera del medico;
- documentazione spitex/casa anziani o istituto di cura/riabilitazione;
- lista dei farmaci/lettera di trasferimento di un istituto ospedaliero;
- documentazione di una degenza precedente (p.es. lettera d'uscita);⁶
- lista dei farmaci della farmacia di fiducia;
- piano della farmacoterapia del paziente (inclusi tessera per trattamento con anticoagulante, giornale diabetico ecc.);
- ecc.

Raggugli telefonici (p.es. colloquio con il medico di famiglia)

Tabella 2: possibili fonti per la migliore anamnesi farmacologica possibile

⁵ Si intendono anche documenti in formato elettronico, per esempio un dossier elettronico intersettoriale.

⁶ In seno all'ospedale, occorre stabilire un limite oltre il quale un documento non viene più considerato attuale.

Spiegazioni sulle singole fasi

a. Raccolta delle fonti di informazione affidabili sulla farmacoterapia, come fonti scritte, farmaci portati dal paziente ed eventualmente raggugli telefonici

L'obiettivo di questa fase è quello di disporre di informazioni affidabili sull'attuale farmacoterapia del paziente e di utilizzarle quale base per l'intervista con il paziente.

Le fonti scritte utilizzate per l'anamnesi farmacologica devono essere attuali e affidabili. Se esse appaiono inaffidabili e il contatto con il paziente desta l'impressione che lo stesso non sia in grado di fornire sufficienti raggugli, occorre rivolgersi ai medici curanti o ad altri fornitori di prestazioni, se possibile prima dell'intervista strutturata (attenzione: osservare gli aspetti legali relativi alla protezione dei dati). In caso di pazienti ricoverati d'urgenza che non hanno con sé liste o confezioni di farmaci, si chiede ai familiari di portarle in ospedale.

Se l'ammissione è pianificata, i pazienti vanno invitati prima del ricovero a portare con sé i loro farmaci e una lista il più possibile completa e aggiornata dei farmaci. Se i pazienti non lo fanno e non è possibile ricorrere ad altre fonti, occorre rivolgersi al medico di famiglia o ad altri fornitori di prestazioni.

Per incrementare l'efficienza e l'efficacia della migliore anamnesi farmacologica possibile, è importante garantire un accesso rapido alle fonti di informazione. Potenziali soluzioni:

- rete di contatti con medici inviati e altri fornitori di prestazioni onde garantire la trasmissione di informazioni complete sulla farmacoterapia;
- implementazione di soluzioni informatiche per coinvolgere altri fornitori di prestazioni, al fine di scambiarsi informazioni sull'attuale farmacoterapia e, nel caso ideale, allestire una lista comune dei farmaci (eHealth);
- approccio motivante e chiarificatore nei confronti del paziente per indurlo ad allestire una lista personale dei farmaci e ad aggiornarla costantemente. I pazienti dovrebbero portare sempre con sé la lista dei farmaci. Se ciò non fosse il caso al momento dell'arrivo in ospedale, i familiari vengono pregati di portarla insieme alle confezioni;
- disponibilità di informazioni facilmente accessibili su degenze ospedaliere precedenti;

- istruzione degli specialisti responsabili della migliore anamnesi farmacologica possibile. In particolare, è importante che sappiano come ricorrere velocemente alle fonti di informazione.

b. Intervista sistematica con il paziente e/o i familiari, confronto contemporaneo con le altre fonti e documentazione dei dati sulla lista dei farmaci pre-ammissione

L'obiettivo di questa fase è quello di acquisire informazioni il più possibile complete sull'attuale impiego di farmaci e rimedi, e di documentarle sistematicamente.

L'intervista con i pazienti e/o con i familiari segue una procedura sistematica allo scopo di ricostruire l'assunzione e l'utilizzo attuali effettivi di farmaci, che spesso divergono dalla farmacoterapia prescritta oppure il paziente ricorre ad altri rimedi (58). Sovente, inoltre, le liste di farmaci non sono aggiornate e contengono errori (34;39).

La tecnica di intervista strutturata consente di acquisire quante più informazioni possibile. Limitarsi a leggere una lista dei farmaci chiedendo man mano conferma al paziente porterebbe con grande probabilità a lacune ed errori. Al paziente va invece concessa la possibilità di riferire per primo attivamente che cosa assume. L'intervista incomincia con domande aperte, come «Quali farmaci utilizza regolarmente?».

Il coinvolgimento efficace, empatico e al contempo orientato all'obiettivo del paziente ed eventualmente dei suoi familiari è un elemento centrale della migliore anamnesi farmacologica possibile.

Durante l'intervista, le indicazioni del paziente o dei suoi familiari vengono annotate e confrontate con le informazioni già disponibili. È importante che il paziente non si senta sotto esame. Le incongruenze emerse vengono approfondite. Per plausibilizzare le indicazioni, va considerata la storia clinica.

In seguito, occorre porre domande integrative per rilevare altri farmaci e rimedi non ancora indicati, menzionando per esempio forme galeniche, come gocce per gli occhi, le orecchie e il naso, inalatori, cerotti, spray, pomate, farmaci da iniettare ecc.

Linee guida per l'intervista

Le linee guida per l'intervista fungono da promemoria e sono un valido strumento per rilevare tutte le informazioni importanti nel modo più sistematico possibile. Un documento di questo genere contiene tutti gli aspetti essenziali da affrontare durante l'intervista con il paziente e/o i familiari, comprese indicazioni su farmaci e rimedi che spesso vengono dimenticati. Idealmente, esso contiene anche proposte di formulazione delle domande. Nell'allegato 3 a pagina 81, è riportato un esempio di linee guida.

Altre indicazioni per l'intervista con il paziente

- Porre domande aperte non volte al giudizio, come «La prego di dirmi come assume i farmaci» e non «Assume i farmaci come prescritto dal medico?».
- Affrontare la questione dell'aderenza terapeutica e delle difficoltà di assunzione, per esempio chiedendo «Le capita di tralasciare una dose?», «Ha difficoltà ad assumere i farmaci come prescritto?» oppure in merito alle confezioni portate con sé, «Quando è stata aperta la confezione?». Se più farmaci devono essere assunti nello stesso momento (p.es. il mattino), occorre verificare se essi debbano essere assunti insieme e se la prescrizione sia rispettata (prima, durante o dopo i pasti). È fondamentale informarsi sulla prassi di assunzione soprattutto per i principi attivi che non possono essere assunti insieme. Il momento dell'assunzione è inoltre spesso decisivo per la cinetica/il riassorbimento. La norfloxacin, per esempio, andrebbe assunta a stomaco vuoto e non insieme a farmaci che contengono zinco, ferro o idrossido di alluminio (p.es. rimedi multivitaminici, farmaci contro i bruciori di stomaco ecc.).
- Se i pazienti non assumono i farmaci come prescritto dal medico, la differenza va documentata affinché il prescrivente in ospedale adegui eventualmente la farmacoterapia. In questo modo, inoltre, si pongono le basi per affrontare a tempo debito insieme al paziente le difficoltà di assunzione (p.es. in occasione del colloquio di dimissione, cfr. capitolo 7).
- Partire dalle diagnosi (p.es. diabete, ipertensione), dai disturbi o dai sintomi esistenti per verificare l'assunzione dei relativi farmaci.

- Se il paziente è in cura presso specialisti, verificare l'eventuale assunzione di farmaci prescritti da questi medici, chiedendo per esempio «Il suo neurologo le prescrive farmaci?».

Quando sono sufficienti le informazioni disponibili e quando invece ne servono altre?

Spetta alla persona che si occupa del rilevamento valutare se la migliore anamnesi farmacologica possibile sia sufficiente o se invece sussistano ancora incongruenze che possono e devono essere approfondite. In generale, può valere quanto segue.

Se

- le informazioni del paziente e/o dei suoi familiari sembrano affidabili

e

- sono disponibili una lista dei farmaci e/o confezioni dei farmaci le cui indicazioni corrispondono con quanto affermato dal paziente e/o dai familiari, oppure le divergenze sono spiegabili,

la raccolta di informazioni nel quadro della migliore anamnesi farmacologica possibile può dirsi conclusa.

Se

- il paziente e/o i suoi familiari sono insicuri

e/o

- non sono in grado di fornire informazioni chiare sulle contraddizioni emerse dal confronto con altre fonti,

occorre contattare il medico di famiglia, altri medici curanti o altri fornitori di prestazioni per ottenere altri ragguagli sulla farmacoterapia pre-ammissione.

Un'intervista con il paziente e/o con i suoi familiari può non essere possibile o risultare difficoltosa per svariati motivi

Stato clinico

A seconda dello stato clinico, il paziente non è in grado o lo è solo limitatamente di fornire informazioni (p.es. in caso di demenza, perdita di conoscenza, afasia, malattie psichiche). In questi casi, se possibile è bene coinvolgere i familiari, pur considerando il fatto che, secondo il rapporto/i ruoli, ciò può essere problematico.

Se né il paziente né i familiari sono in grado di fornire informazioni, si rinuncia all'intervista come fonte per la migliore anamnesi farmacologica possibile.

Barriere linguistiche

Le barriere linguistiche sono spesso un ostacolo all'intervista con il paziente. Lo specialista e il paziente faticano a trasmettere e/o raccogliere informazioni. Diversi studi dimostrano che un flusso di informazioni pregiudicato da ostacoli linguistici può avere gravi conseguenze nella gestione della terapia (59;60). È pertanto lecito supporre che nei pazienti allogliotti il rischio di errore nei punti di interfaccia sia superiore.

Per svolgere l'intervista con pazienti allogliotti, serve un interprete, di preferenza professionista, in grado di trasmettere le complesse sfaccettature di un'anamnesi farmacologica. Tale interprete viene interpellato telefonicamente per i colloqui d'urgenza, mentre è presente in loco per quelli pianificabili. In alternativa, è possibile ricorrere a interpreti non professionisti, come membri del personale interno o privati. È importante soppesare pro e contro di questo tipo di traduzione. La qualità di un non professionista può essere influenzata da molti fattori: competenze linguistiche lacunose, mancato rispetto del segreto professionale, parzialità, carico specialistico ed emotivo eccessivo, conflitti di ruolo. Se bambini e adolescenti traducono per i loro genitori, per esempio, il carico emotivo e specialistico, la grande responsabilità e la gerarchia familiare possono porre grossi problemi. Per il personale interno, l'UFSP consiglia di selezionarlo accuratamente e di formarlo adeguatamente.

Il rapporto dell'UFSP (in tedesco e francese) «Sprachliche Brücken zur Genesung. Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen in der Schweiz»/«Des ponts linguistiques pour mieux guérir. L'interprétariat communautaire et la santé publique en Suisse» e lo strumento di e-learning^(L8) messo a disposizione dallo stesso UFSP offrono una buona panoramica sui vantaggi e gli svantaggi del ricorso a interpreti professionisti e no, e forniscono preziose indicazioni per la collaborazione con gli interpreti (59;61).

L'approccio alle barriere linguistiche deve comprendere, oltre ai fattori medici, anche aspetti organizzativi, etici, finanziari e giuridici. Gli ospedali o altri istituti sanitari devono dunque disporre di un concetto interno sulla gestione di situazioni di cura ostacolate da barriere linguistiche.

Contesto culturale

Sovente, le barriere linguistiche vanno a braccetto con diversi contesti culturali. Le differenze nell'accettare la malattia (p.es. volontà di Dio, stigmatizzazione di determinate affezioni), nell'esprimersi su determinati temi (p.es. tabù culturali), nelle aspettative nei confronti dell'interazione tra paziente e specialista (p.es. mancanza di fiducia), di religione (p.es. periodi di digiuno), di istruzione (p.es. analfabetismo) ecc. influenzano la comprensione della farmacoterapia e la disponibilità alla terapia. Tutto ciò può portare a malintesi tra personale e paziente. Un'intervista efficace con il paziente e/o i familiari presuppone pertanto una certa sensibilità e apertura nei confronti del diverso contesto culturale. Secondo la situazione, può essere consigliabile coinvolgere un interprete interculturale. Anche il passato migratorio e lo stato in materia di diritto di soggiorno sono fattori da considerare. I servizi sociali interni dell'ospedale possono fornire preziosi ragguagli.

L'UFSP ha pubblicato in rete un ampio dossier^(L9) sul tema della migrazione e della salute e il manuale «Diversità e pari opportunità» propone una panoramica delle tematiche negli istituti sanitari (60;62).

Nonostante gli sforzi, può capitare che un'intervista con il paziente e/o con i familiari non possa avere luogo a causa di barriere cliniche, linguistiche o culturali. In questo caso, occorre fare ricorso ad almeno altre due fonti di informazione per il rilevamento dell'anamnesi farmacologica e documentare il motivo del mancato svolgimento dell'intervista.

Documentazione delle indicazioni sulla farmacoterapia

Le informazioni sulla farmacoterapia vengono documentate se possibile in tempo reale sulla lista dei farmaci pre-ammissione. A tale scopo, viene utilizzato un modulo standard in cui figurano tutti i ragguagli necessari (cfr. 5.1.1, pag. 28).

^(L8) <http://elearning-iq.ch/it/>

^(L9) <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/index.html?lang=it>

La figura 3 a pag. 34 presenta un esempio di una lista dei farmaci pre-ammissione, mentre nell'allegato 4 a pag. 82 si trova un esempio di una lista dei farmaci pre-ammissione compilata.

La lista può essere in formato cartaceo o parte integrante della cartella elettronica del paziente.

c. Chiarimento degli interrogativi e completamento della documentazione sotto forma di lista dei farmaci pre-ammissione

L'obiettivo di questa fase è quello di completare le informazioni sull'attuale impiego di farmaci e rimedi.

Le informazioni per la lista dei farmaci pre-ammissione vengono completate. Eventuali differenze tra la prescrizione e l'effettiva prassi di assunzione del paziente devono essere documentate. Se le incongruenze tra le fonti non possono essere eliminate con l'intervista con il paziente, per questa fase servono altri riscontri (p.es. del medico di famiglia).

d. Archiviazione della lista dei farmaci pre-ammissione in posizione centrale nella documentazione del paziente

L'obiettivo di questa fase è quello di accertarsi che la lista dei farmaci pre-ammissione sia accessibile a tutti i collaboratori partecipanti al processo farmacologico.

La lista dei farmaci pre-ammissione viene archiviata in posizione centrale e ben visibile in un luogo definito nella documentazione del paziente (cartacea o elettronica). Deve inoltre essere chiaro che la migliore anamnesi farmacologica possibile è stata conclusa dalla persona indicata come responsabile (p.es. con un visto).

Questa lista viene consultata in caso di allestimento o di modifica della prescrizione all'ammissione, di trasferimento in seno all'ospedale e di dimissione. Se emergono altre informazioni sulla farmacoterapia *prima* della degenza, vengono inserite. La lista deve venire aggiornata durante tutta la durata del ricovero fino alla dimissione. Occorre altresì definire internamente come procedere se un collaboratore scopre errori sulla lista dei farmaci.

5 | 2 | Fase 2: allestimento/ adeguamento prescrizione all'ammissione

Obiettivo Allestire la prescrizione all'ammissione considerando sistematicamente la lista dei farmaci pre-ammissione. Le modifiche rispetto a tale lista devono essere documentate e motivate.

Il medico prescrivente verifica che nella prescrizione all'ammissione siano riportati tutti i farmaci della lista pre-ammissione e che essa sia adeguata allo stato clinico attuale del paziente. Egli documenta e motiva la gestione della farmacoterapia pre-ammissione (continuazione, interruzione, sospensione o modifica dei farmaci), affinché le sue decisioni siano comprensibili ad altre persone, in particolare ai collaboratori coinvolti in un secondo tempo. In questo modo, si evitano discrepanze non intenzionali tra il regime farmacologico pre-ammissione e quello in ospedale.

Il medico informa il paziente sulla farmacoterapia durante la degenza, in modo particolare in merito a modifiche rispetto a quella pre-ammissione.

È importante che il medico prescrivente confermi la conclusione di questa fase del processo (p.es. con un visto).

Il team dei curanti (quindi non soltanto il medico prescrivente) deve poter individuare immediatamente qualsiasi modifica della prescrizione all'ammissione rispetto alla farmacoterapia pre-ammissione. Ciò è essenziale non solo per la verifica della farmacoterapia all'ammissione, ma anche per la verifica accurata al momento della dimissione.

Figura 3: esempio di lista dei farmaci pre-ammissione

Lista dei farmaci pre-ammissione

Dati paziente (ev. etichetta)	Allergie/intolleranze
Cognome: _____	
Nome: _____	
Data di nascita: _____	
Sesso: _____	
<input type="checkbox"/> Nessuna allergia/intolleranza nota	

Fonti dell'anamnesi farmacologica

<input type="checkbox"/> Intervista con il paziente/i familiari ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ <input type="checkbox"/> Farmaci/confezioni <input type="checkbox"/> Lista dei farmaci medico di famiglia: _____ <input type="checkbox"/> Altri documenti (p.es. lista farmacia/spitex/istituto di cura/riabilitazione, piano farmacologia paziente): _____ <input type="checkbox"/> Raggiugli telefonici (p.es. medico di famiglia, istituto di cura): _____	<input type="checkbox"/> Nessun'intervista a causa di <input type="checkbox"/> difficoltà linguistiche <input type="checkbox"/> capacità insufficiente di fornire informazioni <input type="checkbox"/> altro: _____ Osservazioni: _____ _____
--	--

Farmacoterapia al momento dell'ammissione

	Terapia prescritta dal medico	Automedicazione	Nome commerciale/principio attivo, incl. dosaggio e forma galenica	Posologia	Osservazioni (p.es. motivo dell'assunzione e note, ultima assunzione di farmaci presi irregolarmente, divergenze tra prescrizione e assunzione effettiva)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Farmaci assunti al bisogno

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Altre osservazioni (p.es. farmaci interrotti/sospesi da poco): _____

Il paziente non assume farmaci o altri rimedi

Visto della persona responsabile: _____ Data: _____ Ora: _____

Osservazioni per aggiornamenti successivi: _____

5 | 2 | 1 | Procedura

Idealmente, la lista completa dei farmaci pre-ammissione è pronta *prima* della prescrizione all'ammissione, così da garantire che tutti i farmaci e i rimedi della farmacoterapia pre-ammissione siano adeguatamente considerati nell'allestimento della prescrizione all'ammissione.

Processo ideale vs. processo adattato

La procedura «ideale» è adatta per esempio per i settori con ammissioni pianificate (p.es. svolgimento della migliore anamnesi farmacologica possibile nell'ambito del colloquio pre-ammissione) o con un basso numero di casi. Secondo le circostanze in seno all'ospedale, il personale e la situazione individuale del paziente, tuttavia, sovente non è possibile svolgere la migliore anamnesi farmacologica possibile prima della prima prescrizione farmacologica in ospedale. È il caso per esempio dei pazienti ricoverati d'urgenza, per i quali la prima prescrizione farmacologica avviene spesso prima che tutte le indicazioni sulla farmacoterapia pre-ammissione siano disponibili.

Un processo adattato di questo genere può svolgersi secondo le fasi seguenti (vedi diagramma di flusso processo adattato per le fasi 1 e 2 nell'allegato 5, pag. 83):

- a. il medico prescrivente svolge un'anamnesi farmacologica «rapida» (provvisoria), sulla base della quale procede alla prima prescrizione farmacologica in ospedale. Occorre definire internamente se documentare queste indicazioni provvisorie sulla farmacoterapia pre-ammissione nel modulo della lista dei farmaci pre-ammissione o temporaneamente in un altro luogo;
- b. se possibile entro 24 ore dopo l'ammissione, si svolge (rispettivamente si completa) la migliore anamnesi farmacologica possibile e la si documenta sotto forma di lista dei farmaci pre-ammissione (rispettivamente si aggiungono le indicazioni emerse successivamente);
- c. il medico prescrivente confronta la lista dei farmaci pre-ammissione con la prescrizione all'ammissione e verifica se occorra aggiungere determinati farmaci o apportare altre modifiche. Eventualmente, questa fase può essere svolta da un'altra persona con conoscenze specialistiche, che si incarica di informare il medico se la farmacoterapia ospeda-

liera necessitasse di modifiche (cfr. fase 3). La prescrizione viene adattata di conseguenza e nella cartella del paziente vengono inserite le osservazioni del caso in merito alla farmacoterapia.

5 | 2 | 2 | Documentazione e motivazione delle modifiche alla farmacoterapia

Le modifiche alla farmacoterapia possono per esempio essere annotate nella documentazione di decorso nella cartella del paziente. In alternativa, è possibile documentare e motivare la gestione di ogni farmaco/rimedio nel modulo sul quale è stata allestita la lista dei farmaci pre-ammissione. La figura 4 a pagina 36 presenta un esempio di questo tipo di modulo. Il documento offre la possibilità di indicare per ogni farmaco o rimedio della lista pre-ammissione se esso debba essere continuato, interrotto, sospeso, modificato (modifica della dose, dello schema di dosaggio ecc.) o sostituito, oppure se debba essere somministrato un altro farmaco. Ogni modifica, sospensione o interruzione di un farmaco deve essere motivata per iscritto.

Devono essere fissati standard di documentazione interni. Un ospedale, per esempio, può decidere che non è necessario documentare e motivare la gestione di farmaci *over the counter*, di integratori alimentari o di farmaci al bisogno utilizzati di rado.

Per contenere l'onere lavorativo per la documentazione, può essere utile

- definire abbreviazioni standard per le motivazioni più frequenti. «TN» può per esempio indicare una modifica del dosaggio «terapeuticamente necessaria» (63). Altri esempi di modifiche frequenti per le quali può essere utile ricorrere a un'abbreviazione sono la sospensione di un farmaco prima di un'operazione imminente (p.es. «OP») o l'interruzione a causa di un'interazione tra farmaci (p.es. «Int.»). **Importante:** le abbreviazioni utilizzate devono essere chiaramente definite in una lista e facilmente accessibili, affinché siano interpretate correttamente. In generale, è bene usare prudenza nell'impiego di abbreviazioni;
- nelle cartelle elettroniche prevedere un menù a tendina con una selezione di motivazioni.

5 | 3 | Fase 3 (opzionale): controllo da parte di un'altra persona

Obiettivo Identificare ed eliminare eventuali incongruenze ancora presenti tra la lista dei farmaci pre-ammissione e la prescrizione all'ammissione.

Di questa fase *non* si occupa il medico prescrivente, bensì un altro medico o un'altra persona. Se l'importante fase 2 è stata svolta correttamente, questa verifica di per sé non è così necessaria, ma si tratta pur sempre di un'ulteriore barriera di sicurezza. La scelta di procedere o no alla fase 3 dipende dalle circostanze locali e dalle risorse personali disponibili, e va dunque decisa internamente. Eventualmente, il controllo da parte di un'altra persona potrebbe essere effettuato solo per determinati gruppi di pazienti oppure a campione.

5 | 3 | 1 | Chi si occupa del controllo?

Nei paesi in cui la verifica sistematica della farmacoterapia è attuata da parecchio tempo, questo controllo è spesso svolto dai farmacisti clinici. Può però occuparsene anche un altro medico (p.es. un capo clinica).

Idealmente, la persona che svolge questa fase dispone di conoscenze dettagliate sui farmaci e sulla terapia farmacologica, in modo da comprendere i cambiamenti del regime farmacologico nella prescrizione ospedaliera e da valutarne l'idoneità e l'adeguatezza clinico-farmacologica. In questo modo, in caso di incongruenze tra la prescrizione e la lista dei farmaci pre-ammissione è possibile capire se la differenza è intenzionale ma non sufficientemente documentata oppure se non è intenzionale e indica pertanto un errore legato alla farmacoterapia.

Il confronto tra la prescrizione all'ammissione e la lista dei farmaci pre-ammissione presuppone le conoscenze e le capacità seguenti:

- conoscenze su farmaci/principi attivi, indicazioni e dosaggi adeguati;
- conoscenza della situazione clinica del paziente, sia dei motivi del ricovero sia della sua storia medica;

- capacità di controllare nei dettagli la lista dei farmaci pre-ammissione e la prescrizione ospedaliera e di riconoscere eventuali incongruenze;
- capacità di valutare quando è bene consultare il medico prescrivente in merito a un'incongruenza;
- attitudine al lavoro di squadra e alla comunicazione, perseveranza.

5 | 3 | 2 | Procedura

Al momento di confrontare la lista dei farmaci pre-ammissione con la prescrizione all'ammissione, ci si accerta di nuovo che nessun farmaco necessario sia stato omissso e che non ci siano doppioni.⁷ Il confronto tra i documenti riguarda anche le indicazioni sulle dosi (dosaggio, forma galenica, posologia). Si verifica altresì che per tutti i farmaci della lista pre-ammissione sia stata definita la gestione successiva. L'interruzione, la sospensione o la modifica di farmaci devono essere documentate in modo comprensibile e motivate.

Le incongruenze tra la lista dei farmaci pre-ammissione e la prescrizione all'ammissione vanno discusse quanto prima – telefonicamente o di persona – con il medico prescrivente ed eliminate.

Chiarimento delle incongruenze

Un'incongruenza può essere un errore di documentazione o legato alla farmacoterapia. Per accertare di che cosa si tratta, andrebbe sempre consultato il medico prescrivente. Nel riquadro a pagina 38 sono riportati alcuni esempi di incongruenze.

Errore di documentazione

La modifica del regime farmacologico è intenzionale, ma la decisione non è stata documentata. Nella letteratura specializzata, queste incongruenze sono identificate come «incongruenze farmacologiche intenzionali». Un errore di documentazione provoca confusione, esige chiarimenti o può condurre a un errore legato alla farmacoterapia.

Se dai chiarimenti con il prescrivente traspare che l'incongruenza è intenzionale, ma non è stata sufficientemente documentata, lo si indica con la motivazione.

⁷ La valutazione strutturata della farmacoterapia in senso clinico non è parte integrante *esplicita* di questa fase, ma ciò non significa che non possa essere effettuata.

Errore legato alla farmacoterapia

Il medico prescrivente ha modificato per errore il regime farmacologico pre-ammissione. Ciò si verifica sovente a causa di omissioni non intenzionali di farmaci. Un errore legato alla farmacoterapia può comportare un evento farmacologico indesiderato e un danno per il paziente.

Non appena si chiarisce con il prescrivente che l'incongruenza non era intenzionale, la prescrizione far-

macologica viene adattata. La modifica della farmacoterapia (p.es. l'interruzione o l'aggiunta di un farmaco) dovrebbe essere comunicata al paziente e/o ai suoi familiari.

È importante che la persona incaricata confermi la conclusione di questa fase del processo (p.es. con un visto).

— Esempi di errori di documentazione

- Una paziente che assume un betabloccante contro l'ipertensione viene ricoverata in ospedale per un'operazione. Il chirurgo del nosocomio non le prescrive il betabloccante per il timore di un'ipotonia perioperatoria, ma il motivo dell'omissione non viene annotato nella cartella.

Misura correttiva: la sospensione del farmaco e la relativa motivazione vengono annotate nella cartella.

- Prima del ricovero in ospedale, un paziente assume oralmente circa ogni sei ore 200 mg di ibuprofene contro il dolore, farmaco che tuttavia all'ammissione non gli viene prescritto. Da un riscontro del medico prescrivente emerge che quest'ultimo aveva comunicato oralmente al team di non somministrare antireumatici non steroidei (NSAR). Tale comunicazione non era però stata riportata nella cartella.

Misura correttiva: l'interruzione del farmaco e la relativa motivazione vengono annotate nella cartella.

— Esempi di errori legati alla farmacoterapia

- Una paziente assume oralmente ogni giorno a casa 100 mg di acido acetilsalicilico, che però non le viene prescritto al momento dell'ammissione. Da un riscontro del medico prescrivente emerge che a quest'ultimo la prescrizione era sfuggita.

Misura correttiva: la prescrizione viene adattata in modo da comprendere anche i 100 mg quotidiani di acido acetilsalicilico.

- Una paziente assume oralmente ogni giorno a casa 0,025 mg di levotiroxina, ma la prescrizione all'ammissione riporta 0,25 mg. Da un riscontro del prescrivente emerge che si è trattato di una modifica non intenzionale del dosaggio.

Misura correttiva: la prescrizione viene adattata (correzione del dosaggio).

- Un paziente ricoverato d'urgenza porta con sé, oltre alle confezioni dei suoi farmaci, pastiglie per la pressione, che vengono prescritte anche dal medico che gestisce l'ammissione. Dopo la prescrizione all'ammissione, si procede alla migliore anamnesi farmacologica possibile. La lista dei farmaci faxata dal medico di famiglia non contiene le pastiglie per la pressione. Dato che il paziente dichiara di assumere regolarmente tali pastiglie, si contatta il medico di famiglia, il quale comunica di averne interrotto due mesi prima la prescrizione. Il medico che ha gestito l'ammissione all'ospedale viene informato che il farmaco con la pressione era stato interrotto dal medico di famiglia.

Misura correttiva: la prescrizione viene adattata (interruzione del farmaco per la pressione).

Riquadro: esempi di incongruenze (modificati secondo (5))



6 | La verifica sistematica della farmacoterapia in caso di trasferimento interno

B Trasferimento interno

Fase 1 Allestimento della prescrizione nel reparto di accoglienza

Responsabile



Fase 2 (opzionale) Controllo da parte di un'altra persona

Responsabile



6 | La verifica sistematica della farmacoterapia in caso di trasferimento interno

— Esempio

Mancato svolgimento della verifica della farmacoterapia in caso di trasferimento interno

Un paziente che a causa di embolie polmonari recidivanti assume da alcuni mesi anticoagulanti per via orale viene ricoverato in cure intensive per un edema polmonare. Coerentemente alla routine, gli anticoagulanti vengono sostituiti con eparina per via endovenosa. Al momento del trasferimento in reparto, la presenza dell'eparina non viene notata e vengono prescritti l'anticoagulante Marcoumar più, come di consueto, iniezioni sottocutanee di eparina a basso peso molecolare. Il paziente sviluppa un'emorragia cerebrale.

La verifica sistematica della farmacoterapia in caso di trasferimento interno comprende due fasi (vedi figura B «Trasferimento interno»⁸).

- Fase 1: allestimento della prescrizione nel reparto di accoglienza
- Fase 2 (opzionale): controllo da parte di un'altra persona

Importante La persona responsabile conferma la conclusione delle due fasi nella documentazione del paziente.

Le due fasi vengono descritte dettagliatamente di seguito. Esse corrispondono ai processi al momento dell'ammissione e della dimissione.

I trasferimenti all'interno dell'ospedale avvengono di regola in seguito al cambiamento dello stato di salute del paziente, il che comporta una validazione e sovente un adeguamento della farmacoterapia. Esempi:

- passaggio dalle cure intensive all'assistenza normale: in cure intensive, un paziente riceve per via endovenosa un farmaco inotropo positivo. Dopo il trasferimento in reparto, a causa della mancanza di apparecchi di sorveglianza e in ossequio alle direttive ospedaliere, questo farmaco viene sospeso;
- trasferimento postoperatorio: una paziente riceve un'infusione continua endovenosa di una soluzione oppiacea quale terapia del dolore postoperatorio. Dato che il dolore è diminuito, al momento del trasferimento in un nuovo reparto si passa a un analgesico assunto per via orale.

Se la comunicazione tra i team di cura è lacunosa, i pazienti sono esposti al rischio di errori legati alla farmacoterapia. Per prevenirli, occorre confrontare sistematicamente la farmacoterapia del reparto di trasferimento con quella del reparto di accoglienza e con la lista dei farmaci pre-ammissione.

⁸ Nell'allegato 1 (da pag. 70), si trova una panoramica delle fasi del processo per la verifica sistematica della farmacoterapia in caso di ammissione, trasferimento interno e dimissione, con i rispettivi grafici.

6 | 1 | Fase 1: allestimento della prescrizione nel reparto di accoglienza

Obiettivo Allestire la prescrizione dopo il trasferimento del paziente considerando sistematicamente l'ultima farmacoterapia e la lista dei farmaci pre-ammissione. Gli adeguamenti della farmacoterapia devono essere documentati e motivati sistematicamente.

Immediatamente dopo il trasferimento, se possibile, il medico prescrivente del reparto di accoglienza allestisce la prescrizione farmacologica confrontandola

- a) con l'ultima prescrizione farmacologica del reparto di trasferimento,
- b) con la farmacoterapia somministrata subito prima del trasferimento e
- c) con la lista dei farmaci pre-ammissione.

Secondo le circostanze, se al momento del trasferimento non è ancora disponibile la lista dei farmaci pre-ammissione (p.es. se il trasferimento è avvenuto subito dopo l'ammissione), la stessa deve essere allestita quanto prima.

In considerazione dello stato clinico attuale del paziente, il medico deve verificare sistematicamente

- a) se la continuazione della farmacoterapia in corso sia adeguata e
- b) se determinati farmaci della lista pre-ammissione interrotti o sospesi debbano essere prescritti di nuovo.

Il medico documenta e motiva gli adeguamenti della farmacoterapia (nuova prescrizione, interruzione, sospensione o modifica di farmaci), affinché le sue decisioni siano comprensibili ad altri, segnatamente ai collaboratori coinvolti successivamente. Queste informazioni possono per esempio essere annotate sotto la voce decorsi nella cartella clinica del paziente. In caso di modifica della farmacoterapia, il medico informa anche il paziente.

6 | 2 | Fase 2 (opzionale): controllo da parte di un'altra persona

Obiettivo Identificare ed eliminare eventuali incongruenze ancora presenti tra la prescrizione farmacologica del reparto di trasferimento, la prescrizione del reparto di accoglienza e la lista dei farmaci pre-ammissione.

Questa fase si svolge quanto prima dopo l'allestimento della prima prescrizione del reparto di accoglienza. Non se ne deve occupare il medico prescrivente, bensì un altro medico o un'altra persona con conoscenze specialistiche (per maggiori dettagli cfr. 5.3, pag. 37).⁹

6 | 2 | 1 | Chi si occupa del controllo?

Per la persona che si occupa del controllo vigono le condizioni già descritte (cfr. 5.3.1, pag. 37):

- conoscenze su farmaci/principi attivi, indicazioni e dosaggi adeguati;
- conoscenza della situazione clinica del paziente;
- conoscenza dei problemi e degli errori tipici al momento della prescrizione farmacologica in caso di trasferimento;
- capacità di controllare nei dettagli i documenti e di riconoscere eventuali incongruenze;
- attitudine al lavoro di squadra e alla comunicazione, perseveranza.

6 | 2 | 2 | Procedura

Confrontando la farmacoterapia del reparto di trasferimento con la prescrizione del reparto di accoglienza e la lista dei farmaci pre-ammissione, la persona che si occupa del controllo verifica che tutti gli adeguamenti della farmacoterapia siano documentati e motivati, per esempio sotto la voce decorsi nella cartella clinica del paziente (cfr. 6.1).¹⁰

Le incongruenze tra i documenti non motivate dal medico prescrivente del reparto di accoglienza vengono discusse ed eliminate quanto prima. Ciò può avvenire personalmente o telefonicamente.

⁹ La fase 2 corrisponde nei suoi principi alla fase 3 della verifica sistematica all'ammissione. Per evitare inutili ripetizioni, questo capitolo contiene una descrizione più breve rispetto a quella proposta nel capitolo 5.

¹⁰ La valutazione strutturata della farmacoterapia in senso clinico non è parte integrante *esplicita* di questa fase, ma ciò non significa che non possa essere effettuata.

Chiarimento delle incongruenze

Un'incongruenza può essere un errore di documentazione o legato alla farmacoterapia (cfr. riquadro). In caso di errore di documentazione, occorre indicare il motivo della modifica della farmacoterapia. Se invece si tratta di un errore legato alla farmacoterapia, la prescrizione viene adeguata, e i collaboratori coinvolti e il paziente vengono informati oralmente.

— Esempio di errore di documentazione

- Una paziente viene trasferita da un reparto oncologico a un reparto di medicina palliativa, dove molti dei farmaci assunti in precedenza non vengono più prescritti. Da un riscontro con il prescrivente emerge che, in seguito al suo stato palliativo, la paziente non deve più

seguire una terapia aggressiva. Questa decisione non è tuttavia documentata.

Misura correttiva: il motivo dell'interruzione dei farmaci viene aggiunto nella cartella clinica della paziente.

— Esempio di errore legato alla farmacoterapia

- Un paziente viene trasferito dalle cure intensive al reparto di cardiologia, dove gli viene prescritta una dose giornaliera di 40 mg del farmaco Atorvastatin. Il confronto con la prescrizione delle cure intensive rileva che lì la dose giornaliera era di 80 mg. Dal riscontro con il medico prescri-

vente emerge che la riduzione non era intenzionale.

Misura correttiva: la prescrizione del reparto di accoglienza viene adattata (correzione del dosaggio).

Riquadro: esempi di incongruenze (modificato secondo (8))



7 | La verifica sistematica della farmacoterapia al momento della dimissione

C Dimissione

Fase 1 Allestimento della lista dei farmaci alla dimissione

Responsabile



Confrontare

Motivare le incongruenze con la lista dei farmaci pre-ammissione



Lista dei farmaci alla dimissione

Fase 2 (opzionale) Controllo da parte di un'altra persona

Responsabile



Confrontare

Chiarire gli interrogativi

Adeguare la lista/ completare la documentazione



Lista dei farmaci alla dimissione

Fase 3 Colloquio con il paziente sulla farmacoterapia alla dimissione

Responsabile



Professionista Paziente

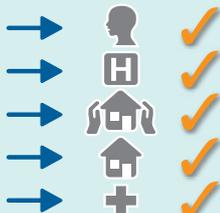
Colloquio sistematico con il paziente e/o i familiari



Il paziente e/o i familiari hanno compreso l'informazione

Fase 4 Informazione ai fornitori di prestazioni

Responsabile



- Medico di famiglia, ev. altri medici
- Altro ospedale/riabilitazione
- Casa anziani/istituto di cura
- Spitex
- Ev. farmacia

7 | La verifica sistematica della farmacoterapia al momento della dimissione

— Esempio

Mancato svolgimento della verifica della farmacoterapia al momento della dimissione

Al momento del ricovero di una signora di 80 anni, la doxazosina (alfabloccante) viene sospesa, ma questa decisione non viene riportata nella documentazione di ricorso e nella lettera di dimissione. Dopo la dimissione, il medico di famiglia continua a prescrivere il farmaco e la paziente sviluppa un'ipotonia con ipotensione ortostatica significativa (64).

Le fasi della verifica sistematica della farmacoterapia al momento della dimissione devono essere integrate in un concetto interno più ampio, relativo alla gestione delle dimissioni. Sono fondamentali una pianificazione lungimirante della dimissione e una collaborazione interprofessionale ottimale tra tutti gli specialisti coinvolti. Le procedure e le offerte esistenti – per esempio formazioni dei pazienti già proposte – devono essere considerate nella definizione dei processi mirati.

La verifica sistematica della farmacoterapia al momento della dimissione assicura la continuità della terapia farmacologica. L'ospedale è chiamato a garantire una buona assistenza anche dopo la dimissione, il che, considerato che le degenze sono viepiù brevi, è un compito sempre più importante. È essenziale che gli adeguamenti del regime farmacologico conseguenti alla degenza ospedaliera vengano comunicati e motivati al paziente e ai fornitori di prestazioni successivi.

La verifica sistematica della farmacoterapia al momento della dimissione comprende le fasi seguenti (vedi figura C «Dimissione»)¹¹

- Fase 1: allestimento della lista dei farmaci alla dimissione
- Fase 2 (opzionale): controllo da parte di un'altra persona
- Fase 3: colloquio con il paziente sulla farmacoterapia alla dimissione
- Fase 4: informazione ai fornitori di prestazioni

Importante Anche in questo caso, le persone responsabili documentano la conclusione delle fasi nella cartella del paziente.

Le quattro fasi vengono descritte dettagliatamente di seguito.

¹¹ Nell'allegato 1 (da pag. 70), si trova una panoramica delle fasi del processo per la verifica sistematica della farmacoterapia in caso di ammissione, trasferimento interno e dimissione, con i rispettivi grafici.

7 | 1 | Fase 1: allestimento della lista dei farmaci alla dimissione

Obiettivo Allestire la lista dei farmaci alla dimissione considerando sistematicamente la lista dei farmaci pre-ammissione e la farmacoterapia in corso. Le modifiche rispetto alla farmacoterapia pre-ammissione devono essere documentate e motivate sistematicamente.

La lista dei farmaci alla dimissione comprende tutti i farmaci che il paziente deve assumere dopo la degenza. Questa lista è di solito parte integrante delle lettere di dimissione mediche e infermieristiche dell'ospedale, che contengono anche altre informazioni (sulla diagnosi, sul decorso della degenza, aspetti particolari delle cure ecc.).

La responsabilità della lista dei farmaci alla dimissione è del medico prescrivente, rispettivamente curante in ospedale, che deve conoscere a fondo la situazione e la storia medica del paziente, nonché il decorso della degenza.

7 | 1 | 1 | Procedura

Per allestire la lista dei farmaci alla dimissione, si verifica e determina sistematicamente

- a) quali farmaci tra quelli prescritti durante la degenza debbano essere assunti, interrotti o modificati;
- b) se determinati farmaci della lista pre-ammissione debbano essere assunti di nuovo;
- c) quali nuovi farmaci debbano essere assunti dopo la dimissione.

Occorre considerare il decorso previsto della malattia, la guarigione attesa e il contesto post-ospedaliero.

Dopo la dimissione, bisognerebbe se possibile tornare a prescrivere i farmaci pre-ammissione che in ospedale sono stati sostituiti da rimedi disponibili in-

ternamente. Ciò favorisce l'aderenza terapeutica e aumenta la sicurezza – il paziente riconosce i suoi farmaci e sa come gestirli – e in più si previene uno spreco eccessivo di medicinali. Detto questo, tuttavia, al momento di riprescrivere i farmaci pre-ammissione occorre accertarsi di non creare doppioni di preparati con un principio attivo identico o simile.

7 | 1 | 2 | Documentazione e motivazione delle modifiche alla farmacoterapia

La farmacoterapia alla dimissione viene documentata in forma completa e standardizzata, ossia riportando tutte le informazioni rilevanti per la terapia farmacologica (almeno nome commerciale/principio attivo, dosaggio, forma galenica e posologia).

Oltre alla farmacoterapia alla dimissione, la lista dei farmaci alla dimissione deve riportare le informazioni seguenti:

- nuovi farmaci prescritti durante la degenza;
- farmaci della lista pre-ammissione interrotti;
- farmaci della lista pre-ammissione adattati (dosaggio);
- sostituzioni di preparati originali con generici e viceversa;
- nuovi farmaci prescritti al momento della dimissione;
- altre eventuali osservazioni (p.es. assunzione di preparati non soggetti a ricetta medica).

All'occorrenza, l'elenco dei cambiamenti può essere allestito da un'altra persona, per esempio un farmacista clinico, nell'ottica del controllo da parte di un'altra persona previsto nella fase 2.

7 | 2 | Fase 2 (opzionale): controllo da parte di un'altra persona

Obiettivo Identificare ed eliminare eventuali incongruenze ancora presenti tra la lista dei farmaci pre-ammissione, la prescrizione farmacologica attuale e la lista dei farmaci alla dimissione.

Questa fase si svolge quanto prima dopo l'allestimento della lista dei farmaci alla dimissione. Non se ne deve occupare il medico prescrivente, bensì un altro medico o un'altra persona con conoscenze specialistiche. Il controllo da parte di un'altra persona al momento della dimissione è ancora più importante che all'ammissione e in caso di trasferimento interno, in quanto dopo sarà più difficile scoprire eventuali errori nella lista dei farmaci (per maggiori dettagli cfr. 5.3, pag. 37).¹²

7 | 2 | 1 | Chi si occupa del controllo?

Analogamente alla verifica sistematica della farmacoterapia al momento dell'ammissione e in caso di trasferimento interno, la persona che se ne occupa deve soddisfare i requisiti seguenti (cfr. 5.3.1, pag. 37, e 6.2.1, pag. 42):

- conoscenze su farmaci/principi attivi, indicazioni e dosaggi adeguati;
- conoscenza della situazione clinica del paziente;
- conoscenza dei problemi e degli errori tipici al momento dell'allestimento della lista dei farmaci all'ammissione, in particolare l'omissione non intenzionale di farmaci volutamente sospesi durante la degenza ma da assumere di nuovo dopo la dimissione, la continuazione non intenzionale di farmaci necessari solo durante la degenza (p.es. profilassi delle ulcere, sonniferi), la mancata riprescrizione di rimedi che durante la degenza erano stati sostituiti (p.es. per una questione di assortimento);
- capacità di controllare nei dettagli i documenti e di riconoscere eventuali incongruenze;
- attitudine al lavoro di squadra e alla comunicazione, perseveranza.

7 | 2 | 2 | Procedura

La procedura è descritta nei capitoli 5 e 6 (cfr. 5.3.2, pag. 37, e 6.2.2, pag. 42).

Il confronto tra la lista dei farmaci pre-ammissione, la farmacoterapia durante la degenza e la lista dei farmaci alla dimissione consente di verificare ancora una volta se tutte le modifiche rispetto al regime farmacologico pre-ammissione sono state motivate e documentate.¹³

Le incongruenze tra i documenti non motivate dal medico prescrivente vengono discusse ed eliminate quanto prima. Ciò può avvenire personalmente o telefonicamente. Il chiarimento delle incongruenze deve avvenire prima del colloquio con il paziente (fase 3) e dell'informazione agli altri fornitori di prestazioni (fase 4).

Chiarimento delle incongruenze

Anche in questo caso, un'incongruenza può essere un errore di documentazione o legato alla farmacoterapia (cfr. riquadro, pag. 49). In caso di errore di documentazione, occorre indicare il motivo della modifica del regime farmacologico nella lista dei farmaci alla dimissione. In caso di errore legato alla farmacoterapia, le indicazioni vanno corrette di conseguenza.

¹² La fase 2 corrisponde nei suoi principi alla fase 3 della verifica sistematica all'ammissione e alla fase 2 della verifica sistematica in caso di trasferimento interno. Per evitare inutili ripetizioni, questo capitolo contiene una descrizione più breve rispetto a quella proposta nel capitolo 5.

¹³ La valutazione strutturata della farmacoterapia in senso clinico non è parte integrante *esplicita* di questa fase, ma ciò non significa che non possa essere effettuata.

— Esempio di errore di documentazione

- Prima del ricovero, un paziente assume ogni giorno oralmente 5 mg di Ramipril, un ACE-inibitore. Al momento della dimissione, il medico prescrivente aumenta la dose giornaliera a 7,5 mg, senza però motivare la decisione nella lista dei farmaci alla dimissione. Dal riscontro del medico emerge che il dosaggio è stato

aumentato in quanto la pressione del paziente non era ancora sotto controllo.

Misura correttiva: il motivo dell'aumento del dosaggio viene aggiunto nella lista dei farmaci alla dimissione.

— Esempio di errore legato alla farmacoterapia

- In seguito a una trombosi venosa profonda nella gamba verificatasi in ospedale, una paziente viene sottoposta a una terapia anticoagulante con 3 mg giornalieri di Marcoumar assunti per via orale. Al momento della dimissione, la dose indicata è di 1,5 mg giornalieri. Dal ri-

scontro con il medico prescrivente emerge che la riduzione non era intenzionale.

Misura correttiva: la lista dei farmaci alla dimissione viene corretta, indicando che la paziente deve continuare ad assumere 3 mg al giorno di Marcoumar.

Riquadro: esempi di incongruenze (modificati secondo (8))

7 | 3 | Fase 3: colloquio con il paziente sulla farmacoterapia alla dimissione

Obiettivo Il paziente e/o i suoi familiari hanno compreso il regime farmacologico alla dimissione, inclusi le modalità di assunzione, le indicazioni e i potenziali effetti collaterali, e sono informati sulle modifiche rispetto alla lista dei farmaci pre-ammissione, come pure sui motivi di tali modifiche.

Si parte dal presupposto che una comunicazione e un'informazione adeguate, sistematiche e appropriate migliorino l'aderenza terapeutica e il successo della terapia, consentendo così di prevenire problemi legati alla farmacoterapia nella fase post-ospedaliera (43). Questo aspetto merita pertanto più attenzione e risorse di quelle previste oggi in molti istituti. In un recente sondaggio internazionale, per esempio, circa un quinto degli Svizzeri interrogati ha dichiarato di aver ricevuto informazioni insufficienti sui farmaci al momento della dimissione, quasi la metà di non aver ricevuto informazioni scritte al momento della dimissione (65).

Il colloquio con il paziente sulla farmacoterapia alla dimissione non è meramente informativo, deve contenere anche istruzioni precise. L'obiettivo deve essere l'empowerment del paziente e/o dei suoi familiari.

Talvolta, il paziente da solo non è in grado di comprendere tutte le informazioni o di assumere correttamente i suoi farmaci, vuoi per limiti cognitivi, linguistici, culturali o per altri motivi. In questi casi, il colloquio serve a scoprire chi coinvolgere e informare, per esempio il partner, parenti o chi presta assistenza. All'occorrenza si può ricorrere anche a un interprete (cfr. 7.3.2). Questo aspetto va considerato al momento di fissare l'appuntamento per il colloquio.

La fase 3 deve coinvolgere anche i pazienti (o i familiari), la cui farmacoterapia sarà assicurata da un istituto o dallo spitex. Gli specialisti responsabili della farmacoterapia del paziente devono inoltre essere ben informati, se necessario con una comunicazione

scritta e orale (cfr. fase 4). Secondo la situazione, può essere indicato invitare al colloquio un rappresentante dell'istituzione che si occuperà dell'assistenza dopo la dimissione (p.es. lo spitex).

Bisogna prevedere il tempo necessario per il colloquio, affinché il paziente e/o i suoi familiari riescano a capire tutte le informazioni. La consegna di note scritte sulla farmacoterapia alla dimissione aiuta a strutturare il colloquio e a fare in modo che anche in futuro il paziente abbia sempre tutte le informazioni a portata di mano.

7 | 3 | 1 | Chi conduce il colloquio?

Il colloquio può essere condotto dal medico curante dell'ospedale o da un altro specialista definito dall'ospedale (p.es. un altro medico, un farmacista clinico o un membro del personale infermieristico). Come nel caso dell'intervista con il paziente nell'ambito della migliore anamnesi farmacologica possibile, è essenziale che le persone competenti siano appositamente formate, procedano in modo sistematico e svolgano coscientemente e responsabilmente il loro compito.

Lo svolgimento del colloquio con il paziente esige le conoscenze e le capacità seguenti:

- conoscenze su farmaci/principi attivi, indicazioni e dosaggi adeguati;
- conoscenza della situazione clinica del paziente;
- capacità di identificare l'interlocutore giusto (paziente e/o familiare adeguato);
- capacità di comunicare in modo orientato al paziente e di valutare la capacità di assimilazione, il grado di istruzione, le conoscenze linguistiche e lo stato delle conoscenze del paziente;
- capacità di applicare la tecnica *teach-back* (cfr. 7.3.2);
- perseveranza nell'accertarsi che il paziente abbia capito tutte le informazioni importanti;
- capacità di rispondere approfonditamente alle domande del paziente.

7 | 3 | 2 | Procedura

La lista dei farmaci alla dimissione viene discussa sistematicamente con il paziente e/o i suoi familiari. Si consiglia di ricorrere a linee guida scritte, così da garantire la completezza e la qualità del colloquio. Il paziente riceve per iscritto le informazioni sulla farmacoterapia alla dimissione, idealmente in una forma facilmente comprensibile (cfr. 7.3.3). Queste informazioni scritte fungono da base per il colloquio.

Il colloquio deve affrontare gli aspetti seguenti:

- differenze tra la farmacoterapia pre-ammissione e la farmacoterapia post-ospedaliera, con relative motivazioni;
- indicazioni, posologia e potenziali effetti collaterali dei farmaci (con particolare attenzione su quelli nuovi);
- aspetti degni di attenzione e interlocutori ai quali il paziente può rivolgersi in caso di problemi o domande;
- verifica della capacità/delle possibilità del paziente di procurarsi i farmaci (p.es. ritiro in farmacia) e prevenzione delle interruzioni nell'assunzione dei farmaci subito dopo la dimissione;
- eventuali difficoltà, riflessioni e ostacoli che impediscono al paziente di attenersi al piano della farmacoterapia (problemi di aderenza terapeutica);
- gestione di farmaci, applicazioni o mezzi ausiliari speciali (p.es. il dosaggio di farmaci liquidi, applicazioni specifiche come inalatori, cerotti, siringhe oppure impiego di mezzi ausiliari come dosette settimanali). Il colloquio deve permettere di accertare che il paziente abbia capito e sia in grado di cavarsela da solo. Un'eventuale formazione a tale proposito deve già essere avvenuta prima del colloquio;
- informazione su chi riceverà la lista dei farmaci alla dimissione e verifica con il paziente che non manchino fornitori di prestazioni;
- domande del paziente (p.es. ha notato farmaci mancanti sulla lista?);
- importanza di aggiornare costantemente la lista dei farmaci e di portarla con sé alle visite mediche e in farmacia. Eventualmente, mostrare alcuni modelli di lista dei farmaci.

Il colloquio deve tenersi in un ambiente tranquillo che tuteli la sfera intima del paziente. Vanno evitati i disturbi e le interruzioni, in quanto rischiano di causare errori e lacune nell'informazione, e riducono l'importanza dell'incontro. È essenziale formulare le informazioni in una lingua comprensibile al paziente, evitando per esempio la terminologia tecnica medica. Al contempo, il paziente deve essere trattato alla stregua di un partner, illustrandogli i rischi di errori legati alla farmacoterapia. Solo in questo modo può assumersi la responsabilità per la sua terapia.

Altre indicazioni per un colloquio efficace con il paziente

Tecnica *teach-back*

Per accertarsi che il paziente acquisisca correttamente le informazioni e aiutarlo a ricordare l'essenziale, lo si invita a ripetere le informazioni principali con le sue parole. È importante che il paziente non si senta sotto esame.

Alcuni consigli

- Sottolineare la normalità di questa tecnica: «Dato che è facile incorrere in malintesi e considerato quanto sia importante che lei abbia capito tutto, di solito chiediamo ai pazienti di ripetere con le loro parole le informazioni».
- Assumersi la responsabilità in quanto specialista: «Desidero accertarmi di essere riuscito a spiegarle tutto in modo comprensibile».
- Entrare nello specifico: «Quando domani sarà a casa, quanta insulina si inietterà?», «Mi fa vedere come utilizza il nuovo inalatore?», «Quali modifiche abbiamo apportato ai suoi farmaci?» ecc.
- Concludere: «Quali domande ha ancora?» (e non: «Ha ancora domande?»).

Barriere linguistiche

Sicurezza dei pazienti Svizzera ha condotto uno studio tra le farmacie sulla consulenza in materia di farmaci a pazienti alloglotti e/o di estrazioni culturali diverse. Secondo i farmacisti interpellati, la sicurezza della terapia farmacologica di questi pazienti è a rischio (66). Le barriere linguistiche devono quindi essere assolutamente superate al momento del colloquio di dimissione, coinvolgendo per esempio un interprete, meglio se professionista, vista la complessità delle informazioni (cfr. 5.1.4, pag. 32). Ciò va organizzato in anticipo, al momento di fissare l'appuntamento per il colloquio.

7 | 3 | 3 | Liste comprensibili

Le liste dei farmaci a misura di paziente sono ben strutturate, complete, leggibili, comprensibili e contengono tutte le informazioni rilevanti. Queste ultime devono corrispondere in tutto e per tutto a quelle trasmesse oralmente. Punti da considerare:

- linguaggio comprensibile al paziente;
- impaginazione standardizzata;
- struttura chiara, messa in evidenza delle informazioni principali (p.es. nome del preparato e dosaggio);
- spiegazioni chiare ed esplicite su dosaggi e momenti dell'assunzione;
- indicazioni mediche (anche in questo caso con una terminologia comprensibile);
- nessuna abbreviazione farmaceutica (spesso in latino);
- caratteri sufficientemente grandi e comprensibili (prediligere p.es. i caratteri senza grazie);
- orientamento unitario dei testi (nessuna osservazione aggiunta in diagonale).

Le circostanze che ostacolano la comprensione, come difficoltà linguistiche e l'analfabetismo, devono essere risolte. Per i pazienti alloglotti, sarebbe bene mettere a disposizione una traduzione scritta (la necessità di intervento in merito allo sviluppo di strumenti in questo ambito è ancora notevole).

7 | 4 | Fase 4: informazione ai fornitori di prestazioni

Obiettivo I fornitori di prestazioni che si occupano delle cure successive sono informati sulla farmacoterapia alla dimissione, sui cambiamenti rispetto alla farmacoterapia pre-ammissione e sui motivi di tali cambiamenti.

Con un'informazione scritta e completa ai fornitori di prestazioni che intervengono successivamente si garantisce la continuità della cura attraverso i vari punti di interfaccia. I pazienti vengono sostenuti nel rispettare il piano della farmacoterapia e si evitano malintesi o interpretazioni errate. Se al contrario i fornitori di prestazioni successivi non vengono informati a sufficienza sul regime farmacologico post-ospedaliero, in particolare sugli adeguamenti dei farmaci, sussiste il rischio che cambino di nuovo la farmacoterapia o che non prescrivano o somministrino farmaci necessari. La lista dei farmaci specifica per il paziente eventualmente consegnata dall'ospedale dovrebbe essere inoltrata anche ai fornitori di prestazioni successivi, insieme alla lista dei farmaci alla dimissione.

Secondo la situazione del paziente, il fornitore di prestazioni successivo può essere:

- il medico di famiglia/altri medici curanti;
- un altro ospedale o un'altra clinica in cui viene trasferito il paziente (p.es. clinica di riabilitazione);
- una casa anziani o un istituto di cura;
- lo spitex;
- la farmacia di fiducia del paziente.

Una volta allestita, controllata e discussa con il paziente, la lista dei farmaci alla dimissione (incl. le differenze dalla farmacoterapia pre-ammissione) dovrebbe essere trasmessa senza indugio ai fornitori di prestazioni successivi. Dato che tale lista è spesso parte integrante della più ampia lettera di dimissione, di regola ci vogliono alcuni giorni prima che possa essere inviata con il rapporto definitivo. Occorre quindi accertarsi che i fornitori di prestazioni che assistono il paziente direttamente o poco dopo la dimissione ricevano le informazioni sulla farmacoterapia alla dimissione già prima della lettera di dimissione definitiva. Si consiglia a tale scopo di inviare la lista dei farmaci alla dimissione a questi fornitori di prestazioni il giorno stesso della dimissione, meglio se tra-

mite un indirizzo di posta elettronica sicuro, altrimenti per fax (attenzione: maggiore possibilità di errori) o per posta A. L'invio potrebbe per esempio avvenire nell'ambito di una breve lettera provvisoria di dimissione. Se invece la lista dei farmaci alla dimissione viene spedita da sola (il che è finora piuttosto inconsueto), dovrebbe riportare l'informazione che la lettera breve di dimissione seguirà a stretto giro di posta. Si può anche invitare i pazienti a consegnare la lista dei farmaci alla dimissione ai fornitori di prestazioni successivi, per esempio al primo appuntamento con il medico di famiglia. In questo caso, il paziente dovrebbe riceverne una copia in più.

L'invio della lista dei farmaci già prima della dimissione può consentire per esempio a istituti come una casa anziani di organizzare per tempo i farmaci necessari al fine di assicurare la continuità della terapia farmacologica. Occorre tuttavia ricordare di inviare una lista aggiornata se all'ultimo momento dovessero subentrare cambiamenti.

In seno all'ospedale, occorre stabilire chi invia quali documenti, come e quando. Queste regole vanno integrate nei processi di gestione della dimissione.



8 | Implementazione efficace della verifica sistematica della farmacoterapia

8 | Implementazione efficace della verifica sistematica della farmacoterapia

La verifica sistematica della farmacoterapia in ospedale è un processo complesso, svolto in diversi luoghi, multidisciplinare e interprofessionale, che si apre con l'ammissione del paziente e si chiude con la sua dimissione. Solo una pianificazione, una sorveglianza, risorse, un coinvolgimento motivato e una formazione sufficienti rendono possibile un'implementazione efficace.

La verifica sistematica della farmacoterapia produce i suoi effetti solo se è stata implementata accuratamente. Non può essere considerata e vissuta come un'attività di documentazione amministrativa superficiale. Si tratta di un processo svolto in modo coscienzioso, incentrato sul paziente e volto a sostenere una gestione ottimale della farmacoterapia (14).

La procedura proposta in questo capitolo si basa su raccomandazioni tratte da manuali di paesi con un'esperienza pluriennale nell'implementazione e nello svolgimento della verifica sistematica della farmacoterapia (cfr. 4.2, pag. 16 seg.). Sono state altresì considerate conoscenze acquisite da progetti simili in Svizzera. La procedura poggia su raccomandazioni per progetti generali di miglioramento della qualità.

Quale modello e struttura del capitolo, si è ricorso al ciclo Plan – Do – Check – Act (PDCA) di W. Edwards Deming, molto diffuso nell'ambito della gestione della qualità (67) (cfr. figura 5).

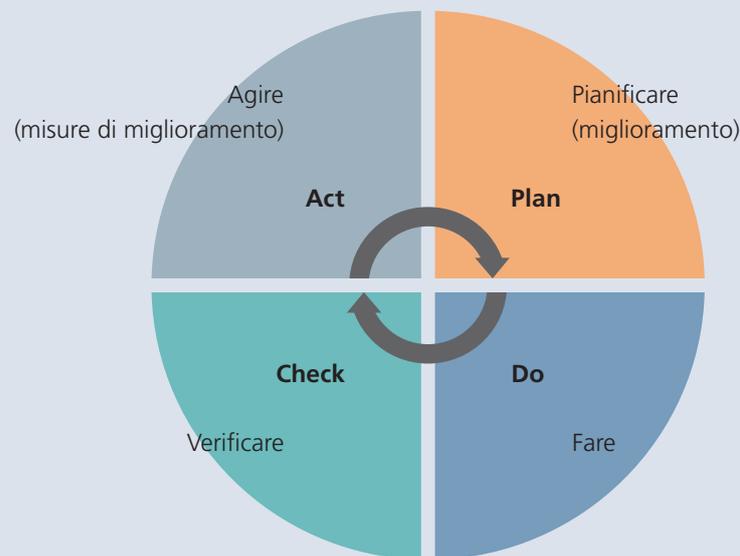


Figura 5: ciclo PDCA – fonte: Deming (1900-1993)

8 | 1 | Pianificazione (Plan)

Al momento della pianificazione, va considerato che il ciclo PDCA è da intendere come un miglioramento continuo. Il cambiamento viene pianificato in fasi ben ponderate, cosicché il ciclo PDCA trova costante applicazione e le conoscenze acquisite possono essere diffuse e utilizzate per migliorare.

Punti importanti da considerare durante la pianificazione:

- prevedere un'implementazione per fasi;
- costituire gruppi di progetto interprofessionali;
- assicurare il sostegno della direzione ospedaliera e dei quadri;
- definire gli obiettivi, le scadenze e le risorse;
- analizzare i processi esistenti e definire quelli mirati.

8 | 1 | 1 | Prevedere un'implementazione per fasi

In paesi con un'esperienza pluriennale, si raccomanda di introdurre per fasi la verifica sistematica della farmacoterapia. L'intervento deve iniziare in un contesto piccolo ed essere perfezionato in modo iterativo, prima di estenderne l'implementazione.

Una limitazione iniziale dell'intervento ha i vantaggi seguenti:

- possibilità di effettuare test in realtà limitate per imparare;
- acquisizione di competenze in vista dell'ampliamento;
- salvaguardia di risorse personali e temporali;
- facilità di orientamento e di conduzione.

Ci sono diverse possibilità per limitare l'intervento, e le differenti varianti possono essere combinate tra loro. Va tuttavia ricordato che occorre acquisire esperienza sufficiente, devono quindi essere evitate troppe limitazioni o limitazioni troppo complicate.¹⁴

a. Limitazione a determinati punti di interfaccia (ammissione, trasferimenti interni, dimissione)

Come riportato nel capitolo 5, la verifica sistematica della farmacoterapia al momento dell'ammissione è fondamentale perché si pongono le basi per tutte le

fasi successive. L'introduzione della verifica sistematica della farmacoterapia deve quindi sempre incominciare con l'ammissione o comprendere anche questa fase. L'obiettivo resta però sempre quello di implementarla fino alla dimissione, affinché l'intervento sia il più efficace possibile.

b. Limitazione a determinati reparti o unità operative

All'inizio, la verifica sistematica della farmacoterapia può essere introdotta solo in certi reparti o unità operative. Al momento di decidere da dove incominciare, sono determinanti i fattori seguenti:

- disponibilità dei quadri e dei collaboratori, interesse, abitudine a svolgere progetti e spirito di squadra;
- flessibilità e possibilità di introdurre novità;
- risorse disponibili nell'unità;
- idoneità come modello per la successiva estensione.

c. Limitazione secondo le caratteristiche dei pazienti

L'introduzione della verifica sistematica della farmacoterapia può essere limitata secondo le caratteristiche dei pazienti (p.es. maggiori di 65 anni, solo ammissioni pianificate, solo ricoveri d'urgenza). All'occorrenza, questa limitazione può essere combinata con quella a determinate unità operative (p.es. solo pazienti maggiori di 65 anni del reparto X).

In alternativa, è possibile limitarsi anche a gruppi di pazienti con un rischio elevato di problemi di farmacoterapia nei punti di interfaccia.

I fattori che, secondo la letteratura specialistica, comportano un rischio elevato di eventi farmacologici indesiderati nei punti di interfaccia sono (9):

- età > 65 anni;
- polifarmacoterapia
 - numero elevato di farmaci (p.es. ≥ 10) o
 - numero elevato di cambi di farmaci durante la degenza;
- farmaci ad alto rischio ≥ 3 ;
- comorbilità ≥ 3 ;
- persone vulnerabili in generale, ossia persone con problemi negli atti quotidiani, disturbi cognitivi, difficoltà linguistiche, poche conoscenze della farmacoterapia;

¹⁴ I criteri di limitazione possono anche essere definiti se, per un problema di risorse in seno all'ospedale, la portata della verifica sistematica della farmacoterapia dovesse essere limitata per un periodo prolungato. L'obiettivo dovrebbe però sempre essere quello di implementare la verifica sistematica della farmacoterapia fino alla dimissione (vedi a).

- uso importante di prestazioni sanitarie (p.es. più di due medici curanti, più di dieci consulti medici l'anno precedente).

Una distinzione tra pazienti ad alto rischio e pazienti a rischio medio/basso può portare i vantaggi seguenti:

- tentativo di considerare il gruppo di pazienti più vulnerabile;
- impegno efficace: l'impiego mirato delle risorse per gruppi di pazienti ha maggiori effetti che non una «diluizione» tra tutti i pazienti
 - effetti più percepibili
 - maggiore motivazione e convinzione in vista dell'estensione dell'intervento.

Una limitazione alle ammissioni pianificate ha il vantaggio di consentire l'implementazione del processo ideale al momento dell'ammissione: si può chiedere ai pazienti già prima del ricovero di portare informazioni sulla farmacoterapia e il rilevamento della migliore anamnesi farmacologica possibile può essere pianificato nei dettagli, all'occorrenza già prima dell'ammissione, cosicché sia disponibile quando si procede alla prima prescrizione in ospedale.

Se ci si limita ai ricoveri d'urgenza, l'intervento ha il vantaggio di concentrarsi sui pazienti vulnerabili.

La letteratura specializzata è in disaccordo su quale sia la costellazione di fattori più appropriata per identificare i gruppi di pazienti ad alto rischio e sulla reale efficacia di una limitazione ai pazienti ad alto rischio (cfr. 4.5, pag. 21). Nella maggior parte dei casi, inoltre, si pone il problema logico/pratico che un'identificazione inequivocabile è possibile solo a posteriori. La conoscenza precisa del numero o del genere di farmaci presuppone già un'anamnesi farmacologica completa. Va altresì considerato che, in seno a un'unità operativa, svolgere processi diversi per singoli gruppi di pazienti può complicare la gestione dei processi. Sarebbe quindi necessario definire chiaramente e attuare processi differenti per i diversi gruppi di pazienti, il che potrebbe creare problemi di limitazione.

Per questi motivi, Sicurezza dei pazienti Svizzera raccomanda, se possibile, di rinunciare a una limitazione a determinati gruppi di pazienti.

8 | 1 | 2 | Assicurare il sostegno della direzione ospedaliera e dei quadri

Come per tutti i progetti di miglioramento della qualità, anche in questo caso è determinante che i responsabili clinici-specialistici e organizzativi sostengano attivamente, esigano e promuovano l'adozione e l'implementazione delle misure. Visto il coinvolgimento di più gruppi professionali, è necessario l'impegno di tutti i relativi quadri – medici, personale infermieristico e farmacisti, gestori della qualità/del rischio – oltre a quello della direzione generale. La direzione ospedaliera e i quadri devono essere informati a intervalli regolari dal gruppo di progetto in merito ai progressi e ai successi dell'introduzione. Il sostegno tangibile della direzione ospedaliera e dei quadri rafforza la motivazione dei collaboratori e contribuisce a superare gli ostacoli e all'assegnazione di risorse.

Per conquistare il sostegno dei vertici, è importante illustrare la portata del problema «sicurezza della farmacoterapia nei punti di interfaccia» e il potenziale della verifica sistematica della farmacoterapia, per esempio mostrando cifre epidemiologiche ed esempi concreti del proprio ospedale. È inoltre fondamentale presentare il potenziale di risparmio legato alla verifica sistematica della farmacoterapia. A tale scopo, le risorse da investire possono essere confrontate con i potenziali costi di eventi farmacologici indesiderati durante l'attuale degenza o una degenza successiva provocata da questi eventi. Le linee guida MARQUIS contengono indicazioni concrete per lo svolgimento di questi calcoli (9).

Per ogni gruppo professionale, l'ospedale dovrebbe nominare un cosiddetto ambasciatore che funga da opinion leader e da esempio (in inglese queste persone sono chiamate *clinical champion*). Gli ambasciatori assumono un ruolo attivo decisivo appoggiando e promuovendo esplicitamente l'implementazione della verifica sistematica della farmacoterapia.

8 | 1 | 3 | Costituire un gruppo di progetto interprofessionale

Un efficace svolgimento della verifica sistematica della farmacoterapia esige lavoro di squadra e collaborazione tra i diversi gruppi professionali. I quadri e i col-

laboratori che attuano le fasi del processo nell'attività quotidiana dovrebbero essere rappresentati nel gruppo di progetto o per lo meno coinvolti a intervalli regolari nella pianificazione.

Tutti i professionisti rilevanti per il processo dovrebbero essere rappresentati nel gruppo di progetto. Si tratta di

- medici;
- infermieri;
- farmacisti ospedalieri (se presenti);
- gestori della qualità/del rischio.

Eventualmente, l'invito può essere esteso anche a qualcuno del settore informatico, della formazione continua e della comunicazione. Va comunque per lo meno prevista una cooperazione con questi specialisti/settori.

Un membro del gruppo funge da capo progetto, si occupa del coordinamento dei lavori interni all'ospedale e opera da interfaccia con la direzione ospedaliera.

8 | 1 | 4 | Definire gli obiettivi, le scadenze e le risorse

Gli strumenti e le procedure noti nell'ambito della gestione professionale del progetto devono essere applicati anche in questo caso. Di seguito, approfondiamo alcuni aspetti importanti della pianificazione.

Obiettivi del progetto

Gli obiettivi del progetto devono essere misurabili, specifici e avere una scadenza. Esempio: «Nel reparto di medicina interna, entro il 30 settembre 2015 il 90% dei pazienti partecipa a un colloquio strutturato sulla farmacoterapia alla dimissione».

Il raggiungimento dell'obiettivo deve essere verificato. Al punto 8.3 da pagina 60 si trovano informazioni sui rilevamenti dei dati.

Domande per la pianificazione

Domande nell'ambito della pianificazione:

- quali collaboratori specifici sono coinvolti nell'introduzione e quali sono i loro ruoli e responsabilità?;
- quali canali possono essere utilizzati per la comunicazione e il trasferimento delle conoscenze?;
- come e quando devono essere svolti i rilevamenti e le analisi dei dati, e chi se ne occupa?;

- quali adeguamenti di strumenti o documenti (p.es. lista dei farmaci pre-ammissione) sono necessari? Quanto tempo occorre prevedere per il test dei sistemi elettronici prima dell'introduzione (cfr. 8.1.5, pag. 58 seg.)?.

Risorse

Le risorse devono essere organizzate, in particolare

- per lo svolgimento della verifica sistematica della farmacoterapia: per il rilevamento della migliore anamnesi farmacologica possibile si stima per esempio un impegno di dieci-venti minuti, secondo le fonti utilizzate. Il resto dell'onere temporale dipende dal tipo di documentazione;
- per l'introduzione del processo: tempo ai membri del gruppo di progetto affinché possano dedicarsi alle attività di attuazione, per esempio la pianificazione e lo svolgimento delle formazioni, l'adeguamento della documentazione; tempo ai collaboratori per seguire le formazioni e le istruzioni;
- per i rilevamenti e le analisi dei dati.

8 | 1 | 5 | Analizzare i processi esistenti e definire quelli mirati

Il gruppo di progetto analizza le procedure esistenti della verifica della farmacoterapia e le raffigura in un diagramma di flusso. L'analisi può risultare sorprendente e fungere da motivazione: possono emergere processi inefficaci, doppioni, mancanza di consenso su determinati processi, competenze poco chiare, complessità nascoste e opportunità di semplificazione e ottimizzazione.

L'analisi dei processi va svolta sulla traccia delle domande seguenti:

- quali fasi vengono svolte?;
- chi si occupa di queste fasi? Chi si assume la responsabilità?;
- quando vengono svolte queste fasi?;
- quali fasi dipendono dalle altre e quali no? Quali fasi vengono svolte in serie e quali possono procedere in parallelo?;
- quando vengono trasferite informazioni o responsabilità da una persona a un'altra?.

L'analisi dei processi esistenti può limitarsi alla prima fase della verifica sistematica della farmacoterapia. Se per esempio l'ospedale si concentra provvisoriamente sull'ammissione, vengono analizzati i processi dell'anamnesi farmacologica e della prescrizione

all'ammissione. Dato che molto probabilmente i processi per le ammissioni d'urgenza non sono identici a quelli per le ammissioni pianificate, per questi gruppi di pazienti vanno creati diagrammi di flusso separati. È inoltre utile discutere e illustrare i processi sulla scorta di casi tipici, perché consente eventualmente di scoprire che le procedure in seno all'ospedale, alla clinica o al reparto differiscono secondo la costellazione dei pazienti.

La rappresentazione grafica dei processi non dovrebbe essere troppo complessa. Ci sono diversi metodi, la scelta dipende dalle preferenze e dalle convenzioni in seno all'ospedale. Una possibilità è la realizzazione di un cosiddetto diagramma di flusso interfunzionale, in cui ogni corsia rappresenta una categoria professionale (p.es. medici, infermieri, farmacisti). Questo tipo di raffigurazione mette in risalto le varie competenze e il flusso delle informazioni (cfr. allegato 6, pag. 84).

I processi esistenti devono essere rappresentati così come sono organizzati. La successiva discussione si focalizza sulle fasi che vengono svolte in modo errato o che non vengono svolte del tutto, e cerca di spiegarne il motivo. Ciò permette di porre l'accento sui rischi ai quali occorre prestare attenzione al momento di implementare i processi mirati.

Il gruppo di progetto, in seguito, rappresenta i processi mirati per i settori/le fasi per i quali è prevista la verifica sistematica della farmacoterapia, e individua le lacune e le differenze tra la situazione attuale e quella alla quale si aspira. È importante che i nuovi processi della verifica sistematica della farmacoterapia vengano integrati al meglio nei processi farmacologici esistenti e nelle procedure concernenti i pazienti. La definizione dei processi mirati deve considerare le differenti circostanze dei diversi gruppi di pazienti e delle diverse situazioni (p.es. ammissioni d'urgenza vs. ammissioni pianificate; ammissione in un giorno della settimana vs. ammissione il fine settimana) e prevedere all'occorrenza processi separati. Quando è possibile, tuttavia, andrebbe sempre preferita una standardizzazione dei processi. L'allegato 6 a pagina 84 riporta un esempio di diagramma di flusso interfunzionale per la rappresentazione di un processo mirato.

Una volta rappresentati in un diagramma di flusso i processi mirati, vengono messe per iscritto le direttive per lo svolgimento delle varie fasi. A tale scopo, i ruoli, i compiti e le responsabilità devono essere chiaramente definiti.

Per un'introduzione efficace ed efficiente della verifica sistematica della farmacoterapia, le fasi del processo devono essere integrate nei sistemi ospedalieri esistenti.

Indicazioni sull'implementazione elettronica

Le soluzioni informatiche, se ben concepite, favoriscono l'affidabilità, la qualità e l'efficienza della verifica sistematica della farmacoterapia (9;68). Dato che sempre più ospedali lavorano con cartelle e sistemi di prescrizione elettronici, è utile integrare la verifica sistematica della farmacoterapia in tali sistemi. Vanno evitati i doppioni tra sistemi cartacei ed elettronici, anche se ciò è verosimilmente impossibile nel corso di una fase transitoria.

Esempi di come buone soluzioni informatiche possano sostenere la verifica sistematica della farmacoterapia:

- scambio di informazioni sulla farmacoterapia con fornitori di prestazioni esterni (eHealth) per agevolare la migliore anamnesi farmacologica possibile, l'allestimento della lista dei farmaci pre-ammissione e la trasmissione della lista dei farmaci alla dimissione al fornitore di prestazioni successivo;
- trasferimento con un clic dei farmaci selezionati dalla lista pre-ammissione alla prescrizione all'ammissione, rispettivamente alla lista dei farmaci alla dimissione, così da evitare errori e incrementare l'efficienza;
- informazioni sull'utilizzo di ogni farmaco della lista pre-ammissione per prevenire le incongruenze e incrementare l'efficienza del confronto;
- rappresentazione parallela della lista dei farmaci pre-ammissione e della farmacoterapia ospedaliera con rilevamento automatico delle discrepanze per agevolare il confronto tra i documenti;
- automatizzazione dei processi di allestimento della lista dei farmaci alla dimissione e del piano di dimissione per il paziente.

Lo sviluppo e l'integrazione efficaci di soluzioni tecniche per la verifica sistematica della farmacoterapia esigono un processo di implementazione ponderato, ampi test da parte degli utenti finali e valutazioni della facilità di utilizzo.

Le linee guida canadesi «Paper to Electronic MedRec Implementation Toolkit» e le linee guida MARQUIS contengono indicazioni dettagliate sull'utilizzo di soluzioni informatiche per lo svolgimento della verifica sistematica della farmacoterapia (9;68).

8 | 2 | Attuazione (Do)

L'attuazione può essere scissa in due fasi:

1. comunicazione e trasmissione di conoscenze;
2. attuazione dei processi mirati.

8 | 2 | 1 | Comunicazione e trasmissione di conoscenze

Ogni istituto deve elaborare un concetto per un'ottimale trasmissione delle conoscenze e ricorrere ai canali di comunicazione già esistenti. L'atteggiamento degli specialisti coinvolti non è influenzato solo dalla trasmissione delle conoscenze. Per promuovere l'accettazione e la motivazione, e soprattutto per fissare norme sociali per l'approccio agli errori nell'ambito della sicurezza del paziente, servono misure di comunicazione adeguate e combinabili.

Possibili pilastri di un concetto di formazione e di comunicazione:

- il *personale specializzato di tutto l'ospedale* viene sensibilizzato sulla verifica sistematica della farmacoterapia, informandolo sul problema, sulla procedura interna e sulle tappe principali dell'introduzione. Ciò avviene tramite diversi canali di comunicazione interni, come intranet o le newsletter, eventualmente anche integrando il tema in eventi ai quali partecipano la direzione ospedaliera, quadri o ambasciatori. In questo modo, al progetto viene assegnata la necessaria importanza in seno al nosocomio;
- il *personale specializzato della(e) unità operativa(e)* in questione segue una formazione sull'attuazione corretta della verifica sistematica della farmacoterapia;
- tutti gli *specialisti partecipanti al processo della verifica sistematica della farmacoterapia* vengono formati secondo il loro settore di responsabilità. Le *persone che si occupano delle interviste con i pazienti al momento dell'ammissione e/o della dimissione* seguono una formazione pratica in piccoli gruppi.

Idealmente, queste formazioni si svolgono in modo multidisciplinare, il che presuppone spirito di squadra e la comprensione dei ruoli e dei compiti di ogni disciplina. Le formazioni dovrebbero essere ripetute a intervalli regolari per compensare la perdita di conoscenze determinata dalla fluttuazione del personale.

Per sottolineare i successi e motivare le persone coinvolte, è utile raccogliere e presentare esempi concreti di errori legati alla farmacoterapia evitati grazie alla verifica sistematica.

È importante che tutte le persone partecipanti al processo farmacologico siano in chiaro sul senso e lo scopo di una documentazione corretta e trasparente che renda comprensibile a tutti la prescrizione farmacologica (63).

— Nota

Per la formazione del personale specializzato, durante il progetto di approfondimento del programma pilota viene elaborato e assemblato materiale di sostegno, come presentazioni e strumenti di altri paesi (p.es. video didattici). Questo materiale viene messo mano a disposizione sul sito di Sicurezza dei pazienti Svizzera.

8 | 2 | 2 | Attuazione dei processi mirati

Il giorno definito per l'inizio dell'attuazione viene comunicato a tutti gli specialisti dell'ospedale, in particolare a quelli dei reparti interessati. Il primo punto della situazione dovrebbe svolgersi pochi giorni o settimane dopo l'introduzione. Sulla base delle esperienze acquisite fino a quel momento, si ponderano eventuali adeguamenti del processo o degli strumenti (p. es. documentazione, linee guida per l'intervista per la migliore anamnesi farmacologica possibile). Al fine di fornire un riscontro al gruppo di progetto, è possibile formare una piccola squadra di collaboratori che partecipi all'attuazione quotidiana.

8 | 3 | Verifica (*Check*) e definizione di misure di miglioramento (*Act*)

Per gestire al meglio l'introduzione del processo, si consiglia di rilevare regolarmente dati che attestino lo stato dell'implementazione, il grado degli obiettivi raggiunti e i problemi ancora esistenti. Ciò consente di attuare misure di miglioramento mirate per un'implementazione duratura.

La comunicazione dei risultati di questi rilevamenti ai collaboratori e alla direzione ospedaliera rientra tra le misure di accompagnamento essenziali dell'implementazione. Per il rilevamento dei dati e la redazione dei rapporti sui risultati vanno messi a disposizione mezzi adeguati. Il rilevamento andrebbe di preferenza integrato nella routine quotidiana al fine di sfruttare le fonti di dati già esistenti.

Gli effetti dell'introduzione della verifica sistematica della farmacoterapia possono essere misurati quantitativamente mediante indicatori. La tabella 3 riporta le raccomandazioni tratte dal progetto High 5s e dallo studio MARQUIS. I collaboratori dovrebbero inoltre essere interrogati in merito alle loro esperienze e, all'occorrenza, possono essere svolte interviste con i pazienti. I pazienti sono gli unici partecipanti costanti in questo sistema e costituiscono pertanto un fattore critico per la riuscita dello stesso.

— Nota

Nel progetto di approfondimento progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia, al momento dell'ammissione i rilevamenti si concentrano sul livello di processo. Vengono svolti i rilevamenti seguenti:

- in una scheda per *il follow-up*, vengono rilevati parametri sull'attuazione della migliore anamnesi farmacologica possibile (p.es. durata dell'intervista con i pazienti, utilizzo delle fonti di informazione);
- un monitoraggio interno svolto retroattivamente sulla base della documentazione del paziente rileva il rispetto dei requisiti centrali della verifica sistematica della farmacoterapia (p.es. svolgimento entro 24 ore dall'ammissione);
- nell'ambito di discussioni e colloqui, si rilevano le esperienze acquisite con l'implementazione e l'accettazione tra collaboratori, membri del gruppo di progetto ed eventualmente fornitori di prestazioni.

Tabella 3: possibili indicatori (5;9;69¹⁵)

Momento e genere del rilevamento	Esempi
Prima dell'introduzione: rilevamento <i>baseline</i>	<p>La messa in evidenza di incongruenze farmacologiche prima dell'implementazione consolida la necessità di introdurre la verifica sistematica della farmacoterapia e offre una base di riferimento (<i>baseline</i>) per la misurazione del miglioramento dopo l'implementazione.</p> <p><i>Procedura per l'acquisizione dei dati di partenza sulle incongruenze:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. il medico prescrivente effettua un'anamnesi farmacologica usuale (cfr. tabella 1, pag. 27), sulla base della quale procede alla prescrizione all'ammissione; 2. viene svolta la migliore anamnesi farmacologica possibile e allestita una lista completa dei farmaci pre-ammissione. La prescrizione all'ammissione e la lista dei farmaci pre-ammissione vengono confrontate alla ricerca di incongruenze; 3. le incongruenze vengono discusse con il medico prescrivente, differenziandole tra quelle intenzionali ma non documentate e quelle non intenzionali; 4. viene calcolato il numero medio di incongruenze non intenzionali per ogni paziente e il numero di pazienti con almeno un'incongruenza non intenzionale. <p>Per il rilevamento si consiglia di considerare almeno trenta pazienti scelti casualmente in un determinato lasso di tempo (p.es. un mese).</p>
Dopo l'introduzione: indicatori di processo	<p><i>Esempi di indicatori:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. percentuale di pazienti ricoverati con una lista completa di farmaci pre-ammissione (entro 24 ore dall'ammissione); b. percentuale di pazienti ricoverati per i quali il confronto tra la prescrizione all'ammissione e la lista dei farmaci pre-ammissione (quindi almeno le fasi 1 e 2, eventualmente anche la 3) è stato effettuato entro 24 ore; c. percentuale di pazienti dimessi per i quali il confronto con la lista dei farmaci alla dimissione (quindi almeno la fase 1, eventualmente anche la 2) è stato effettuato.
Dopo l'introduzione: indicatori di esito	<p><i>Esempi di indicatori:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. numero di incongruenze non intenzionali per ogni paziente all'ammissione e alla dimissione – idealmente, dopo lo svolgimento della verifica sistematica della farmacoterapia si procede a una nuova migliore anamnesi farmacologica possibile per verificare se sussistano incongruenze non motivate tra quest'ultima, la prescrizione all'ammissione e la lista dei farmaci alla dimissione; b. percentuale di pazienti senza incongruenze non intenzionali; c. numero di incongruenze non intenzionali <i>esistenti</i> per ogni paziente – al termine dell'intero processo della verifica sistematica della farmacoterapia, si rileva se restano incongruenze non intenzionali e non motivate tra la lista dei farmaci pre-ammissione e la prescrizione; d. percentuale di pazienti con almeno un'incongruenza non intenzionale <i>esistente</i>; e. trattamenti d'urgenza o riammissioni entro 30 giorni dalla dimissione.

¹⁵ In queste fonti, si trovano informazioni più dettagliate su questi e altri indicatori, come pure informazioni pratiche sui rilevamenti dei dati (scelta della prova a campione ecc.).

Estensione ad altri pazienti, settori e/o punti di interfaccia delle cure

Se i nuovi processi consentono di acquisire sempre maggiori esperienze e i rilevamenti dei dati mostrano un miglioramento, cresce la disponibilità a implementare la verifica sistematica della farmacoterapia anche per altri pazienti e altri settori. Per ogni estensione del processo, ai sensi del ciclo PDCA occorrerebbe

- a) effettuare per tempo il punto della situazione al fine di identificare il fabbisogno di adattamento e
- b) svolgere regolarmente rilevamenti e analisi di dati per puntare a un miglioramento continuo.

L'estensione del processo in seno a un'organizzazione presuppone una pianificazione lungimirante.



9 | Bibliografia/fonti
10 | Glossario

9 | Bibliografia/fonti

- (1) Ufficio federale della sanità pubblica. Strategia della qualità nel sistema sanitario svizzero. 2012 [cited 2014 Dec 8]; Available from: [L1](#)
- (2) Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera. Programmi pilota sulla sicurezza dei pazienti in Svizzera. progress! Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia. 2014 [cited 2014 Dec 8]; Available from: [L2](#)
- (3) World Health Organization. Patient safety. Action on Patient Safety - High 5s. 2014 [cited 2014 Dec 8]; Available from: [L3](#)
- (4) The High 5s Project. Standard Operating Protocol. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation. 2014 [cited 2015 Feb 26]; Available from: [L4](#)
- (5) The High 5s Project. Implementation Guide. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation. 2014 [cited 2015 Feb 26]; Available from: [L5](#)
- (6) Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn (IfPS) und den High 5s-Projektkrankenhäusern. Leitfaden «Bestmögliche Arzneimittelanamnese» im Rahmen der High 5s-SOP «Medication Reconciliation». 2013 [cited 2014 Nov 19]; Available from: [L6](#)
- (7) Institute for Safe Medication Practices Canada. Medication Reconciliation (MedRec). 2014 [cited 2014 Jun 19]; Available from: [L7](#)
- (8) Institute for Safe Medication Practices Canada. Medication Reconciliation in Acute Care. Getting Started Kit. 2011 [cited 2014 Aug 4]; Available from: [L8](#)
- (9) Society of Hospital Medicine. MARQUIS Implementation Manual. A Guide for Medication Reconciliation Quality Improvement. 2014 [cited 2014 Nov 19]; Available from: [L9](#)
- (10) Society of Hospital Medicine. Overview. Medication Reconciliation Implementation toolkit. 2014 [cited 2014 Dec 8]; Available from: [L10](#)
- (11) Agency for Healthcare Research and Quality. Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation. August 2012 [cited 2014 Nov 19]; Available from: [L11](#)
- (12) National Prescribing Centre. Medicines Reconciliation: A Guide to Implementation. 2008.
- (13) European Union Network for Patient Safety and Quality of Care. Medication Reconciliation. 2012 [cited 2014 Nov 19]; Available from: [L12](#)
- (14) Fernandes O, Shojania KG. Medication reconciliation in the hospital - what, why, where, when, who and how? Healthcare Quarterly 2012;15(Special Issue).
- (15) Institute for Safe Medication Practices Canada. Medication Reconciliation in Home Care. Getting Started Kit. 2011 [cited 2014 Nov 17]; Available from: [L13](#)
- (16) Institute for Safe Medication Practices Canada. Medication Reconciliation in Long-Term Care. Getting Started Kit. 2012 [cited 2014 Nov 17]; Available from: [L14](#)
- (17) de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care 2008 Jun 1;17(3): 216-23.

L1: www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/14791/index.html?lang=it

L2: www.patientensicherheit.ch/fr/prestations/Programmes-pilotes-progress-progress--5-curit--de-la-m-dication-aux-interfaces.html

L3: www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/

L4: www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf

L5: www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-guide.pdf

L6: www.kh-cirs.de/faelle/pdf/bestmoegliche-arzneimittelanamnese-leitfaden.pdf

L7: www.ismp-canada.org/medrec/

L8: www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_AC_English_GSK_V3.pdf

L9: www.hospitalmedicine.org/Web/Quality___Innovation/Implementation_Toolkit/MARQUIS/Download_Manua_Medication_Reconciliation.aspx

L10: www.hospitalmedicine.org/Web/Quality___Innovation/Implementation_Toolkit/MARQUIS/Overview_Medication_Reconciliation.aspx

L11: www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/match/index.html

L12: <http://pasq.eu/Wiki/SCP/WorkPackage5ToolBoxes/MedicationReconciliation.aspx>

L13: www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_HC_English_GSK.pdf

L14: www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_LTC_English_GSK.pdf

- (18) Soop M, Fryksmark U, Koster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009 Aug 1;21(4):285-91.
- (19) Aranaz-Andres JM, Aibar-Remon C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-Lopez P, Limon-Ramirez R, Terol-Garcia E, et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health* 2008 Dec 1;62(12):1022-9.
- (20) Frank O, Hochreutener M-A. Problemfelder (Hot-Spots) in der Patientensicherheit. *Schweizerische Ärztezeitung* 2008;89(24):1079-82.
- (21) Hardmeier B, Braunschweig S, Cavallaro M, Roos M, Pauli-Magnus C, Giger M, et al. Adverse drug events caused by medication errors in medical inpatients. *Swiss Med Wkly* 2004;134(45-46):664-70.
- (22) Fattinger K, Roos M, Vergeres P, Hostenstein C, Kind B, Masche U, et al. Epidemiology of drug exposure and adverse drug reactions in two swiss departments of internal medicine. *Br J Clin Pharmacol* 2000;49(2):158-67.
- (23) Lepori V, Perren AF, Marone C. Unerwünschte internmedizinische Arzneimittelwirkungen bei Spitaleintritt [Adverse internal medicine drug effects at hospital admission]. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1999;129(24):915-22.
- (24) Wasserfallen J, Livio F, Buclin T, Tillet L, Yersin B, Biollaz J. Rate, type, and cost of adverse drug reactions in emergency department admissions. *European Journal of Internal Medicine* 2001;12(5):442-7.
- (25) Davies EC, Green CF, Taylor S, Williamson PR, Mottram DR, Pirmohamed M. Adverse drug reactions in hospital in-patients: a prospective analysis of 3695 patient-episodes. *PLoS ONE* 2009;4(2):e4439.
- (26) von Laue NC, Schwappach DL, Koeck CM. The epidemiology of medical errors: a review of the literature. *Wien Klin Wochenschr* 2003 May 30;115(10):318-25.
- (27) Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998;279(15):1200-5.
- (28) Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013;22(10):809-15.
- (29) Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 2004;329(7456):15-9.
- (30) Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, Mendelsohn AB, Schroeder TJ, Annest JL. National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. *JAMA* 2006;296(15):1858-66.
- (31) Schwappach DL. Risk factors for patient-reported medical errors in eleven countries. *Health Expect* 2012;17(3):321-31.
- (32) Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ* 2005 Aug 30;173(5):510-5.
- (33) Hellstrom LM, Bondesson A, Hoglund P, Eriksson T. Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. *BMC Clin Pharmacol* 2012;12:9.
- (34) Frei P, Huber LC, Simon RW, Bonani M, Luscher TF. Insufficient medication documentation at hospital admission of cardiac patients: a challenge for medication reconciliation. *Journal of Cardiovascular Pharmacology* 2009;54(6):497-501.
- (35) Grandjean C, von Gunten V, Marty S, Meier P, Beney J. De l'anamnèse d'entrée à l'ordonnance de sortie: continuité des traitements médicamenteux des patients hospitalisés dans un hôpital régional suisse [Continuity of care of hospitalised patients in a Swiss regional hospital: from medication history on admission to discharge treatment]. *Journal de Pharmacie Clinique* 2009;28(3):151-6.
- (36) Pippins J, Gandhi T, Hamann C, Ndumele C, Labonville S, Diedrichsen E, et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med* 2008 Sep 1;23(9):1414-22.
- (37) Buckley MS, Harinstein LM, Clark KB, Smithburger PL, Eckhardt DJ, Alexander E, et al. Impact of a clinical pharmacy admission medication reconciliation program on medication errors in «high-risk» patients. *Ann Pharmacother* 2013;47(2):1599-610.
- (38) Basey AJ, Krska J, Kennedy TD, Mackridge AJ. Prescribing errors on admission to hospital and their potential impact: a mixed-methods study. *BMJ Quality & Safety* 2013 Aug 6.

- (39) Azzi M, Constantino M, Pont L, McGill M, Twigg S, Krass I. Medication Safety: an audit of medication discrepancies in transferring type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients from Australian primary care to tertiary ambulatory care. *Int J Qual Health Care* 2014 Aug 1;26(4):397-403.
- (40) Eichenberger PM, Lampert ML, Kahmann IV, van Mil JW, Hersberger KE. Classification of drug-related problems with new prescriptions using a modified PCNE classification system. *Pharmacy World and Science* 2010;32(3):362-72.
- (41) Forster A, Murff H, Peterson J, Gandhi T, Bates D. Adverse drug events occurring following hospital discharge. *J Gen Intern Med* 2005;20(4):317-23.
- (42) Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SM, Huh JH, Cesta A, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother* 2008 Oct;42(10):1373-9.
- (43) Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min SJ. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med* 2005 Sep 12;165(16):1842-7.
- (44) Harris CM, Sridharan A, Landis R, Howell E, Wright S. What happens to the medication regimens of older adults during and after an acute hospitalization? *J Patient Saf* 2013;9(3):150-3.
- (45) Tjia J, Bonner A, Briesacher B, McGee S, Terrill E, Miller K. Medication Discrepancies upon Hospital to Skilled Nursing Facility Transitions. *J Gen Intern Med* 2009 May 1;24(5):630-5.
- (46) Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: A systematic review. *Arch Intern Med* 2012 Jun 25;172(14):1057-69.
- (47) Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2013 Mar 5;158(5_Part_2):397-403.
- (48) Lehnbohm EC, Stewart MJ, Manias E, Westbrook JL. The impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. *Ann Pharmacother* 2014;48(10):1298-312.
- (49) Etchells E, Koo MF, Daneman NF, McDonald AF, Baker MF, Matlow AF, et al. Comparative economic analyses of patient safety improvement strategies in acute care: a systematic review. *Quality and Safety* 2012;21(6):448-56.
- (50) Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera. Evitare gli errori – con il suo aiuto!. 2013 [cited 2014 Dec 9];(3a edizione). Available from: [L15](#)
- (51) Colquhoun M, Carthy B. Medication Reconciliation - Commitment and success. *Safer Healthcare Now! Newsletter* 2008;4(3):3-4.
- (52) Taegtmeyer A. Medikamenteninteraktionen. *Schweizerische Ärztezeitung* 2014;95(38):1406-7.
- (53) De Winter S, Spriet I, Indevuyst C, Vanbrabant P, Desruelles D, Sabbe M, et al. Pharmacist- versus physician-acquired medication history: a prospective study at the emergency department. *Qual Saf Health Care* 2010;19(5):371-5.
- (54) Johnston R, Saulnier L, Gould O. Best possible medication history in the emergency department: comparing pharmacy technicians and pharmacists. *Can J Hosp Pharm* 2010 Sep;63(5):359-65.
- (55) Mergenhagen KA, Blum SS, Kugler A, Livote EE, Nebeker JR, Ott MC, et al. Pharmacist- versus physician-initiated admission medication reconciliation: impact on adverse drug events. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 2012;10(4):242-50.
- (56) Feldman LS, Costa LL, Feroli ER, Nelson T, Poe SS, Frick KD, et al. Nurse-pharmacist collaboration on medication reconciliation prevents potential harm. *J Hosp Med* 2012;7(5):396-401.
- (57) Henneman EA, Tessier EG, Nathanson BH, Plotkin K. An evaluation of a collaborative, safety focused, nurse-pharmacist intervention for improving the accuracy of the medication history. *Journal of Patient Safety* 2014;10(2):88-94.
- (58) Carow F, Rieger K, Walter-Sack I, Meyer MR, Peters FT, Maurer HH, et al. Objective assessment of nonadherence and unknown co-medication in hospitalized patients. *Eur J Clin Pharmacol* 2012;68(8):1191-9.
- (59) Office fédéral de la santé publique. Des Ponts linguistiques pour mieux guérir. L'interprétariat communautaire et la santé publique en Suisse. 2011 [cited 2014 Dec 9]; Available from: [L16](#)
- (60) Ufficio federale della sanità pubblica, H+ Gli Ospedali Svizzeri. Diversità e pari opportunità. Basi per un'azione efficace nel microcosmo delle istituzioni sanitarie. Saladin P, editor. 2006. Berna, Stämpfli Pubblicazioni SA.

L15: www.patientensicherheit.ch/fr/th-mes/Implication-des-patients/PATEM-Patientenempfehlungen.html

L16: www.bag.admin.ch/shop/00038/00553/index.html?lang=fr

- (61) Ufficio federale della sanità pubblica. Interazione e qualità nel settore sanitario. 2014 [cited 2014 Dec 9]; Available from: [L17](#)
- (62) Ufficio federale della sanità pubblica. Migrazione e salute. 2014 [cited 2014 Dec 9]; Available from: [L18](#)
- (63) Franzen K, Lenssen R, Jaehde U, Eisert A. Medication Reconciliation - Theorie und Praxis. *Ther Umsch* 2014;71(6):335-42.
- (64) NHS Greater Glasgow and Clyde Area Drug and Therapeutics Committee. Medicines Reconciliation in Hospital. Good Practice Guidance. 2012.
- (65) Camenzind P, Bonassi T. Potentiels d'amélioration dans la qualité et la coordination des soins aux 55 ans et plus (Obsan Bulletin 2/2015). 2015 [cited 2015 Feb 6]; Available from: [L19](#)
- (66) Schwappach DL, Meyer Massetti C, Gehring K. Communication barriers in counselling foreign-language patients in public pharmacies: threats to patient safety? *Int J Clin Pharm* 2012;34(5):765-72.
- (67) Wachter R. Fokus Patientensicherheit. Fehler vermeiden, Risiken managen. Koppenberg J, Gausmann P, Henninger M, editors. 2010. Berlin, ABW Wissenschaftsverlag GmbH.
- (68) The Electronic Medication Reconciliation Group, Institute for Safe Medication Practices Canada and Canadian Patient Safety Institute. Paper to Electronic MedRec Implementation Toolkit. 2014 [cited 2014 Nov 20]; Available from: [L20](#)
- (69) Salanitro A, Kripalani S, Resnic J, Mueller S, Wetterneck T, Haynes K, et al. Rationale and design of the Multicenter Medication Reconciliation Quality Improvement Study (MARQUIS). *Health Serv Res* 2013;13:230.
- (70) Aly AF. Arzneimitteltherapie: Ein «Was ist Was» der Sicherheit. *Dt Ärztebl* 2014;111:A-1892 / B-1618 / C-1550.

L17: <http://elearning-iq.ch/it/>

L18: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/index.html?lang=it

L19: www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html

L20: www.ismp-canada.org/download/MedRec/2014_Paper_to_Electronic_MedRec_Implementation_ToolKit_FINAL.pdf

10 | Glossario

Il glossario contiene definizioni di termini relativi alla farmacoterapia e alla sicurezza della farmacoterapia utilizzati nel documento. Non vi sono invece riportati i concetti già spiegati e approfonditi lì dove menzionati (p.es. la migliore anamnesi farmacologica possibile).

Le definizioni contrassegnate con un asterisco (*) sono del gruppo di coordinamento per l'attuazione e l'aggiornamento progressivo del piano d'azione del Ministero della sanità tedesco volto al miglioramento della sicurezza della farmacoterapia, e sono state sottoposte ad approvazione in un processo strutturato (70).

Dosaggio

Quantità di principio attivo somministrata con ogni unità di forma galenica (p.es. 5 mg/pastiglia; 10 mg/ml ecc.).

Errore legato alla farmacoterapia*

Un errore legato alla farmacoterapia è una divergenza dal processo farmacologico considerato ottimale per il paziente che comporta o potrebbe comportare un pregiudizio fondamentalmente evitabile al paziente.

Questi errori possono verificarsi in qualsiasi tappa del processo farmacologico ed essere causati da chiunque partecipi a tale processo, in particolare medici, farmacisti, altri professionisti della salute, come pure dal paziente, dai suoi familiari o da terzi.

Evento farmacologico indesiderato* (in inglese *adverse drug event, ADE*)

Un evento farmacologico indesiderato è un evento dannoso che si verifica in un rapporto temporale con la somministrazione di farmaci.

Forma galenica

La formulazione farmaceutica utilizzata per preparare un farmaco, l'aspetto finale corrisponde a come un principio attivo viene somministrato (p.es. soluzione iniettabile, polvere, pastiglia, crema ecc.).

Gestione della farmacoterapia*

La gestione della farmacoterapia è la collaborazione coordinata delle persone coinvolte nel processo farmacologico volta a salvaguardare la sicurezza della farmacoterapia.

Posologia

Indicazione su quando e/o con quale frequenza giornaliera una dose di un determinato farmaco debba essere assunta (p.es. mattino, mezzogiorno e sera; 3 volte al giorno ecc.).

Problemi riconducibili ai farmaci* (anche problemi legati alla farmacoterapia; in inglese *drug-related problems, DRP*)

Eventi o circostanze nell'ambito della terapia farmacologica che impediscono effettivamente o potenzialmente il raggiungimento degli obiettivi mirati.

Processo farmacologico*

Il processo farmacologico comprende tutti i livelli della terapia farmacologica. Essenzialmente, si tratta delle fasi seguenti: anamnesi farmacologica – prescrizione – informazione al paziente – automedicazione – consegna/somministrazione – applicazione/assunzione – documentazione – monitoraggio della terapia/verifica della sicurezza della farmacoterapia – comunicazione/accordo – valutazione dei risultati.

Sicurezza della farmacoterapia*

La sicurezza della farmacoterapia è il complesso delle misure volte a garantire un processo farmacologico ottimale allo scopo di ridurre il numero di errori legati alla farmacoterapia e, di conseguenza, i rischi evitabili per i pazienti.

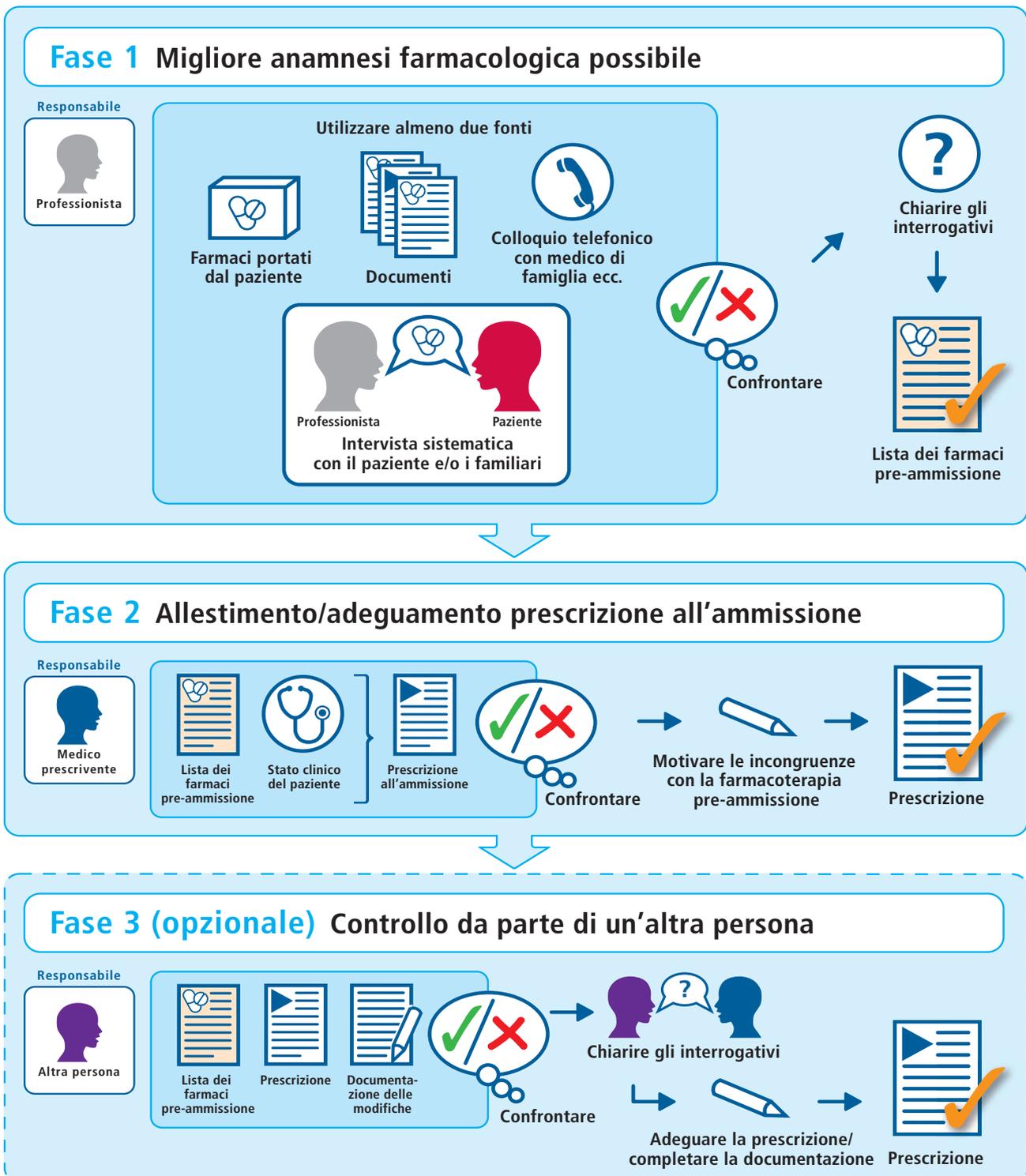


11 | Allegati



A Ammissione

**Entro
24 ore**



Panoramica delle fasi del processo per la verifica sistematica della farmacoterapia dall'ammissione alla dimissione

La verifica sistematica della farmacoterapia (o riconciliazione farmacologica) concerne tutte le fasi di una degenza ospedaliera: essa incomincia con l'ammissione, viene ripetuta a ogni trasferimento interno e svolta un'ultima volta al momento della dimissione. Di seguito, trovate una panoramica degli elementi centrali del processo.

A) Al momento dell'ammissione (vedi figura A)

Fase 1: migliore anamnesi farmacologica possibile

Obiettivo

Disporre di una lista dei farmaci pre-ammissione completa e precisa.

Chi

Definito dall'ospedale; le persone che se ne occupano devono ricevere la formazione del caso. Oltre al medico responsabile, può trattarsi di altre persone che dispongono di conoscenze specialistiche sui farmaci.

Che cosa

Tutti i farmaci e i rimedi utilizzati da un paziente al momento dell'ammissione in reparto vengono rilevati in modo completo e preciso (= migliore anamnesi farmacologica possibile), e documentati in una lista pre-ammissione.

- «Completo»: rilevare e documentare farmaci e rimedi soggetti e non soggetti a prescrizione medica, ossia anche quelli da banco (*over the counter*), i rimedi fitoterapici, gli integratori alimentari come le vitamine e i sali minerali, e quelli assunti al bisogno.
- «Preciso»: per tutti i farmaci e i rimedi rilevare e documentare almeno nome/principio attivo, dosaggio, forma galenica e posologia.

Come

Utilizzare *almeno due fonti di informazione*.

Possibili fonti:

- intervista sistematica con il paziente e/o i familiari
– questa fonte va adottata ogniqualvolta possibile, con l'ausilio di *linee guida per l'intervista*;
- farmaci portati dal paziente (con confezioni e/o foglietti illustrativi);
- fonti scritte/documenti (p.es. lista dei farmaci del medico inviante, lista della farmacia, piano della farmacoterapia del paziente, documentazione spitex o istituto di cura, lettera di dimissione di un ricovero precedente);
- ragguagli telefonici (p.es. colloquio con il medico di famiglia).

Svolgimento ideale:

- a. acquisizione di fonti di informazione affidabili sulla farmacoterapia, come fonti scritte, farmaci portati dal paziente ed eventualmente ragguagli telefonici;
- b. intervista sistematica con il paziente e/o i familiari, confronto contemporaneo con le altre fonti e documentazione dei dati sulla lista dei farmaci pre-ammissione;

- c. chiarimento degli interrogativi (p.es. chiedendo riscontro al medico di famiglia) e completamento della documentazione sotto forma di lista dei farmaci pre-ammissione;
- d. archiviazione della lista dei farmaci pre-ammissione in posizione centrale nella documentazione del paziente, con la conferma, da parte della persona definita quale responsabile, dell'avvenuta esecuzione della migliore anamnesi farmacologica possibile (p.es. con un visto).

Quando

Al più presto dopo l'ammissione ospedaliera, rispettivamente dopo la decisione di ammissione ospedaliera in caso di urgenza. Bisognerebbe rispettare se possibile una finestra temporale di 24 ore dopo l'ammissione.

Fase 2: allestimento/adequamento prescrizione all'ammissione

Obiettivo

Allestire la prescrizione all'ammissione considerando sistematicamente la lista dei farmaci pre-ammissione. Le modifiche rispetto a tale lista devono essere documentate e motivate.

Chi

Medico prescrivente

Come

- Processo ideale: idealmente, la prescrizione all'ammissione viene allestita *dopo* aver svolto la migliore anamnesi farmacologica possibile. Il prescrivente verifica che nella prescrizione all'ammissione siano riportati tutti i farmaci della lista pre-ammissione e che essa sia adeguata allo stato clinico attuale del paziente.
- Processo adattato: se la lista dei farmaci pre-ammissione è disponibile solo dopo l'allestimento della prescrizione all'ammissione, il medico prescrivente confronta i due documenti e verifica se alla farmacoterapia all'ammissione debbano essere aggiunti determinati preparati o se occorra apportare altre modifiche.
- Il prescrivente documenta e motiva le differenze rispetto alla farmacoterapia pre-ammissione (modifica, sostituzione, interruzione, sospensione).
- Il prescrivente conferma che questa fase del processo è stata conclusa (p.es. con un visto).

Quando

Possibilmente subito dopo l'allestimento della lista dei farmaci pre-ammissione. Bisognerebbe rispettare se possibile una finestra temporale di 24 ore dopo l'ammissione.

Fase 3 (opzionale): controllo da parte di un'altra persona

Obiettivo

Identificare ed eliminare eventuali incongruenze ancora presenti tra la lista dei farmaci pre-ammissione e la prescrizione ospedaliera all'ammissione.

Chi

Non il medico prescrivente, bensì un altro medico, rispettivamente un'altra persona definita dall'ospedale, la quale dispone di conoscenze specialistiche sui farmaci.

Come

- *Controllo*: tutti i farmaci della lista pre-ammissione sono stati considerati nella prescrizione all'ammissione, rispettivamente le eventuali modifiche sono documentate e motivate in modo comprensibile?
- Le incongruenze non motivate vengono chiarite con il medico prescrivente ed eliminate.
- La persona definita quale responsabile conferma che questa fase del processo è stata conclusa (p.es. con un visto).

Quando

Al più presto dopo l'allestimento della prescrizione all'ammissione e la ricezione della lista dei farmaci pre-ammissione. Bisognerebbe rispettare se possibile una finestra temporale di 24 ore dopo l'ammissione.

B Trasferimento interno

Fase 1 Allestimento della prescrizione nel reparto di accoglienza

Responsabile



Fase 2 (opzionale) Controllo da parte di un'altra persona

Responsabile



© Sicurezza dei pazienti Svizzera

B) In caso di trasferimento interno (vedi figura B)

Fase 1: allestimento della prescrizione nel reparto di accoglienza

Obiettivo

Allestire la prescrizione dopo il trasferimento del paziente considerando sistematicamente l'ultima farmacoterapia e la lista dei farmaci pre-ammissione. Gli adeguamenti della farmacoterapia devono essere documentati e motivati sistematicamente.

Chi

Medico prescrivente del reparto di accoglienza

Come

- La prescrizione dopo il trasferimento del paziente viene allestita confrontando la farmacoterapia del reparto di trasferimento e la lista dei farmaci pre-ammissione.
- In base allo stato clinico attuale del paziente, si verifica
 - a) se la continuazione della farmacoterapia in corso sia adeguata e
 - b) se determinati farmaci della lista pre-ammissione interrotti o sospesi debbano essere prescritti di nuovo.
- Gli adeguamenti della farmacoterapia (p.es. nuova prescrizione, modifica, interruzione) vengono documentati e motivati sistematicamente.
- La persona prescrivente conferma che questa fase del processo è stata conclusa (p.es. con un visto).

Quando

Se possibile, in contemporanea al trasferimento.

Fase 2 (opzionale): controllo da parte di un'altra persona

Obiettivo

Identificare ed eliminare eventuali incongruenze ancora presenti tra la prescrizione farmacologica del reparto di trasferimento, la prescrizione del reparto di accoglienza e la lista dei farmaci pre-ammissione.

Chi

Non il medico prescrivente, bensì un altro medico, rispettivamente un'altra persona definita dall'ospedale, la quale dispone di conoscenze specialistiche sui farmaci.

Come

- *Controllo*: ci sono incongruenze non motivate tra la prescrizione farmacologica del reparto di trasferimento, la prescrizione del reparto di accoglienza e la lista dei farmaci pre-ammissione? Se del caso, gli adeguamenti della farmacoterapia sono documentati e motivati in modo comprensibile?
- Le incongruenze non motivate vengono chiarite con il medico prescrivente ed eliminate.
- La persona definita quale responsabile conferma che questa fase del processo è stata conclusa (p.es. con un visto).

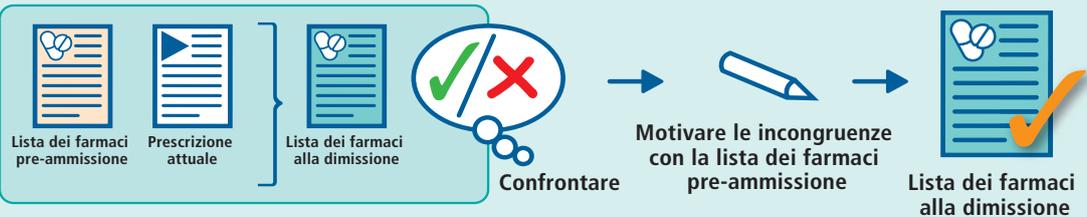
Quando

Al più presto dopo l'allestimento della prima prescrizione del reparto di accoglienza.

C Dimissione

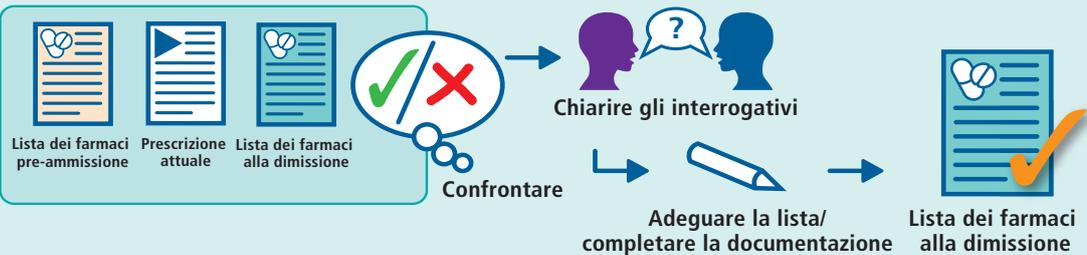
Fase 1 Allestimento della lista dei farmaci alla dimissione

Responsabile



Fase 2 (opzionale) Controllo da parte di un'altra persona

Responsabile



Fase 3 Colloquio con il paziente sulla farmacoterapia alla dimissione

Responsabile



Fase 4 Informazione ai fornitori di prestazioni

Responsabile



C) Al momento della dimissione (vedi figura C)

Fase 1: allestimento della lista dei farmaci alla dimissione

Obiettivo

Allestire la lista dei farmaci alla dimissione considerando sistematicamente la lista dei farmaci pre-ammissione e la farmacoterapia in corso. Le modifiche rispetto alla farmacoterapia pre-ammissione devono essere documentate e motivate sistematicamente.

Chi

Medico prescrivente

Come

- La lista dei farmaci alla dimissione viene allestita confrontando la lista dei farmaci pre-ammissione e la prescrizione farmacologica attuale.
- Si verifica
 - a) quali farmaci tra quelli prescritti durante la degenza debbano essere assunti, interrotti o modificati dopo la dimissione,
 - b) se determinati farmaci della lista pre-ammissione debbano essere assunti di nuovo e
 - c) quali nuovi farmaci debbano essere assunti dopo la dimissione.
- Gli adeguamenti rispetto alla farmacoterapia pre-ammissione devono essere documentati e motivati sistematicamente. Può trattarsi di:
 - nuovi farmaci prescritti durante la degenza;
 - farmaci della lista pre-ammissione interrotti;
 - farmaci della lista pre-ammissione adattati (dosaggio);
 - sostituzioni di preparati originali con generici e viceversa;
 - nuovi farmaci prescritti al momento della dimissione;
 - altre eventuali osservazioni (p.es. assunzione di preparati non soggetti a ricetta medica).
- La persona prescrivente conferma che questa fase del processo è stata conclusa (p.es. con un visto).

Quando

Momento consueto dell'allestimento della lista dei farmaci alla dimissione.

Fase 2 (opzionale): controllo da parte di un'altra persona

Obiettivo

Identificare ed eliminare eventuali incongruenze ancora presenti tra la lista dei farmaci pre-ammissione, la prescrizione farmacologica attuale e la lista dei farmaci alla dimissione.

Chi

Non il medico prescrivente, bensì un altro medico, rispettivamente un'altra persona definita dall'ospedale, la quale dispone di conoscenze specialistiche sui farmaci.

Come

- *Controllo*: ci sono incongruenze non motivate tra la lista dei farmaci pre-ammissione, la farmacoterapia in corso e la lista dei farmaci alla dimissione? Tutte le modifiche del regime farmacologico pre-ammissione rispetto alla farmacoterapia alla dimissione sono motivate e documentate?
- Le incongruenze non motivate vengono chiarite con il medico prescrivente ed eliminate.
- La persona definita quale responsabile conferma che questa fase del processo è stata conclusa (p.es. con un visto).

Quando

Al più presto dopo l'allestimento della lista dei farmaci alla dimissione.

Fase 3: colloquio con il paziente sulla farmacoterapia alla dimissione**Obiettivo**

Il paziente e/o i suoi familiari hanno compreso il regime farmacologico alla dimissione, inclusi le modalità di assunzione, le indicazioni e i potenziali effetti collaterali, e sono informati sulle modifiche rispetto alla lista dei farmaci pre-ammissione, come pure sui motivi di tali modifiche.

Chi

Definita dall'ospedale, la persona che se ne occupa deve ricevere la formazione del caso. Oltre al medico responsabile, può trattarsi di altre persone che dispongono di nozioni specialistiche sui farmaci e che sono al corrente della storia clinica del paziente.

Come

- La farmacoterapia alla dimissione viene spiegata sistematicamente al paziente e/o ai suoi familiari; vengono inoltre fornite informazioni supplementari (p.es. piano farmacologico alla dimissione).
- La persona definita quale responsabile conferma che questa fase del processo è stata conclusa (p.es. con un visto).

Quando

Poco prima della dimissione.

Fase 4: informazione ai fornitori di prestazioni**Obiettivo**

I fornitori di prestazioni che si occupano delle cure successive sono informati sulla farmacoterapia alla dimissione, sui cambiamenti rispetto alla farmacoterapia pre-ammissione e sui motivi di tali cambiamenti.

Chi

Persona da definire dall'ospedale.

Come

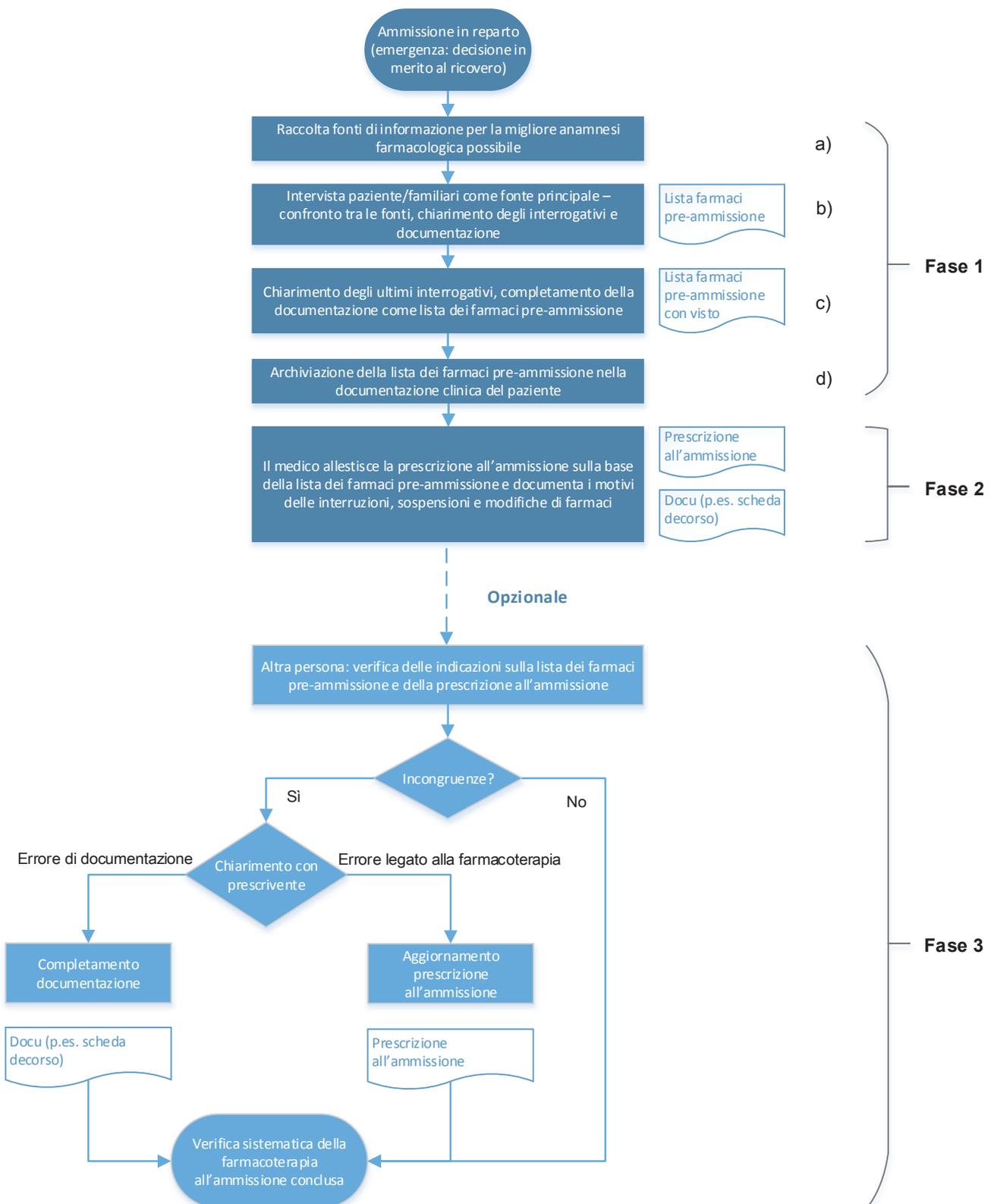
- Le informazioni sulla farmacoterapia alla dimissione vengono trasmesse al fornitore di prestazioni successivo. Può trattarsi:
 - del medico di famiglia/di altri medici curanti;
 - di un altro ospedale o di un'altra clinica in cui viene trasferito il paziente (p.es. clinica di riabilitazione);
 - di una casa anziani o di un istituto di cura;
 - dello spitex;
 - della farmacia di fiducia del paziente.
- La/le persona/e definita/e quale/i responsabile/i conferma/no che questa fase del processo è stata conclusa (p.es. con un visto).

Quando

Se possibile subito dopo la dimissione o all'occorrenza già prima della dimissione, non appena la farmacoterapia alla dimissione è definita.

Diagramma di flusso: processo ideale

Verifica sistematica della farmacoterapia al momento dell'ammissione



Linee guida per l'intervista per la migliore anamnesi farmacologica possibile

Indicazioni per la raccolta e la documentazione delle informazioni

Per ogni farmaco/preparato assunto dal paziente (anche irregolarmente), raccogliete e documentate le informazioni seguenti:

- nome commerciale/principio attivo
- dosaggio
- forma galenica
- posologia

Annotate eventuali differenze tra le modalità di assunzione del paziente e la prescrizione medica.

Le domande riportate di seguito sono intese come proposte: sequenza, perimetro e formulazione vanno adeguati alla situazione.

Introduzione

Presentatevi e spiegate la vostra funzione. Invitate il paziente a dire il suo nome.

- Vorrei parlare con lei dei farmaci e dei rimedi che assume a casa.
- È importante conoscere i farmaci che lei assume in modo da adattare correttamente la sua farmacoterapia.
- Ha una lista dei suoi farmaci o ha portato con sé le confezioni? (se non se ne dispone già)

Domande sulla farmacoterapia

- Quali farmaci assume regolarmente?
- Ci sono farmaci che assume al bisogno?
- Ci sono farmaci che assume solo una volta la settimana/ogni tot giorni/una volta al mese?
- Ci sono farmaci prescritti che ha interrotto o modificato di recente (oppure interrotti o modificati dal suo medico)?
 - ▶ Se sì, per quale motivo?

Se il paziente menziona dei farmaci o ha portato con sé delle confezioni, per ciascun farmaco/ciascuna confezione chiedete:

- con quale **dosaggio**? **Con che frequenza**? **Quando** assume XY? Prima, durante o dopo i pasti? (ev.: quando l'ha assunto l'**ultima volta**?) Ogni tanto salta qualche dose? (se non chiaro: **perché** assume XY?)

Altri preparati eventualmente non riportati sulla lista dei farmaci

Farmaci non soggetti a prescrizione medica

- Assume farmaci acquistati **in farmacia senza ricetta medica** (p.es. aspirina, lassativi, prodotti contro il bruciore di stomaco)?
 - ▶ Se sì, con quale dosaggio? Con che frequenza? Quando assume XY? Quando l'ha assunto l'ultima volta?
- Ci sono farmaci senza ricetta che assume al bisogno?

Gocce per gli occhi, le orecchie, il naso

- Utilizza **gocce per gli occhi**? **Gocce per le orecchie**? **Gocce per il naso/spray nasali**?
 - ▶ Se sì, quante gocce di XY? Con che frequenza? In quale occhio/orecchio/naso?

Preparati fitoterapici/integratori alimentari

- Assume **preparati fitoterapici** (p.es. iperico) od **omeopatici**?
 - ▶ Se sì, con che frequenza e quando assume XY?
- Assume **preparati vitaminici** (p.es. multivitaminici), **sali minerali** (p.es. calcio, ferro), **integratori** (p.es. glucosamina)?
 - ▶ Se sì, con che frequenza e quando assume XY?

Inalatori/cerotti/creme/pomate/gel/supposte/farmaci da iniettare/campioni/contraccettivi

- Assume farmaci da **inalare** (p.es. contro l'asma) o da **iniettare** (p.es. insulina, vitamina B)? Utilizza **cerotti** di qualsiasi tipo? **Crema, gel o pomate**? **Supposte** o compresse vaginali?
 - ▶ Se sì, con quale dosaggio? Con che frequenza? Quando assume o utilizza XY?
- Negli ultimi mesi il suo medico le ha dato **farmaci da provare**?
 - ▶ Se sì, quali?
- Donne: prende la **pillola** quale anticoncezionale o per altri motivi?

Farmaci per diagnosi/sintomi noti

Partite dalle diagnosi e dai sintomi esistenti per verificare l'assunzione dei relativi farmaci, p.es.:

- assume farmaci contro il diabete, l'ipertensione, l'insufficienza cardiaca ecc.?
- ha dichiarato di soffrire di diarrea: ultimamente ha assunto antibiotici?
- prende qualcosa contro il dolore, la costipazione, i disturbi del sonno ecc.?

Se è noto che il paziente è in cura da specialisti:

- il suo pneumologo, neurologo ecc. le prescrive dei farmaci?

Allergie ai farmaci

- Ha mai avuto **reazioni allergiche a un farmaco** (p.es. eruzione cutanea, gonfiori, affanno)?
 - ▶ Se sì, a quale e come si è manifestata?
- Soffre di altre **allergie**? Che cosa le provoca reazioni allergiche? Assume farmaci contro queste reazioni?

Conclusione

- Ecco, abbiamo concluso. Grazie mille per il suo tempo. Ha ancora domande?
- Se dovessero venirci in mente altre informazioni, la prego di contattarmi, così da aggiornare la lista.

Fonte: adattato da (6)

Esempio di una lista dei farmaci pre-ammissione compilata

Dati paziente (ev. etichetta)	Allergie/intolleranze
Cognome:	<i>Penicillina</i>
Nome:	
Data di nascita:	
Sesso:	
	<input type="checkbox"/> Nessuna allergia/intolleranza nota

Fonti dell'anamnesi farmacologica

<input checked="" type="checkbox"/> Intervista con il paziente/i familiari ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶	<input type="checkbox"/> Nessun'intervista a causa di
<input checked="" type="checkbox"/> Farmaci/confezioni	<input type="checkbox"/> difficoltà linguistiche
<input checked="" type="checkbox"/> Lista dei farmaci medico di famiglia: <i>Dr. Rossi, lettera ricovero</i>	<input type="checkbox"/> capacità insufficiente di fornire informazioni
	<input type="checkbox"/> altro:
<input type="checkbox"/> Altri documenti (p.es. lista farmacia/spitex/istituto di cura/riabilitazione, piano farmacologico paziente):	
	Osservazioni:
<input checked="" type="checkbox"/> Raggiugli telefonici (p.es. medico di famiglia, istituto di cura):	
<i>Farmacia Bianchi, Via Piccippocci 14, Modelandia</i>	

Farmacoterapia al momento dell'ammissione

Terapia prescritta dal medico	Automedicazione	Nome commerciale/principio attivo, incl. dosaggio e forma galenica	Posologia	Osservazioni (p.es. motivo dell'assunzione e note, ultima assunzione di farmaci presi irregolarmente, divergenze tra prescrizione e assunzione effettiva)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Beloc-Zok 50 mg pastiglie</i>	<i>1-0-0-0</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Vitamina D3 Wild olio 500 IE/goccia</i>	<i>1-0-0-0</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Ciprobay 500 mg pastiglie</i>	<i>1-0-1-0</i>	<i>Infezione vie urinarie; ancora 3 giorni</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Novalgin gocce 0,5 g/ml</i>	<i>20-0-20-0</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Dorzolamide/timololo Sandoz Gtt Ophth 2/0,5% (gocce)</i>	<i>1-0-1-0</i>	<i>Entrambi gli occhi / Assunzione viene spesso dimenticata</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Floradix ferro 100 mg forte pastiglie FTA</i>	<i>1-0-1-0</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Durogesic 12 µg/h cerotto</i>	<i>Ogni tre giorni</i>	<i>Ultimo cambio 5.10, ore 8</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Dospir Inhal Lös</i> <i>1 dose unica pronta all'uso (2,5 ml) contiene 0,52 mg ipratropiumbromide e 3,0 mg salbutamolo</i>	<i>1-1-1-0</i>	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Kytta sedativo compresse rivestite</i>	<i>1-0-1-1</i>	<i>Assunzione a lungo termine</i>

Farmaci assunti al bisogno

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Alfacorton crema 2,5 %</i>	<i>2x tgl.</i>	<i>Per la psoriasi</i>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Aspirina 500 mg pastiglie</i>	<i>Mass. 4 al giorno</i>	<i>Per i frequenti mal di testa</i>

Altre osservazioni (p.es. farmaci interrotti/sospesi da poco):

Il paziente non assume farmaci o altri rimedi

Visto della persona responsabile: *AB*

Data: *07.10.14*

Ora: *10.00*

Osservazioni per aggiornamenti successivi: *Aggiunto il 10.10.14: Kytta sedativo*

Diagramma di flusso: processo adattato per le fasi 1 e 2

Verifica sistematica della farmacoterapia al momento dell'ammissione, p.es. il fine settimana per i pazienti ricoverati d'urgenza

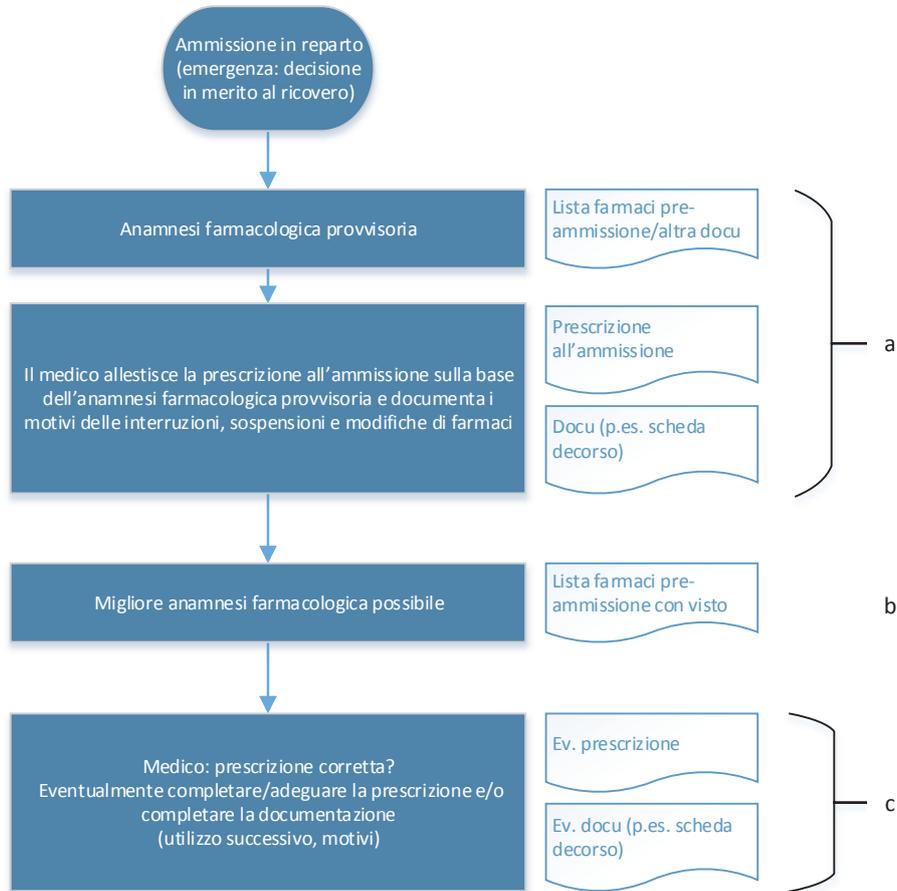
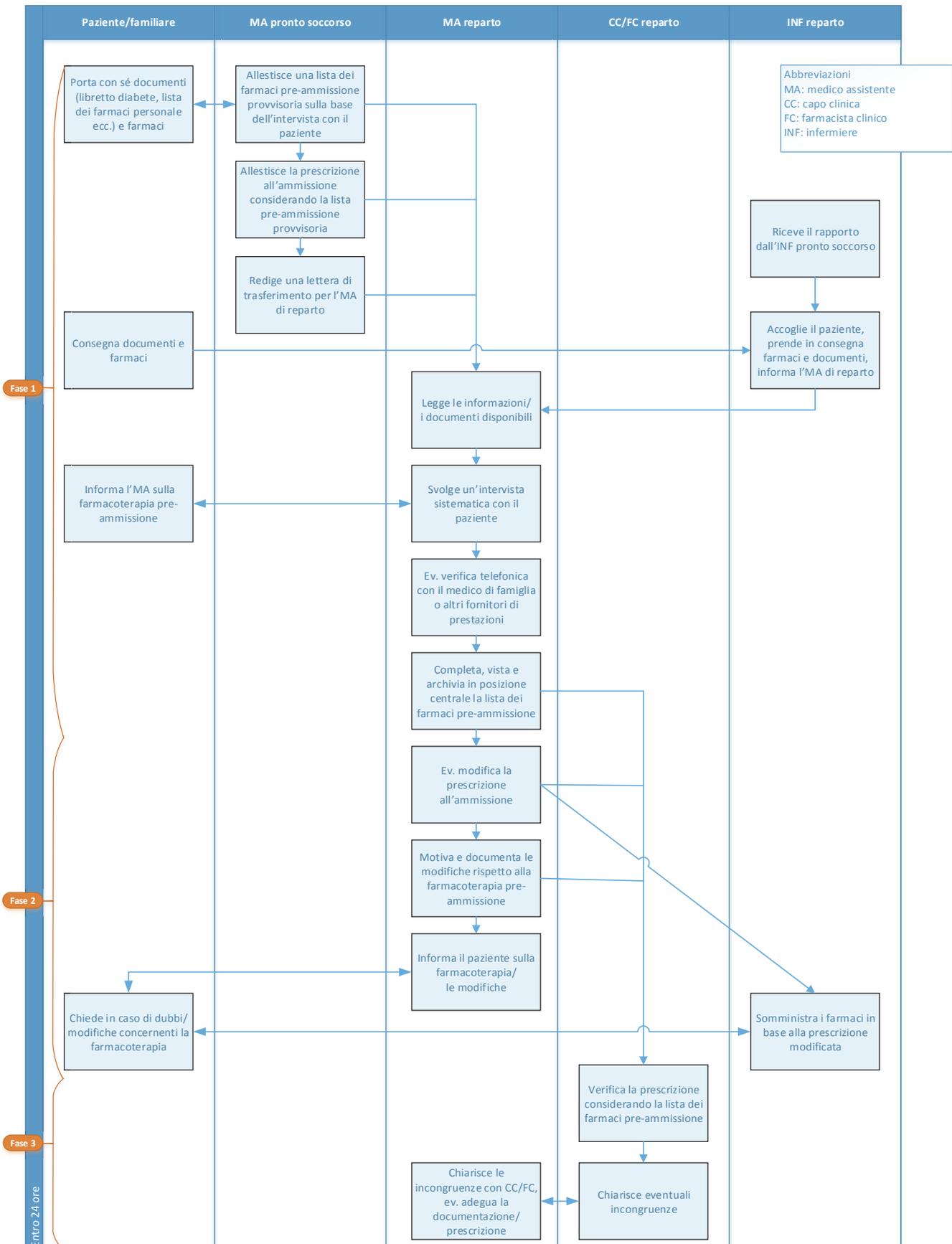
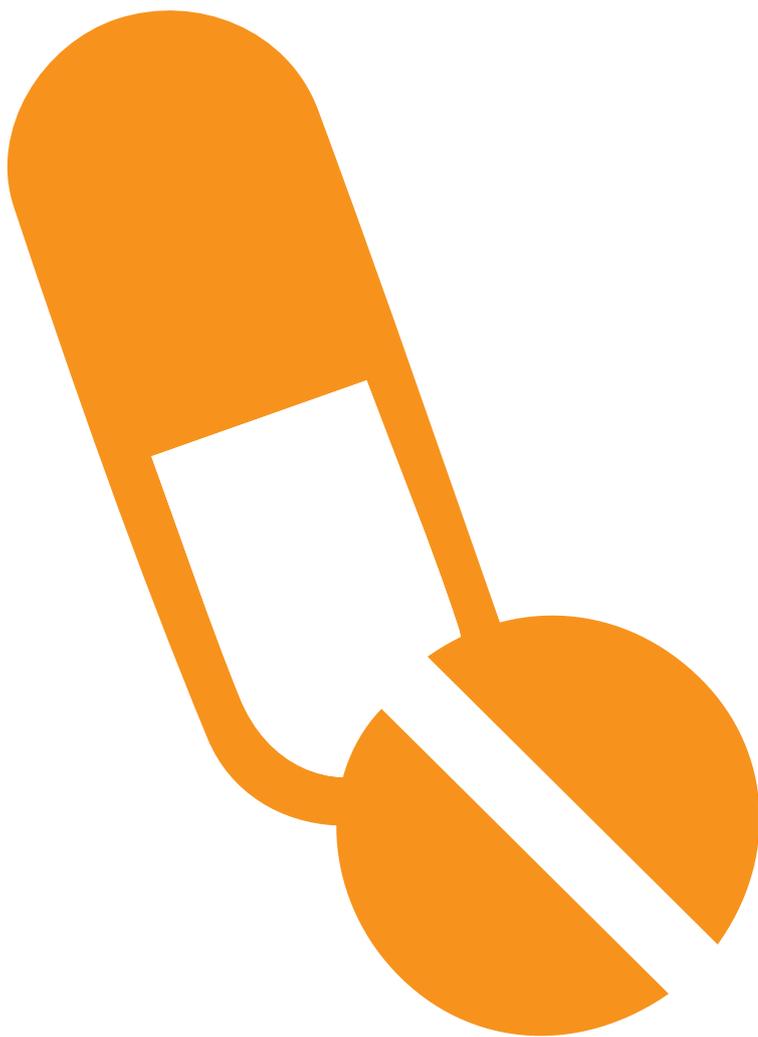


Diagramma di flusso interfunzionale: esempio di descrizione del processo mirato

Ammissione d'urgenza nel reparto di medicina durante un giorno settimanale



Pubblicazione Sicurezza dei pazienti Svizzera



Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Direzione e contatto
Asylstrasse 77, CH – 8032 Zurigo
Telefono +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.securitedespatients.ch
info@securitedespatients.ch

Sede della Fondazione
c/o Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche (ASSM),
Petersplatz 13, CH-4051 Basilea

ISBN 3-905803-17-8



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland