

# **LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI PER L'ELABORAZIONE DELLA SCHEDA UNICA di TERAPIA**

	Nome/funzione	Firma
Redazione M.G. Brociero G. Boarino	Direttore S.O.C. S.I.T.R.P.O. Coord. Infermieristico S.O.C. S.I.T.R.P.O.	
Verifica e approvazione M.C. Frigeri	Direttore Sanitario P.O.	
Emissione M.C. Frigeri - L. Vero	Direttore Sanit. P.O. - Resp SSD Qualità RM	

 <b>SCHEMA UNICA TERAPIA</b>	Codice: PGSGQ57 Data: 25 GIUGNO 2011 Revisione: 1 Pagina 2 di 14
--	---

## SOMMARIO

### *PREMessa*

<b>1 SCOPO/OBIETTIVI .....</b>	<b>4</b>
<b>2 CAMPO DI APPLICAZIONE .....</b>	<b>5</b>
<b>3 MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI .....</b>	<b>5</b>
<b>4 DEFINIZIONI.....</b>	<b>5</b>
4.1 GLOSSARIO .....	5
4.2 SIGLARIO .....	5
4.3 CLASSIFICAZIONE .....	6
<b>5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ/ATTIVITÀ.....</b>	<b>7</b>
ATTIVITA' 1:.....	7
UTILIZZO DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA RISONDENTE A CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEFINITI PER IL PROCESSO DI PRESCRIZIONE-PREPARAZIONE-SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI.....	7
<b>6 DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ.....</b>	<b>8</b>
6.1 UTILIZZO DI UNA SCHEDA UNICA DI TERAPIA RISONDENTE A CRITERI DI APPROPRIATEZZA	8
6.2 CRITERI E REQUISITI DI CONTENUTO RISONDENTI A CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER L'ELABORAZIONE DI UNA SCHEDA UNICA DI TERAPIA.....	8
<b>7 RIFERIMENTI E ALLEGATI .....</b>	<b>11</b>
7.1 RIFERIMENTI E/O BIBLIOGRAFIA .....	11
7.2 ALLEGATI .....	12
<b>8 INDICATORI/PARAMETRI DI CONTROLLO.....</b>	<b>12</b>
<b>9 LISTA DI DISTRIBUZIONE .....</b>	<b>14</b>

### **Gruppo di lavoro per Revisione n.1 PGSGQ 57:**

M. Gabriella BROCIERO, M. Cristina FRIGERI, Gabriella BOARINO, Emma ACTIS PERINETTO, Luciano VERO, Roberta MIRAGLIO, Maria Vittoria ODDERO, PierCarlo DELLA PIANA, Enrica PARUZZO, Graziella SALCIO.

La gestione della terapia farmacologica in ambito ospedaliero costituisce un passaggio molto delicato del processo di cura del paziente e i rischi di incidenti legati all'uso dei farmaci sono un fenomeno ampiamente riconosciuto e riportato in letteratura, soprattutto negli Stati Uniti dove da almeno 18 anni esistono studi e linee di indirizzo per le figure professionali coinvolte nella gestione delle terapie: medici, infermieri, farmacisti. Tra queste va citata la prima fondamentale linea guida per la prevenzione degli incidenti dovuti a errori di terapia emanata nel 1993 dall'*American Society of Hospital Pharmacy*<sup>1</sup>. In Italia il Ministero della Salute, attraverso l'Ufficio Qualità della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome, ha provveduto, a partire dal 2005, alla stesura e diffusione di "Raccomandazioni"<sup>1</sup> per offrire agli operatori sanitari informazioni su diverse condizioni particolarmente pericolose, in grado di causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti e tra queste viene preso in considerazione l'errore terapeutico. Inoltre con la "Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni", concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, è stato attivato presso il Ministero dell'Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella, un sistema informativo per monitorare gli errori in sanità: nell'ultimo aggiornamento del 2009 tra gli eventi troviamo "*morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica*".

Il rischio associato all'impiego del farmaco riguarda gli eventi intrinseci quali reazioni avverse, effetti collaterali e soprattutto gli eventi non direttamente correlati alla natura del farmaco, come quelli dovuti a pessima grafia, abbreviazioni ambigue, scarse informazioni su dosi, modi e tempi di somministrazione. Le problematiche e le cause degli errori di terapia risultano dunque generalmente di origine multifattoriale/multidisciplinare e hanno luogo per difetto conoscitivo, procedurale, o per dimenticanze o difetti del sistema.

*Per errore di terapia<sup>2</sup> si intende ogni evento prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente. Tale episodio può essere conseguente ad errori che fondamentalmente vengono classificati in cinque categorie: di prescrizione, di trascrizione/interpretazione, di preparazione della terapia, di distribuzione, di somministrazione<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup> Ministero della Salute - Raccomandazione n. 7, marzo 2008: "Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica"; Raccomandazione n. 12, agosto 2010: "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci - Look-Alike/Sound-Alike"

	<b>SCHEDA UNICA TERAPIA</b>	Codice: PGSGQ57 Data: 25 GIUGNO 2011 Revisione: 1 Pagina 4 di 14
---	-----------------------------	---

### *Cause degli errori di terapia*

Le **cause<sup>4</sup> degli errori di terapia** più frequentemente riportate in letteratura riguardano:

- a. la gestione approssimativa della comunicazione/informazione:
  - prescrizioni verbali e affrettate durante la visita medica
  - prescrizioni modificate più volte nell'arco della giornata
  - dosaggio della prescrizione effettuato in più trascrizioni, in momenti diversi e su vari strumenti
- b. la presenza in reparto di farmaci contenenti principi attivi corrispondenti a confezioni e preparazioni multiple
- c. confezioni esterne simili di farmaci diversi, a volte anche pericolosi, possono indurre in errore già nella fase di sistemazione dei farmaci nell'armadio di reparto, fino all'allestimento del carrello di terapia<sup>5</sup>
- d. l'assenza in reparto di supporti (informative, prontuari) finalizzati ad identificare le diverse denominazioni commerciali di principi attivi identici
- e. la necessità di somministrare un numero elevato di farmaci a molti pazienti in un tempo limitato
- f. le frequenti interruzioni durante la somministrazione della terapia da parte dei pazienti, familiari, colleghi
- g. la mancanza di riscontro oggettivo sull'effettiva modalità di assunzione da parte del paziente

## **1 Scopo/Obiettivi**

La **Scheda Unica di Terapia** è un eccellente strumento di comunicazione interna che, in un unico documento integra tutte le informazioni sul processo terapeutico farmacologico dei pazienti ricoverati. E' parte integrante della cartella clinica e ha lo scopo di:

- Ridurre i rischi e garantire maggiore sicurezza per il paziente
- Garantire prescrizioni e somministrazioni dei farmaci più corrette
- Eliminare gli errori di trascrizione
- Tener traccia su un unico documento di tutte le operazioni effettuate sul processo e dell'autore di ogni intervento terapeutico farmacologico

	SCHEDA UNICA TERAPIA	Codice: PGSGQ57 Data: 25 GIUGNO 2011 Revisione: 1 Pagina 5 di 14
---	----------------------	---

## 2 Campo di applicazione

SS.OO.CC. del Presidio Ospedaliero A.S.L. CN2 ALBA – BRA

## 3 Modifiche alle revisioni precedenti

Revisione	Data	Motivo dell'aggiornamento
0	1/07/07	Prima emissione a seguito della revisione complessiva del sistema di accreditamento della struttura.
1	25/06/11	Revisione in base a più recenti Raccomandazioni in merito da parte del Ministero della Salute

## 4 Definizioni

### 4.1 Glossario

Termino	Significato
<b>Forma farmaceutica</b>	della anche formulazione, indica l'aspetto macroscopico con cui viene presentato il farmaco perché possa essere assunto dal paziente. Forme farmaceutiche sono le compresse, le capsule, i confetti, gli sciroppi, le polveri (confezionate in bustine), le soluzioni (gocce, colliri, fiale per iniezioni o aerosol), le supposte, i cerotti, le creme, gli unguenti, i gel e altre ancora.
<b>Principio attivo</b>	è il componente attivo del farmaco, il medicinale vero e proprio, responsabile dell'azione curativa che ci aspettiamo quando assumiamo una medicina
<b>Dosaggio</b>	la quantità, o dose, di principio attivo presente nell'unità posologica, cioè in una compressa o capsula o bustina ecc...
<b>Posologia</b>	il numero di dosi che il paziente deve assumere nelle 24 ore per ottenere il desiderato effetto terapeutico

### 4.2 Siglario

Sigla-acronimo-abbreviazione	Significato
SOC - SOS	Struttura Operativa Complessa - Struttura Operativa Semplice
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
ML	Millilitri
H	Ora
S.N.	Al bisogno

## 4.3 Classificazione

Fondamentalmente vengono riconosciuti cinque categorie di errori:

- **errori di prescrizione**

riguardano l'atto medico della prescrizione ed è possibile distinguerli in:

- scelta errata del farmaco, in relazione a mancanza di informazioni essenziali (nome del paziente o del farmaco), prescrizione di farmaci che interagiscono tra loro o di un farmaco sbagliato, prescrizione di un dosaggio e/o di un regime terapeutico inappropriato, utilizzo di unità di misura errata, prescrizione di una terapia poco adatta alle caratteristiche del paziente (insufficienza renale o epatica, altre patologie, allergie o controindicazioni)
- prescrizione illeggibile o che possa indurre all'errore

- **errori di trascrizione/interpretazione**

avvengono quando la prescrizione medica, per lo più scritta a mano, non viene correttamente riportata, trascritta o interpretata

- **errori di preparazione della terapia**

indicano un'errata formulazione o manipolazione di un prodotto farmaceutico prima della somministrazione. Comprendono per esempio diluizioni e ricostituzioni non corrette, associazioni di farmaci fisicamente o chimicamente incompatibili o confezionamento non appropriato di farmaci (errore difficile da individuare che si riduce notevolmente con la preparazione centralizzata presso il Servizio di Farmacia)

- **errori di distribuzione**

indicano quegli errori che possono verificarsi nella fase di distribuzione dei farmaci, vale a dire la preparazione e la consegna all'unità operativa dove il farmaco verrà somministrato

- **errori di somministrazione**

indicano una variazione di ciò che il medico prescrive in cartella clinica e comprendono pertanto:

- mancata somministrazione o somm.ne all'infuori dell'intervallo di tempo prescritto
- farmaco sbagliato, a paziente sbagliato, non prescritto
- errore di dosaggio - diversa forma farmaceutica
- procedura o tecnica scorretta nella somministrazione di un farmaco
- somministrazione di un farmaco scaduto o con integrità chimico-fisica alterata

	SCHEDA UNICA TERAPIA	Codice: PGSGQ57
		Data: 25 GIUGNO 2011
		Revisione: 1
		Pagina 7 di 14

## 5 Matrice delle responsabilità/attività

### ATTIVITA' 1:

Utilizzo della Scheda Unica di Terapia rispondente a criteri di appropriatezza definiti per il processo di prescrizione-preparazione-somministrazione dei farmaci

ATTIVITA' 1 (azioni):	Medico	Farmacista	Infermiere	O.S.S.	Coordi- natore Infermie- ristico	Direzione di Presidio/ SSD Qualità e <i>Risk Manager</i>
Elaborazione Scheda Unica di terapia	R	R	R		R	
Utilizzo Scheda Unica di terapia	R	R	R	C	S	
Prescrizione dei farmaci	R	C				
Preparazione farmaci		R in caso di farmaci particolari (es. antiblastici)	R		S	
Somministrazione farmaci			R	C Aiuto all'assun- zione	S	
Verifica beneficio/ efficacia della terapia	R		R	C		
Monitoraggio su implementazione/ e utilizzo Scheda Unica di Terapia nel 100% delle Cartelle Cliniche						R

R=responsabile; C=collaboratore; S=supervisione

## 6 Descrizione dell'attività

### 6.1 Utilizzo di una Scheda Unica di Terapia rispondente a criteri di appropriatezza

In letteratura emerge che un'importante percentuale degli errori di terapia è legata all'insieme di azioni che vanno dalla prescrizione della terapia alla somministrazione della stessa ed in particolare alle modalità di comunicazione tra medico e infermiere all'interno di tale processo.

In base alla Raccomandazione n. 7 del 2008 del Ministero della Salute “Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o danno grave derivati da errori in terapia farmacologica” una risposta alla correzione degli errori di terapia avviene, in particolare, attraverso:

- a) l'espletamento di un'accurata anamnesi clinica e farmacologica da parte del medico nell'ottica di rilevare allergie, intolleranze, interazioni con altri farmaci o con erbe medicinali, consumo di prodotti da banco, di alcool ed abitudini alimentari del paziente
- b) la corretta prescrizione della terapia farmacologica da parte del medico
- c) il passaggio dalla prescrizione alla somministrazione attraverso l'utilizzo dello strumento definito “**scheda unica di terapia**”. La messa a punto e l'adozione della scheda unica di terapia permettono di espletare in sicurezza il *processo di prescrizione-preparazione-somministrazione* e prevengono errori noti e prevenibili, quali ad esempio quelli legati a *trascrizione e duplicazione*, in quanto essa rappresenta l'unico documento, parte integrante della cartella clinica, in cui vengono unificati i due momenti della prescrizione e somministrazione dei farmaci.

I **risultati**, evidenziati da alcune esperienze consolidate nell'utilizzo della scheda terapeutica integrata, rilevano numerosi punti di forza<sup>6</sup>.

### 6.2 Criteri e requisiti di contenuto rispondenti a criteri di appropriatezza per l'elaborazione di una scheda unica di terapia

Premesso che la modalità assolutamente da evitare per la prescrizione/somministrazione dei farmaci riguarda l'aspetto legato alla **trascrizione** della terapia farmacologica, precedentemente prescritta in cartella clinica dal medico, da parte di personale

 <b>SCHEMA UNICO TERAPIA</b>	Codice: PGSGQ57 Data: 25 GIUGNO 2011 Revisione: 1 Pagina 9 di 14
--	---

infermieristico, su carteggi a loro uso (es. su un quaderno della terapia o un raccoglitore composto da fogli mobili, uno per ciascun paziente)

*si stabilisce che*

la scheda unica di terapia dovrà rispondere a criteri di appropriatezza e prevedere i seguenti dati e requisiti:

- i dati anagrafici del paziente (cognome, nome, data di nascita)
- l'indicazione di eventuali allergie segnalate/documentate
- la prescrizione del farmaco con:
  - *principio attivo* oppure nome commerciale del farmaco
  - *forma farmaceutica* prescritta (compresse, fiale ecc...)
  - *dosaggio* per singola somministrazione (mg., g., ecc...)
  - *numero di somministrazioni per die*
  - *via di somministrazione*
  - in alcuni casi *età* e *peso* della persona assistita (la maggior incidenza di errori di dosaggio si verificano in caso di paziente pediatrico o geriatrico).

Di rinforzo a quanto sopra, requisiti indispensabili di una prescrizione saranno:

- chiarezza grafica (scrivere in stampatello)
- chiarezza di contenuto: non abbreviare mai il nome commerciale o il principio attivo, non usare abbreviazioni o sigle che generino confusione tra loro con cifre (“u”, invece di “unità”, può essere confuso con “zero”), preferire a numeri decimali i numeri interi (es. 500 mg rispetto a 0,5 g), evitare l’uso di “zero” terminale dopo un numero intero (es. 5,0 ml) per il rischio di lettura di dosaggio 10 volte più elevato
- completezza di contenuto, indicare sempre: nome commerciale del farmaco o forma farmaceutica, posologia (dosaggio con quantità di principio attivo presente in unità posologica, tempi e modi di somministrazione: velocità e tempo di infusione, via di somministrazione).
- tracciabilità: occorre usare una penna ad inchiostro indelebile; la correzione di errori non può avvenire utilizzando bianchetto o scolorine che annullino la scritta, ma deve avvenire apponendo una barra sulla scritta da rettificare e un’annotazione aggiuntiva, recante la scritta corretta, con data e firma di chi la effettua
- per i farmaci da somministrare *al bisogno/se necessita (S.N.)* indicare gli specifici criteri/parametri di riferimento con relativi *range*

Nel modello della Scheda Unica di Terapia sarà inoltre indispensabile includere:

- datario e orari di somministrazione suddivisi in colonne
- lo spazio per la firma o sigla con decodifica del medico prescrittore
- lo spazio dove l'infermiere che somministra appone la propria firma o la propria sigla (è possibile prevedere uno spazio che si riferisca alla somministrazione di tutta la terapia per quella determinata ora di somministrazione, in tal caso occorre prevedere una modalità per segnalare una eventuale mancata somministrazione, ad es. si può prevedere uno spazio "note")
- la definizione delle modalità da utilizzare per la sospensione e/o l'inserimento di un nuovo farmaco o le variazioni posologiche e per la terapia occasionale (es. nell'evenienza di un fatto acuto) con spazio per la data e la firma o sigla per la decodifica del medico che ha sospeso o modificato la terapia
- definizione della legenda per i simboli, segni utilizzati per la compilazione della scheda terapeutica
- una completa rintracciabilità ed evidenza delle terapie effettivamente somministrate durante tutta la durata della degenza
- la presenza in reparto di un registro/documento in cui vengono depositate e archiviate le sigle e le firme di medici/farmacisti/infermieri autorizzati a prescrivere/preparare/somministrare le terapie farmacologiche.

 <b>SCHEMA UNICA TERAPIA</b>	Codice: PGSGQ57 Data: 25 GIUGNO 2011 Revisione: 1 Pagina 11 di 14
--	--

## 7 Riferimenti e allegati

### 7.1 Riferimenti e/o bibliografia

*Ministero della Salute:*

- Raccomandazione n. 7, marzo 2008: "Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica"
- Raccomandazione n. 12, agosto 2010: "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci - *Look-Alike/Sound-Alike*"
- Liste eventi sentinella 2009: Evento n. 6: Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

<sup>1</sup> [www.ashp.org](http://www.ashp.org)

<sup>2</sup> Risk management in Sanità Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, Ministero della Salute, marzo 2004

<sup>3</sup> Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna. Dossier 120-2006. Sito Internet: [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana dossier/archivio dossier 1.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm)

<sup>4</sup> R. Nardi, M. Lince Il Risk Management infermieristico in Medicina Interna. Torino: Centro Scientifico Editore, 2004; 181-3

<sup>5</sup> D.M. 6 luglio 1999 Approvazione delle linee direttive in materia di buona pratica di distribuzione dei medicinali per uso umano

*Circolare n.2 del 13 gennaio 2000, Ministero della Sanità in base alla CPMP/QWP09/96 U.E. relativa alle indicazioni sull'etichetta di un prodotto medicinale (temperatura e modalità di conservazione)*

Legge 18 novembre 2001, n. 405, art.8, Particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti

*Protocollo approvvigionamento-gestione farmaci. Direzione Sanitaria di Presidio – Ufficio Infermieristico A.S.L.18 Alba-Bra – novembre 2003*

<sup>6</sup> C. Monaci, V. Novi, P. Orlandini La prevenzione dell'errore: risultati di un progetto multiprofessionale relativo alla scheda per la prescrizione e la somministrazione dei farmaci. Nursing Oggi, 2004; 2: 24-8

	<b>SCHEDA UNICA TERAPIA</b>	Codice: PGSGQ57 Data: 25 GIUGNO 2011 Revisione: 1 Pagina 12 di 14
---	-----------------------------	--

## 7.2 Allegati

Si allegano, a titolo esemplificativo, alcune schede terapeutiche integrate:

- Allegato n. 1: "Scheda Unica di Terapia" tratta dal *dossier* della Regione Toscana - Centro Gestione Rischio Clinico
- Allegato n. 2: "Scheda Unica di Terapia" ad uso della S.O.C. Cardiologia ASLCN2
- Allegato n. 3: "Scheda Unica di Terapia" ad uso della S.O.C. Medicina Generale – Lungodegenza post acuzie di Canale ASLCN2

## 8 Indicatori/parametri di controllo

Sulla base dei requisiti minimi di qualità e sicurezza del processo terapeutico, sono stati identificati, una serie di criteri di buona gestione della prescrizione e somministrazione del farmaco, poi divenuti i requisiti minimi di sicurezza della Scheda Unica di Terapia. Su questi criteri è possibile preparare una *checklist* con una serie abbastanza contenuta di quesiti. Nella pagina seguente viene presentato un esempio di *checklist* con 15 domande. Si dovrà poi definire ed esplicitare chi e come rileverà i dati, chi li elaborerà e con quale frequenza, a chi sarà inoltrata la relazione (report) sui risultati.

Qualora fosse poi necessario dovranno essere attivate azioni correttive o azioni di miglioramento.

La cadenza dichiarata dovrà poi essere rispettata e a comprova si dovranno produrre le schede di rilevazione e la relazione finale.

La relazione può essere destinata agli operatori delle stesse Unità Operative (così servirà da *audit* interno [fare una scheda-verbale]), al Direttore del dipartimento, alla Direzione di Presidio, alla Direzione Generale, a seconda dei casi.

 <b>SCHEMA UNICA TERAPIA</b>	Codice: PGSGQ57 Data: 25 GIUGNO 2011 Revisione: 1 Pagina 13 di 14
--	--

### **CHECKLIST**

S.O.C. .... Presidio Ospedaliero.....  
 ID progressivo della documentazione clinica del paziente.....  
 Nome e cognome analista .....

*☞ Selezionare una giornata di degenza (ad esempio la seconda giornata di degenza) ed analizzando la documentazione clinica rispondere ai seguenti quesiti)*

**E' chiaro è comprensibile per tutti i farmaci utilizzati in quella giornata di degenza:**

**1) Il nome chimico o commerciale**

Si       Per la maggior parte dei farmaci       Solo per alcuni farmaci       No

**2) La forma farmaceutica prescritta (compresse, fiale ecc)**

Si       Per la maggior parte dei farmaci       Solo per alcuni farmaci       No

**3) La quantità giornaliera prescritta (mg, g, ecc)**

Si       Per la maggior parte dei farmaci       Solo per alcuni farmaci       No

**4) La quantità numerica prescritta (1, 2 ecc)**

Si       Per la maggior parte dei farmaci       Solo per alcuni farmaci       No

**5) La via di somministrazione**

Si       Per la maggior parte dei farmaci       Solo per alcuni farmaci       No

**6) E' identificabile il medico che ha prescritto i farmaci in uso in quella giornata**

Si       Per la maggior parte dei farmaci       Solo per alcuni farmaci       No

**7) E' rilevabile se ogni dose prescritta per die è stata effettivamente somministrata**

Si       Per la maggior parte dei farmaci       Solo per alcuni farmaci       No

**8) Nel caso che una dose prescritta non sia stata somministrata è specificato il motivo della mancata somministrazione**

Si       Per la maggior parte dei farmaci       Solo per alcuni farmaci       No

**9) E' identificabile chi ha somministrato la terapia durante tutto il giorno di degenza in analisi**

Si       Per la maggior parte dei farmaci       Solo per alcuni farmaci       No

Note:.....

.....

*☞ Prendendo ora in analisi tutta la documentazione clinica nell'intero periodo di degenza:*

**10) Durante la durata dell'intera degenza è rilevabile ed identificabile la data delle sospensione delle terapie effettuate durante il ricovero ed eventualmente sospese**

Si       Nella maggior parte dei casi       Solo qualche volta       No

**11) E' identificabile il medico che ha sospeso la terapia**

Si       Nella maggior parte dei casi       Solo qualche volta       No

**12) Vengono utilizzate delle abbreviazioni o dei simboli per la prescrizione di farmaci**

Si       Nella maggior parte dei casi       Solo qualche volta       No

**13) Vengono utilizzate delle abbreviazioni o dei simboli per la somministrazione di farmaci**

Si       Nella maggior parte dei casi       Solo qualche volta       No

**14) Se si (alla domanda 12 e/o 13), esiste una legenda dove viene esplicitato il significato dei simboli utilizzati per la prescrizione e/o la somministrazione**

Si       No

**15) Esiste completa rintracciabilità ed evidenza delle terapie effettivamente somministrate durante tutta la durata della degenza**

Si       Nella maggior parte dei casi       Solo qualche volta       No

Note:.....

.....

	<b>SCHEDA UNICA TERAPIA</b>	Codice: PGSGQ57 Data: 25 GIUGNO 2011 Revisione: 1 Pagina 14 di 14
---	-----------------------------	--

## 9 Lista di distribuzione

Distribuzione via DOCS PA a tutti i Direttori e Coordinatori Infermieristici/Tecnici delle SS.OO.CC. del Presidio Ospedaliero dell'ASL CN2.

---

<sup>1</sup> [www.ashp.org](http://www.ashp.org)

<sup>2</sup> Risk management in Sanità Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, Ministero della Salute, marzo 2004

<sup>3</sup> Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna. Dossier 120-2006. Sito Internet: [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/archivio\\_dossier\\_1.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm)

<sup>4</sup> R. Nardi, M. Lince Il Risk Management infermieristico in Medicina Interna. Torino: Centro Scientifico Editore, 2004; 181-3

<sup>5</sup> D.M. 6 luglio 1999 *Approvazione delle linee direttive in materia di buona pratica di distribuzione dei medicinali per uso umano*

*Circolare n.2 del 13 gennaio 2000, Ministero della Sanità in base alla CPMP/QWP09/96 U.E. relativa alle indicazioni sull'etichetta di un prodotto medicinale (temperatura e modalità di conservazione)*

Legge 18 novembre 2001, n. 405, art.8, *Particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti*

<sup>6</sup> C. Monaci, V. Novi, P. Orlandini La prevenzione dell'errore: risultati di un progetto multiprofessionale relativo alla scheda per la prescrizione e la somministrazione dei farmaci. Nursing Oggi, 2004; 2: 24-8