



Economia Aziendale Online

## Economia Aziendale Online

Business and Management Sciences  
International Quarterly Review

*DAL RISK MANAGEMENT AL  
PERFORMANCE MANAGEMENT:  
GLI EFFETTI ECONOMICI  
DELLA MINIMIZZAZIONE DELL'ERRORE  
IN TERAPIA*

Alessandra Vommaro

Pavia, Maggio 2017  
Vol. 8 - N. 1/2017

[www.ea2000.it](http://www.ea2000.it)  
[www.economiaaziendale.it](http://www.economiaaziendale.it)



PaviaUniversityPress



# DAL RISK MANAGEMENT AL PERFORMANCE MANAGEMENT: GLI EFFETTI ECONOMICI DELLA MINIMIZZAZIONE DELL'ERRORE IN TERAPIA

Alessandra Vommaro

## Abstract

Con questo studio è stata svolta un'analisi della letteratura circa due ambiti della clinical governance: il performance management ed il clinical risk management (Fontana, 2005).

Dato che la letteratura presenta lacune in riferimento al segmento specifico analizzato e alla messa in pratica di tali sistemi, è stata condotta una ricerca sul campo. In particolare, la ricerca sul campo ha avuto lo scopo di capire nella realtà quali strumenti vengano utilizzati per combattere e per prevenire l'errore in terapia e che impatti economici esso possa avere.

With this study, a review of the Literature in two fields of the clinical governance has been provided: the performance management and the clinical risk management (Fountain 2005).

Since there are some gaps in the Literature related to the specific analysed segment and to application of these systems, an on field research has been conducted. Particularly, it had the objective of understanding in the reality which instruments are used for minimizing and preventing errors in therapy, and their economic impacts.

**Keywords:** performance management, clinical risk management, clinical governance, errore in terapia.

## 1 – INTRODUZIONE

Il lavoro che segue ha lo scopo di analizzare due ambiti della clinical governance: il performance management ed il clinical risk management soffermandosi poi sul concetto di rischio clinico e di errore in terapia e sulle tecnologie che permettono di minimizzarlo. È stato deciso di affrontare il tema dell'errore in terapia in quanto la letteratura ne sottolinea soprattutto le conseguenze scientifiche tralasciando l'aspetto economico.

Attraverso l'utilizzo di motori di ricerca di vario tipo ed, infine, il sito web del Ministero della Salute è stata svolta un'analisi della letteratura circa la clinical governance e soprattutto sull'errore in terapia che si manifesta nelle strutture ospedaliere.

Da essa sono emerse tematiche teoriche quali la definizione di clinical governance, performance management, clinical risk management, errore in terapia, raccomandazioni ministeriali e tecnologie utili per la gestione del farmaco nella logistica intraospedaliera evidenziando però una lacuna riguardante il lato pratico della disciplina, cioè i possibili strumenti che possono essere utilizzati al fine di ottenere buoni risultati in termini di performance.

Per raggiungere gli obiettivi di ricerca del presente studio e cercare di colmare i gap presenti in letteratura, è stata svolta una ricerca esplorativa sul campo per proporre un modello teorico con cui vengono affrontati i suddetti temi nelle Farmacie di Dipartimento.

## 2 – LITERATURE REVIEW

A partire dalle riforme introdotte nel settore pubblico negli anni '80 – '90 del precedente secolo, che hanno assunto il nome di New Public Management, la gestione della Pubblica Amministrazione si è avvicinata a quella del settore privato (Pollitt, 2007). Perciò anche l'ambito sanitario è stato colpito da questo fenomeno e ha dovuto coordinare gli aspetti clinici e quelli economici della fornitura dei servizi. Da questo cambiamento avvenuto nella Sanità si è generato l'approccio della clinical governance (Fontana, 2004).

La clinical governance racchiude diverse discipline tra cui il performance management ed il clinical risk management (Fontana, 2005) che sono state oggetto di approfondimento nel seguente lavoro.

Attraverso l'analisi di queste due dimensioni della clinical governance è stato svolto uno studio sul rischio clinico ed il concetto di errore in terapia, il qua-

le rappresenta un ambito di particolare interesse tanto in letteratura quanto nella prassi clinica (Polidori et al., 2013).

## 2.1 - *Clinical governance: performance management e clinical risk management*

Nel Regno Unito, in seguito alla riforma del New Public Management, è nata la clinical governance la quale ha lo scopo di integrare gli aspetti clinici con quelli economici e gestionali della fornitura dei servizi ai propri utenti, cioè i pazienti (Fontana, 2004; Buetow - Roland, 1999) e di impiegare diversi strumenti per la gestione dei processi clinici.

Come sostiene Fontana (2005) l'introduzione di questo approccio è stato necessario dal momento che sono sorte due esigenze opposte volte entrambe ad un unico fine, cioè il massimo soddisfacimento dei bisogni del paziente mediante l'erogazione di servizi di alta qualità al minimo costo a causa dell'aumento del contenimento dei costi ed il miglioramento qualitativo dei servizi erogati.

Attraverso l'implementazione di un modello di clinical governance vengono create due figure professionali distinte che sono il Direttore Generale, il quale si occupa dell'aspetto economico del processo ed i professionisti clinici, i quali si occupano della cura dei soggetti che richiedono i servizi.

A mio parere però tali soggetti dovrebbero avere un bagaglio culturale ricco di conoscenze eterogenee, ma soprattutto colui che si occupa della parte amministrativa dovrebbe avere conoscenze economiche inerenti al sistema di costing, budgeting e management in generale.

Da ciò si notano principalmente due fenomeni:

- le due figure professionali che sono state sopra richiamate hanno ruoli differenti e quindi competenze differenti;
- la clinical governance si sviluppa secondo un approccio bottom – up.

La logica del bottom – up prevede che la clinical governance venga introdotta dal livello dei processi clinici verso quelli superiori estendendosi sia in senso verticale che in senso orizzontale (Fontana, 2005) con lo scopo di controllare la qualità dei servizi erogati rispettando il principio di economicità, il quale prevede che i servizi debbano essere erogati con il massimo rapporto tra qualità e prezzo.

A favore di ciò, Ovretveit (1992) sostiene che la qualità dei servizi erogati venga percepita come il massimo soddisfacimento degli utenti che ne usufruiscono nel rispetto dei rapporti qualità – prezzo per il quale si intende massima qualità percepita al minimo costo sostenuto dall'organizzazione. Essa all'interno della sanità deve essere intesa in un duplice senso, cioè interno ed esterno. La qualità interna indica i re-

quisiti che sono posseduti dall'organizzazione e che sono necessari per il miglioramento dei servizi; mentre, la qualità esterna si riferisce al grado di soddisfazione di colui che usufruisce dei servizi, cioè il cliente/paziente (Fontana, 2005).

L'ambiente esterno però influisce molto sul concetto di qualità, la quale risente soprattutto di elementi quali il tipo di organizzazione considerata, gli stakeholders e la prospettiva temporale.

Achard (1999) sostiene che la qualità possa essere controllata a diversi livelli ed in modo particolare:

- livello istituzionale
- livello aziendale
- livello sociale
- livello clinico
- livello deontologico

e che sia opportuno distinguere tra differenti visioni della qualità al fine di poterla misurare e valutare. In modo particolare distingue tra:

- qualità prevista: livello di qualità che ci si attende dalla ricezione del servizio
- qualità progettata: livello di qualità che le strutture intendono erogare
- qualità promessa: livello di qualità che la struttura si impegna ad erogare
- qualità erogata: livello di qualità effettivamente erogato
- qualità percepita: livello di qualità percepito dal soggetto ricevente.

La percezione della qualità è un concetto molto soggettivo che risente anche dell'influenza di numerosi fattori quali l'asimmetria informativa (Negro, 2003) o elevati livelli di qualità promessa e progettata che non vengono mantenuti.

Confrontando la qualità percepita e quella prevista si determina la soddisfazione o l'insoddisfazione del paziente e ciò può essere svolto con l'ausilio di strumenti quali le indagini di customer satisfaction oppure mediante indagini di benchmarking che prevedono lo svolgimento di indagini comparative con altre strutture che erogano i medesimi servizi (Fontana, 2005).

In base agli studi e alle ricerche che sono state condotte, alla luce delle quali sono state raccolte le precedenti informazioni, l'autore si sente di affermare che il rapporto percezione/aspettativa sia influenzato anche da elementi prettamente culturali e di genere. Per cui, a parere di chi scrive, l'analisi di esso dovrebbe superare dei limiti ed entrare di più nel dettaglio. Dal punto di vista statistico, invece, vengono fatte delle analisi circa l'efficacia dei programmi attuati e l'efficienza delle risorse utilizzate a tale scopo (Gori et al., 1993); la valutazione dell'efficienza avviene mediante sistemi di valutazione delle performance

dalle quali si ottengono indicatori che dimostrano l'andamento di essa.

La clinical governance è caratterizzata dalla multidisciplinarietà, cioè racchiude in essa un insieme di differenti discipline (Fontana, 2005) e quelle che sono utili per lo scopo del presente lavoro sono il performance management ed il clinical risk management.

Il performance management prevede "l'utilizzazione dei dati preventivi, di andamento dei processi, e consuntivi, per finalità di governo della gestione, ovvero per definire e attuare, in modo coordinato, gli interventi necessari al fine di conseguire o migliorare i risultati attesi" (Fontana, 2005: 91).

Esso è una disciplina multidimensionale ed ogni dimensione è interdipendente con le altre per bilanciare le diverse variabili che lo compongono come i costi e la qualità.

La sua multidimensionalità deve essere interpretata anche in senso verticale ed orizzontale: nel primo caso vengono gestite tutte le fasi intermedie che determinano la performance finale; mentre nel secondo caso si gestiscono gli obiettivi che vengono raggiunti e che sono imposti dai livelli gerarchici superiori.

Quest'ultima dimensione sottolinea l'importanza che assume la definizione degli obiettivi in ogni livello gerarchico.

In seguito all'ottenimento della performance è necessario valutarla per capire quale sia il livello interno di efficacia, efficienza ed economicità di gestione dei processi oppure per esprimere un giudizio sull'operato in generale dell'organizzazione e, quindi, decidere se reimpostare la propria strategia o continuare con quella in uso (Fontana, 2005).

La valutazione della performance avviene attraverso un processo formato da diverse fasi che sono:

- individuazione dei criteri di valutazione: possono essere di struttura, di processo o di esito e si riferiscono alle modalità di assistenza che dovrebbero essere realizzate
- definizione degli indicatori: essi devono rispecchiare dei requisiti ai fini di essere determinati validi e rappresentano la misurazione della frequenza con cui i criteri di valutazione sono stati applicati ad un campione di pazienti
- scelta degli indicatori: bisogna determinare cosa e come misurare al fine di poter formulare un giudizio esplicito dell'analisi condotta.

Dopo che è stata svolta la valutazione della performance, all'interno del sistema di performance management, si redigono dei report integrati che considerano sia le variabili economico – finanziarie che quelle di gestione clinica con lo scopo di intervenire ove necessario sulle variabili critiche e di determinare gli indicatori di processo e di output (Fontana, 2005).

L'integrazione di tali report dipende dal livello di integrazione dei sistemi informativi che li controllano (Fontana jr. – Giustiniano, 2004a, b).

I sistemi di reporting contengono dei flussi informativi definiti affidabili sulla base della qualità dei dati contenuti e dalla loro efficacia dipende la qualità delle azioni di miglioramento.

Al fine di implementare una strategia è necessario tradurre gli obiettivi strategici in obiettivi operativi (Ferreria – Otley, 2009) e per permettere tale trasformazione è possibile utilizzare tre strumenti (Demartini – Mella, 2011):

- budgeting: strumento di performance management che traduce gli obiettivi pianificati in valori economico-finanziari

- indicatori di performance non finanziari: considera indicatori qualitativi e quantitativi che permettono all'organizzazione di implementare la propria strategia

- definizione dei target: utile per attribuire obiettivi alle performance finanziarie e non finanziarie.

Un altro aspetto della clinical governance che può avere impatti sulla qualità dei servizi erogati è il clinical risk management, il quale è ha lo scopo di migliorare la qualità delle cure e soprattutto evitare che il soggetto venga a contatto con rischi più o meno gravi che possano comportargli degli effetti negativi. Oltre che prevenire la manifestazione dei rischi esso si occupa anche di controllare in itinere la probabilità che essi si manifestino e di contenere possibili ripercussioni sull'utente (Worthing and Southerlands Hospitals, 2004). Esso deve essere evitato o almeno contenuto in quanto può scatenare un evento avverso o un incidente con gravi danni per il paziente.

Per identificare i rischi vengono valutati gli outcome e le performance rispetto agli standard o alle performance ottenute da altre strutture simili rilevate mediante le analisi di benchmarking (Fontana, 2005). L'outcome però non è una misura che permette di fare delle azioni correttive perfette; perciò occorre analizzare il rapporto risultato – causa per individuare e circoscrivere i rischi latenti o attivi che si possono verificare in tutto il percorso assistenziale (Novaco, 2003; Lugon - Secker-Walker, 2002.). I rischi latenti sono quelli che possono causare eventi avversi se combinati con altri fattori e si riferiscono al percorso assistenziale; mentre, i rischi attivi sono identificati come le cause dirette degli eventi avversi. Esempi di tali rischi possono essere nel primo caso l'insufficiente addestramento del personale, la prescrizione della terapia a mano; invece, un errore attivo può essere la somministrazione di un farmaco sbagliato (Ministero della Salute, Federazione Ordini Farmacisti Italiani – SIFO e Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie - FIFO, 2010).

## 2.2 - Il rischio clinico, la Raccomandazione Ministeriale, l'errore in terapia e la gestione del farmaco

All'interno di una struttura ospedaliera i rischi si possono manifestare in qualsiasi fase clinico-assistenziale e quella oggetto dell'analisi del lavoro svolto si riferisce all'assistenza farmaceutica percepita durante il periodo di degenza.

Una definizione di rischio clinico ritrovata in letteratura è quella di Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) secondo la quale esso debba essere inteso come quella percentuale di probabilità che, nel caso in cui si manifesti l'errore, il paziente che ne resta vittima possa subire un qualsiasi tipo di danno più o meno grave ed anche mortale. Tali errori, ovviamente, possono dipendere da un gesto volontario o involontario di chi lo ha commesso.

La gestione del rischio clinico è un processo che comprende sia gli aspetti clinici che gestionali ed utilizza tutti i mezzi che sono importanti per migliorare la sicurezza dei pazienti e della pratica clinica (Ministero della Salute, Federazione Ordini Farmacisti Italiani – SIFO e Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie - FIFO, 2010); perciò, dalle attività che hanno lo scopo di prevenire gli errori evitabili e contenere i loro effetti si determina il sistema di gestione del rischio clinico.

Detto ciò, occorre fare una distinzione tra le attività di prevenzione e quelle di protezione: le prime sono dedicate al controllo del rischio e alla riduzione della probabilità del verificarsi dell'errore e le seconde sono dedicate al contenimento delle conseguenze dannose degli errori verificatesi (Ministero della Salute, SIFO, FOFI, 2010).

Negli ultimi anni è aumentata l'importanza data alla cultura del rischio correlata all'errore in terapia farmacologica. Infatti, la Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO) ha dato vita a numerose iniziative con lo scopo di formare il personale farmaceutico per migliorare la sicurezza dei pazienti, cioè progetti ed eventi informativi per formare il personale addetto alla prevenzione del rischio.

Inoltre, la SIFO ha collaborato con il Ministero della Salute per la stesura delle Raccomandazioni Ministeriali relative alla prevenzione del rischio clinico. Si tratta della Raccomandazione numero 7/2008 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivato da errori di terapia farmacologica<sup>1</sup>.

Essa è uno strumento da implementare in tutte le strutture sanitarie per evitare o minimizzare la proba-

bilità che si verifichino eventi sentinella causati da un uso non appropriato dei farmaci.

Secondo il Glossario proposto dal Ministero della Salute l'evento sentinella è un evento avverso grave che può indicare un malfunzionamento del sistema, dal quale può derivare la morte o un grave danno per il paziente e la perdita di fiducia dei cittadini. Per essere definito come tale esso può manifestarsi anche solo una volta e successivamente occorre svolgere delle indagini per identificare dove si è verificato l'errore e come esso si può correggere.

In particolare la Raccomandazione in oggetto emanata dal Ministero della Salute si riferisce ai farmaci ad alto rischio e si rivolge a tutti coloro che sono coinvolti nella gestione del farmaco ed a tutte le strutture sanitarie che coordinano i processi di gestione. Inoltre, coloro che decidessero di non applicarla devono determinare una propria procedura per la corretta gestione dei farmaci nei limiti dei propri vincoli economici e gestionali.

Un esempio di errore avverso grave è l'errore in terapia che è una componente inevitabile della realtà che può derivare dal comportamento umano o dalla gestione del sistema e non può essere annullato, ma solamente ridotto nel caso in cui si affianchino un personale ben formato e strumenti tecnologici efficaci (Motola – Montanauro, 2005).

Secondo il National Coordinating Council for Medication Error Reporting (NCCMERP)<sup>2</sup> l'errore in terapia è un evento avverso che non è volontario e prevenibile e che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente.

Come prevede la Raccomandazione Ministeriale numero 7/2008, esso si può classificare in cinque tipi:

- errore di prescrizione
- errore di trascrizione o interpretazione
- errore di preparazione
- errore di distribuzione
- errore di somministrazione

e si può manifestare in tutto il processo di gestione del farmaco che comprende:

- approvvigionamento
- immagazzinamento
- conservazione
- prescrizione
- preparazione
- distribuzione
- somministrazione
- monitoraggio.

<sup>1</sup> Per maggiori dettagli si rimanda al sito web del Ministero della Salute: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

<sup>2</sup> <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>

Le cause principali di questi errori sono imputabili soprattutto agli infermieri che preparano la terapia e una delle principali cause è rappresentata dalle interruzioni che essi subiscono (Biron, 2009; Westbrook, Woods, Rob, et al., 2010; Ledonne - Tolomeo, 2009).

Al fine di diminuire la probabilità che si verifichi l'errore in terapia sono state introdotte delle tecnologie informatizzate nei sistemi di gestione. Esse sono di supporto soprattutto nella fase di prescrizione e trascrizione perché permettono di diminuire errori di interpretazione o di trascrizione. Anche per la fase di distribuzione e di somministrazione sono state elaborate delle procedure e degli strumenti informatizzati che contengono i dati relativi al paziente o i farmaci prescritti e presenti nel carrello. Sono esempi di tali tecnologie la scheda unica di terapia, la cartella informatizzata, l'utilizzo di codici a barre per l'identificazione, i carrelli intelligenti o i carrelli kaban.

Queste tecnologie vengono inglobate nel processo di gestione del farmaco e permettono di gestire contemporaneamente le terapie e le scorte di magazzino per evitare sprechi di materiali ed eccessivi costi (Festini – Sperotto - Neri, 2007; Scoccia - Conti - Fabbri et al., 2011, Bettamio - Fernández del Rio - Radaelli, 2009).

### 3- APPROCCIO METODOLOGICO

Al fine di poter svolgere la ricerca empirica, si è deciso di utilizzare un'intervista svolta direttamente ad una persona responsabile della farmacia di una struttura ospedaliera che si dedica alle cure acute e che si trova all'interno della Regione Lombardia.

L'intervista ha previsto una serie di domande, circa 20, che hanno toccato il tema dell'errore in terapia. Esse sono state create partendo dall'argomento generale fino a toccare temi più specifici al fine di poter condividere o meno determinate ipotesi.

Dall'intervista che è stata svolta è stato possibile venire a contatto con informazioni che hanno arricchito il know – how dell'autore e che hanno permesso di rendere più ricca la ricerca.

### 4- L'ANALISI DI UNA REALTÀ

Come detto precedentemente è stata contattata la struttura ospedaliera della Regione Lombardia che ha dato la possibilità di vedere da vicino la realtà circa le cause e le conseguenze dell'errore in terapia.

Questa analisi è stata molto interessante soprattutto perché tale struttura tratta solamente degenze acute in cui, dati i farmaci somministrati, un errore può manifestarsi come fatale per il paziente.

Infatti, la farmacia ospedaliera in generale, ma soprattutto quella oggetto dell'analisi è un luogo an-

cora misterioso che richiede interventi per rinnovare la visione di tale professione ed allinearla maggiormente con i Paesi esteri.

Ciò è stato riscontrato anche nella realtà che è stata analizzata perché la mancanza di un numero sufficiente e proporzionato di esperti del settore rispetto al numero di pazienti e degenti può comportare il verificarsi di errori gravi.

L'errore in terapia che è stato analizzato nelle pagine precedenti è un errore di natura umana in quanto può derivare sia da un errore di prescrizione e/o di trascrizione che da un errore di somministrazione del farmaco.

Tale errore non riguarda solamente i farmaci, ma anche i dispositivi medici che vengono utilizzati per il trattamento dato al paziente. Sarebbe, dunque, opportuno fare maggiori investimenti sulla figura del farmacista in ospedale permettendogli di poter intraprendere una specializzazione terapeutica. Tale costo iniziale, che può essere molto elevato, verrebbe ammortizzato nel breve periodo abbattendo significativamente costi che possono essere evitati grazie ad un maggior controllo.

Il farmacista di Dipartimento è importante in diversi contesti all'interno della struttura ospedaliera. Procedendo in base alla catena di gestione del farmaco, come primo step si incontra quello della gestione della merce nel magazzino sia in entrata che in uscita.

Infatti, con essa è possibile evitare furti e sprechi di materiale scaduto non utilizzato. Tale gestione avviene in modo molto schematico grazie all'utilizzo di supporti informatizzati che assegnano un codice ai prodotti presenti e che racchiudono tutte le informazioni necessarie al fine di evitare errori in terapia o somministrazione di farmaci scaduti. Inoltre, permettono di individuare i lotti di appartenenza dei farmaci e dei dispositivi medici che devono essere ritirati nel momento in cui insorgono delle problematiche.

L'altro ambito in cui è importante la presenza del farmacista è, chiaramente, quella legata prettamente alla cura del paziente. In questa fase egli comunica con il dottore che esegue la prescrizione in modo informatizzato. All'interno delle realtà ospedaliere la logica prettamente basata sulle tecnologie informative deve essere ancora totalmente implementata e perfezionata. È necessario un importante cambiamento culturale perché ci troviamo all'interno di una realtà in cui il numero di esperti sono nettamente inferiori a quello dei pazienti. Il supporto di tali strumenti può decisamente avere un impatto positivo sui numeri.

Grazie ad essi il farmacista e lo specialista di reparto si confrontano al fine di minimizzare l'errore in terapia.

Gli strumenti che vengono utilizzati sono la prescrizione e la cartella clinica informatizzata, i quali permettono di individuare per tempo la probabilità che si verifichi l'errore evitando le conseguenze negative per i pazienti. Tali conseguenze possono essere

molteplici e tra di esse si ritrovano sia l'aumento dei costi di gestione causati dal prolungamento del periodo di ospedalizzazione dell'utente che quello dei costi legali legati alle cause che vengono aperte contro la struttura ospedaliera. Un'altra conseguenza importante che non deve essere trascurata è quella legata al danno reputazionale che si va a creare e che può avere effetti a catena esponenziali nel tempo.

Inoltre, è stata riscontrata la presenza di sportelli dedicati all'informazione al paziente per la somministrazione di farmaci orali che possono causare gravi danni alla salute se utilizzati in modo errato.

Essi hanno lo scopo di diminuire la probabilità di errore in quanto riescono a prevenire comportamenti scorretti da parte del paziente, i quali possono alterare la somministrazione del farmaco. Tali comportamenti scorretti possono essere anche banali come ad esempio possono riguardare un'alimentazione non idonea alla cura in corso.

Dato che la distribuzione dei farmaci in reparto viene svolta dal personale farmaceutico con il supporto dei sistemi informatici, si è potuto toccare con mano l'importanza dell'ipotesi di chi scrive, cioè quella che riguarda la presenza del farmacista di dipartimento in affiancamento all'esperto clinico durante la prescrizione dei farmaci ai pazienti. Con tale collaborazione il farmacista può avere anche l'opportunità di conoscere meglio il paziente e di relazionarsi con esso al fine di studiare a fondo il quadro clinico generale e consigliare il medico al meglio per evitare l'insorgenza di ulteriori problematiche. Questa necessità esiste per il fatto che i percorsi accademici delle due figure sono differenti comportando la presenza di conoscenze di base eterogenee.

## 5- CONCLUSIONI

Grazie a questa ricerca, sia teorica che empirica, è possibile riscontrare quanto sia importante prevenire anziché curare sia in ambito prettamente medico che in quello economico.

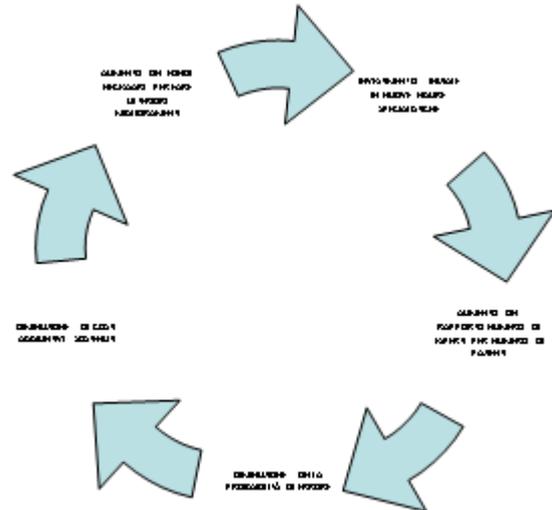
Il lato economico esiste in tutti i contesti che si possono analizzare e ciò è il motore che genera l'energia necessaria per poter svolgere i processi.

Dal seguente elaborato è possibile individuare una sorta di circolo virtuoso in cui la variabile dominante sia quella economica. Essa si rigenera e si usura in base alla gestione delle risorse che viene fatta a monte, cioè all'interno dei diversi ambiti di riferimento.

Nel caso specifico della farmacia ospedaliera è stata toccata con mano l'esigenza di maggiori investimenti nella figura del farmacista, la quale grazie al suo percorso accademico specifico è in grado di compensare quello dell'esperto clinico creando una collaborazione volta a diminuire gli errori in terapia. Quindi, intervenendo su di essi è possibile ammortizzare i costi sostenuti a valle generando a catena una

serie di conseguenze che possono così essere rappresentate come mostra la Fig.1.

**Figure 1: Gli effetti economici dell'errore in terapia**



Sarebbe utile analizzare sempre più nel dettaglio tale argomento al fine di capire quali siano dal punto di vista quantitativo gli incrementi dei fondi di spesa risparmiati che sono stati redistribuiti all'interno di altre aree critiche che necessitano di miglioramento e quale sia il rapporto tra l'innovazione e la cultura organizzativa presente all'interno dell'area intercettata.

Infine, potrebbe dimostrarsi interessante compiere uno studio comparato rispetto alle realtà estere che operano all'interno dello stesso settore per capire quali siano gli ambiti di forza e quelli in cui occorra intervenire. Dopo di che, sarebbe opportuno lavorare sulla creazione di un framework che possa allineare il sistema italiano con quelli europei o extra-europei catturando da ognuno di questi gli elementi positivi che possono essere riadattati al contesto italiano tenendo conto di limiti culturali e prettamente di base come ad esempio la formazione impartita a tali figure professionali.

## References

- Achard P.O. (1999), *Economia e gestione delle imprese sanitarie*, Franco Angeli, Milano
- Bettamio V. - Fernández del Rio M. and Radaelli G. (2009), *Miglioramento della qualità del processo terapeutico in ambito ospedaliero*, La scheda Unica di Terapia, Vol. 19
- Biron A.D. - Lavoie – Tremblay M. and Loiselle C.G. (2009), *Characteristics of work interruptions during medication administration*, J. Nurs Scholarsh, Vol. 41 [330 – 6]

- Biron A.D. - Loisel C. G. and Lavoie – Tremblay M. (2009), *Work interruptions and their contribution to medication administration errors: an evidence review*, *Worldviews Evid Based Nurs*, Vol. 6 [70 – 86]
- Buetow S.A. and Roland M. (1999), *Clinical Governance: Bridging the Gap Between Managerial and Clinical Approaches to Quality Care*, “Quality in Health Care”, n.8
- Demartini C. and Mella P. (2011), *Efficienza aziendale e gestione delle performance*, Pavia University Press
- Ferreira A. – Otley D. (2009), *The Design and Use of Performance Management System: An Extended Framework for Analysis*, *Management Accounting Research*, Vol. 20 [263-282]
- Festini F. - Sperotto S. and Neri S., (2007), *La sicurezza della terapia: strategie e strumenti per gli infermieri*, *Assistenza infermieristica e ricerca*, Vol. 26 [165 – 80]
- Fontana F. (2004), *Governance: un ponte tra clinica ed economia*, “Il Sole24 24 ore in Sanità”, n.16
- Fontana F. (2005), *Clinical governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*, FrancoAngeli/Sanità
- Fontana F. jr. and Giustiniano L. (agosto – settembre 2004a), *I fabbisogni informativi della Clinical Governance*, *Rivista Italiana di Ragioneria ed Economia Aziendale*
- Fontana F. jr. and Giustiniano L. (novembre – dicembre 2004b), *Le tecnologie dell’informazione a supporto del governo clinico; alcune riflessioni dell’esperienza dell’NHS*, *Rivista Italiana di Ragioneria ed Economia Aziendale*
- Gori E., Mealli F. and Rampichini C. (1993), *Indicatori di Efficienza ed Efficacia per la Valutazione dell’Attività di Formazione Professionale*, *Statistica*, anno LIII
- Joint Commission Resources. *Prevenire gli errori in terapia*, Edizione italiana a cura di Motola D. - Montanaro N. (2005), Roma: Il Pensiero Scientifico Editore
- Kohn L.T. - Corrigan J.M., Donaldson M.S. – Institute of Medicine- (2000) *To err is human: building a safer health system*, Washington, DC: National Academy Press
- Ledonne G. and Tolomeo S. (2009), *Calcoli e dosaggi farmacologici. La responsabilità dell’infermiere*, Milano: Casa Editrice Ambrosiana
- Lugon M. - Secker-Walker J. (2002), *Clinical Governance*, Imperial Society of Medicine Press, London
- Ministero della Salute, Federazione Ordini Farmacisti Italiani (FOFI) and Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO) (2010), *Sicurezza dei pazienti e Gestione del Rischio Clinico: la Qualità dell’assistenza farmaceutica. Manuale per la formazione dei farmacisti del SSN*
- Negro G. (2003), *Organizzare la qualità dei servizi*, “Il Sole 24 Ore”, Milano
- Novaco F. (2003), *La gestione del rischio clinic*, in Plembani M. and Trenti T., *Praticare il governo clinico: qualità, efficacia e professionalità medica*, Centro Scientifico Editore, Torino
- Ovretveit J. (1992), *Health Service Quality*, Blackwell Science, Oxford, UK
- Polidori P. -La Russa R. - Di Giorgio C. - Adami S. (2013), *La gestione del rischio clinico nella strategie della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera*, *Giornale italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutillizzazione*; Vol. 5 No. 3 [15-24]
- Pollitt C., (2007) *New Public Management in Europe*, *Management Online Review*
- Scoccia A. - Conti R. - Fabbri M. et al. (2011), *Riorganizzazione del processo della terapia farmacologica: vantaggi della Scheda della terapia unica (Stu) informatizzata*, *L’infermiere*, Vol. 2
- Westbrook J.I. - Woods A. - Rob M.I, et al. (2010), *Association of interruptions with and increased risk and severity of medication administration errors*, *Arch Intern Med*, Vol. 26 [683 – 90]
- Worthing and Southlands Hospitals NHS Trust (Ed.), *Clinical Governance-Annual Report 2002-2003-2004*, London 2004
- <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>
- [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)