

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1099 del 18 agosto 2015

Sviluppo di strumenti per la gestione del rischio clinico: adozione di procedure per l'identificazione del paziente e della scheda unica di terapia.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Si propone l'adozione presso ogni struttura sanitaria, pubblica e privata, operante in ambito regionale, di procedure per l'identificazione del paziente e della scheda unica di terapia, facendole rientrare tra i requisiti per l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad un progressivo impegno da parte delle organizzazioni sanitarie nella sperimentazione di modelli innovativi finalizzati a perseguire l'appropriatezza nell'ottica del governo clinico, anche a garanzia di percorsi di cura efficaci, efficienti e sicuri.

Garantire la sicurezza dei pazienti rappresenta pertanto una sfida raccolta da tutti i sistemi sanitari evoluti in considerazione del diritto degli stessi a ricevere cure appropriate, efficaci e sicure.

Una delle azioni maggiormente efficaci è rappresentata dalla corretta identificazione del paziente, di particolare rilevanza in occasione di processi assistenziali particolarmente critici quali l'esecuzione di interventi chirurgici o procedure invasive, l'effettuazione di prelievi, la somministrazione di sangue ed emoderivati e la terapia farmacologica.

Come previsto dalla Raccomandazione del Ministero della Salute n. 3 del marzo 2008, denominata "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura", il paziente deve essere identificato da nome, cognome e data di nascita e il mezzo più idoneo per tale identificazione è rappresentato dalla semplice richiesta di confermare questi dati identificativi, da trascrivere successivamente in tutta la documentazione sanitaria.

La medesima raccomandazione prevede inoltre che la procedura identificativa debba essere attuata prima di somministrare la terapia, di eseguire un prelievo ematico, di inviare il paziente a eseguire prestazioni diagnostiche, e comunque prima dell'effettuazione delle stesse, di un intervento chirurgico e di una emotrasfusione.

Tutto ciò fermo restando che, in caso di paziente non collaborante, per l'identificazione ci si avvalga dei dati anagrafici presenti nella documentazione sanitaria e in caso di paziente sconosciuto lo stesso vada identificato con un codice alfanumerico da riportare su tutta la documentazione fino all'accertamento dell'identità.

Per quanto concerne l'attività operatoria, pur considerando che l'errata identificazione dei pazienti o del sito chirurgico risulta essere un evento avverso poco frequente ma che qualora si verifichi può provocare gravi conseguenze compromettendo seriamente la fiducia dei cittadini nei confronti dell'intero servizio sanitario, è opportuno rammentare come la succitata Raccomandazione ministeriale del marzo 2008 preveda espressamente l'applicazione della procedura di identificazione del paziente in occasione di tutte le procedure chirurgiche ed invasive, eseguite in sala operatoria o in altri "setting" ospedalieri.

In particolare, per la corretta identificazione, oltre che del paziente, del sito operatorio, è inoltre previsto che la procedura di identificazione si svolga in più fasi, ovvero nel periodo di preparazione all'intervento con la raccolta del consenso informato e il contrassegno del sito, prima dell'ingresso in sala operatoria e prima dell'incisione chirurgica secondo quanto proposto nel "Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist" redatto nell'ottobre del 2009 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, che già costituisce un requisito per l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie pubbliche e private ai sensi della DGR n. 2014 del 8 ottobre 2012.

Di estremo rilievo è inoltre la prevenzione degli eventi avversi dovuti ad errori in corso di terapia farmacologica, sia in ambito ospedaliero sia territoriale, oggetto di attenzione da parte dei principali Organismi internazionali che si occupano di sanità e da considerarsi come una priorità dell'assistenza sanitaria.

Secondo la definizione proposta dal National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), per errore di terapia va inteso ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale e prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente.

A tal fine è utile sottolineare come la valutazione dell'errore di terapia sia basata sulle modalità di impiego del farmaco e sul rischio clinico che ne può derivare, intendendo per rischio clinico la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ovvero subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, con un prolungamento della stessa, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte; non tutti gli errori di terapia determinano però un danno, in quanto la maggior parte possono essere considerati dei "near miss", ovvero dei potenziali eventi avversi.

Tra gli errori in terapia risultano molto frequenti quelli legati alla somministrazione dei cosiddetti farmaci "LASA (Look-Alike/Sound-Alike)", acronimo anglosassone utilizzato per indicare quei farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome, come riportato nella Raccomandazione del Ministero della Salute n. 12 dell'agosto 2010 denominata "Raccomandazione per la prevenzione degli errori con farmaci Look-Alike/Sound-Alike".

Gli errori nel processo di somministrazione dei farmaci possono essere schematizzati in errori di prescrizione, di interpretazione errata della scrittura del medico, di trascrizione e di somministrazione, e risultano principalmente ascrivibili a errate trascrizioni dalla cartella clinica al quaderno della terapia, a una difficile interpretazione della prescrizione medica e alla mancata visibilità del processo terapeutico nel suo complesso.

Emerge pertanto come l'errore di terapia possa originare da svariate situazioni presenti nelle diverse fasi del processo terapeutico, inteso come un processo multiprofessionale che va dalla prescrizione alla somministrazione, la cui responsabilità non ricade necessariamente sul singolo operatore ma su più individui in considerazione dei modelli organizzativi adottati.

Al fine di contrastare il fenomeno degli errori in terapia è unanimemente riconosciuta l'efficacia dell'adozione della scheda unica di terapia, strumento di comunicazione interna che ha la peculiarità di integrare in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati, da considerarsi parte integrante della cartella clinica, la cui tenuta, conservazione e informatizzazione sono disciplinate dalla Legge regionale 14 dicembre 2007, n. 34.

L'utilizzo della scheda unica di terapia consente l'effettuazione della prescrizione scritta, evitando prescrizioni verbali da parte dei medici, e consentendo la corretta identificazione del prescrivente e le caratteristiche del paziente da parte dei farmacisti coinvolti nei processi terapeutici che prevedono la preparazione del farmaco e allo stesso tempo permette di evitare pericolosi passaggi di trascrizione tra la cartella clinica e la documentazione infermieristica nel corso della somministrazione, conseguentemente permettendo un risparmio di tempo e garantendo nel contempo la piena tracciabilità, su un unico documento, di tutte le operazioni effettuate e dell'autore di ogni singolo intervento.

A fronte di quanto sopra esposto, con il presente provvedimento si propone, nell'ambito degli strumenti per la gestione del rischio clinico, che la procedura per l'identificazione del paziente e la scheda unica di terapia vengano adottate presso ogni struttura sanitaria operante in ambito regionale entro il 1 gennaio 2016 e che le stesse costituiscano requisiti per l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private.

Si dà atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

VISTA la DGR n. 2014 del 8 ottobre 2012;

VISTA la Legge regionale 14 dicembre 2007, n. 34;

VISTA la Raccomandazione del Ministero della Salute n. 3 del marzo 2008;

VISTO il "Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist" del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali dell'ottobre 2009;

VISTA la Raccomandazione del Ministero della Salute n. 12 dell'agosto 2010;

VISTO l'art. 2 co. 2 lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare l'adozione presso ogni struttura sanitaria, pubblica e privata, operante in ambito regionale, entro il 1 gennaio 2016, delle procedure per l'identificazione del paziente e della scheda unica di terapia;
2. di disporre che l'adozione delle procedure per l'identificazione del paziente e della scheda unica di terapia costituiscano requisiti per l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, operanti in ambito regionale;
3. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
5. la Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria è incaricata dell'esecuzione del presente atto;
6. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.