



PROCEDURA AZIENDALE: UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA

PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA

Documento: PA13
Revisione n.: 0
Data: 16.02.2012
pag. 2 di 38

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
Data	Funzione	Cognome/Nome	Data	Funzione	Cognome/Nome	Data	Funzione	Cognome/Nome
05/10/2011	Gruppo di Lavoro	Maria Pia Gramenzi Miriam Travasi Lina Di Tonno , Fabrizio Scuteri, Luciana Cianelli Sandro Sgriccia Katia Farinelli Bruno Di Berardo, Di Giosia Paola Guido Malvezzi Franca Ferretti Luca Luzio Bernardo Ciotti Vincenzo Leonzi A. Maria Pulsoni Pina Evangelista Leonarda Armillotta Laura Lalla Piccioni Valerio Di Giamberardino Sticchioni Nadia Di Silvestre Andrea Zivelli Hanno inoltre collaborato per le U.T.I.: Pierluigi Orsini Emilio Rosa Domenico Cimini Loredana Calabrese Giuseppina Di Donato Filomena Cannita.	16/02/2012	RGR	D'Annunzio Ercole	18/02/2012	DGE e COLLEGIO DI DIREZIONE	Giustino Varrassi Camillo Antelli Lucio Ambrosj Franco Santarelli Gabriella Palmeri Valerio Profeta Dario Di Michele Riccardo Lucantoni Goffredo Magnanimi Maurizio Monina Giuseppe Sciarra Cosimo Napoletano Pasquale Striglioni Saverio Moschetta Pierluigi Orsini

PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA

Si ringraziano, inoltre, tutti gli Operatori Sanitari delle Unità Operative sotto elencate per la preziosa collaborazione fornita per il raggiungimento dell'obiettivo, nonché per i suggerimenti formulati utili per il miglioramento della funzionalità della scheda.

P.O. Teramo	<i>Medicina Uomini</i> <i>Medicina Donne</i> <i>Chirurgia Generale</i> <i>Chirurgia Oncologica</i> <i>Chirurgia Toracica</i> <i>Ortopedia</i> <i>Oculistica</i> <i>Otorino</i> <i>Ostetricia e Ginecologia</i> <i>Malattie Infettive</i> <i>Neurologia</i> <i>Pneumologia</i> <i>Chirurgia Vascolare</i> <i>Cardiochirurgia</i>
P.O. Atri	<i>Ostetricia e Ginecologia</i> <i>Pediatria</i> <i>Urologia</i> <i>Chirurgia Generale</i>
P.O. Sant'Omero	<i>Chirurgia Generale</i> <i>Ostetricia e Ginecologia</i> <i>Pediatria</i>

INDICE

ELENCO DELLE REVISIONI delle schede	6
1. TERMINOLOGIE E ABBREVIAZIONI	7
2. PREMESSA	8
3. INTRODUZIONE	9
3.1 ERRORE DI PRESCRIZIONE	9
3.2 ERRORE DI DISTRIBUZIONE	9
3.3 ERRORE DI TRASCRIZIONE/INTERPRETAZIONE.....	10
3.4 ERRORE DI PREPARAZIONE.....	10
3.5 ERRORE DI SOMMINISTRAZIONE.	10
4. SCOPO	10
5. CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE	11
6. DESTINATARI	11
7. MATRICE DELLA RESPONSABILITA'	11
8. PERCORSO E STRUTTURA DELLA SCHEDA	12
8.1 LOGO DELL'AZIENDA, PRESIDIO E UNITÀ OPERATIVA.....	15
8.2 INFORMAZIONI SUL PAZIENTE	15
8.3 PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA	15
8.4 SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA.....	16
8.5 LEGENDE.....	16
8.6 TRACCIABILITA' DELLA PRESCRIZIONE E DELLA SOMMINISTRAZIONE	18
9. MODALITA' OPERATIVE	18
9.1 PRESCRIZIONE DEI FARMACI.....	18
9.2 SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI.....	20
9.3 TERAPIA AL BISOGNO	21
9.4 TERAPIA ANTIDOLORIFICA	22
9.5 TERAPIE D'URGENZA.....	23
9.6 TERAPIE UNA TANTUM.....	23
9.7 TERAPIE CON NITRODERIVATI.....	24
9.8 TERAPIA INFUSIVA CONTINUA.....	24
9.9 TERAPIA ANTICOAGULANTE	25
9.10 TERAPIA INSULINICA	25
9.11 TERAPIA PRESBITTA IN CONSULENZA.....	25
10. MODIFICHE E SOSPENSIONI DELLA TERAPIA	25

PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA

10.1	MODIFICHE DELLA TERAPIA	25
10.2	SOSPENSIONE DEFINITIVA DEL FARMACO	26
10.3	INTERRUZIONE TEMPORANEA DEL FARMACO	26
10.4	NOTE	26
11.	FARMACI CAMPIONE	26
12.	FARMACI PERSONALI DEL PAZIENTE RICOVERATO	27
13.	PRESCRIZIONE DI FARMACO NON DISPONIBILE	27
14.	MANCANZA DEL FARMACO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA.....	28
15.	COMUNICAZIONE EFFETTI INDESIDERATI E/O AVVERSI.....	28
16.	CAMBIO SCHEDA.....	28
17.	TENUTA DELLE SCHEDE	28
18.	PARAMETRI DI CONTROLLO.....	29
19.	VERIFICA	29
20.	BIBLIOGRAFIA	30
21.	ALLEGATO 1 - SCHEDA DI VERIFICA DELL'ADESIONE (MODULO PA13 01)	31
22.	ALLEGATO 2 - SCHEDA DI VERIFICA DELL'ADESIONE (MODULO PA13 02)	33
23.	ALLEGATO 3 - SIGLE E SIMBOLI DI RIFERIMENTO (MODULO PA13 03)	34
24.	ALLEGATO 4 REGISTRO DELLE FIRME/SIGLE (MODULO PA13 04).....	35
25.	ALLEGATO 5 - LEGENDA ESPLICATIVA DELLA S.U.T. (MODULO PA13 05)	36
26.	ALLEGATO 6 – SCHEDA DI RILEVAMENTO CRITICITA' S.U.T. (MODULO PA13 06)	37
27.	ELENCO DOCUMENTI IN APPENDICE	38

PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA

ELENCO DELLE REVISIONI DELLE SCHEDE

Paragrafo	Descrizione Modifica	Rev. N.	Data Rev.
Scheda terapia fronte/retro	Modifica della programmazione della scheda da 4 a 5 giorni e su una sola facciata.	1	4.02.2010
Scheda terapia (retro)	Inserimento della Diaria giornaliera uguale per l'area medica e chirurgica Inserita scheda retro senza cambiare il numero della revisione	2	20.04.2010
Scheda terapia (retro)	Modifica della Diaria giornaliera per l'area chirurgica (inserimento drenaggi, SNG e CVP)	2 Codifica errata	01.07.2010
Scheda terapia fronte	Modifica posizione della freccia indicante i codici del farmaco non somministrato. Correzione retro scheda per area	3	30.08.2010
Scheda terapia (fronte/retro)	<u>Fronte:</u> Rimozione legenda. Inserimento rigo per luna seconda firma dell'Infermiere/Generico/OSSS Personalizzazione della scheda per le UU.OO. di psichiatria limitatamente all'inserimento della terapia long acting Personalizzazione della scheda per la U.O. di oculistica limitatamente all'inserimento delle fasce orarie dalle ore 5 alle ore 24 per la somministrazione dei colliri <u>Retro:</u> inserimenti di ulteriori voci e aggiustamenti personalizzati per aree,	4	10.10.2011 (in stampa dal 16.11.2011)

PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA

1. TERMINOLOGIE E ABBREVIAZIONI

DGE	Direzione Generale
DUO	Direzione Unità Operativa
GdL	Gruppo di Lavoro
RGR	Responsabile Gestione Rischio Clinico
Unità Organizzativa	Unità Operativa o Servizio o Dipartimento della ASL Corrisponde all'Azienda o ad una sua parte, più o meno complessa.
U.O./UU.OO.	Unità Operativa/Unità Operative
UTI	Unità di Terapia Intensiva
UOGR	Unità Operativa Gestione del Rischio
SUT	Scheda Unica di Terapia
E.V.	Terapia endovenosa
I.M.	Terapia intramuscolare
S.C.	Terapia sottocutanea
O.S.	Terapia orale
T	Terapia topica (locale)
R	Terapia rettale
AER	Terapia inalatoria
INR	Indicatore del tempo di protrombina (International Normalized Ratio)
U.I.	Unità internazionali
ALTRO	Non previsto nella codifica riportata in legenda. Rimanda a specifica annotazione nello spazio NOTE sul retro della scheda o nella diaria clinica/infermieristica

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p> <p>Direzione Strategica</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA</p>	<p>Documento: PA13</p> <p>Revisione n.: 0</p> <p>Data: 16.02.2012</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 8 di 38</i></p>
--	---	--

2. PREMESSA

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi “danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte” (Kohn L, 1999).

Il sistema sanitario è un sistema complesso nel quale l'errore e la possibilità di un incidente non sono eliminabili, per cui è necessario utilizzare tutti gli accorgimenti possibili affinché siano, per lo meno, controllabili.

Partendo quindi dalla considerazione che l'errore è una componente inevitabile della realtà umana come evidenziato dal rapporto pubblicato nel 1999 dall'Institute Of Medicine - “To err is human” (Kohn), diventa fondamentale riconoscere che anche il sistema può sbagliare creando le circostanze per il verificarsi di un errore (stress, tecnologie poco conosciute, etc.), che restano latenti fino a quando un errore dell'operatore (active failure) non le rende manifeste. Pertanto, se l'errore umano non può essere eliminato completamente, è fondamentale favorire innanzitutto condizioni lavorative ideali e porre in atto un insieme di azioni che renda difficile per l'uomo sbagliare (Reason JT, 1990), e, in secondo luogo, attuare delle difese in grado di arginare le conseguenze di un errore che si è verificato.

Per fare ciò è opportuno intraprendere a vari livelli (nazionale, regionale, aziendale), iniziative di Risk management che devono prevedere, per essere efficaci ed efficienti, strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario. Nella Azienda USL 4 di Teramo, successivamente alla “mappatura dei rischi”, effettuata nel 2006 presso tutte le Unità Organizzative, ci si è proposti di promuovere una corretta cultura della gestione del rischio implementando le buone pratiche tra le quali l'adozione di un modello unificato di Scheda Unica di Terapia (SUT) a livello Aziendale, finalizzato a garantire più sicurezza e a ridurre la possibilità di errori nel complesso ed articolato processo della terapia farmacologia, soprattutto nelle fasi di prescrizione, trascrizione/interpretazione e somministrazione.

Tale obiettivo è stato fissato dal Ministero della Salute con l'emanazione, nel marzo 2008, della 7^a Raccomandazione Ministeriale nella quale, tra le azioni da perseguire per garantire più sicurezza e ridurre la possibilità di errori nel processo della terapia farmacologia c'è l'adozione della Scheda Unica di Terapia per raggruppare tutte le informazioni relative alla

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p> <p>Direzione Strategica</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEMA UNICA DI TERAPIA</p>	<p>Documento: PA13</p> <p>Revisione n.: 0</p> <p>Data: 16.02.2012</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 9 di 38</i></p>
--	---	--

prescrizione e alla somministrazione dei farmaci e permettere di individuare, nel rispetto della normativa sulla tracciabilità, il farmaco, il medico e l'infermiere.

3. INTRODUZIONE

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

Il rischio associato all'impiego del farmaco riguarda gli eventi intrinseci quali reazioni avverse o effetti collaterali, ma anche e soprattutto gli eventi non direttamente correlati alla natura del farmaco, come quelli dovuti a pessima grafia, abbreviazioni ambigue, scarsa informazione su dosi, modi e tempi di somministrazione.

Fondamentalmente, vengono riconosciuti 5 categorie di errore,:

- Errore di prescrizione (punto 3.1)
- Errore di distribuzione (punto 3.2)
- Errore di trascrizione/interpretazione (punto 3.3)
- Errore di preparazione (punto 3.4)
- Errore di somministrazione (punto 3.5)

3.1 ERRORE DI PRESCRIZIONE

L'atto della prescrizione da parte del medico può essere influenzato da vuoti di memoria, dimenticanze dovute ad interruzioni frequenti, fretta, stress e fatica o incompleta conoscenza dei farmaci e del paziente.

Esempi di errori di prescrizione possono essere determinati dalla mancanza di informazioni essenziali quali le modalità di interazioni tra farmaci,, la prescrizione di un farmaco, di un dosaggio e/o di un regime terapeutico inappropriato, l'utilizzo di un'unità di misura errata (ad es. milligrammi invece di microgrammi).

Una fonte importante di errore è sicuramente una terapia inappropriata alle particolari patologie del paziente, quali ad esempio insufficienza renale epatica, allergie documentate o particolari controindicazioni per quel determinato principio attivo.

3.2 ERRORE DI DISTRIBUZIONE

La distribuzione dei farmaci comprende tutti quei processi che intercorrono tra la

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p> <p>Direzione Strategica</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA</p>	<p>Documento: PA13</p> <p>Revisione n.: 0</p> <p>Data: 16.02.2012</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 10 di 38</i></p>
--	---	---

preparazione e la consegna all'Unità Operativa dove verrà somministrato il farmaco. Viene potenziato dalla presenza nei magazzini/armadi farmaceutici di preparazioni che hanno uguale confezione, nomi simili etc.

3.3 ERRORE DI TRASCRIZIONE/INTERPRETAZIONE

Avviene quando si verifica una interpretazione errata della grafia del medico durante la trascrizione dalla cartella clinica al “quaderno/foglio della terapia” o su prescrizione verbale.

3.4 ERRORE DI PREPARAZIONE

Indica un'errata formulazione o manipolazione di un prodotto farmaceutico prima della somministrazione. Comprende, per esempio, diluizioni e ricostituzioni non corrette, associazioni di farmaci fisicamente o chimicamente incompatibili o confezionamento non appropriato.

3.5 ERRORE DI SOMMINISTRAZIONE.

L'errore di somministrazione si può considerare come una “deviazione tra la terapia farmacologia che il medico ha prescritto in base alle buone norme di pratica clinica e il farmaco ricevuto dal paziente (Fonte: 7a Raccomandazione Ministeriale).

4. SCOPO

La procedura ha lo scopo di fornire indicazioni al personale medico infermieristico e ostetrico per un utilizzo uniforme della Scheda Unica di Terapia, di seguito SUT, che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati, rappresentando un eccellente strumento di comunicazione interna. La SUT è parte integrante della cartella clinica e il suo utilizzo è finalizzato a :

- garantire la sicurezza della persona assistita;
- individuare le responsabilità nella prescrizione e nella somministrazione/assunzione terapeutica consentendo di tenere traccia, su un unico documento, di tutte le operazioni effettuate, nonché dell'esecutore di ciascun intervento terapeutico,
- sollecitare i medici ad effettuare la prescrizione scritta in modo chiaro,
- evitare la prescrizione verbale, la trascrizione delle prescrizioni dalla cartella clinica ad altri documenti (fogli, quaderni, diaria infermieristica) in quanto la stessa scheda

redatta dal medico viene utilizzata dagli infermieri per effettuare la somministrazione, risparmiando quindi tempo ed errori;

- documentare l'attività svolta;
- gestire il tempo in modo efficiente;
- favorire la collaborazione multidisciplinare;
- rispettare la corretta procedura della somministrazione dei farmaci come indicato dalla "regola delle 6 G": Giusta persona, Giusto farmaco, Giusta dose, Giusta via di somministrazione, Giusto tempo, Giusta registrazione.

5. CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE

Ad esclusione delle Unità Organizzative dove vengono somministrati i farmaci in modalità estemporanea (pronto soccorso, ambulatori), le indicazioni della presente procedura si applicano presso tutte le restanti UU.OO. della ASL di Teramo, per le attività di prescrizione, somministrazione e corretta assunzione della terapia farmacologica.

6. DESTINATARI

Personale medico, personale infermieristico e ostetrico delle Unità Operative della ASL di Teramo.

7. MATRICE DELLA RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	MEDICO	CAPOSALA	INFERMIERE/ OSTETRICA	OSS	OSSS/INFERMIERE GENERICO
PRESCRIZIONE	R				
SOMMINISTRAZIONE			R		R (ad esclusione della Terapia e.v)
ASSUNZIONE DELLA TERAPIA ORALE			R	R	R
COMPILAZIONE DELLA SUT	R		R		R
TENUTA DELLE SCHEDE	R	R	R		R

R= Responsabile

8. PERCORSO E STRUTTURA DELLA SCHEMA

Presso La ASL di Teramo, per l'elaborazione della SUT aziendale, è stato costituito nel mese di aprile del 2009 un apposito Gruppo di Lavoro multidisciplinare i cui componenti sono stati designati dai Direttori dei Dipartimenti, previa richiesta ufficiale da parte dell'UOGR del 13.03.2009 prot.n. 912 Med/Leg.

Il Gruppo, composto da clinici quali medici, infermieri e farmacisti, si è riunito più volte per definire i requisiti della scheda, progettare e testare alcuni prototipi cartacei e sperimentarne l'utilizzo nelle Unità Operative dei quattro Presidi Ospedalieri, selezionate in modo tale da rappresentare tutte le aree cliniche e pertanto le differenti condizioni di sicurezza nei processi terapeutici.

Sono stati inizialmente coinvolti nello studio 10 Unità Operative, ma solo in 5 di queste è stata effettivamente avviata la sperimentazione il 17.11.2009.

In una successiva analisi i motivi della mancata aderenza sono stati individuati principalmente nella resistenza al cambiamento da parte di tutti gli operatori sanitari.

Il format del primo modello della SUT, messa a punto dal GdL in formato A3, prevedeva la programmazione della terapia su quattro giorni e su due facciate (lato A e lato B) ed è stato utilizzato fino al mese di Febbraio del 2010.

Successivamente (aprile 2010), in seguito alle prime osservazioni pervenute dagli operatori dei reparti in sperimentazione, la programmazione è stata sviluppata su cinque giorni e il lato B, è stato sostituito dalla diaria giornaliera/clinica, inizialmente uguale per le UU.OO. chirurgiche e mediche, e successivamente (luglio 2010) modificata per i reparti chirurgici.

E' stata strutturata anche una scheda per la segnalazione delle criticità, fornita unitamente al 2° format della SUT, per favorire la rilevazione dei problemi e i suggerimenti per le modifiche da apportare alla scheda.

Nei mesi successivi si è proceduto gradatamente e con estrema difficoltà all'implementazione dei prototipi in altre Unità Operative, che hanno ulteriormente collaborato alla definizione attuale della scheda e della procedura.

Il format definitivo della SUT, in formato cartaceo A3, è composto da due facciate, una facciata fronte con la stampa della scheda di prescrizione/somministrazione e una facciata retro con la stampa della diaria giornaliera.

ALLERGIE AI FARMACI <input type="checkbox"/> NEGATIVE <input type="checkbox"/> RIFERITE Specificare: _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Revisione 04 del 10 ottobre 2011 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> SCHEDA n°: _____ </div> <div style="margin-top: 5px;"> Altezza cm _____ Peso Kg _____ Massa corporea cm2 _____ </div>
---	---

Data di nascita ____/____/____											
Data ____/____/____				Data ____/____/____				Data ____/____/____			
16		20		8	12		16	8	12		16

La legenda relativa alla prescrizione, contenuta nei primi draft, è stata eliminata per aumentare l'ampiezza delle caselle di prescrizione/somministrazione. La stessa è stata inserita in un foglio a parte, allegato alla procedura (modulo PA13 03).

La facciata retro (Figura 3) riporta la diaria giornaliera con il grafico della temperatura, la diuresi, i parametri vitali etc.

L'inserimento della diaria sul retro della scheda, adottato a partire dal mese di aprile 2010 è stato valutato e deciso dal GdL unitamente agli Operatori dei reparti sperimentatori, e ha sostituito l'iniziale prosieguo del lato B della Scheda di Terapia.

Le diarie, nel rispetto delle specifiche esigenze delle UU.OO, sono state differenziate per area: medica, chirurgica, pediatrica, neurologica, neurochirurgica e psichiatrica.

Qualora nelle UU.OO. che non hanno aderito alla sperimentazione si ritenga di non utilizzare la Diaria retro Scheda, la decisione va tracciata in apposito documento e dev'essere adottata una specifica scheda per la tracciabilità della rilevazione del dolore.

Figura 3 - Stralcio della Diaria Clinica Retro Scheda

		COGNOME e NOME											
		Data / /						Data / /					
		8	12	16	20			8	12	16	20		
CURVA TERMICA	41												
	40												
	39												
	38												
	37												
	36												
FREQUENZA CARDIACA													
PRESSIONE ARTERIOSA													

Di seguito, vengono dettagliate le caratteristiche e le modalità di compilazione di ciascuna sezione della SUT.

Per le Unità di Terapia Intensiva, è stata predisposta un'apposita scheda, uniforme in ambito aziendale, che prevede una programmazione della terapia e dei rilievi clinici per singola giornata.

I Format Aziendali delle Schede di Terapia, ufficialmente autorizzati, sono allegati in appendice alla presente procedura.

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p> <p>Direzione Strategica</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA</p>	<p>Documento: PA13</p> <p>Revisione n.: 0</p> <p>Data: 16.02.2012</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 15 di 38</i></p>
--	---	---

Eventuali aggiornamenti/revisioni delle schede devono essere necessariamente e preventivamente autorizzati dall'UOGR e dall'Alta Direzione.

8.1 LOGO DELL'AZIENDA, PRESIDIO E UNITÀ OPERATIVA

Il logo dell'azienda è prestampato su entrambi i lati della scheda.

Il Presidio e il nome dell'Unità Operativa vanno scritti a penna e in stampatello, per consentire un'immediata identificazione del luogo di degenza dove il paziente ha ricevuto le terapie indicate.

8.2 INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

Negli spazi relativi all'identificazione del paziente, nella parte superiore della scheda (figure 1 e 2), vanno riportati i seguenti dati:

- Cognome e nome.
- Data di nascita (GG/MM/AAAA).
- Data di ingresso (GG/MM/AAAA).
- Altezza, peso e massa corporea (ove previsti).

E' stato omesso volutamente il numero del letto in quanto considerato un dato non sicuro per l'organizzazione esistente nella maggior parte delle Unità Operative dell'Azienda di Teramo.

Ove possibile può e deve essere utilizzata la targhetta identificativa del paziente rilasciata dall'ufficio accettazione, che va apposta sotto al logo Aziendale.

Il campo per le allergie prevede la possibilità di contrassegnare una casella a seconda se il paziente (o i suoi parenti) nega o riferisce allergie ai farmaci; in tal caso vanno ulteriormente specificate le molecole alle quali il paziente è allergico (Figura 2).

8.3 PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Tale sezione comprende la parte operativa relativa alla prescrizione e alla programmazione della terapia farmacologica ed è di competenza esclusiva del personale medico (colonne poste all'estrema sinistra del foglio A3).

E' stata volutamente omessa la suddivisione corrispondente alle diverse vie di somministrazione (orale, intramuscolare, endovena, infusione continua/in pompa, sottocute e varia) per evitare errori di prescrizione e di somministrazione.

Infatti se durante la prescrizione di un farmaco lo spazio codificato per la rispettiva via di somministrazione risulta completo, il medico è costretto a scrivere in uno spazio

codificato per un'altra via di somministrazione, commettendo pertanto egli stesso un errore di compilazione e creando per l'infermiere la possibilità di sbagliare.

Nella parte riservata alla prescrizione sono state previste alcune celle per l'indicazione della via di somministrazione, della data di prescrizione della terapia farmacologica e per l'apposizione della sigla del medico prescrittore.

Le successive colonne sono riferibili a cinque giornate di prescrizione e sono caratterizzate da griglie orarie per le 24 ore con prefissati alcuni orari: 8, 12, 16, 20 per la quasi totalità delle UU.OO, ad esclusione della Ostetricia /Ginecologia e della Neurologia che per le diverse esigenze organizzative hanno necessità di orari diversi (6,12, 18, 24).

Sono state previste ulteriori caselle orarie libere, inserite prima e dopo ciascuna ora codificata, in maniera tale che l'orario possa essere prescritto/scritto per le somministrazioni non codificate. Per l'area di Oculistica, dopo una prima fase di sperimentazione, è stato necessario inserire una diversa griglia organizzata in 20 fasce, dalle ore 5 alle ore 24, per la somministrazione oraria dei colliri.

8.4 SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Per la somministrazione della terapia, l'infermiere utilizza le suddette schede di prescrizione/somministrazione sopra menzionate.

Deve indicare l'avvenuta somministrazione apponendo il relativo segno \ che va a formare, in tal modo, una X nella cella d'incrocio tra farmaco (in riga) e orario (in colonna) e attesterà l'avvenuta somministrazione apponendo la propria sigla nella cella di riferimento.

In caso di mancata somministrazione deve apporre il segno Ø e motiverà la mancata somministrazione nell'apposita casella, inserendo il numero di riferimento della motivazione, riportato in legenda e apponendo la propria sigla nella cella corrispondente.

8.5 LEGENDE

Per garantire la sicurezza dei pazienti, oltre all'adozione delle abbreviazioni delle diverse vie di somministrazione (Figura 4, legenda 1) si è provveduto a stilare una serie di simboli per standardizzare la prescrizione, somministrazione etc oltre alle motivazioni della mancata somministrazione (Figura 5, Legenda 2). Le Legende 1 e 2 sono state apposte in fase di sperimentazione nella parte superiore del foglio. Nella stesura finale le abbreviazioni delle diverse modalità di somministrazione (Legenda 1), sono state rimosse e inserite nella nota esplicativa per l'utilizzo della SUT e come allegato alla

presente procedura (Allegato 3, Modulo PA13 03).


Nella legenda 1 la dicitura “Altro” indica tutte le altre vie di somministrazione (vaginale, oculare, otologica, rinologica, etc.), che devono essere chiaramente specificate dal medico.

Non sono ammesse abbreviazioni che non sono state previste in procedura.

Figura 4 - Legenda 1

EV = endovenosa
IM = intramuscolare
SC = sottocutanea
OS = orale
T = topica (locale)
R = rettale
AER = inalatoria
ALTRO: specificare

Figura 5 - Legenda 2

	/ = Prescrizione Medica \ = Somministrazione effettuata —sosp. ora, data, FIRMA = Sospensione → = Infusione continua	∅ = Non somministrato — sigle ✗ = Somministrazione interrotta P = Posizionare — cerotto T = Togliere	→ 1 = Rifiuto Paziente 2 = Digiuno 3 = Assenza Pz. da U.O. 4 = Vomito 5 = Altro (specificare)
PRESIDIO:		UNITA' OPERATIVA:	

Nella legenda 2 (Figura 5) è stato inserito, in caso di terapia non somministrata per motivi diversi da quelli codificati in legenda (codici da 1 a 4), il codice 5 indicante “Altro”, la cui esplicitazione va registrata nello spazio riservato alle NOTE/OSSERVAZIONI della Diaria Giornaliera Retro scheda, o dove non adottata, nella cartella infermieristica.

Figura 6 - Retro scheda

NOTE /OSSERVAZIONI		

E' stato stabilito inoltre di adottare sigle univoche per le unità di misura, come prescritto nella Raccomandazione Ministeriale n°7 del 2007. (Figura 7, Legenda 3)

Figura 7- Legenda 3

UNITÀ DI MISURA	ABBREVIAZIONE
chilogrammo	Kg
grammo	g
litro	l
microgrammo	mcg
milliequivalenti	meq
milligrammo	mg
millilitro	ml
millimoli	mmoli

8.6 TRACCIABILITA' DELLA PRESCRIZIONE E DELLA SOMMINISTRAZIONE

Al fine della tracciabilità e conseguente rintracciabilità dell'esecutore di ciascun intervento terapeutico, è stata adottata la soluzione della firma sotto forma di sigla che deve essere depositata in apposito modulo a cura dell'Unità Organizzativa.

In tale modulo vanno acquisite anche le sigle degli Operatori Sanitari che effettuano sostituzioni temporanee del personale in carico all'U.O.

9. MODALITA' OPERATIVE

9.1 PRESCRIZIONE DEI FARMACI

Il **medico** prescrive il farmaco, nell'apposito spazio, con calligrafia in stampatello chiaramente leggibile.

Per ogni prescrizione devono risultare chiari e comprensibili:

- la data della prescrizione (va riportata solo una volta nell'apposita casella);
- il nome commerciale o il principio attivo del farmaco, per intero senza alcuna abbreviazione. Come indicato nella 7° Raccomandazione Ministeriale sarebbe opportuno prescrivere, viste anche le modalità di approvvigionamento farmaceutico aziendale, il principio attivo piuttosto che il nome commerciale del farmaco;

PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEMA UNICA DI TERAPIA

- il dosaggio e l'unità di misura (mg, g, ecc); quest'ultima va scritta per intero o seguendo la tabella riportata nella legenda 3 (Figura 7) e nell'esempio della figura 9;
- la forma farmaceutica scritta per intero: compresse, fiale ecc. ;
- la via di somministrazione, indicata utilizzando le abbreviazioni indicate nella legenda 1;
- la sigla del medico prescrittore.
- la programmazione temporale, apponendo il simbolo negli spazi corrispondenti agli orari di somministrazione previsti.

Il medico prescrittore, dopo aver effettuato la prescrizione della terapia indicando chiaramente farmaco, dosaggio e forma (singola dose) per somministrazione/die, via di somministrazione, data di inizio e sigla, programma le somministrazioni di ogni singolo farmaco apponendo in corrispondenza dell'orario il simbolo di prescrizione / nella cella d'incrocio tra farmaco (in riga) e orario (in colonna).

Il medico di guardia che effettua la visita il mattino seguente deve validare giornalmente la terapia apponendo la sua sigla nella casella presente in alto sotto la data.

Per la validazione della terapia sono state previste due caselle una per il mattino e uno per il pomeriggio, in caso di effettuazione di visite mediche o di variazione della terapia in orari pomeridiani/notturni.

Il medico che valida la terapia deve a sua volta apporre le barre della prescrizione nelle celle di incrocio farmaco/orario o in caso di modifiche attenersi alle indicazioni fornite nel capitolo 10.

La prescrizione va effettuata per tutto il giorno e fino all'orario della visita medica del giorno successivo. Si rimanda all'organizzazione interna delle rispettive UU. OO. L'identificazione e la codifica del periodo di prescrizione, tramite l'adozione di regolamenti interni sottoscritti da tutti gli operatori che in esse prestano servizio. E' assolutamente necessario però che la prescrizione copra tutto il periodo fino al momento di una successiva visita medica.

Vanno evitate le prescrizioni verbali o telefoniche e, laddove presenti, devono essere limitate solamente a circostanze particolari e in ogni caso verificate immediatamente (ad esempio, facendo ripetere le indicazioni dall'operatore) e subito riportate in cartella clinica (Fonte: Ministero della salute: "Raccomandazione Ministeriale n° 7"- Marzo 2008 e "Implementazione della Raccomandazione n. 7 per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica" - Marzo 2010).

La sigla del medico deve essere preventivamente registrata in un apposito registro delle firme depositato presso l'Unità Operativa, del quale si fornisce il modello allegato alla

presente procedura (modulo PA13 04). Le schede saranno conservate presso la U.O. e una copia dovrà essere consegnata alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero, allo scadere di ciascun anno solare.

Figura 8 - PRINCIPIO ATTIVO O NOME COMMERCIALE

RACCOMANDAZIONE	NO	SI
Scrivere sempre in modo chiaro e leggibile in stampatello	<i>dantrium</i>	DANTRIUM
Non usare formule chimiche al posto delle sostanze	MgSO ₄	MAGNESIO SOLFATO
	Kcl	POTASSIO CLORURO
	NaCl	SODIO CLORURO
Non usare sigle al posto del nome	NITRO	NITROGLICERINA

Figura 9 - DOSAGGIO FARMACO

RACCOMANDAZIONE	NO	SI
Specificare chiaramente la dose totale utilizzando sempre il sistema metrico	Un misurino, un cucchiaino	10ml
	Una fiala	100mg
	50mg/Kg	2500 mg
Eliminare dove possibile i	0,5 g	500mg
Non usare lo zero dopo la virgola	1,0 mg	1 mg

9.2 SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

L'infermiera/ostetrica somministra la terapia negli orari indicati nel rispetto della regola delle **6 G** (v. pagina 11). In caso di somministrazione di terapia orale verifica la corretta assunzione da parte del paziente.

Attesta l'avvenuta somministrazione per tipologia di terapia effettuata (orale, parenterale, varia, etc.), apponendo la sigla nella casella predisposta a questo scopo.

Come specificato nel paragrafo precedente per il medico, anche la sigla dell'Infermiera o dell'ostetrica dev'essere registrata e conservata in un apposito registro firme presente nell'Unità Operativa.

Nel caso che una dose prescritta non venga somministrata è necessario che l'infermiera/ostetrica documenti la mancata somministrazione specificandone il motivo per

permettere un completo monitoraggio del processo. Vanno utilizzati a questo scopo i numeri indicati dalla Legenda 2 presente sulla scheda di terapia. Anche la mancata somministrazione e il relativo codice esplicativo vanno sottoscritti apponendo la propria sigla. L'infermiera/ostetrica verifica e segnala l'insorgenza di effetti indesiderati durante e dopo la somministrazione, valuta l'efficacia della somministrazione quando necessario (per esempio della terapia antidolorifica).

9.3 TERAPIA AL BISOGNO

Per trattamento farmacologico **“al bisogno”** o con indicazioni simili (**“se necessario”**, **“all’occorrenza”**, **“in caso di...”**, ecc.) si intende la somministrazione di un farmaco subordinata alla verifica dell’occorrenza dello stesso, nel rispetto dei parametri definiti dal medico prescrittore.

La 7° Raccomandazione emanata dal Ministero della Salute il 7 settembre 2007 a pag 12 punto n recita: evitare nelle prescrizioni la frase **“al bisogno”**, ma, qualora riportata, deve essere specificata la posologia, la dose massima giornaliera e l’eventuale intervallo di tempo fra le somministrazioni;

Le peculiarità di una prescrizione **“al bisogno”** consistono nel fornire da parte del medico, in aggiunta alle indicazioni ordinarie di una corretta prescrizione, i parametri vincolanti per la somministrazione o la modulazione della stessa. Con la prescrizione **“al bisogno”** il medico affida all’infermiera/ostetrica l’apprezzamento delle condizioni vincolanti la somministrazione.

I parametri condizionanti la somministrazione possono ricondursi principalmente a segni obiettivabili e a indicatori biologici.

In particolare, quali condizioni per eseguire la somministrazione, dovranno essere indicati:

- **riferimenti clinici** per quanto riguarda i segni apprezzabili oggettivamente (es.: temperatura corporea, pressione arteriosa, ecc.),
- **parametri biologici** (es. esito di determinazione glicemica, ecc).

A tali condizioni vincolanti si aggiungono:

- il termine **cronologico** di validità della prescrizione: questo è riferito in genere alle 24 ore; se inferiore deve essere specificato. Si raccomanda una delimitazione temporale ravvicinata così da mantenere un’assidua vigilanza su quel che accade;
- la **posologia**;
- il **limite posologico** (la dose giornaliera massima);

- **l'intervallo di tempo** che deve intercorrere tra una somministrazione e l'altra.

Consegue, da quanto detto, una delimitazione della prescrivibilità “al bisogno”, poiché la rilevazione delle condizioni richiedenti il farmaco deve essere esercitabile dal professionista dell'assistenza con ragionevole certezza, nel rispetto di professionalità e competenze sue proprie.

A fronte di:

- mancata o incompleta indicazione dei parametri di riferimento e dei limiti di esecuzione,
- difficoltà interpretative,
- rilievo di modifiche delle condizioni del paziente,

il professionista incaricato della somministrazione non procederà alla stessa, ma consulterà il medico responsabile o il medico di guardia.

La prescrizione viene effettuata dal medico sulla SUT nella colonna riservata alla stessa, evitando, per ovvie ragioni di apporre il simbolo della prescrizione nelle relative caselle orarie. L'infermiere che effettua la somministrazione appone il solo simbolo della somministrazione, sigla di seguito l'avvenuta somministrazione nella casella corrispondente all'orario e alla data e descrive l'evento sul diario della cartella infermieristica.

9.4 TERAPIA ANTIDOLORIFICA

In particolare, per quanto riguarda la terapia antidolorifica, un Gruppo di Lavoro appositamente strutturato per tale tematica, sta decidendo di adottare, quale strumento di valutazione del dolore, la scala numerica NRS per gli adulti e la scala delle espressioni facciali per l'età pediatrica.

Due in genere sono le procedure adottate per la terapia antidolorifica: impostare la terapia sul diario clinico della cartella, come previsto nella legge 38/2010, oppure sulla Scheda Unica di Terapia.

Presso la ASL di Teramo, vista l'adozione della SUT, la terapia viene prescritta e somministrata con le modalità previste nella presente procedura per la terapia oraria o per la terapia “al bisogno”, a seconda dei casi.

Per le scale di valutazione e i relativi valori si fa invece riferimento alla specifica procedura in itinere, a cura del GdL per la Terapia del Dolore.

Il medico, in caso di presenza di sintomatologia dolorosa, prescrive il farmaco antidolorifico sulla SUT con le modalità precedentemente indicate, e in riferimento alla

scala di valutazione del dolore adottata dal GdL, nonché il valore necessario per praticare la somministrazione della terapia antidolorifica.

L'infermiere effettua, su prescrizione, la valutazione del dolore almeno tre volte al giorno avvalendosi della scala validata e indicata nell'apposita procedura, e registra il valore nelle caselle di riferimento presenti sulla diaria retro SUT.

In caso di rilevazione di intensità del dolore pari o superiore al valore indicato dal medico, somministra il farmaco antidolorifico prescritto dallo stesso e annota la somministrazione sulla diaria infermieristica, oppure nello spazio riservato alle NOTE sul retro della scheda, indicando anche la data, l'ora, l'intensità del dolore e apponendo la propria firma.

E' possibile la sospensione del rilievo del parametro dolore quando lo stesso risulti assente per almeno 3 rilevazioni, salvo riprenderlo su segnalazione del paziente o in caso di situazioni contingenti (es. intervento chirurgico, indagine diagnostica etc.). Il valore negativo (assenza di dolore) va registrato allo stesso modo di quello positivo (presenza del dolore) .

9.5 TERAPIE D'URGENZA

La prescrizione verbale NON è consentita ad eccezione delle terapie d'urgenza e da quanto previsto nel paragrafo 9.1. Essa va verificata immediatamente con un feedback con gli operatori sanitari coinvolti, esempio facendo ripetere all'operatore che deve effettuare la somministrazione, il nome del farmaco.

La prescrizione viene registrata dal medico sul diario clinico o nell'apposito spazio nel retro scheda, appena stabilizzate le condizioni cliniche della persona assistita.

L'infermiere registra l'avvenuta somministrazione dei farmaci praticati in urgenza apponendo la firma sul diario clinico oppure nello spazio dedicato nel retro scheda, di seguito alla prescrizione del medico della terapia di urgenza, e descrive l'evento anche sul diario della cartella infermieristica.

9.6 TERAPIE UNA TANTUM

La prescrizione della terapia "una tantum", cioè una terapia che viene prescritta "una ed una sola volta", va scritta dal medico sul diario clinico oppure nello spazio riservato alle NOTE sul retro della scheda, rispettando la procedura per la corretta prescrizione medica dei farmaci.

Tra le terapie una tantum rientrano le terapie per la profilassi pre-operatoria.

L'infermiere registra l'avvenuta somministrazione del farmaco praticato "una tantum" scrivendo l'orario e apponendo la firma sul diario clinico, di seguito alla prescrizione del medico, e

registra la somministrazione sul diario della cartella infermieristica.

Nel caso venga utilizzato lo spazio riservato alle NOTE sul retro della scheda registra e sigla l'avvenuta somministrazione di seguito alla prescrizione medica.

In caso di antibiotico profilassi per il paziente chirurgico (singola dose di antibiotico), la prescrizione del farmaco viene effettuata dal medico sul diario della cartella clinica oppure nello spazio note (retro scheda) e l'infermiere di Sala Operatoria scrive l'orario e firma l'avvenuta somministrazione di fianco alla prescrizione medica.

9.7 TERAPIE CON NITRODERIVATI

In caso di prescrizione di cerotti con nitroderivati, il medico prescrive il cerotto e per la programmazione utilizzerà le sigle P (Posizionare) e T (Togliere) nelle caselle corrispondenti agli orari di somministrazione unitamente al simbolo di prescrizione /.

L'infermiere registra l'avvenuta somministrazione apponendo il simbolo di somministrazione e la propria sigla negli spazi corrispondenti all'orario del posizionamento e della rimozione.

9.8 TERAPIA INFUSIVA CONTINUA

La terapia in infusione continua viene prescritta dal medico che indica la data, il farmaco, il dosaggio, i tempi di infusione (velocità di infusione) e l'orario di inizio della terapia e appone il simbolo di infusione → nelle celle d'incrocio tra farmaco (in riga) e orario (in colonna).

L'infermiere sigla l'inizio dell'infusione direttamente sulla linea continua dell'infusione e delle successive variazioni (Figura 10)

Figura 10 Modalità di registrazione della terapia infusiva

COGNOME e NOME del PAZIENTE					ROSSI MARIO									
					Data 10/01/ 2012/					Data _____				
sigla del medico per conferma terapia										AD				
farmaco, dosaggio e forma (singola dose) per somministrazione die	Via di somm.ne	Data Inizio	Sigla del medico	8	12	13	16	20		6	8	12		
Soluzione Fisiologica ml 500 x 2	ev	10.01.2012	BGF	→	→	→	→	→	→	→	→	→		
Normosol ml 500 x 1	ev	10.01.2013	BGF	→	→	→	→	→	→	→	→	→		
Soluzione Glucosata al 5% ml 500 x 1	ev	10.01.2014	BGF	→	→	→	→	→	→	→	→	→		
sigla dell' infermiere					RT		AC		BA		AG			
					8	12	13	16	20		6	8	12	

9.9 TERAPIA ANTICOAGULANTE

Il medico prescrive il TIPO di anticoagulante e le somministrazioni giornaliere nella colonna dedicata, l'orario di somministrazione nella colonna B, la data di inizio terapia e valida la terapia con la sua sigla nell'apposita cella.

Il valore dell'INR può essere scritto sia dal medico che dall'infermiere.

Visionato il valore dell'INR il medico prescrive e sigla la dose di farmaco necessaria solo se diversa da quella impostata nella prescrizione iniziale.

L'infermiere somministra il farmaco, attesta l'avvenuta somministrazione e appone la sua sigla con le stesse modalità.

9.10 TERAPIA INSULINICA

Il medico prescrive il TIPO di insulina e le somministrazioni giornaliere nella colonna dedicata, l'orario di somministrazione, la data di inizio della terapia e valida la terapia con la sigla nell'apposita cella.

Prescrive l'orario di esecuzione dello stick glicemico, che verrà effettuato e registrato dall'infermiere, nella cella destinata a tale scopo. Visionato il valore glicemico giornaliero, prescrive e sigla le Unità Internazionali di Insulina solo se diverse da quelle impostate nella prescrizione iniziale.

L'infermiere somministra le Unità di insulina, attesta l'avvenuta somministrazione e sigla con le stesse modalità previste per la terapia farmacologica.

9.11 TERAPIA PRESBITTA IN CONSULENZA

La prescrizione dei farmaci ad un paziente ricoverato, effettuata da un consulente specialista, va registrata dallo stesso sulla diaria clinica.

Sarà cura del medico dell'Unità Operativa di appartenenza del paziente registrare successivamente la prescrizione sulla SUT, con le stesse modalità previste nella presente procedura.

10. MODIFICHE E SOSPENSIONI DELLA TERAPIA

10.1 MODIFICHE DELLA TERAPIA

Qualsiasi modifica della terapia prescritta viene effettuata dal medico che in primo luogo la sospende, seguendo le indicazioni relative alla sospensione, e poi effettua la nuova prescrizione nella riga sottostante.

 AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small> Direzione Strategica	PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA	Documento: PA13 Revisione n.: 0 Data: 16.02.2012 pag. 26 di 38
--	--	--

Ad esempio in caso di variazione della via di somministrazione di un farmaco da intramuscolare a endovenosa, questo va sospeso e prescritto ex novo su un'altra riga con l'indicazione della nuova via di somministrazione.

10.2 SOSPENSIONE DEFINITIVA DEL FARMACO

In caso di sospensione definitiva del trattamento il medico appone sul rigo della prescrizione il simbolo — seguito dalla sigla **sosp.**, dalla data e ora di sospensione e dalla sigla del medico. (Esempio: — **sosp. ore 10 20.10.11** *RM*).

10.3 INTERRUZIONE TEMPORANEA DEL FARMACO

In caso di interruzione del trattamento per vari motivi, il medico appone il simbolo ☒ seguito dalla sua sigla.

10.4 NOTE

In caso di necessità di variazione del dosaggio di un farmaco in infusione continua, bisogna scrivere la nuova dose prescritta di seguito al simbolo dell'infusione.

In caso di errori di prescrizione (dose, via di somministrazione, orario) è necessario apporre una linea sottile che lasci chiaramente leggere la parola/frase/simbolo corretti.

Sono tassativamente vietate correzioni diverse da quanto sopra indicato (cancellature con penna, bianchetto, pennarello ecc).

11. FARMACI CAMPIONE

La materia è disciplinata da specifica normativa i cui contenuti sono stati resi noti con apposite comunicazioni effettuate dal Servizio Farmaceutico Aziendale.

In ordine alla loro conservazione si specifica che sulle confezioni deve essere riportata in modo indelebile l'indicazione "campione gratuito – vietata la vendita" o altra analoga espressione.

Inoltre come specificato dal Ministero della Salute *"I campioni dei medicinali non devono essere presenti, in alcun modo, sul carrello delle terapie, negli armadi di reparto e della Farmacia"*. (Ministero della Salute Raccomandazione n. 7 Settembre 2007);

I campioni risultano di esclusiva proprietà del medico che li accetta e non possono essere utilizzati per trattamenti terapeutici su pazienti assistiti nell'Unità Operativa.

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p> <p>Direzione Strategica</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEMA UNICA DI TERAPIA</p>	<p>Documento: PA13</p> <p>Revisione n.: 0</p> <p>Data: 16.02.2012</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 27 di 38</i></p>
--	---	---

12. FARMACI PERSONALI DEL PAZIENTE RICOVERATO

Posto che la normativa vigente impone alle Aziende Sanitarie di fornire direttamente agli assistiti medicinali e dispositivi medici, quando siano utilizzati per trattamenti diagnostici o terapeutici da espletarsi in proprie strutture ospedaliere, day hospital compreso, è necessario tuttavia disciplinare la gestione dei farmaci che l'assistito stava assumendo prima del ricovero.

Tali farmaci, forniti dall'assistito o da familiari, possono essere impiegati solo a seguito di prudente valutazione del medico responsabile. Questi, qualora ravvisi l'opportunità di un prosieguo di utilizzo, deve provvedere alla specifica prescrizione; solo in tal caso, i farmaci personali possono essere presi in carico dal reparto sino a quando l'azienda non sia in grado di fornirli direttamente. A tal fine si ricorda la necessità di provvedere immediatamente, a fronte della prescrizione, all'ordine presso la farmacia.

I farmaci personali devono essere:

- ben identificati indicando sulla scatola le generalità dell'assistito e la sigla PP (Proprietà Paziente);
- tenuti separati dalle confezioni ospedaliere;
- soggetti alle stesse modalità di conservazione delle confezioni ospedaliere;
- restituiti all'assistito al momento della dimissione o, se ciò non fosse possibile, eliminati secondo le regole che presiedono allo smaltimento dei prodotti farmaceutici.

A seguito dell'esaurimento del prodotto fornito dall'assistito, l'approvvigionamento dello stesso deve essere garantito dall'Azienda USL.

Si evidenzia l'importanza di informare il paziente riguardo alla prosecuzione o meno dei trattamenti in essere all'atto del ricovero.

Per quanto riguarda la preparazione e la somministrazione, questi prodotti saranno gestiti dai professionisti sanitari analogamente a quelli dispensati ordinariamente.

13. PRESCRIZIONE DI FARMACO NON DISPONIBILE

Nel caso in cui il farmaco necessario al paziente non sia ordinabile con il normale iter, in quanto non presente nel prontuario farmaceutico, il medico prescrivente si attiverà, in uno dei seguenti modi:

- indicare un farmaco sostituto, ove possibile
- contattare il Responsabile dell'U.O. Farmacia affinché provveda alla fornitura.

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p> <p>Direzione Strategica</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA</p>	<p>Documento: PA13</p> <p>Revisione n.: 0</p> <p>Data: 16.02.2012</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 28 di 38</i></p>
--	---	---

14. MANCANZA DEL FARMACO PRESSO L'UNITA' OPERATIVA

Nel caso durante la somministrazione della terapia si ravvisi la mancanza di un farmaco prescritto, l'infermiere/ostetrica deve necessariamente reperirlo presso un'altra U.O.

In caso ciò non fosse possibile va informato il medico per una eventuale sostituzione e se trattasi di farmaco salvavita, va chiamato il farmacista reperibile.

15. COMUNICAZIONE EFFETTI INDESIDERATI E/O AVVERSI

La comunicazione di sospetta reazione avversa deve avvenire a cura dei Medici o degli altri Operatori Sanitari, inoltrando al Servizio di Farmacia la "scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa" predisposta dal Ministero della Salute per segnalare le sospette reazioni avverse a tutti i farmaci inclusi i vaccini.

Nel caso si ravvisi una problematica di evento indesiderato va inoltrata una comunicazione anche all'Unità Operativa di Gestione del Rischio utilizzando la scheda PA02 04 per la segnalazione degli eventi, reperibile sul sito aziendale alla voce rischio clinico.

16. CAMBIO SCHEDA

La scheda viene cambiata ogni cinque giorni, e la trascrizione della terapia nella scheda successiva viene effettuata dal medico possibilmente durante la visita.

17. TENUTA DELLE SCHEDE

Durante la degenza le singole schede della terapia sono conservate, preferibilmente e opportunamente, in raccoglitori ad anelli per facilitare la somministrazione dei farmaci e contemporaneamente essere disponibili per le prescrizioni e per i controlli medici.

La collocazione dei raccoglitori all'interno dell'U.O. va concordata in seno all'equipe (medica e infermieristica) nonché con il Direttore/Responsabile dell'U.O. e con il Coordinatore Infermieristico/Ostetrico.

In caso di consulenza/esami diagnostici del paziente presso altre strutture o UU.OO., è necessario inserire la relativa SUT in cartella clinica.

Alla dimissione del paziente la scheda viene inserita nella documentazione clinica.

Il Coordinatore deve registrare e comunicare all'UOGR qualsiasi criticità possa presentarsi nell'utilizzo della scheda, utilizzando la scheda di non conformità Allegato PA 13 06,

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p> <p>Direzione Strategica</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA</p>	<p>Documento: PA13</p> <p>Revisione n.: 0</p> <p>Data: 16.02.2012</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 29 di 38</i></p>
--	---	---

affinché si possa procedere, se necessario, ad una revisione della stessa.

Deve inoltre custodire e aggiornare il registro delle sigle di ciascun Operatore Sanitario e provvedere ad inviarne una copia, alla fine di ciascun anno solare, alla Direzione Sanitaria del Presidio.

Le SUT sono parte integrante della documentazione clinica e come tali considerate atto di fede privilegiata con lo scopo di documentare la terapia prescritta e somministrata durante il ricovero.

Vanno pertanto archiviate con la documentazione sanitaria (cartella clinica, cartella infermieristica).

18. PARAMETRI DI CONTROLLO

Utilizzo della scheda secondo la procedura.

Il dato dovrà essere rilevato attraverso l'osservazione periodica e la verifica a campione delle schede terapeutiche compilate, utilizzando a tal fine gli allegati 1 e 2 alla procedura (moduli PA13 01 e PA13 02), come meglio specificato nel successivo capitolo.

19. VERIFICA

Per verifica si intende l'attività di controllo ai fini dell'adeguatezza della scheda rispetto ai requisiti previsti nella presente procedura.

Viene effettuata ogni quattro mesi (aprile, agosto e dicembre di ciascun anno solare), sulle prime 10 cartelle di ciascun mese. La prima verifica dovrà essere effettuata a partire dal giorno 15 agosto 2012 sulle cartelle del periodo maggio- agosto.

Il controllo verrà effettuato dai Referenti dell'Unità Operativa per il Rischio Clinico (medico e infermieristico) che provvederanno inoltre ad inoltrare copia delle schede alla Direzione Sanitaria del Presidio e all'Unità Operativa di Gestione del Rischio. Su ciascuna scheda dovrà essere riportato il nome e il cognome dei Referenti nonché la relativa firma.

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p> <p>Direzione Strategica</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA</p>	<p>Documento: PA13</p> <p>Revisione n.: 0</p> <p>Data: 16.02.2012</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 30 di 38</i></p>
--	---	---

20. BIBLIOGRAFIA

1. Monaci C, Novi V, Orlandini P. “La prevenzione dell’errore terapeutico. Risultati di un progetto con percorso di alleanza interprofessionale”. Siena, 10 marzo 2004.
2. Regione Toscana. Centro Gestione Rischio Clinico. I quaderni per le campagne per la sicurezza del paziente. Scheda Terapeutica Unica; Firenze 2006..
3. Codice di deontologia medica, 16 dicembre 2006. Articoli: 3, 13, 14 e 26
4. Azienda Sanitaria Genovese. Indicazioni per prescrizione e somministrazione farmaci. Le schede unificate di terapia. 15.11.2007
5. Azienda USL Rieti. La scheda unica di terapia. Istruzioni per l’uso. 7 aprile 2009
6. Regione Emilia Romagna. Procedura Regionale per la gestione clinica dei farmaci. Revisione 01.2008
7. Vincent C. Patient safety. La sicurezza del paziente. Esse editrice srl. Panorama della Sanità. 2007; Roma.
8. Codice deontologico dell’infermiere del 12 febbraio 2008. Articoli: 4, 9, 11.
9. Ministero della Salute. Raccomandazione n°7 “R accomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica. Marzo 2008.
10. Ministero della Salute. Implementazione della Raccomandazione n. 7 per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica. Marzo 2010
11. Ministero della Salute. Gli errori riferiti all’uso dei farmaci “Look-Alike/Sound-Alike”, ossia farmaci LASA, possono causare danni anche gravi. Agosto 2010
12. Regione Marche. Procedura di utilizzo Scheda unica di Terapia. Anno 2008

21. ALLEGATO 1 - SCHEDA DI VERIFICA DELL'ADESIONE (MODULO PA13 01)

LA PRESCRIZIONE MEDICA DEI FARMACI

PRESIDIO OSPEDALERO _____ UNITÀ OPERATIVA _____ N° SDO _____

N° domanda	Testo domanda	Aderenza (1, 2, 3, 4)*	Note
1	E' presente la data della prescrizione?		
2	Il nome commerciale del farmaco è scritto con grafia leggibile?		
3	Il nome commerciale del farmaco è scritto per intero senza alcuna abbreviazione?		
4	La forma farmaceutica prescritta (compresse fiale ecc.) è scritta per intero?		
5	E' presente il dosaggio del farmaco?		
6	E' presente il simbolo negli spazi corrispondenti agli orari di somministrazione previsti?		
7	E' presente la sigla del medico prescrittore?		
8	E' identificabile il medico che ha prescritto i farmaci?		
9	La modifica della terapia viene effettuata con il simbolo apposto nell'apposito spazio seguito dalla data, dalla firma e prescritta		
10	La sospensione della terapia viene effettuata con il simbolo apposto nell'apposito spazio seguito dall'orario, dalla data, e dalla firma		

PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA

Documento: **PA13**

Revisione n.: 0

Data: 16.02.2012

pag. 32 di 38

11	Le eventuali allergie ai farmaci della persona assistita vengono scritte dal medico sull'apposito spazio della scheda?		
-----------	--	--	--

Nome e Cognome dell'Operatore che verifica _____

Firma _____

Nome e Cognome dell'Operatore che verifica _____

Firma _____

*** Modalità di aderenza:**

1 = eseguita correttamente;

2 = eseguita quasi correttamente;

3 = non eseguita correttamente;

4 = evenienza non verificata e quindi non valutabile.

22. ALLEGATO 2 - SCHEDA DI VERIFICA DELL'ADESIONE (MODULO PA13 02)

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

PRESIDIO OSPEDALERO _____ UNITÀ OPERATIVA _____ N° SDO _____

N° domanda	Testo domanda	Aderenza (1, 2, 3, 4)*	Note
1	E' presente il simbolo della somministrazione negli spazi corrispondenti agli orari di somministrazione previsti?		
6	In caso di mancata somministrazione è presente il numero di riferimento nello spazio corrispondente all'orario di somministrazione previsto?		
7	E' presente la sigla dell'infermiere		
8	E' identificabile l'infermiere che ha somministrato i farmaci?		
9	L'infermiere ha depositato la sigla nel registro firme?		

Nome e Cognome dell'Operatore che verifica _____

Firma _____

Nome e Cognome dell'Operatore che verifica _____

Firma _____

*** Modalità di aderenza:**

1 = eseguita correttamente;

2 = eseguita quasi correttamente;

3 = non eseguita correttamente;

4 = evenienza non verificata e quindi non valutabile.

23. ALLEGATO 3 - SIGLE E SIMBOLI DI RIFERIMENTO (MODULO PA13 03)

Tabella 1

EV = endovenosa
IM = intramuscolare
SC = sottocutanea
OS = orale
T = topica (locale)
R = rettale
AER = inalatoria
ALTRO specificare
INR = *International Normalised Ratio* indicatore del Tempo di Protrombina
U.I. = Unità Internazionali

Tabella 2

Unità di misura	Abbreviazione
chilogrammo	Kg
grammo	g
litro	l
microgrammo	mcg
milliequivalenti	meq
milligrammo	mg
millilitro	ml
millimoli	mmoli

Tabella 3

/ = Prescrizione Medica \ = Somministrazione effettuata — = Sospensione → = Infusione continua	Ø = Non somministrato — sigle → Ø = Somministrazione interrotta P = Posizionare } cerotto T = Togliere	1 = Rifiuto Paziente 2 = Digiuno 3 = Assenza Pz. da U.O. 4 = Vomito 5 = Altro (specificare)
---	---	---

[illegible]

 AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small>	PROCEDURA AZIENDALE DI UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA	Documento: PA13
		Revisione n.: 0 Data: 16.02.2012 <i>pag. 37 di 38</i>
Direzione Strategica		

26. ALLEGATO 6 – SCHEDA DI RILEVAMENTO CRITICITA' S.U.T. (MODULO PA13 06)

 AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small>	SCHEDA DI RILEVAMENTO DELLE CRITICITA' CONNESSE ALLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA	Documento: MOD PA13 01
		Revisione n.: 0 Data: 16.02.2012

Istruzioni

In caso di rilevazione delle criticità connesse alla compilazione della SUT, si prega di compilare i seguenti campi secondo le modalità di seguito descritte.

- Indicare l'Unità Operativa;
- Scrivere la qualifica dell'operatore coinvolto (es. medico, infermiere, ostetrica);
- Scrivere la data e l'ora dell'accadimento della criticità;
- Descrivere sinteticamente la criticità incontrata;
- Descrivere sinteticamente e in modo chiaro se è stata adottata una misura risolutiva e se si scriverla.

La scheda deve essere conservata dall'Unità Operativa dove viene riscontrata la non conformità. Al termine delle attività di verifica, previste in procedura, è necessario inviare una copia di ciascuna scheda all'U.O.G.R. in via Cesare Battisti n°7.

Unità Operativa *

Qualifica dell'operatore*

Nome del Paziente
(casi specifici)*

Data e ora *

I valori contrassegnati da "*" sono obbligatori.

Descrizione della criticità

Criticità _____

Azione adottata _____











Criticità _____

Azione adottata _____

Criticità _____

Azione adottata _____

27. ELENCO DOCUMENTI IN APPENDICE

-  ISTRUZIONI OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA
-  FORMAT SUT AREA MEDICA
-  FORMAT SUT AREA CHIRURGICA
-  FORMAT SUT AREA OSTETRICA
-  FORMAT SUT AREA PEDIATRICA
-  FORMAT SUT AREA NEUROLOGICA
-  FORMAT SUT AREA NEUROCHIRURGICA
-  FORMAT SUT AREA PSICHIATRICA
-  FORMAT SUT AREA OCULISTICA
-  FORMAT SUT UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA