

22 marzo 2005

Farmaci in ospedale

Scambio ad alto rischio

Flaconi simili per sostanze diverse. O prescrizioni poco leggibili. Oppure, semplicemente, disattenzione... Gli errori nella somministrazione delle medicine hanno conseguenze anche fatali. E si potrebbero evitare

di **Laura Benfenati**

A Torino, un farmaco pericoloso che non doveva essere nell'armadietto del reparto di pediatria. A Todi, un disinfettante e un lassativo in due flaconi quasi identici. Sono errori accaduti in ospedale, che sono costati la vita, nel primo caso, in gennaio, a un bimbo di due anni; nel secondo caso, più recente, a due anziani. Al piccolo è probabile sia stato somministrato un antibiotico diluito con soluzione di potassio cloruro invece che con soluzione fisiologica di cloruro di sodio; agli anziani è stato fatto un clistere alla formaldeide (disinfettante per ambienti e materiale sanitario) invece che al sorbitolo. Nel nostro Paese, secondo il Consorzio universitario per l'ingegneria delle assicurazioni (CINEAS), su 8 milioni di ricoverati ogni anno, 320 mila riportano danni alle dimissioni. In molti casi le cause sono scambi di medicinali, sbagli nell'interpretazione delle prescrizioni mediche, errori nei modi di somministrazione e nei dosaggi. Non esistono statistiche specifiche sugli errori di terapia farmacologica nel nostro Paese, ma da una ricerca condotta dalla Sifo, la Società italiana di farmacia ospedaliera, in sette ospedali è emerso che ogni 100 prescrizioni si possono verificare da 4 a 15 errori. «Gli scambi tra farmaci o sostanze - spiega Giovanna Scroccaro, presidente della Sifo - accadono quando le confezioni sono troppo simili fra loro (colori e forme uguali, scritte piccole) e quando le informazioni essenziali (come la scritta "Veleno") sono poco evidenti. Spesso le confezioni di uno stesso produttore sono simili per colore, anche se il loro contenuto è completamente differente».

Una catena di eventi Spiega Scroccaro: «Nei vari studi condotti, in alcuni casi sono stati considerati "errori" anche la prescrizione medica in cui non viene riportata la via di somministrazione, oppure gli episodi in cui la grafia è poco leggibile o il nome del farmaco non è scritto per intero. E' più corretto in questi casi parlare di "errori di procedura", che normalmente vengono intercettati e corretti dall'infermiere all'atto della somministrazione del farmaco, prima che possano dare origine a un vero e proprio "errore di terapia"». Ma se la correzione non avviene per scarsa comunicazione, calo d'attenzione, processi non standardizzati, le conseguenze possono essere anche fatali. Nel caso di Torino, per esempio, quel farmaco non doveva essere in quell'armadietto. Negli Stati Uniti, proprio in merito al potassio cloruro l'Institute for Safe Medication Practices ha sensibilizzato le autorità e le industrie farmaceutiche perché fossero previste un'etichetta e chiusure particolari. Per anni sono stati molti, infatti, i rapporti alla Food and drug administration su decessi associati all'iniezione accidentale di potassio.

Responsabilità L'errore dell'infermiere che ha somministrato il farmaco al bambino è stato l'ultimo di una serie d'eventi che hanno portato quel flacone nel posto sbagliato. Le colpe non sono quasi mai del singolo operatore, ma vanno ricercate nell'organizzazione della gestione del medicinale in ospedale. Nel processo che va dalla prescrizione del medico alla registrazione della terapia da parte dell'infermiere, dalla richiesta alla farmacia alla consegna in reparto, dall'allestimento alla conservazione e alla somministrazione dei farmaci, esistono diversi punti critici. Più le operazioni sono complesse, più coinvolgono personale diverso, con qualifiche e turni diversi, più i rischi aumentano. «Nel caso degli anziani di Todi sarebbe importante sapere - spiega Paola Di Giulio, docente di Scienze infermieristiche all'Univ. di Torino - se chi ha commesso l'errore era un infermiere di reparto o uno degli infermieri di

agenzia, ai quali si ricorre in carenza di personale e che non possono conoscere tutte le procedure esistenti in quel reparto».

TRASCRIZIONE - IL PERICOLO DEI TROPPI PASSAGGI

Anche trascrivere la terapia può far cadere in errore. I medici sono responsabili della prescrizione, che deve essere chiara, leggibile e completa di dosaggi, modi e tempi di somministrazione. Questo, però, non sempre accade: in molti ospedali le prescrizioni sono trasmesse a voce e non riportate in cartella clinica; in alcuni casi risultano illeggibili per la scrittura del medico, oppure sono scritte a matita e non a penna e non sono firmate. Gli infermieri hanno la responsabilità di trascrivere manualmente nelle schede della terapia il nome del farmaco, la forma farmaceutica (compresse, supposte ecc.), il dosaggio, l'orario e la frequenza di somministrazione.

Tropi passaggi Esistono però modelli diversi di queste schede nei vari ospedali e spesso gli infermieri trascrivono specifiche terapie anche su fogli, quaderni e schemi riassuntivi per semplificare il loro lavoro. Questo aumenta i rischi che i dati della terapia vengano dispersi o interpretati male. Secondo alcuni studi condotti dagli infermieri negli ospedali di Legnano (MI) e di Chioggia (VE), infatti, la maggior parte degli errori avviene proprio in questa fase, quando farmaco e dosaggio sono trascritti dalla cartella clinica alla scheda di terapia. «Tropi passaggi generano confusione, - spiega Paola Di Giulio - e la trascrizione dalla cartella clinica alla scheda di terapia dovrebbe essere evitata. Se esistesse un unico documento, con la firma del medico che effettua la prescrizione e quella dell'infermiere che somministra il farmaco, si verificherebbero molto meno errori. Sarebbe molto importante investire in organizzazione, preparazione e aggiornamento degli infermieri, che dovrebbero essere in grado di riconoscere, per esempio, una dose evidentemente scorretta e da lì attivare un processo di verifica a ritroso per evitare l'errore di somministrazione».

Computer In alcuni ospedali è in fase sperimentale la prescrizione informatizzata: il medico inserisce la prescrizione nel computer palmare o da tavolo e l'infermiere stampa la prescrizione. Addirittura, in alcuni casi il medico può avere accesso a tutta una serie di informazioni sulle caratteristiche del farmaco, i suoi effetti collaterali, le interazioni con altri farmaci, che gli consentono di evitare errori nella prescrizione.

LE SOLUZIONI PER NON SBAGLIARE

Secondo i farmacisti ospedalieri è possibile intervenire in tutte le fasi del processo di gestione del farmaco per ridurre gli errori di terapia. Sono necessari, però, un cambiamento di cultura, innovazione tecnologica e modifiche gradualmente nel sistema organizzativo degli ospedali. Dati preliminari di alcuni studi che sta conducendo la Sifo in diversi ospedali italiani confermano che sistemi di prescrizione informatizzata e di distribuzione personalizzata del farmaco possono ridurre drasticamente gli errori.

La dose unitaria per esempio, è uno di questi. «Con il termine "dose unitaria" - spiega Scroccaro - si intende un sistema di distribuzione dei farmaci caratterizzato dalla verifica di ogni singola prescrizione e dall'allestimento in farmacia della terapia giornaliera per ogni paziente. In pratica, viene preparato un sacchettino o contenitore etichettato con nome e cognome, reparto e codice identificativo ospedaliero, contenente tutti i farmaci che quel paziente deve assumere durante la giornata, con le indicazioni sulle modalità di assunzione. Questo consente una verifica da parte del farmacista dei dosaggi prescritti e quindi un doppio controllo sulla prescrizione, nonché l'impossibilità in reparto di scambiare farmaci».

Gli armadi informatizzati permettono, invece, di prelevare solo i farmaci realmente prescritti. Si tratta di distributori automatici: se l'operatore non è stato identificato e il farmaco non è stato prescritto, non è possibile prelevarlo. In alcuni armadi più sofisticati, digitando il nome del malato si possono prelevare soltanto i farmaci a lui riservati e nell'orario indicato nella ricetta. «Purtroppo questi sistemi sono costosi e non sono di immediata attuazione - spiega il presidente dei farmacisti ospedalieri - perché richiedono investimenti economici e di personale; per fare un esempio, negli ospedali anglosassoni c'è un farmacista in ogni reparto, in quelli italiani c'è un farmacista ogni 100-200 pazienti».

Liste chiuse di farmaci per reparto, in modo da impedire l'ordine dei prodotti a maggior rischio (come il cloruro di potassio in un reparto di pediatria) se non previa autorizzazione da parte del farmacista, sono un altro sistema correttivo, che non richiede di modificare l'attuale sistema di distribuzione ospedaliera. Si dovrebbe, comunque, prevedere la conservazione dei medicinali più rischiosi in appositi armadi, sia in farmacia sia nei reparti, e mettere in evidenza la loro pericolosità mediante etichette di avvertimento.

Infine, per alcuni farmaci particolari, per i quali anche una piccola variazione di dosaggio può creare gravi danni al paziente, dovrebbe essere sempre previsto il controllo del farmacista su ogni prescrizione.

SICUREZZA: IL CARRELLO INTELLIGENTE

Il progetto "Modulo clinica sicura", adottato all'ospedale San Raffaele di Milano, consente a tutti gli operatori sanitari di condividere le informazioni aggiornate su pazienti e farmaci e di rilevare in modo tempestivo eventuali interazioni tra medicinali, errori di dosaggio e di preparazione, allergie del paziente. I due elementi di questo sistema avanzato sono il "carrello intelligente" e il "braccialetto informatizzato" al polso del malato. Il primo è utilizzato in corsia ed è dotato di un computer portatile provvisto di software dedicati al farmaco e agli esami di laboratorio, di una stampante di etichette, di un lettore ottico per i codici bidimensionali dei farmaci, di un lettore di smart card per riconoscere l'operatore e di un sistema di dispensazione dei medicinali automatizzato. Il braccialetto informatizzato, che contiene i dati identificativi e clinici della persona ricoverata, consente agli operatori di riconoscere il paziente con assoluta sicurezza. L'utilizzo di queste nuove tecnologie ha consentito di portare quasi a zero gli errori di somministrazione.

6 marzo 2005

Laura Benfenati

[stampa](#) | [chiudi](#)