

PREFAZIONE

Un invito ad agire

Mi torna in mente uno dei primi compiti assegnatimi, da neolaureato in Farmacia, dopo aver incominciato a esercitare la professione in una farmacia ospedaliera. Un ispettore mi chiese di eseguire dei controlli mensili sui farmaci e i materiali con procedura di prelievo semplificata a disposizione degli operatori in diverse unità infermieristiche. «È un compito proprio facile» mi disse. «Basta semplicemente andare in ciascuna unità infermieristica, controllare eventuali farmaci scaduti e verificare la mancanza di qualcosa, annotando tutto in questo modulo». Ogni mese svolgevo questo compito senza pensarci troppo. Altri farmacisti con i quali lavoravo dovevano eseguire compiti simili in differenti unità.

Francamente, non apprezzavamo molto l'importanza di questo lavoro e, in realtà, non trovammo molte opportunità di miglioramento, né nella prevenzione dei rischi, né nella collaborazione con il personale infermieristico e medico. In effetti, nessuno ci aveva mai fatto rilevare la necessità di verificare eventuali condizioni di rischio nella conservazione dei farmaci, a parte suggerirci di controllare che quanto doveva essere conservato in frigorifero fosse effettivamente mantenuto alla giusta temperatura e che i prodotti per uso esterno fossero conservati separatamente dai farmaci per somministrazione sistemica. Non consideravamo davvero quanto le condizioni di conservazione possano contribuire al verificarsi di errori nella somministrazione dei farmaci.

Poco dopo, un infermiere che voleva ritirare un flacone di gocce oculari da un armadietto in cui erano conservati dei farmaci prese accidentalmente un flacone, somigliante al primo e conservato vicino ad esso, ma contenente della soluzione per l'esame del sangue ocul-

to (perossido di idrogeno al 4,2% e alcol etilico denaturato all'80%). Questa soluzione, quando fu instillata nell'occhio di un paziente, provocò un intenso dolore, che fortunatamente scomparve a seguito dell'irrigazione con soluzione fisiologica. Quando seppi dell'errore, diversi giorni dopo, mi resi conto che si era verificato in una delle unità di cui io mi occupavo.

Il racconto di quest'errore fu per me una rivelazione. Avevo anch'io qualche responsabilità? Avrei potuto fare qualcosa per evitarlo? Ritenni di sì e arrivai alla conclusione che, evidentemente, ci sarebbe stato da fare qualcosa di più di un semplice controllo di magazzino con identificazione dei farmaci scaduti.

Nel corso del successivo incontro del personale di farmacia, discutemmo dell'errore e stabilimmo, insieme, che durante i nostri controlli avremmo potuto fare di più per la prevenzione dei rischi per i pazienti. Fummo concordi riguardo al fatto di eseguire giri di ispezione regolari, allo scopo di osservare con attenzione, e in una prospettiva differente, i farmaci conservati nelle unità di terapia: nella prospettiva, cioè, di individuare i rischi ambientali e le circostanze in grado di condurre a errori. Fu stupefacente il fatto che, quando incominciammo a cercare gli elementi di rischio, i nostri occhi iniziarono a scoprire facilmente condizioni di conservazione dei farmaci in grado di condurre a errori.

Uno dei primi problemi che scoprimmo fu che il dipartimento centrale deputato ai rifornimenti aveva distribuito flaconi di soluzione di cloruro di sodio al 5% ad un'unità di terapia, senza che noi ne fossimo informati. Trovammo flaconi da 500 ml di soluzione di cloruro di sodio al 5% nello stesso armadietto che conteneva flaconi da 500 ml di soluzione di cloruro di sodio allo 0,9% da somministrarsi per via iniettiva. Avevamo avuto notizia, da un farmacista di un altro ospedale, che la soluzione di cloruro di sodio al 5% era stata erroneamente scambiata per soluzione di glucosio al 5% e di cloruro di sodio allo 0,9% da somministrarsi per via endovenosa: un errore potenzialmente letale. Intervenimmo immediatamente per correggere questa situazione, evitando altri rischi per i pazienti, ma, se fosse stata somministrata per errore la soluzione più concentrata di cloruro di sodio, si sarebbero potuti verificare danni gravi.

Poiché dovevamo continuamente intervenire per eliminare condizioni pericolose di conservazione, coinvolgemmo nel processo altri esperti farmacisti e tecnici. Imparammo, inoltre, l'importanza di tenere un elenco aggiornato delle soluzioni da somministrare per via

endovenosa potenzialmente pericolose, soluzioni che SOLAMENTE il personale della farmacia avrebbe dovuto distribuire. In quella circostanza denominammo queste soluzioni come «farmaci ad alto livello di attenzione», espressione che ha percorso l'odierna definizione estesa di «presidi terapeutici ad elevata necessità di vigilanza».

Negli ultimi anni, attraverso il programma di raccolta dei dati sugli errori inerenti ai farmaci (Medication Errors Reporting Program) a cura di United States Pharmacopeia – Institute for Safe Medication Practices (USP-ISMP) molti farmacisti, infermieri e medici hanno riportato errori tragici legati a condizioni di conservazione dei farmaci non sufficientemente esenti da rischi. I dati raccolti hanno chiarito che l'elemento fondamentale di miglioramento consiste nel rilevamento delle condizioni di conservazione che favoriscono gli errori e gli altri problemi inerenti ai vari sistemi, anziché focalizzare l'attenzione sugli operatori sanitari coinvolti negli errori.

Ad esempio, abbiamo ricevuto segnalazioni relative a incidenti derivanti dal fatto che fissativi tessutali, materiali corrosivi, insetticidi, detergenti per gabinetti, disinfettanti sono stati scambiati per farmaci da somministrare per via sistemica, soprattutto a causa del fatto che erano conservati gli uni vicino agli altri. Questi incidenti dimostrarono la necessità di separare i prodotti non farmacologici e per uso esterno dai farmaci sistemici. Tali segnalazioni evidenziarono, inoltre, l'importanza di una sorveglianza globale, da parte della farmacia, sulle condizioni di conservazione dei farmaci, svolta attraverso visite di routine presso tutte le aree ospedaliere, fra cui i dipartimenti di pneumologia e di radiologia, nonché presso altre aree in cui i farmaci possono essere conservati o somministrati.

Azioni compiute dal personale non medico possono, inoltre, dar luogo involontariamente a incidenti connessi all'uso dei farmaci oppure evitarli. Ad esempio, abbiamo avuto notizia di un idraulico che, inavvertitamente, aveva lasciato un piccolo flacone di colla nel bagno di un paziente, dopo aver eseguito una riparazione. In seguito, il paziente ha instillato la colla, per errore, in un occhio, ritenendo che si trattasse di gocce oculari. Un altro esempio è il caso di un operaio che aveva riempito con liquido per uso idraulico dei contenitori di detergente vuoti; tale liquido è stato, in seguito, utilizzato per lavare migliaia di strumenti chirurgici in diversi ospedali. In un altro caso, ancora, il personale addetto ai servizi ambientali aveva usato un flacone vuoto di cloruro di sodio per irrigazione, per preparare una soluzione di lavaggio dei pavimenti, la quale, essendo stata lasciata nel-

l'area della sala operatoria, sarebbe potuta essere impiegata erroneamente. Si evince chiaramente, dunque, che *qualsiasi* operatore può svolgere un ruolo essenziale nella prevenzione dei rischi per i pazienti. Questo punto costituisce un elemento distintivo nelle organizzazioni dotate di una cultura della prevenzione dei rischi.

Un altro rischio correlato alle condizioni di conservazione dei farmaci riguarda i prodotti con confezioni o nomi somiglianti, per scrittura o per pronuncia, a quelli di altri. Abbiamo ricevuto diverse segnalazioni riguardanti casi di prodotti con etichette simili, posti gli uni accanto agli altri, o con nomi somiglianti, come *epinefrina* (adrenalina, ndt) ed *efedrina*, che hanno svolto un ruolo nel determinarsi di un errore.

Abbiamo imparato che perfino il modo in cui sono etichettati i contenitori dei farmaci può avere conseguenze sulla prevenzione dei rischi, in quanto gli operatori sanitari tendono a leggere l'etichetta che si trova sul contenitore, ma non quella che si trova sul singolo prodotto. Abbiamo osservato, inoltre, che le condizioni fisiche e ambientali rischiose, come la cattiva illuminazione, l'eccessivo calore o rumore, lo spazio inadeguato per la conservazione e la preparazione dei farmaci, le interruzioni o le distrazioni causate da altre attività, svolgono un ruolo significativo nel provocare errori che possono danneggiare i pazienti.

Anche i difetti nelle procedure di prevenzione dei rischi legate all'immagazzinamento e agli spostamenti dei farmaci conservati nei dispensatori automatici hanno condotto ad errori. Nonostante standard collaudati, troppo spesso sono stati elusi i sistemi cruciali di controllo tra farmacista e personale infermieristico, soprattutto quando le prime dosi sono state prelevate da uno stock, prima che un farmacista avesse controllato la prescrizione. Il fatto che i farmaci a disposizione degli operatori per l'uso al bisogno, compresi quelli conservati nei dispensatori automatici, per quantità e per varietà non rispondano ai requisiti di sicurezza, può contribuire a determinare conseguenze potenzialmente pericolose. Inoltre, le condizioni ambientali che espongono i farmaci ad alterazioni, furti e sprechi possono provocare errori e aumento dei costi per i servizi sanitari.

Tutte queste problematiche legate alla conservazione dei farmaci devono essere prese in considerazione e gestite nel modo migliore, se si vuole seriamente affrontare la nostra maggiore responsabilità professionale, che consiste nel tenere i pazienti al riparo dagli effetti indesiderati dei farmaci. Questo è il messaggio principale che gli operato-

ri sanitari certamente trarranno dalla lettura del libro *Conservazione e sicurezza dei farmaci. Una guida pratica*. Attraverso case study, analisi degli standard e delle prescrizioni di legge, nonché attraverso un approfondito esame dei molti risvolti relativi ai sistemi di conservazione dei farmaci e alla loro sicurezza, questo libro offre un solido fondamento e una varietà di strumenti per costruire un progetto di miglioramento. I lettori, inoltre, arriveranno a comprendere in modo approfondito che, per perseguire gli obiettivi, è necessario lavorare assieme a pazienti e collaboratori, compresi quelli che non si occupano direttamente dell'assistenza o che se ne occupano in misura marginale. Questo libro, che rappresenta un importante acquisto per le nostre biblioteche, costituirà certamente una base per i nostri sforzi volti a garantire che i prodotti farmaceutici siano conservati in modo sicuro e che i pazienti siano al riparo dal pericolo di essere danneggiati.

Michael R. Cohen

President

Institute for Safe Medication Practices