



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CATANIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL FARMACO
Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera

MADONIA MARIA

Sicurezza e gestione dei farmaci in ambiente
penitenziario.

Nuova realtà per le ASP Siciliane

Tesi di specializzazione

Relatore:

Chiar.mo Prof. Rosario Pignatello

Correlatrice:

Preg.ma Dott.ssa Maria Anna D'Agata

Anno accademico 2015-2016

INDICE

1. Introduzione

1.2 Il contesto regionale: dalla sanità penitenziaria al Servizio

Sanitario Regionale

1.3 Generalità

1.4 Obiettivi dello studio

1.5 Organizzazione penitenziaria siciliana

1.6 Le unità operative di medicina penitenziaria: “il team multidisciplinare”

1.7 Valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi

2. Prestazioni specialistiche da erogare all'interno degli istituti penitenziari

2.1 ambulatori

2.2 strumenti

3. Farmacie e descrizione delle attività nella gestione clinica del farmaco

4. Raccomandazioni ministeriali

4.1 Raccomandazione n.7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

4.2 Raccomandazione n.12 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci “lookalike/sound-alike

4.3 Raccomandazione n. 17 - riconciliazione della terapia
farmacologica

5 Le segnalazioni

5.1 Farmacovigilanza

5.2 Incident reporting

6. Detenuti e tossicodipendenza

7. Scopo del lavoro

8. Risultati

8.1 Detenuti presenti e capienza regolamentare degli istituti
penitenziari: situazione al febbraio 2017

8.2 Consumo dei farmaci

9. Conclusioni

Bibliografia e sitografia

1. INTRODUZIONE

L'uso sicuro dei farmaci è obiettivo di primaria importanza nell'attività sanitaria, in quanto componente fondamentale della qualità dell'assistenza. E' pertanto importante adottare tutte le misure che concorrono a raggiungere la massima sicurezza nell'uso dei farmaci, quali l'adozione, la diffusione e l'implementazione di "pratiche" finalizzate all'eliminazione dei pericoli, all'aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie e alla razionalizzazione della spesa sanitaria. Il Ministero della Salute ha sviluppato un sistema di Buone Pratiche/Raccomandazioni, alcune delle quali rivolte alla gestione dei farmaci, che individuano le situazioni a elevato rischio di errore e sono volte a promuovere la realizzazione di azioni mirate a raggiungere maggiori livelli di sicurezza. Scopo della tesi è quello di individuare le procedure e linee guida per la gestione e l'uso sicuro dei farmaci, negli istituti penitenziari tenendo conto della peculiarità del contesto carcerario, che:

- non è assimilabile ad altri contesti sanitari;
- è amministrato dal Ministero della Giustizia secondo specifiche normative che possono riflettersi sull'organizzazione delle attività sanitarie;
- ospita persone che sono private della propria libertà e che dipendono da altri soggetti anche per i bisogni di salute (es. accesso alla terapia farmacologica);
- soggetti che possono assumere atteggiamenti inopportuni verso il proprio stato di salute proprio per la condizione di privazione di libertà.

1.2 IL CONTESTO REGIONALE: DALLA SANITÀ PENITENZIARIA AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Nel 2008 le funzioni sanitarie in ambito carcerario sono state trasferite dal Ministero di Grazia e Giustizia al Sistema Sanitario Nazionale.

Il Decreto Legislativo 222 del 15 dicembre 2015 "Norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Sicilia per il trasferimento delle funzioni in materia di Sanità Penitenziaria" trasferisce al Servizio Sanitario Regionale tutte le funzioni sanitarie fin qui svolte dall'Amministrazione Penitenziaria nell'ambito degli istituti di propria competenza in regione Sicilia.

Il Decreto definisce modalità e criteri per il contestuale transito, oltre che delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

La Regione Sicilia, con il predetto decreto, attraverso il Servizio Sanitario Regionale (tramite le ASP per ambito di competenza territoriale) e in accordo con il Piano Sanitario Nazionale (PSN) garantisce alle persone detenute, come avviene per tutti i cittadini liberi residenti nel territorio, i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria.

In base alla legge 833/1978 ed al D.Lgs. 502/1992, ogni Regione determina l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), i criteri di finanziamento dei servizi territoriali ed il loro funzionamento, il programma degli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi di salute. La funzione di programmazione è svolta mediante Piani Sanitari Regionali pluriennali adottati in coerenza con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

I LEA, includono la medicina di base, l'assistenza medica specialistica, l'assistenza farmaceutica, l'intervento sulle tossicodipendenze, la vigilanza sull'igiene e la prevenzione.

La Regione Sicilia, in tal senso, tenendo conto della specificità della condizione di reclusione e di privazione della libertà, si pone il raggiungimento dei principali obiettivi di salute, attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli istituti di pena.

Nell'agosto del 2016 l'Assessorato della Salute ha emanato le linee guida in tema di trasferimento dei rapporti di lavoro dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile alle Aziende Sanitarie Provinciali (AA.SS.PP.) del SSN nei cui territori sono ubicati gli istituti penitenziari ed i Servizi Minorili.

1.3 GENERALITÀ

Il processo di **gestione clinica del farmaco**, in generale, definisce tutto il percorso che va dal momento in cui il farmaco viene prescritto a quello in cui viene somministrato e/o smaltito e dovrà comprendere le seguenti fasi:

- prescrizione della terapia farmacologica;
- prescrizione particolari: gas medicinali, farmaci off-label e farmaci contenenti veleni;
- continuità della terapia farmacologica al cambio di setting assistenziale;
- approvvigionamento, richiesta e gestione dei farmaci;
- preparazione della terapia farmacologica;
- somministrazione della terapia farmacologica;
- autogestione dei farmaci;
- gestione della terapia “al bisogno”;
- gestione dei farmaci personali della persona detenuta;
- aderenza alla terapia;
- gestione e conservazione dei “campioni gratuiti” di medicinali;
- smaltimento dei prodotti scaduti/inutilizzabili;
- strumenti di segnalazione per la gestione del rischio.

Tutti coloro che intervengono nelle varie fasi del processo di gestione clinica del farmaco dovrebbero avere un'adeguata conoscenza/competenza, correlata al profilo professionale, su:

- uso del farmaco, così come delle precauzioni e delle controindicazioni;
- risultati attesi dal suo uso;
- potenziali reazioni avverse e interazioni con altri farmaci, con alcuni cibi o con prodotti non convenzionali;
- azioni da intraprendere, nel caso compaiano reazioni avverse.

Ai sanitari coinvolti nel processo terapeutico devono essere resi disponibili idonei supporti tecnici e collaborazioni professionali, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti farmacologici, tossicologici e di sicurezza.

In rapporto alle fasi del processo terapeutico e alle attività in esso concretamente svolte, il professionista deve avere accesso alle informazioni inerenti le condizioni della persona detenuta.

Durante le attività di gestione clinica dei farmaci, per quanto possibile, è importante evitare interruzioni, con particolare riguardo ai momenti di: prescrizione, preparazione e somministrazione.

E' necessaria una relazione efficace fra l'équipe sanitaria e la persona detenuta, oltre che per sviluppare un intervento clinico-assistenziale appropriato e rispettoso della volontà del cittadino, anche per rendere più sicuro l'intervento stesso.

Il coinvolgimento diretto della persona detenuta o della persona che lo assiste (opportunamente formata) deve essere ricercato sia nella fase prescrittiva sia

nella fase di somministrazione o di consegna dei medicinali per la possibile autogestione della terapia.

Alla persona detenuta deve essere fornita completa informazione sul percorso di cura proposta, devono essere illustrati gli effetti ricercati con la terapia, la possibile tossicità, le relazioni con il cibo e la vita quotidiana.

1.4 OBIETTIVI DELLO STUDIO

- Analisi delle procedure attualmente in uso nella gestione clinica dei farmaci negli istituti penitenziari dell'Area metropolitana di Catania
- Analisi sui consumi dei farmaci nei diversi istituti
- Individuazione delle criticità presenti
- Misure correttive adottabili, in accordo alle linee guida nazionali e alle Raccomandazioni Ministeriali.

1.5 ORGANIZZAZIONE PENITENZIARIA SICILIANA

La Sicilia è una delle Regioni con la più alta concentrazione di istituti di pena, con 18 Case Circondariali e 5 Case di Reclusione, distribuite sul territorio regionale e dislocate nell'ambito di 9 aziende A.S.P..

La differenza tra Casa Circondariale e Casa di Reclusione sta nella pena da scontare. Nelle Case di Reclusione ci sono detenuti condannati in via definitiva con pene superiori ai tre anni. Nella Casa Circondariale sono accolti coloro che sono in attesa di sentenza definitiva e i definitivi con condanna inferiore ai tre anni.

Le strutture presenti nel territorio nell'Area metropolitana di Catania sono:

- Casa Circondariale Bicocca (Catania)
- Casa Circondariale di Caltagirone
- Casa Circondariale Piazza Lanza (Catania)
- Casa Circondariale di Giarre
- Casa Circondariale di Acireale

La definizione dei modelli organizzativi per gli istituti di pena deve tener conto di criteri che diversifichino le realtà penitenziarie sulla base delle loro caratteristiche: capienza, tipologia dei ristretti (donne, disabili, persone affette da specifiche patologie), particolari esigenze di sicurezza (alta sicurezza, collaboratori di giustizia).

Si rende pertanto necessario assicurare al Sistema Sanitario Penitenziario un'organizzazione omogenea dei servizi stessi rendendoli congrui con quelli erogati in ambito sanitario distrettuale ed ospedaliero e conferendo la

necessaria continuità alle funzioni trasferite. L'attenzione programmatica dei sistemi organizzativi in ambito sanitario penitenziario deve pertanto, tener conto della necessità prioritaria di intervento nei seguenti ambiti operativi:

-la medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi e, più in generale di tutta la popolazione detenuta adottando il modello della medicina di iniziativa e non d'attesa

-le risposte alle urgenze e la garanzia del primo soccorso

-le prestazioni specialistiche;

-le patologie infettive;

-la prevenzione, la cura e la riabilitazione per le dipendenze patologiche;

-la prevenzione, la cura e la riabilitazione nel campo della salute mentale;

-la presa in carico delle problematiche dei detenuti e la riduzione del rischio suicidario e auto lesivo;

-la tutela della salute delle detenute e della loro prole;

-la tutela della salute delle persone immigrate;

-tutela della salute mediante le nuove tecnologie e la telemedicina.

1.6 LE UNITÀ OPERATIVE DI MEDICINA PENITENZIARIA:

“IL TEAM MULTIDISCIPLINARE”

Il personale sanitario

Presso gli istituti penitenziari opera personale individuato dall'ASP per l'erogazione dei servizi definiti da un modello organizzativo condiviso.

Il modello organizzativo prevede:

- Un Medico Coordinatore di tutte le professioni sanitarie coinvolte ed assegnate all'istituto che, come referente, definisce i generali bisogni assistenziali dei detenuti, mantiene costanti rapporti con la Direzione penitenziaria e le sue articolazioni funzionali ed assume la responsabilità di gestione dei locali sanitari, strumentazioni, arredi e delle attività dei sanitari che operano nella struttura;
- Un medico Vice Coordinatore nelle sedi ove previsto in base alla tipologia dell'Istituto ed al numero dei detenuti ivi ristretti;
- Un numero di medici adeguato a garantire l'assistenza in base alla tipologia d'Istituto ed al numero di ristretti affinché ogni detenuto possa fare riferimento ad un medico;
- Un servizio medico H 24;
- Un Coordinatore Infermieristico per un numero di Infermieri adeguato all'erogazione dei servizi e funzionale alla particolarità del contesto;
- Specialisti adeguati all'esigenza dei servizi definiti nel modello organizzativo;
- Tecnici delle professioni sanitarie;

- Personale O.S.S., ove previsti;
- Personale educatore professionale sanitario nelle sedi ove sono presenti detenute madri (sezioni femminili con asilo nido e ICAM);
- Psicologi clinici;
- Farmacista.

Secondo quanto previsto nell'Accordo della C.U. del 20 novembre 2008 il personale sanitario, ferma restando la propria autonomia professionale, è tenuto all'osservanza dell'ordinamento penitenziario, del relativo regolamento delle altre norme vigenti sulla materia nonché delle disposizioni dall'Amministrazione Penitenziaria e dal Direttore dell'Istituto in materia di sicurezza.

1.7 VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DEI NUOVI INGRESSI

Nelle linee guida risulta di particolare importanza garantire un adeguato intervento rispetto ai detenuti “nuovi giunti” dalla libertà e da altro Istituto per la cui accoglienza si prevede il coinvolgimento di un congruo numero di psicologi clinici che favoriscono l'inserimento degli stessi nei contesti reclusivi.

Impiego che dovrà essere quotidiano negli istituti di Palermo “Pagliarelli” e “Piazza Lanza” di Catania, dove con circolare ministeriale, sono stati istituiti

“Presidi per Nuovi Giunti”, in quanto strutture penitenziarie caratterizzate dal maggior numero, su base regionale, di ingressi giornalieri di soggetti provenienti dalla libertà.

Presso ogni struttura penitenziaria dev'essere garantito il “servizio di accoglienza”. Esso deve essere tale da assicurare, attraverso lo staff multidisciplinare, la valutazione medica e psicologica di tutti i nuovi ingressi. Questa valutazione, va effettuata nell'immediatezza dell'ingresso stesso e il medico dovrà eseguire al nuovo giunto, raccogliendone il consenso informato sulla scheda di primo ingresso, il prelievo ematico finalizzato all'esclusione di VDLR, del test per la ricerca degli Ab anti-HIV ed Epatite C, dell'esame tossicologico e delle urine e visiterà il detenuto nella sua totalità, ciò è di fondamentale importanza per la terapia farmacologica che dovrà effettuare all'interno dell'Istituto

2. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DA EROGARE ALL'INTERNO DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

2.1 Ambulatori

In tutti gli istituti vanno garantite le prestazioni specialistiche relative alle seguenti branche:

- Cardiologia

- Psichiatria (per un monte ore adeguato alla presenza media di detenuti e che preveda un maggiore impiego nonché particolari protocolli negli istituti con “Articolazione di salute mentale”)
- Malattie infettive
- Ginecologia (negli istituti dotati di sezioni femminili)
- Pediatria (sezioni con bambini a seguito delle madri).

Negli istituti con numero di detenuti superiore a 100 o con sezioni dedicate vanno assicurate le prestazioni delle seguenti branche specialistiche:

- Urologia
- Dermatologia
- Radiologia
- Ortopedia
- Chirurgia Generale
- Otorinolaringoiatria
- Oculistica
- Pneumologia
- Odontoiatria
- Oncologia.

2.2 Strumenti

Il D.Lgs n. 222 dispone che per ogni detenuto che faccia ingresso presso un Istituto Penitenziario venga istituito un diario clinico nel quale verranno registrati tutti gli interventi di carattere sanitario svolti sulla persona detenuta.

L'impegno dell'assessorato è quello di istituire, nel più breve tempo possibile, una Cartella Clinica Informatizzata, in cui verranno registrati tutti i dati del detenuto legati alla sua salute, quindi patologia da cui è affetto, farmaci che gli sono stati prescritti e che ha assunto durante la sua permanenza nell'Istituto. In caso di trasferimento ad altra struttura regionale del detenuto, il diario cartaceo seguirà il detenuto. L'onere di conservazione del fascicolo agli atti del sistema sanitario regionale sarà a carico dell'Azienda Sanitaria Provinciale correlata all'ultimo Istituto presso il quale il detenuto è stato ristretto. In caso di trasferimento del detenuto in sede extraregionale la documentazione sanitaria verrà trattenuta dall'Azienda Sanitaria Provinciale ed all'Istituto ricevente fuori regione. Nei casi in cui sia necessario, in considerazione della delicatezza della problematica riguardante la salute mentale, verrà inviata anche una dettagliata relazione psichiatrica e/o copia delle visite psichiatriche e dei colloqui psicologici eventualmente svolti nei mesi precedenti la traduzione.

L'Assessorato alla Salute cercherà di avviare al più presto l'implementazione di circuiti di telemedicina, al fine di ridurre la mobilitazione, per ragioni di salute, dei ristretti dagli istituti verso presidi ospedalieri esterni e di aumentare e potenziare l'offerta di salute nelle realtà penitenziarie della Regione.

3. FARMACIE E DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ NELLA GESTIONE CLINICA DEL FARMACO

Per effetto del Decreto Legislativo 222 l'azienda sanitaria di pertinenza territoriale è tenuta all'approvvigionamento dei farmaci da utilizzare negli istituti penitenziari ed al relativo stoccaggio, secondo le modalità che l'Azienda stessa vorrà definire. I detenuti hanno facoltà di acquistare farmaci, tramite formulazione di specifica richiesta da presentarsi alla Direzione, previo argomentato parere sanitario. In casi di particolare urgenza il Direttore dell'istituto, previa valutazione motivata del medico, potrà consentire la ricezione di farmaci di proprietà personale del detenuto per il tramite dei familiari. Detti farmaci, che potranno servire esclusivamente per rispondere all'urgenza iniziale, dovranno essere consegnati al personale sanitario.

La gestione degli stupefacenti è affidata delle Aziende ai SerT presenti nel Presidio per la tutela della salute in carcere. I tempi e le modalità di consegna dei farmaci presso gli istituti penitenziari sono concordati tra le Aziende e le Direzioni degli Istituti stessi, in particolar modo per l'individuazione dei soggetti preposti alla consegna e ritiro dei farmaci medesimi. (1)

Le Aziende dovrebbero individuare tra il personale in servizio un farmacista referente per gli istituti penitenziari di competenza garantendone la presenza programmata presso gli stessi in base alle esigenze concretamente rilevate. Il farmacista, in virtù delle conoscenze e competenze in materia di farmacologia, tecnica farmaceutica, farmacodinamica e farmacocinetica acquisite durante il percorso formativo e nell'esercizio dell'attività

professionale, *“mette a disposizione dei pazienti e dei colleghi il frutto delle proprie esperienze tecnico-scientifiche”* (articolo 7 del Codice deontologico del Farmacista), affiancandosi agli altri professionisti della Salute, nel rispetto degli specifici ambiti di attività riconosciuti dalla legge, garantendo *“l’appropriatezza terapeutica”* e *“la razionalizzazione delle risorse economiche”*.(2)

In ogni caso, fermo restando quanto indicato, in relazione agli istituti con popolazione superiore a 500 detenuti sarebbe auspicabile che le Aziende dispongano di un sistema di distribuzione del Farmaco in dose unitaria da gestire all’interno degli istituti stessi per evitare consumi e ridurre la spesa sanitaria. I farmaci di fascia “C”, sono a carico del detenuto quando non esplicitamente prescritti dal medico dell’istituto

4. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Il Ministero della Salute, nell’ambito delle iniziative attuate per la Sicurezza dei pazienti, ha elaborato Raccomandazioni per offrire agli operatori sanitari e alle Direzioni aziendali adeguati strumenti per la gestione del Rischio e la loro osservazione risulta di particolare importanza anche nelle carceri:

- Raccomandazione n. 7- Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in corso di terapia farmacologica

- Raccomandazione n.12 – Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci “look-alike/sound-alike
- Raccomandazione n. 17 – Raccomandazione per la Riconciliazione della terapia farmacologica

4.1 Raccomandazione n. 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

Gli errori in terapia farmacologica si possono verificare durante tutto il processo di gestione del farmaco: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio e questa raccomandazione rappresenta uno strumento completo a supporto degli operatori da implementare in tutte le strutture sanitarie così come negli istituti penitenziari per evitare o minimizzare il rischio dell’insorgenza degli “eventi sentinella”, cioè di quei eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che ne determinano la sfiducia nei confronti del Sistema Sanitario e sono dovuti ad un uso non corretto dei farmaci.

Gli eventi avversi dovuti ad errori in corso di “terapia farmacologica” sono la causa di danno più frequente nei pazienti; possono verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco, soprattutto per quanto riguarda la gestione dei “Farmaci ad alto rischio o ad alto livello di attenzione”, cioè quei farmaci che richiedono particolare attenzione nella gestione ed uso, a causa della loro potenziale tossicità, del basso indice terapeutico e dell’alta possibilità di

interazioni, ad esempio: agonisti adrenergici, anestetici generali endovena, anestetici locali iniettabili, bloccanti neuromuscolari, anticoagulanti, eparina, warfarin, antiaritmici, antineoplastici, stupefacenti, oppioidi, benzodiazepine endovena, digossina, insulina, ipoglicemizzanti orali.

Gli istituti devono dotarsi di strumenti ed acquisire metodologie di lavoro per impostare un trattamento terapeutico che risulti corretto e completo in tutti i suoi aspetti e che risponda a requisiti di sicurezza:

- adozione di procedure/protocolli aziendali codificati e condivisi tra gli operatori per quando riguarda tutto il processo di approvvigionamento, gestione dei farmaci, prescrizione da parte dei medici, dispensazione;
- effettuare l'analisi degli errori in terapia e le azioni preventive e mitiganti da intraprendere;
- predisposizione di una lista di farmaci ad "alto rischio"
- evidenziare e/o separare i farmaci che hanno una confezione o un nome simile
- prestare particolare attenzione alla corretta conservazione dei farmaci (temperatura, umidità, caratteristiche strutturali ...)
- formazione del personale strutturato e specifico per la sicurezza dei farmaci;
- promozione di iniziative per favorire la comunicazione tra gli operatori sanitari;
- predisposizione di un protocollo sulle modalità di comunicazione specifica degli eventi avversi;
- elaborazione di procedure ad hoc per la gestione delle scorte in farmacia

- introduzione di tecnologie informatizzate (in base alle risorse economiche e umane);
- definizione di misure di monitoraggio con le quali seguire la terapia sia in termini di efficacia che di possibili effetti collaterali (ad esempio, livelli plasmatici del farmaco, indici di funzionalità che possono essere modificati dalla terapia);
- provvedere in modo continuativo al monitoraggio e valutazione dell'impiego corretto dei farmaci in relazione anche alla frequenza degli eventi avversi verificatisi.

4.2 Raccomandazione n.12 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci “look-alike/sound-alike

Tra gli errori in terapia quelli più frequenti sono riferiti all'uso dei farmaci cosiddetti “Look-Alike/Sound-Alike” o LASA, acronimo utilizzato per indicare quei farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni. Nomi che si scrivono e/o si pronunciano in modo simile, confezioni simili nelle dimensioni, forma, colore, indicazione del dosaggio e disposizione dei caratteri, possono indurre in errore durante tutte le fasi della gestione del farmaco

La prevenzione degli errori in terapia legati all'uso dei farmaci LASA è attuabile con una serie di interventi condivisi tra operatori, sanitari e non, coinvolti nella gestione del farmaco. (3)

Le azioni da intraprendere sono:

- non lasciare i farmaci fuori dalla confezione né tagliare i blister;
- provvedere alla compilazione accurata di tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica, foglio unico di terapia);
- evitare, per quanto possibile, le interruzioni durante la preparazione e somministrazione dei farmaci,
- prestare particolare attenzione alla conservazione dei farmaci (anche di quelli sul carrello della terapia),
- disporre separatamente in Farmacia quei farmaci con nomi e/o confezionamento simili oppure evidenziarne la somiglianza, utilizzando metodi e strumenti (anche contrassegni supplementari, codici colore, “allerte”),
- evitare le richieste verbali o telefoniche dei farmaci,
- precisare nelle prescrizioni la forma farmaceutica e la via di somministrazione,
- evitare l’uso di abbreviazioni,
- preferire la scrittura in stampatello, soprattutto se non è presente la prescrizione informatizzata;
- prevedere un doppio controllo delle preparazioni, almeno per i farmaci ad alto livello di attenzione;
- in fase di dimissione fornire ai pazienti le informazioni (anche per iscritto e possibilmente in stampatello), relative ai farmaci in terapia domiciliare riguardo a: interazioni (incluso con alimenti), modalità di

assunzione, conservazione, controindicazioni, effetti collaterali, precauzioni d'uso.

4.3 Raccomandazione n. 17 - riconciliazione della terapia farmacologica

La Raccomandazione ha come obiettivo la prevenzione degli errori in terapia nei momenti in cui il paziente viene ricoverato o dimesso o trasferito da una struttura ad un'altra, o nella stessa regione o fuori regione. In particolare, nei momenti cosiddetti di “transizione di cura” (ricovero del paziente in ospedale, dimissione, trasferimento in un'altra struttura penitenziaria) gli errori correlati a differenze non intenzionali nella terapia possono causare danni al paziente con un prolungamento dello stato patologico con ricoveri ripetuti e l'utilizzo di ulteriori risorse sanitarie.

Le terapie farmacologiche prescritte nelle transizioni di cura presentano spesso tra di loro differenze non imputabili ad una mutata condizione clinica del paziente; tali differenze, dette discrepanze non intenzionali, possono determinare gravi danni.

La procedura individua una prima fase (Ricognizione) di raccolta di dati che riguardano il paziente e i medicinali assunti, l'eventuale assunzione di alcool, l'uso di droghe e l'abitudine al fumo ed una seconda fase (Riconciliazione) che prevede il confronto tra la terapia seguita e quella che si vuole impostare.

Le informazioni raccolte, costituiscono la base per dare origine ad un archivio di dati nel quale siano rappresentati tutti i trattamenti rilevati nelle fasi di Ricognizione/Riconciliazione e che costituisce la storia terapeutica del paziente.

Sarebbe utile, per garantire l'appropriatezza e la sicurezza della terapia, supporto informatizzato in questa maniera l'intero processo della Riconciliazione risulterebbe facilitato in quanto sono evitate trascrizioni ed eventuali passaggi ridondanti di informazioni.

La Scheda di Ricognizione/Riconciliazione deve essere di facile utilizzo, disponibile e conosciuta da tutti i professionisti individuati dalla procedura.

Nello specifico, in fase di Ricognizione, ci si deve limitare ad annotare esattamente quanto riportato senza convertire il nome commerciale del prodotto in denominazione di equivalente o di principio attivo o viceversa. La Scheda deve essere utilizzata anche nelle consulenze.

Le informazioni che devono essere raccolte durante la Ricognizione riguardano:

- il nome commerciale e/o del principio attivo, la forma farmaceutica;
- il dosaggio;
- la posologia giornaliera;
- la data di inizio e la durata della terapia;
- la data e l'ora dell'ultima dose assunta (con particolare attenzione alle formulazioni a lunga durata di azione);
- la via di somministrazione;
- l'assunzione di omeopatici, fitoterapici e integratori e ogni altro prodotto della medicina non convenzionale;
- la presenza di patologie, allergie o intolleranze conosciute
- le terapie pregresse ed eventuali effetti indesiderati;

- gli stili di vita (eventuale assunzione di alcool, abitudine al fumo e uso di droghe);

Particolare attenzione va riservata alla raccolta di informazioni inerenti i farmaci anticoagulanti, antidiabetici, a lunga durata d'azione o a rilascio prolungato e ad azione immunosoppressiva.

Se il paziente non è cosciente o collaborante oppure non è in grado di riferire i medicinali che sta utilizzando ci si può rivolgere ad un familiare o un caregiver, purché a conoscenza dei trattamenti in corso, annotando la provenienza dell'informazione.

La Scheda e ogni documentazione relativa alla Ricognizione acquisita deve essere allegata alla cartella clinica.

La Riconciliazione va effettuata appena disponibili i dati della Ricognizione e prima della prescrizione. Il medico, prima di eseguire la prescrizione farmacologica, prende visione degli esiti della Ricognizione ed effettua la Riconciliazione; confronta la terapia in corso con le disposizioni (prescrizioni ex novo, modifiche) ritenute necessarie per l'attuale circostanza clinica. Durante questa fase vengono individuate le possibili incongruenze ossia sovrapposizioni, omissioni, interazioni, controindicazioni, confondimento dovuto a farmaci Look-Alike/Sound-Alike (LASA).

In questa fase è importante la figura del farmacista che dovrebbe supportare il medico sia nella fase di Ricognizione sia nella fase di Riconciliazione; dovrebbe collaborare, inoltre, alla predisposizione della Scheda di

Ricognizione/Riconciliazione prevista dalla procedura e all'individuazione di indicatori per il monitoraggio della implementazione della presente

Un fattore importante per la sicurezza e qualità delle cure è rappresentato dalla comunicazione tra operatori sanitari e tra questi e il paziente durante tutto l'intero processo. E' doveroso informare il paziente (o nei casi già descritti, i familiari/caregiver) delle modifiche apportate al trattamento terapeutico fornendone la motivazione; una completa e chiara comunicazione può evitare errori nell'assunzione dei farmaci soprattutto quando la terapia deve essere seguita per un lungo periodo di tempo.

5. LE SEGNALAZIONI

Il principale obiettivo della gestione sicura della terapia farmacologica nella struttura carceraria consiste nel ridurre e ove possibile eliminare la possibilità che si verifichino eventi causativi di un danno per la persona detenuta.

Lo scopo delle segnalazioni, in generale, è quello di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause per poter apprendere e intervenire con le appropriate misure preventive e per diffondere le conoscenze e favorire l'analisi nelle aree a maggior criticità.

La segnalazione di eventi può essere effettuata attraverso sistemi di reporting obbligatori e volontari: farmacovigilanza, incident reporting, monitoraggio

degli eventi sentinella (come sopra citati), sistema di segnalazione delle persone detenute, dei loro familiari/care-givers. (4)

5.1 Farmacovigilanza

La farmacovigilanza è un sistema obbligatorio di segnalazione da parte degli operatori sanitari delle sospette reazioni avverse a farmaco (Adverse Drug Reaction - ADR) finalizzato a valutare in maniera continuativa tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e ad assicurare, per tutti i medicinali in commercio, un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione.

La segnalazione delle ADR costituisce pertanto un'importante fonte per rilevare i possibili rischi o i potenziali segnali di allarme dovuti alla somministrazione dei farmaci.

L'ADR viene definita come un effetto nocivo e non voluto (con conseguenze cliniche al paziente) legato all'uso autorizzato di un medicinale a dosi normali e comprende inoltre gli errori terapeutici, l'uso improprio, l'abuso del medicinale, l'uso off-label e l'esposizione al farmaco per motivi professionali.

La segnalazione dell'ADR alla rete nazionale di farmacovigilanza, prevista dalla normativa vigente, deve avvenire mediante una specifica scheda disponibile sul sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

Il responsabile che si occupa di farmacovigilanza procede all'inserimento delle segnalazioni nella banca dati telematica della rete nazionale di

farmacovigilanza, richiedendo al segnalatore, anche se vive in particolari condizioni di reclusione, eventuali approfondimenti sulle sospette reazioni avverse. Egli deve inoltre acquisire dal segnalatore, per tutte le reazioni avverse ad esito fatale, una relazione clinica dettagliata da trasmettere al Ministero della Salute.

5.2 Incident reporting

L'Incident reporting è un sistema volontario di segnalazione, da parte degli operatori sanitari, di tutti gli accadimenti significativi per la sicurezza dei pazienti (eventi avversi, eventi senza danni e near-miss/quasi eventi).

Il sistema di incident reporting riveste un ruolo importante nella segnalazione e nell'analisi degli eventi avversi e dei quasi eventi che si verificano nell'intero processo di gestione del farmaco, nelle sue varie fasi. L'attenzione è rivolta quindi a tutti gli errori in terapia (medication error): qualsiasi errore che si verifica nel processo di gestione del farmaco e che può essere rappresentato da: errore di prescrizione, di distribuzione, dall'allestimento/preparazione, di somministrazione.

Rispetto alla farmacovigilanza, il sistema di incident reporting prevede oltre alla segnalazione degli incidenti con danno anche degli incidenti senza danno e dei mancati incidenti (near-miss) e costituisce una base di analisi per la predisposizione di strategie e azioni finalizzate al miglioramento della sicurezza dei percorsi assistenziali, prevenendo il riverificarsi dei medesimi incidenti in futuro.

Le informazioni devono essere raccolte nelle organizzazioni sanitarie attraverso l'utilizzo della specifica scheda elaborata per l'impiego nel contesto penitenziario, per essere successivamente analizzate e codificate al fine di rendere possibile la conoscenza dei fattori che hanno contribuito all'evento e l'analisi delle cause.

La segnalazione di eventi con danno deve avvenire sia con il sistema di farmacovigilanza sia con quello di Incident Reporting.

6. DETENUTI E TOSSICODIPENDENZA

L'assistenza dei soggetti tossicodipendenti è garantita dai Ser.T delle Aziende Sanitarie, che stabiliscono rapporti di interazione clinica, sia all'interno dell'Istituto Penale che nel territorio.

La presa in carico del tossicodipendente prevede l'attuazione di misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che riguardano sia l'aspetto clinico che quello della sfera psicologica. I programmi di intervento devono garantire la salute complessiva del paziente all'interno della struttura carceraria, in un'ottica di presa in carico nella sua globalità, conciliando le strategie terapeutiche con quelle preventive, ivi compresa la riduzione del danno e la gestione clinica delle patologie. Tra il presidio di medicina penitenziaria, l'area dipartimentale delle dipendenze patologiche e gli istituti penitenziari dovranno essere stipulati specifici protocolli atti ad assicurare:

- monitoraggio della presenza di soggetti affetti da dipendenze patologiche mediante la rilevazione dei flussi in entrata e in uscita, con la cartella clinica informatizzata;
- definizione di protocolli di intervento condivisi nei casi di doppia diagnosi,
- raccordo con i servizi territoriali presso i quali il detenuto risulti essere stato preso in carico;
- condivisione di specifici protocolli terapeutici
- piena collaborazione nella formazione di percorsi individuali;
- gestione informatica del diario clinico
- interventi nei casi acuti (es crisi di astinenza all'ingresso)
- somministrazione di terapie sostitutive.

7. SCOPO DEL LAVORO

Scopo di questo studio è stato quello di analizzare le procedure attualmente in uso nella gestione clinica dei farmaci, fare un'analisi sui consumi dei farmaci negli istituti penitenziari dell'Area metropolitana di Catania e individuare le eventuali criticità e le possibili misure correttive adottabili, in accordo con le linee guida nazionali e con le Raccomandazioni Ministeriali.

8. RISULTATI

8.1 Detenuti presenti e capienza regolamentare degli Istituti Penitenziari: situazione al febbraio 2017

Il sistema penitenziario nazionale soffre di un sovraffollamento diffuso in tutte le regioni e soprattutto nel meridione, determinando serie condizioni critiche per la popolazione carceraria, con effetti decisivi sulle condizioni di salute e quindi sui bisogni in termini di assistenza sanitaria. Nell'Area metropolitana di Catania, come si evince dai dati aggiornati al 31 marzo 2017 (fonte dati DAP- Dipartimento dell' Amministrazione Penitenziaria), il sovraffollamento caratterizza stabilmente tutti gli istituti penitenziari(Tabella 1).

Tabella 1. Detenuti presenti e capienza regolamentare degli istituti penitenziari. Situazione al 31 marzo 2017

Istituto	Tipo di Istituto	Capienza regolamentare *	Detenuti presenti		Stranieri
			Uomini	Donne	
Caltagirone	CC	335	338		112
Catania "Bicocca"	CC	138	154		10
Catania "Piazza Lanza"	CC	267	367	20	112
Giarre	CC	58	83		19

Fonte: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento – Sezione Statistica (5)

CC= Casa Circondariale

(*) La capienza regolamentare, viene calcolata utilizzando i criteri previsti dal Ministero della Sanità, cui corrisponde un numero di metri quadrati a disposizione di ciascun detenuto (9 mq per singolo detenuto +5 mq per ciascun detenuto aggiuntivo nella stessa cella).

Come si evince dalla tabella 1, i posti letto sono in totale 798 e il numero dei detenuti sono in totale 962 (di cui 942 uomini e 20 donne) e quindi, superiore rispetto alla capienza regolamentare. Questo vuol dire che ci sono 164 detenuti che stanno in cella senza un posto regolare, quindi lo spazio vitale per molti reclusi è ridottissimo. All'interno delle carceri la diffusione delle patologie è un rischio concreto perché un ambiente ristretto e sovraffollato, abbinato alla scarsa coscienza della malattia, fanno ritenere che questo rischio possa essere elevato. Nonostante ciò, è stato riscontrato che sono le malattie psichiatriche le più diffuse e quindi la depressione, l'ansia e i disturbi della personalità.

8.2 Consumo dei farmaci

I farmaci usati nelle carceri dell'Area metropolitana di Catania sono stati classificati secondo ATC che è un sistema di classificazione curato dal *Nordic Council on Medicine* e dal *WHO/OMS Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* di Uppsala (Svezia) e l'analisi è stata eseguita in termini di quantità di farmaci consumati nell'anno 2016.

Nel sistema ATC i farmaci sono suddivisi in diversi gruppi in rapporto all'organo bersaglio, al meccanismo di azione ed alle caratteristiche chimiche e terapeutiche.

Ciascun gruppo principale è suddiviso in 5 livelli gerarchici secondo lo schema:

1. GRUPPO ANATOMICO PRINCIPALE - Contraddistinto da una lettera dell'alfabeto
2. GRUPPO TERAPEUTICO PRINCIPALE - Contraddistinto da un numero di 2 cifre
3. SOTTOGRUPPO TERAPEUTICO - Contraddistinto da una lettera dell'alfabeto
4. SOTTOGRUPPO CHIMICO/TERAPEUTICO - Contraddistinto da una lettera dell'alfabeto
5. SOTTOGRUPPO CHIMICO - Contraddistinto da un numero di due cifre specifico per ogni singola sostanza chimica

I 14 "Gruppi Anatomici Principali" sono:

- A Apparato gastrointestinale e metabolismo
- B Sangue ed organi emopoietici
- C Sistema cardiovascolare
- D Dermatologici
- G Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali
- H Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali
- J Antimicrobici generali per uso sistemico
- L Farmaci antineoplastici ed immunosoppressori

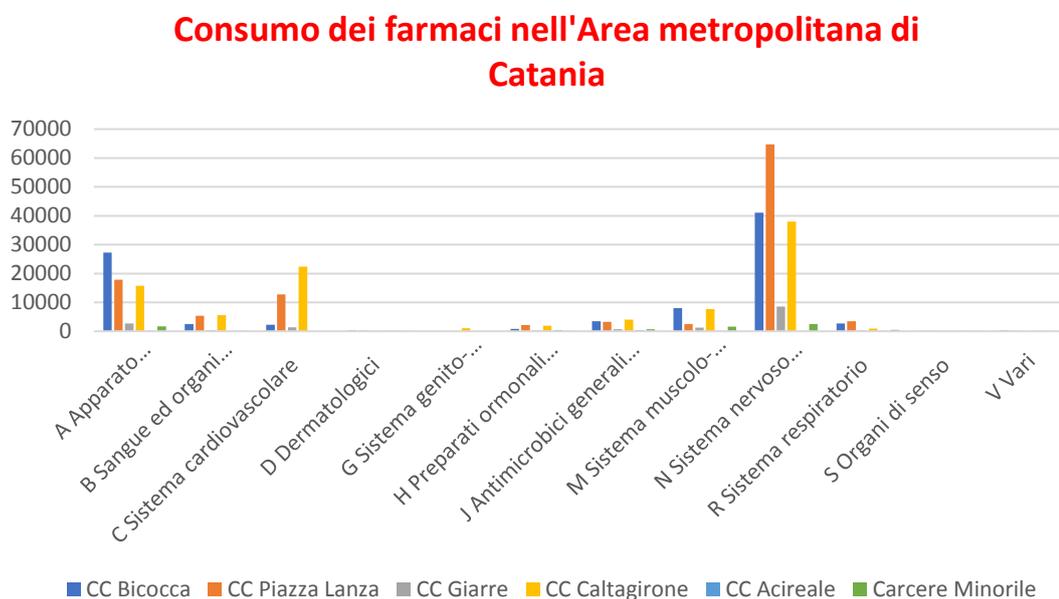
- M Sistema muscolo-scheletrico
- N Sistema nervoso centrale
- P Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti
- R Sistema respiratorio
- S Organi di senso
- V Vari

Il sistema di classificazione ATC è basato sul principio che ad ogni preparato farmaceutico è associato un solo codice. I farmaci, quindi, sono classificati in rapporto al loro impiego terapeutico prevalente.

7.3 Consumi relativi all'anno 2016

Come si evince dalla Figura 1, il consumo dei farmaci appartenente al Gruppo Anatomico Principale – N (Sistema Nervoso Centrale) presso le carceri è molto più elevato rispetto ai principi attivi appartenenti a tutti gli altri gruppi.

Figura 1. Consumi dei farmaci presso gli istituti penitenziari dell'Area metropolitana di Catania - anno 2016

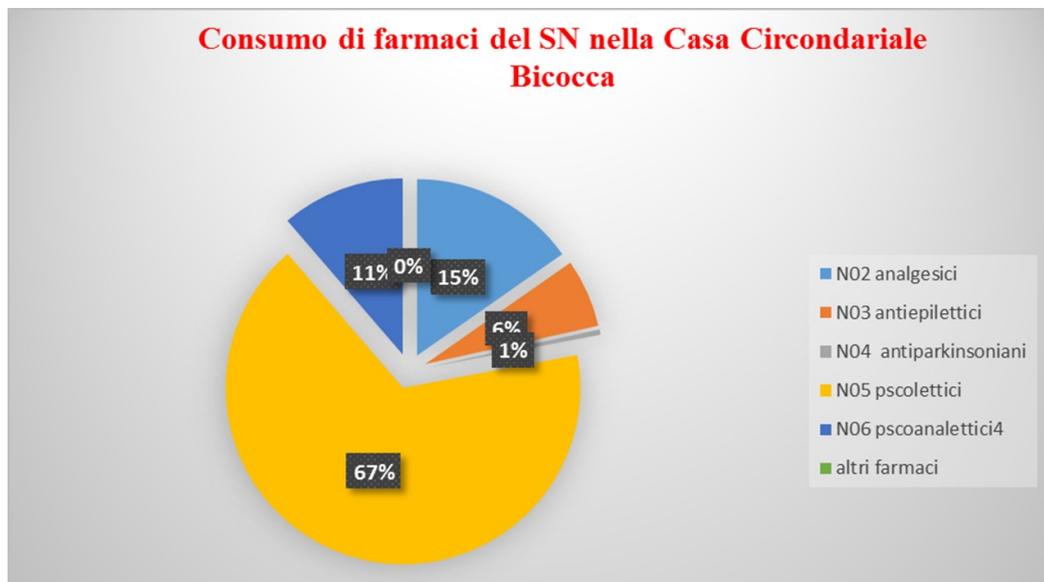


I farmaci del Sistema Nervoso vengono classificati in:

- N01 anestetici
- N02 analgesici (oppioidi, derivati della fenilpiperidina, acido acetilsalicilico, paracetamolo)
- N03 antiepilettici (barbiturici e derivati, derivati della succinimide.)
- N04 antiparkinsoniani (sostanze anticolinergiche, sostanze dopaminergiche)
- N05 psicolettici (antipsicotici, ansiolitici come i derivati benzodiazepinici, ipnotici e sedativi)
- N06 psicoanalettici (antidepressivi, psicostimolanti, farmaci per ADHD e nootropi)

- N07 altri farmaci del sistema nervoso (parasimpaticomimetici, farmaci usati nel disturbo da disassuefazione....).

Figura 2. Consumo dei farmaci del Sistema Nervoso nella Casa Circondariale Bicocca



Il 67% dei farmaci consumati all' interno della CC Bicocca riguarda la categoria degli psicoletici e tra i principi attivi maggiormente dispensati vi sono:

- alprazolam, un ansiolitico appartenente alla famiglia delle benzodiazepine, più precisamente una triazolo–benzodiazepinaa breve durata d'azione che viene usato negli attacchi di panico e diversi disturbi d'ansia;

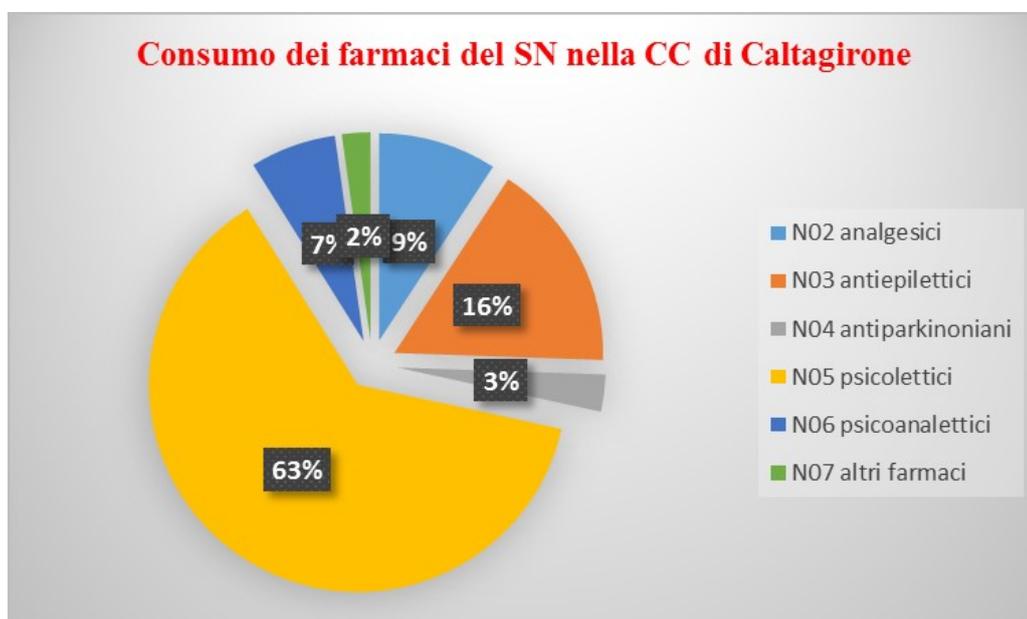
- lorazepam, un ansiolitico appartenente alla categoria delle benzodiazepine con proprietà ansiolitiche, anticonvulsanti, sedative e miorilassanti.
- triazolam usato nel trattamento a breve termine dell'insonnia.(6)

Al secondo posto, con il 15% dei farmaci consumati ci sono gli analgesici e i principi attivi più usati sono:

- l'acido acetilsalicilico, un farmaco antinfiammatorio non-steroido (FANS) della famiglia dei salicilati usato come analgesico per dolori lievi, come antipiretico e come antinfiammatorio (7)
- il paracetamolo, farmaco ad azione analgesica e antipiretica largamente utilizzato sia da solo sia in associazione con altre sostanze, ad esempio nei comuni preparati per le forme virali da raffreddamento, o nei farmaci destinati al trattamento del dolore acuto e cronico

Al terzo posto, con l'11% ci sono gli psicoanalettici e la molecola di maggior consumata è la venlafaxina valida nel trattamento degli episodi di depressione maggiore.

Figura 3. Consumo dei farmaci del Sistema Nervoso nella Casa Circondariale Caltagirone



IL 63% del consumo dei farmaci consumati all'interno della CC di Caltagirone riguarda la categoria dei psicolettici e i principi attivi maggiormente dispensati sono:

- quetiapina e olanzepina che appartengono ad un gruppo di neurolettici noti come antipsicotici atipici e vengono usati nella schizofrenia, nel disturbo bipolare, nel trattamento degli episodi di mania da moderati a gravi, nel trattamento degli episodi depressivi maggiori associati a disturbo bipolare, nella prevenzione delle recidive nei pazienti con disturbo bipolare (8);
- carbolithium usato nella profilassi e nel trattamento degli stati di eccitazione nelle forme maniacali e ipomaniacali, nella sindrome bipolare, come

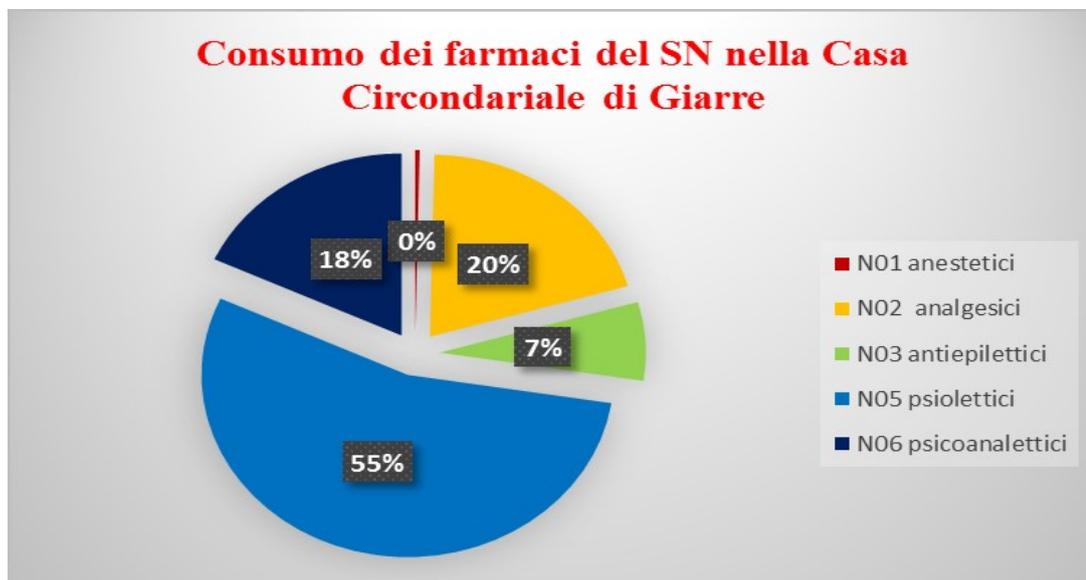
stabilizzante dell'umore, nella cefalea a grappolo solo in soggetti che non rispondano ad altra terapia (9);

- alprazolam, lorazepam, delorazepam;
- triazolam.

Il 16% dei farmaci consumati riguarda la classe degli antiepilettici e i principi attivi maggiormente dispensati sono:

- levetiracetam, indicato come monoterapia nel trattamento delle crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria, nel trattamento delle crisi miocloniche sia in soggetti adulti che negli adolescenti a partire dai 16 anni di età, nel trattamento delle crisi ad esordio parziale con o senza secondaria generalizzazione, nel trattamento delle crisi tonico-cloniche generalizzate primarie in adulti e adolescenti a partire dai 12 anni di età con Epilessia Generalizzata Idiopatica.
- Pregabalin, indicato per il trattamento come terapia aggiuntiva negli adulti con attacchi epilettici parziali in presenza o in assenza di generalizzazione secondaria, per il disturbo d'ansia generalizzata ed è usato anche per il dolore neuropatico periferico e centrale negli adulti (10).

Figura 4. Consumo dei farmaci del Sistema Nervoso nella Casa Circondariale Giarre

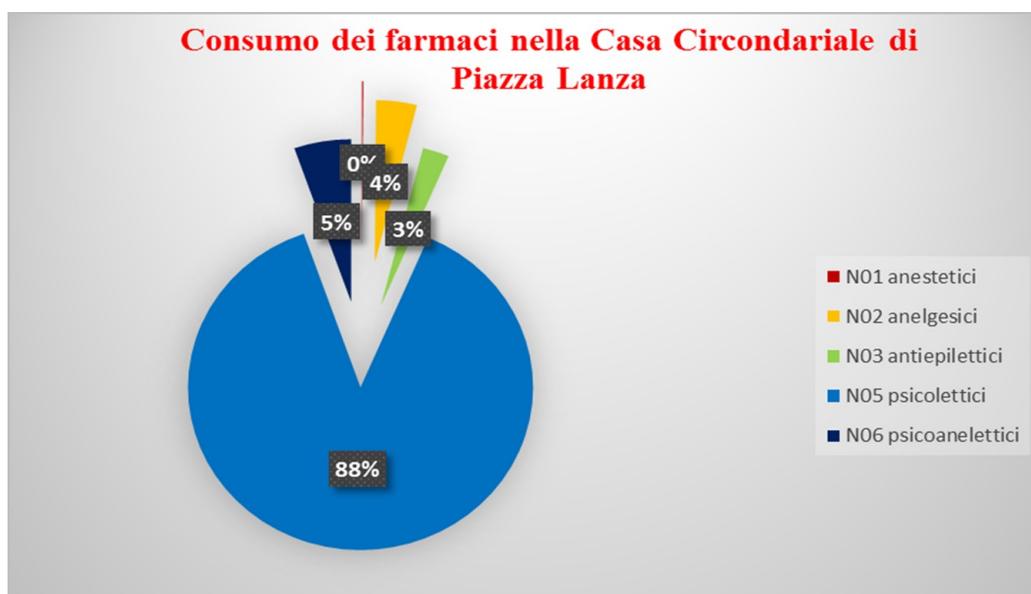


IL 55% del consumo dei farmaci riguarda la categoria degli psiolettici e i principi attivi che vengono maggiormente dispensati sono:

- quetiapina
- alprazolam

Al secondo posto vi sono gli analgesici, con il 20% dei farmaci consumati e il principio attivo più maggior uso è il paracetamolo.

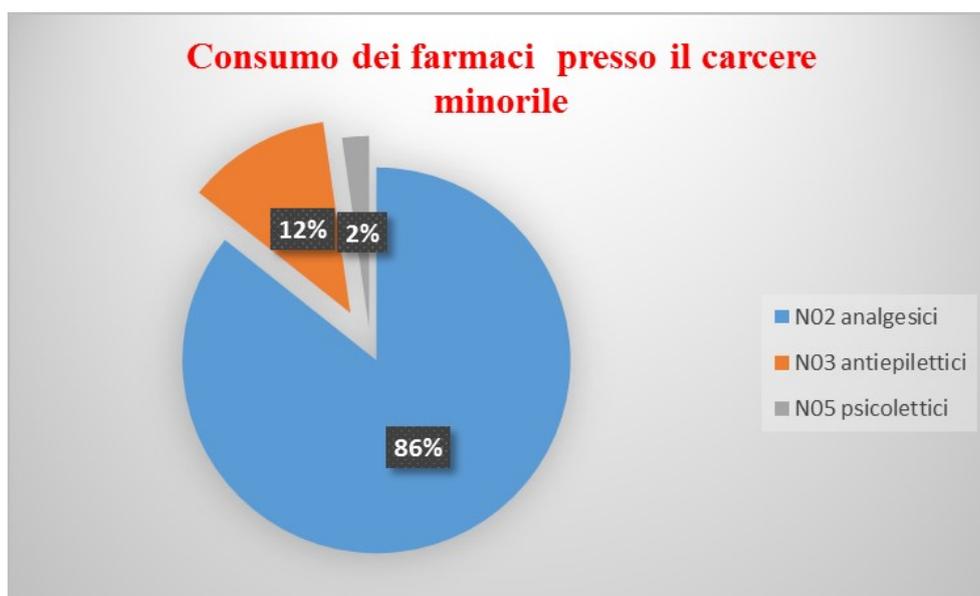
Figura 5. Consumo dei farmaci del Sistema Nervoso nella Casa Circondariale
Piazza Lanza



L'88% dei farmaci riguardanti il sistema nervoso che vengono consumati all'interno della CC di Piazza Lanza riguardano la classe degli psicoletici e i principi attivi maggiormente consumati sono:

- delorezepam e lorazepam indicati principalmente per il trattamento di stati d'ansia e sono derivati dalle benzodiazepine
- Zuclopentixolo dicloridrato indicato nella schizofrenia acuta e cronica ed altre sindromi dissociative caratterizzate da sintomi quali allucinazioni, agitazione, eccitamento psicomotorio, ostilità, aggressività e disturbi della sfera affettiva, nella fase maniacale della psicosi maniaco-depressiva e nelle sindromi mentali organiche (ritardo mentale) accompagnate da delirio, ipereccitabilità psicomotoria, agitazione (11).

Figura 6. Consumo dei farmaci del Sistema Nervoso nel carcere minorile



L'86% dei farmaci riguardanti che vengono consumati all'interno del carcere minorile riguardano gli analgesici e il maggiormente consumato è il paracetamolo.

Nella CC di Acireale vengono maggiormente usati i farmaci appartenente al Gruppo Anatomico Principale – (H Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali e al Gruppo Anatomico Principale) -J (Antimicrobici generali per uso sistemico). Per quanto riguarda il primo gruppo, il principio attivo maggiormente consumato è il Betametasone fosfato disodico, un corticosteroideo che trova indicazione in una vasta gamma di malattie (asma bronchiale, allergopatie gravi, artrite reumatoide, collagenopatie, dermatosi infiammatorie). Per quanto riguarda il secondo gruppo, il principio attivo maggiormente usato è l'Amoxicillina triidrato+potassio Clavulanato indicato nel trattamento di diverse infezioni (sinusite batterica acuta

esacerbazioni acute di bronchiti croniche, polmonite acquisita in comunità, infezioni della pelle e dei tessuti molli, ascesso dentale grave (7).

Dai risultati del nostro studio emerge che i farmaci maggiormente richiesti ed utilizzati sono i farmaci del Sistema Nervoso in maniera particolare i psicolettici. A causa delle problematiche di abuso o dipendenza derivanti da altre sostanze psicoattive, spesso i detenuti ricorrono alla somministrazione di questi farmaci per alleviare gli effetti collaterali dell'astinenza. L'uso di psicofarmaci in carcere è anche determinato dalla necessità dei reclusi di disporre di sostanze in grado di alleviare l'ansia, la depressione e altre condizioni di sofferenza psichica.

Non è possibile effettuare ulteriori considerazioni relativamente ai consumi effettivi dei farmaci in quanto al momento, all'interno delle carceri, manca adeguato sistema informatizzato di scarico della terapia somministrata.

15. CONCLUSIONI

Raggiungere la massima sicurezza nell'uso dei farmaci nel contesto penitenziario rappresenta sicuramente l'obiettivo principale dell'attività sanitaria di tutte le ASP Siciliane che si trovano oggi a gestire, anche questi aspetti in ambienti "particolari" rispetto a quelli sanitari abituali.

L'adozione, la diffusione e l'implementazione di "pratiche" finalizzate all'eliminazione dei pericoli, all'aumento del livello di sicurezza sono obiettivi da perseguire con ogni mezzo a disposizione.

Secondo principi di "appropriatezza terapeutica" ed al fine di "razionalizzare la spesa farmaceutica" una delle soluzioni potrebbe essere quella dell'attuazione della distribuzione dei farmaci in "dose unitaria" come peraltro auspicato nelle linee guida emanate dalla Regione Sicilia.

La realizzazione, però, della terapia in "dose unitaria" richiede degli investimenti di natura economica, per l'acquisto di idonee apparecchiature (armadi farmaceutici informatizzati) e di personale farmacista addetto.

Un siffatto sistema permetterebbe la verifica di ogni singola prescrizione e della preparazione della terapia giornaliera per ogni paziente.

In tal modo, si riesce ad ottenere un duplice vantaggio: eliminare o ridurre al minimo gli errori di somministrazione oltre che ridurre al minimo gli eventuali "sprechi" di farmaci.

Infine la presenza di una figura "stabile" di farmacista all'interno di ogni istituto penitenziario sarebbe ulteriore garanzia di appropriatezza nell'uso

sicuro dei farmaci oltre a garantire una corretta gestione degli approvvigionamenti e delle scorte.

Bibliografia e sitografia

1. Medicina Penitenziaria – Trasmissione Direttiva per l’attuazione del D.Lgs n 222 2015
2. Accreditation standards and guidelines for the professional program in pharmacy leading to the doctor of pharmacy degree; Guidelines 2.0.
3. Acciarri G, Romani MC, Mazzoni I et al. Prevenzione dell’errore terapeutico: suggerimenti per una corretta gestione dei farmaci look-alike e sound-alike. Boll SIFO 2011; 57(6): 325-31
4. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=675marzo 2017
5. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento – Sezione Statistica marzo 2017
6. Shorter E, Benzodiazepines, in A Historical Dictionary of Psychiatry, Oxford University Press, 2005, pp. 41–2, ISBN 0-19-517668-5.
7. Goodman & Gilman, "Le-basi-farmacologiche-della-terapia"(12°ed):"Sezione"IV,"Capitolo"34,"pagina"IV.54"
8. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology, in J. Psychopharmacol. (Oxford), vol. 25, n° 5, p. 567–620, DOI:10.1177/0269881110391123, PMID 21292923.
9. Charles L. Bowden, Strategies to Reduce Misdiagnosis of Bipolar Depression, in Psychiatric Services, vol. 52, n° 1, gennaio 2001, pp. 51–55, DOI:10.1176/appi.ps.52.1.51, PMID 11141528.

10. James W. Wheless, James Willmore, Roger A. Brumback, Advanced therapy in epilepsy, Shelton, Conn., People's Medical Pub. House, 2009, p. 144, ISBN 978-1-60795-004-2.
11. Helmut Buschmann, Jörg Holenz, Antonio Párraga, Antoni Torrens, José Miguel Vela, Antidepressants, Antipsychotics, Anxiolytics: From Chemistry And Pharmacology to Clinical Application, Wiley-VCH, 8 maggio 2007, pp. 376–, ISBN 978-3-527-31058-6

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio il mio relatore, prof. Rosario Pignatello, nonché Direttore della SSFO per la pazienza e la professionalità dimostrata durante tutto il percorso formativo; la mia correlatrice, dott.ssa Anna Maria D'Agata e tutto il personale del Dipartimento del Farmaco. Infine, la mia gratitudine va alla mia famiglia e ai miei amici che mi hanno sempre sostenuto.