

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 618 DEL 28.06.2019

=====

OGGETTO: PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA "PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI" AI SENSI DELLA RACCOMANDAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE N.18/2018.

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
<u>AFFISSIONE ALBO</u>	<u>RELATA</u>	<u>ORDINARIA</u>	<u>IMMEDIATA</u>
<p>La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda dal</p> <p>02.07.2019</p> <p>e vi permarrà per 15 giorni consecutivi.</p> <p>L'incaricato f.to sig.ra Maria Vallone</p>	<p>La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione</p> <p>L'incaricato</p>	<p>La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal</p> <p>_____</p> <p>Il Dirigente</p> <p>_____</p>	<p>La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva.</p> <p>28.06.2019</p> <p>Il Direttore Generale dott.ssa Antonietta Costantini per delega di funzioni Il Direttore Sanitario f.to dr. Luigi Caterino</p>

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. ssa Antonietta Costantini, nominata con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 375 del 13 luglio 2016 e del D.P.G.R.C. n. 165 del 19 luglio 2016, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione dei pareri del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud

Via Marconi, 66

80059 Torre del Greco

OGGETTO: Presa d'atto, approvazione e adozione della **“Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli”** ai sensi della Raccomandazione del Ministero della Salute n.18/2018

Il Responsabile della Direzione U.O.C. Risk Management

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Responsabile della Direzione U.O.C. Risk Management e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dai medesimi Dirigenti proponenti a mezzo di sottoscrizione della presente;

Dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs.30 giugno 2003 n.196, ed al Regolamento aziendale, in materia di protezione dei dati personali, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 52 del 17 Gennaio 2018, redatto in conformità alle prescrizione del Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, allo stato ed in relazione al procedimento di cui al presente atto, l'insussistenza del conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/1990, delle disposizioni di cui al vigente Codice di Comportamento Aziendale e delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190.

Visti:

- Il Decreto Legislativo 30/12/1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 che stabilisce tra gli obiettivi da raggiungere, quello di promuovere la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico;
- La Deliberazione del Commissario Straordinario ASL Napoli 3 sud n. 439 del 22/07/2015 ad oggetto: *“Implementazione e sviluppo di strumenti per la gestione del rischio clinico.*

Adozione aziendale delle raccomandazioni agli operatori sanitari del ministero della salute”;

- La raccomandazione n. 7/2008 del Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ad oggetto: *“Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica”;*
- La Raccomandazione n.12/2010 del Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ad oggetto: *“Prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look Alike/Sound Alike”;*
- La Legge 8 marzo 2017, n. 24 *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*. (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017);

Considerato:

- Che il Ministero della Salute ha sviluppato un sistema di allerta per condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore con l’obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose e fornire gli strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l’assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema;
- Che la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome ha provveduto, fin dal 2005, alla stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti;
- Che le Raccomandazioni si propongono di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi;
- Che quasi la metà degli errori in sanità potrebbero essere evitati migliorando la comunicazione, non solo quella verbale, ma anche scritta. La cattiva o incerta grafia è stata individuata infatti, sia dalla letteratura scientifica che dalla casistica giurisprudenziale, come possibile causa di errore.
- Che è necessario intervenire sui processi di comunicazione che intercorrono tra i diversi ambienti di cura, tra gli operatori sanitari stessi e tra operatori sanitari e paziente/caregiver mediante la promozione di un linguaggio standardizzato nei diversi setting assistenziali, tra farmacisti, infermieri e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, nonché nei prontuari, nei documenti e nei glossari;
- Che la procedura di cui alla presente delibera è stata sottoposta al processo di condivisione con il Direttore del Dipartimento Farmaceutico (nota della UOC Risk Management prot. n. 72793 del 16/05/2019 del);

Valutato

- Che l'adozione di comportamenti uniformati e standardizzati sia la strategia più efficace per garantire la sicurezza del personale sanitario e dei pazienti;
- Che l'adozione di un linguaggio comune tra medici, farmacisti e infermieri, nell'attività di prescrizione farmacologica facilita la comunicazione delle informazioni all'interno della struttura sanitaria e tra strutture sanitarie particolarmente nelle transizioni di cura.

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di prendere atto, approvare ed adottare la "Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli" che, allegata alla presente, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- Di stabilire la decorrenza della operatività del presente provvedimento con la data di esecutività del presente atto;
- Di dare mandato al Direttore della UOC Risk Management di notificare i contenuti della presente delibera a tutte le strutture aziendali coinvolte;
- Di dare mandato ai Direttori delle Macrostrutture Aziendali, ai Direttori Sanitari di Presidi Ospedalieri, ai Direttori dei Distretti Sanitari ed ai Direttori dei Dipartimenti di provvedere alla piena diffusione, implementazione, applicazione, contestualizzazione della procedura, e alla verifica annuale attraverso l'uso degli indicatori previsti;
- Di prendere atto che l'adozione del presente documento non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;

Il Responsabile della Direzione U.O.C. Risk Management

Dott.ssa Edvige Cascone

Il Direttore Generale

In forza della D.G.R.C. n° 375 del 13/07/2016 e del D.P.G.R.C. n° 165 del 19/07/2016

Preso atto della dichiarazione resa dal dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy;

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario

Dr. Luigi Caterino

Il Direttore Amministrativo

Dr. Domenico Concilio

DELIBERA

- Di prendere atto, approvare ed adottare la “Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli” che allegata alla presente ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- Di stabilire la decorrenza della operatività del presente provvedimento con la data di esecutività del presente atto;
- Di dare mandato al Direttore della UOC Risk Management di notificare i contenuti della presente delibera a tutte le strutture aziendali;
- Di dare mandato ai Direttori delle Macrostrutture Aziendali (Direttore Dipartimento Farmaceutico, Direttori Sanitari di Presidi Ospedalieri, Direttore UOC Assistenza Distrettuale, Direttori Distretti Sanitari, Direttore UOC Fasce Deboli, Responsabile Centrale Operativa 118 Napoli Est, Coordinatori infermieristici), di provvedere alla piena diffusione, implementazione, applicazione, contestualizzazione della procedura, e alla verifica annuale attraverso l’uso degli indicatori previsti;
- Di prendere atto che l’adozione del presente documento non comporta oneri aggiuntivi a carico dell’Azienda;

Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva, dell’esecuzione della presente deliberazione, che viene resa immediatamente esecutiva, data l’urgenza, e curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal D. Lgs 14 marzo 2013 n° 33 e s.m.i.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Antonietta Costantini

 <p>Regione Campania aslnapoli3sud</p> <p>Direttore Generale <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p><i>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</i></p>	<p><i>Maggio 2019</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 1 di 16</i></p>

**PROCEDURA
PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA
CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E
SIMBOLI**

(Raccomandazione Ministero della Salute n.18/2018)

<p>REDAZIONE</p>	<p>Dott.ssa Edvige Cascone, Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Veneranda Imbimbo, Dirigente Biologo UOC Risk Management</p>
<p>VERIFICA</p>	<p>Dott.ssa Edvige Cascone – Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott. Edoardo Nava - Direttore Dipartimento Farmacia</p>
<p>ADOZIONE</p>	<p>Dott. Domenico Concilio, Direttore Amministrativo Aziendale Dott. Luigi Caterino, Direttore Sanitario Aziendale Dott.ssa Antonietta Costantini, Direttore Generale</p>

 <p>regione campania aslnapoli3sud</p> <p>Direttore Generale <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p><i>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</i></p>	<p><i>Maggio 2019</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 2 di 16</i></p>

INDICE/SOMMARIO

1. Premessa/Motivazioni	Pag. 3
2. Scopo/obiettivo	Pag. 4
3. Destinatari/Campo di applicazione	Pag. 4
4. Diffusione/Lista di distribuzione	Pag. 5
5. Descrizione Azioni	Pag. 6
6. Riferimenti/note bibliografiche/sitografia/normativa di riferimento	Pag. 11
7. Revisione e Aggiornamento	Pag. 11
8. Archiviazione	Pag. 11
9. Indicatori/Parametri di controllo.....	Pag. 12
10. Terminologia /Abbreviazioni/Glossario.....	Pag. 12
11. Allegato 1 Tabella indicazione modalità di prescrizione.....	Pag. 15
12. Allegato 2 Abbreviazioni consentite per la prescrizione farmacologica ...	Pag. 16

 <p>regione campania aslnapoli3sud</p> <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</p>	<p>Maggio 2019</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 3 di 16</p>

PREMESSA

Quasi la metà degli errori in sanità potrebbero essere evitati migliorando la comunicazione, non solo quella verbale, ma anche scritta. La cattiva o incerta grafia è stata individuata infatti, sia dalla letteratura scientifica che dalla casistica giurisprudenziale, come possibile causa di errore.

La legge 24/2017 sulla responsabilità professionale sanitaria (più conosciuta come “legge Gelli”) richiede agli operatori sanitari di attenersi al rispetto delle “Buone pratiche per la sicurezza” delle cure. Anche le “Raccomandazioni ministeriali” rientrano nel novero delle buone pratiche per la sicurezza.

Con l’obiettivo di prevenire le conseguenze degli errori in terapia il Ministero della Salute ha recentemente emanato la Raccomandazione n. 18 denominata “Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia, conseguente l’uso di acronimi, sigle e simboli”, che fornisce indicazioni per prevenire gli errori in terapia conseguenti all’utilizzo di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli con lo scopo di promuovere l’adozione di un linguaggio comune tra medici, farmacisti e infermieri.

La Raccomandazione ha l’obiettivo di informare gli operatori circa il rischio, dimostrato da studi scientifici, che l’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli possono causare errori e quindi danno ai pazienti. Per esempio simboli diversi possono avere significati diversi in unità operative diverse e comportare quindi un rischio di errore nella comprensione e interpretazione della documentazione medico/infermieristica all’atto del trasferimento di un paziente da un reparto ad un altro.

Da qui la necessità, al fine di prevenire errori in terapia, che, all’interno della struttura sanitaria, medici, farmacisti e infermieri utilizzino **abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli “standardizzati”, cioè ufficialmente adottati e condivisi**. Nella Raccomandazione viene, infatti, proposta una **standardizzazione delle definizioni**, che facilita la comunicazione delle informazioni all’interno della struttura sanitaria e tra strutture sanitarie particolarmente nelle transizioni di cura, **promuovendo l’adozione di un linguaggio comune tra medici, farmacisti e infermieri**.

Il documento ministeriale “Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli” fornisce una serie di indicazioni pratiche e ribadisce l’importanza di scrivere con la massima chiarezza, per evitare fraintendimenti o errori. Una disposizione scritta in modo non comprensibile può rendere difficile la comprensione di una prescrizione e causare errori nella somministrazione di una terapia farmacologica con tutto ciò che ne può conseguire in termini di danni al paziente. Viene sconsigliata la prescrizione verbale telefonica della terapia farmacologica perché può indurre facilmente in errore, anche se viene permessa in determinate situazioni purché disciplinate nella procedura aziendale (per es. nelle situazioni di emergenza/urgenza). Qualora sia necessario utilizzarla è opportuno assicurarsi della ricezione del messaggio che è stato fornito chiedendone la ripetizione all’interlocutore (per esempio in occasione della trasmissione di risultati di esami clinici o nell’assegnazione di un soccorso all’ambulanza da parte della Centrale Operativa 118).

 <p>Regione Campania asnapoli3sud Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</p>	<p>Maggio 2019</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 4 di 16</p>

La presente procedura è stata elaborata in ottemperanza a quanto previsto dal Ministero della Salute nella raccomandazione n. 18/2018, in collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico aziendale.

Questa procedura integra altri documenti aziendali, redatti e promossi dalla UOC Risk Management:

- Procedura sulla corretta gestione del rischio associato all'uso di soluzioni concentrate di potassio (del. n. 820 del 27/11/2017);
- Procedura per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (del. 821 del 27/11/2017);
- Procedura per la riconciliazione della terapia farmacologica (del. 823 del 27/11/2017);
- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/ sound-alike (farmaci LASA) (del n. 841 del 30/11/2017);
- Procedura per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da Bifosfonati e Denosumab (del n. 822 del 27/11/2017);
- Procedura per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici (del. n. 864 del 08/06/2018).

SCOPO/OBIETTIVI

La finalità del documento è di migliorare **processi di comunicazione**, in tema di prescrizione di terapia farmacologica, che intercorrono tra i diversi ambiti di cura e tra operatori sanitari e tra questi e pazienti/caregiver. Una fluida e trasparente comunicazione, in ospedale e sul territorio, tra farmacisti e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nonché un linguaggio, condiviso anche nei prontuari, nei documenti e nei glossari regionali, rappresentano uno strumento fondamentale nella prevenzione degli errori in terapia".

In accordo con le disposizioni adottate a livello nazionale in tema di gestione del rischio clinico, oltre alle indicazioni per la corretta prescrizione (completezza dei dati riferiti a data, paziente, farmaco, prescrittore, tracciabilità, responsabilità), la procedura definisce gli interventi per prevenire gli errori in terapia conseguenti all'utilizzo di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, e migliorare la sicurezza nella gestione dei farmaci e la sicurezza della terapia farmacologica in tutte le UUOO/Strutture Sanitarie della ASL.

DESTINATARI/CAMPO DI APPLICAZIONE

<p>COSA</p>	<p>Standardizzazione delle definizioni in terapia farmacologica</p>
<p>A CHI</p>	<p>Operatori sanitari coinvolti nel processo di cura del paziente e nella gestione dei farmaci, inclusi gli Specialisti ambulatoriali, i Medici di medicina generale (MMG) e i Pediatri di libera scelta (PLS), i Medici del servizio di continuità assistenziale, i</p>

 <p>Regione Campania asnapoli3sud Direttore Generale <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p><i>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</i></p>	<p><i>Maggio 2019</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 5 di 16</i></p>

	<p>Farmacisti ospedalieri e dei Servizi territoriali delle aziende sanitarie, al domicilio del paziente nonché in altri setting assistenziali nei quali viene prescritta una terapia farmacologica.</p>
<p>DOVE</p>	<p>La Raccomandazione si applica in tutte le strutture sanitarie aziendale.</p>
<p>PER CHI</p>	<p>La Raccomandazione è a tutela di tutti i pazienti che necessitano di terapia farmacologica.</p>

DIFFUSIONE/LISTA DI DISTRIBUZIONE

La diffusione della procedura avviene con trasmissione attraverso la posta elettronica aziendale a tutte le Strutture Aziendali coinvolte e attraverso la sua pubblicazione sul portale aziendale (<http://www.asnapoli3sud.it>); Il documento sarà reperibile anche nell'area documentale della UOC Risk Management.

I Responsabili delle Macrostrutture ed i Responsabili delle UU.OO. interessate, dopo aver proceduto alla opportuna contestualizzazione della procedura, devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori coinvolti nel processo attraverso riunioni finalizzate alla presa visione e alla discussione onde garantire la diffusione capillare.

La copia cartacea deve essere sempre disponibile e consultabile, presso ogni struttura, in un luogo accessibile a tutti gli operatori.

Lista di distribuzione:
Direzioni Sanitarie di Presidi Ospedalieri
Direzione Distretti Sanitari
Direzione Dipartimento Prevenzione
Direzione Dipartimento Salute Mentale
Direzione Dipartimento Farmaceutico
Direzione Dipartimento Integrato Materno Infantile
Direzione Dipartimento Scienze Mediche
Direzione Dipartimento Medicina di Laboratorio
Direzione Dipartimento Diagnostica per Immagini
Direzione Dipartimento Attività territoriale e Integrazione Socio-sanitaria
Direzione Dipartimento per le Dipendenze
Direzione Dipartimento Area Critica
Coordinatori Infermieristici UU.OO.

 <p>regione campania asnapoli3sud</p> <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</p>	<p>Maggio 2019</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 6 di 16</p>

AZIONI

Il rischio di errore in corso di terapia è presente durante tutto il processo di gestione del farmaco ospedale: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, **prescrizione**, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio. Vari studi hanno evidenziato che la maggior parte degli errori in terapia si verificano durante la prescrizione e riguardano il confondimento tra farmaci con nomi o pronuncia simili oppure tra unità di misura e dosaggi. Inoltre, gli errori avvengono quando la prescrizione medica, laddove ancora scritta a mano, non viene correttamente riportata *sulla scheda* della terapia. Una delle cause di errore di interpretazione più frequente è rappresentata da una frettolosa ed imprecisa lettura della prescrizione da parte dell'infermiere e/o dal farmacista.

In particolare le cause più comuni di errore nella fase di prescrizione sono rappresentate da:

- prescrizione illeggibile (cattiva grafia) o firma illeggibile;
- prescrizione incompleta o che genera confusione relativamente alla via di somministrazione, alla dose o alla forma farmaceutica;
- prescrizione frettolosa ed imprecisa: si può confondere il dosaggio per virgole mal posizionate (ad esempio, digossina 0,05 mg/ml sciroppo invece di 0,5 mg/2ml fiale iniettabili);
- uso ancora presente della prescrizione telefonica o verbale in caso d'urgenza, che può indurre confusione o fraintendimento (ad esempio, farmaci con nomi o suoni simili come *Losec, Lasix, Laroxyl, Noroxin*);
- uso di acronimi e abbreviazioni non standardizzate (ad esempio, la lettera "U" usata come abbreviazione della parola "Unità" confusa con uno zero, un 4 o un 6);
- utilizzo di istruzioni per l'uso in latino (ad esempio, la dicitura *os* scambiata per occhio o orecchio sinistro);
- utilizzo di un'unità posologica errata (ad esempio, milligrammi invece di microgrammi).

Pertanto è necessario promuovere tutte le azioni e mettere in campo gli strumenti e/o modalità prescrittive (ricorrendo anche, se possibile, alle nuove tecnologie informatizzate) per far sì che tutte le prescrizioni siano chiaramente leggibili e non diano adito a confusione.

Gli interventi da adottare riguardano:

- le **prescrizioni** delle terapie farmacologiche, comunque redatte (scritte a mano, prestampate, elettroniche) con particolare attenzione a quelle pediatriche.
- la **Scheda unica**/Foglio unico di terapia in formato cartaceo e elettronico;
- la Scheda della **Riconciliazione farmacologica** in formato cartaceo e elettronico;
- la **documentazione sanitaria** utilizzata e prodotta durante le varie fasi di gestione del farmaco in ospedale e sul territorio inclusa la lettera di dimissione;
- le **etichette** utilizzate per le **formulazioni galeniche**, le preparazioni dei farmaci iniettabili, le miscele di nutrizione parenterale totale;
- la redazione dei **Piani terapeutici**;
- le **istruzioni scritte per il paziente** sulla gestione della terapia farmacologica, comprese quelle fornite dal Medico di medicina generale e dal Farmacista.

 <p><i>Direttore Generale</i> <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p><i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><i>Responsabile Direzione UOC Risk Management</i> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p><i>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</i></p>	<p><i>Maggio 2019</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 7 di 16</i></p>

SICUREZZA E STRATEGIE DI PREVENZIONE DEGLI ERRORI CAUSATI DALL'UTILIZZO DI ACRONIMI, SIGLE E ABBREVIAZIONI

La **standardizzazione delle definizioni, abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli**, ossia **l'adozione di un linguaggio comune tra medici, farmacisti e infermieri**, nell'attività di prescrizione farmacologica, è un processo che facilita la comunicazione delle informazioni all'interno della struttura sanitaria e tra strutture sanitarie particolarmente nelle transizioni di cura. Pertanto, il linguaggio standardizzato deve essere promosso **nei diversi setting assistenziali, tra farmacisti, infermieri e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, nonché nei prontuari, nei documenti e nei glossari regionali**.

Un ruolo "determinante", in questo processo, lo hanno anche le **aziende farmaceutiche** in quanto possono verificare la presenza di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli confondenti nel confezionamento e in tutto il materiale utilizzato nella comunicazione (a scopi promozionali, formativi e informativi), compreso i foglietti illustrativi, e apportare idonee misure per evitare errate interpretazioni.

La conoscenza delle modalità prescrittive **a rischio** è indispensabile per attuare misure di prevenzione e strategie di minimizzazione. È pertanto fondamentale intervenire sui processi di comunicazione che intercorrono tra i diversi ambienti di cura, tra gli operatori sanitari stessi e tra operatori sanitari e paziente/caregiver.

Tutte le strategie da attuare devono riguardare:

- tutte le prescrizioni mediche scritte a mano o prestampate o elettroniche;
- tutte le comunicazioni e documentazioni che riguardano i farmaci comprese le prescrizioni verbali o telefoniche seppur altamente sconsigliate se non in casi di emergenza;
- tutte le comunicazioni e documentazioni che riguardano la somministrazione dei farmaci, comprese le etichette utilizzate.

Tra gli esempi di possibili interventi per ridurre il rischio di potenziali errori sono inclusi:

A. MODALITA' DI DESCRIZIONE DELLA PRESCRIZIONE DEL FARMACO (all. 1)

- 1. scrivere il nome del principio attivo** per esteso (alcune abbreviazioni possono essere collegate a più farmaci dal nome simile) ed evitare sia gli acronimi (e nel caso si usino accompagnarne la descrizione come ad esempio 5-FU, 5-Fluoro Uracile) sia le formule chimiche. Anche per farmaci prescritti in protocolli, scrivere tutti i nomi dei principi attivi per esteso, con la relativa posologia, evitando il solo acronimo (ad esempio, CHOP indica il protocollo Ciclofosfamide, Doxorubicina, Vincristina e Prednisone);
- 2. lasciare uno spazio tra nome e il dosaggio**, in modo particolare per quei nomi (anche commerciali se ammessi nella procedura aziendale) che finiscono in l (elle) per evitare interpretazioni errate (ad esempio, Inderal 40 mg al posto di Inderal40mg che potrebbe essere confuso con Inderal 140 mg);
- 3. lasciare uno spazio tra il dosaggio e l'unità di misura** (ad esempio, 10 mg e non 10mg in quanto la lettera m (emme) potrebbe essere confusa con lo zero;

 <p>regione campania asnapoli3sud</p> <p><i>Direttore Generale</i> <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p><i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><i>Responsabile Direzione UOC Risk Management</i> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p><i>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</i></p>	<p><i>Maggio 2019</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 8 di 16</i></p>

4. **usare per esteso** “Unità” al posto di “U” e “unità” al posto di “u” nella scrittura manuale;
5. **esprimere il dosaggio/superficie corporea** come quantità totale del farmaco;
6. **evitare sigle relative alla modalità d’azione**, a meno che le stesse non siano riportate nella confezione del farmaco e ammesse nella procedura aziendale (ad esempio, SR=*slow release*) altrimenti si può specificare il significato tra parentesi;
7. **usare i numeri arabi** (ad esempio, 1, 2, 5, 10, 100, 500, 1.000) e non quelli romani (ad esempio, I, II, V, X, C, D, M);
8. **non mettere lo zero terminale dopo la virgola** per le dosi espresse da numeri interi (ad esempio, scrivere 1 mg invece che 1,0 mg in quanto potrebbe essere confuso con 10 mg);
9. **scrivere sempre lo zero prima dei decimali inferiori ad un’unità** (ad esempio, scrivere 0,5 g invece di ,5 g che può essere erroneamente interpretato come 5 g se non viene letta la virgola) oppure trasformarli (ad esempio, scrivere 500 mg invece che ,5 g che può essere erroneamente interpretato come 5 g se non viene letta la virgola);
10. **usare il punto per separare i tre zeri delle migliaia** o usare parole come 1 milione per favorire la corretta interpretazione (ad esempio, 1000 unità va scritto 1.000 unità, 10000 unità va scritto 10.000 unità);
11. **specificare chiaramente la posologia** evitando indicazioni generiche come “un cucchiaino”, “un misurino”;
12. **evitare schemi posologici ambigui**, ma precisare, senza abbreviazioni e sigle, l’esatta periodicità dell’assunzione (ad esempio, “due volte al giorno” ha significato diverso per l’assunzione di un antibiotico da somministrare ad intervalli determinati come “ogni 12 ore” rispetto ad un antiacido da assumere a pranzo e a cena). Evitare sempre la dicitura “al bisogno”;
13. **indicare, per i prodotti liquidi, la quantità di principio attivo riferita ad un’unità di preparato** (ad esempio, mg/ml). Bisogna ricordare che la prescrizione di soluzioni deve consentire di individuare la dose del farmaco per ogni singola somministrazione, la concentrazione e il volume;
14. **evitare l’uso delle frazioni** (ad esempio, ½ compressa ovvero “metà compressa” può essere frainteso con 1 o 2 compresse) e sostituire, ove possibile, il farmaco con altra forma farmaceutica avente il dosaggio necessario;
15. **scrivere le unità di misura secondo il sistema metrico decimale**. Per le misure di capacità viene accettato il litro l (L) e sottomultipli: scrivere, ad esempio, ml o mL e mai cc. Per quanto riguarda le unità di misura del peso, µg (sebbene presente nel sistema metrico decimale) potrebbe essere confondente, come anche mcg, e quindi bisogna scrivere per esteso microgrammi;
16. **evitare, nella scrittura manuale, i simboli + (più); = (uguale); ≤ (minore o uguale); ≥ (maggiore o uguale)**, in quanto possono essere confusi con numeri e quindi indicarli con le lettere;
17. **evitare le abbreviazioni in latino** (ad esempio, la dicitura *os* scambiata per *occhio* oppure *orecchio sinistro*) e quelle in lingua inglese;

 <p>regione campania asnapoli3sud</p> <p><i>Direttore Generale</i> <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p><i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><i>Responsabile Direzione UOC Risk Management</i> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p><i>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</i></p>	<p><i>Maggio 2019</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 9 di 16</i></p>

18. per i farmaci in combinazione indicare il dosaggio di ognuno dei principi attivi.

19. per le terapie che necessitano delle unità standard, come l'insulina, le unità dovrebbero essere espresse per esteso piuttosto che con abbreviazione;

20. evitare le abbreviazioni dei nomi dei farmaci o la terminologia latina per l'uso;

21. 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.

B. ALTRE INDICAZIONI PRATICHE

1. **Prescrizione manuale:** scrivere in stampatello. Una brutta grafia può rendere difficile la comprensione di una prescrizione e causare errori nella dispensazione e nella somministrazione di una terapia farmacologica;

2. **Prescrizione verbale:** la prescrizione verbale (compresa quella telefonica) della terapia farmacologica è **sconsigliata** perché genera facilmente errori, ma qualora utilizzata deve essere:

- limitata a situazioni di emergenza/urgenza predefinite (ad esempio, in Sala Operatoria, in Pronto Soccorso e in Terapia Intensiva);
- prevista per i pazienti, inseriti in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), già presi in carico e visitati dal medico che ha fatto la diagnosi.

In caso di prescrizione verbale si ricorre al *read back/repeat back*: il medico, dopo aver chiesto l'identificazione dell'interlocutore (altro medico, infermiere) incaricato alla somministrazione, comunica la prescrizione specificando il nome del farmaco, il dosaggio, la posologia, la via di somministrazione. Se sono previste operazioni di diluizione (ad esempio, uso di farmaci per via endovenosa) va aggiunta l'indicazione del diluente e del volume.

L'interlocutore ripete tutta la prescrizione verbale e chiede conferma; il medico prescrittore conferma la prescrizione oppure ripete l'indicazione in caso di informazioni errate.

Ai fini della tracciabilità, si deve documentare e firmare chiaramente *l'ordine verbale* nella cartella clinica e in altra documentazione sanitaria il prima possibile, annotando nome e cognome del prescrittore, data e ora in cui viene effettuata la comunicazione.

3. **La prescrizione verbale di farmaci antineoplastici è sempre vietata.**

4. Evitare, se possibile, le frequenti **interruzioni** nell'atto della prescrizione;

5. Adottare **moduli prestampati** e/o introdurre, se possibile, la **prescrizione informatizzata**, che contribuisce ad eliminare gli errori derivanti dalla compilazione a mano e dalla trascrizione. Il sistema di prescrizione informatizzata deve prevedere segnali di allarme nel caso in cui la dose prescritta sia al di fuori dell'intervallo terapeutico, in particolare per alcune classi di farmaci e/o pazienti (ad esempio, in pediatria), in caso di reazioni allergiche, interazioni farmacologiche, duplicazione della terapia ed altri aspetti sull'impiego del farmaco e sulle eventuali terapie in corso o interrotte;

6. **Adottare la scheda unica di terapia** dove, in accordo con le disposizioni vigenti in tema di privacy, vengano riportate dal medico tutte le informazioni necessarie per l'individuazione

 <p>Regione Campania aslnapoli3sud</p> <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</p>	<p>Maggio 2019</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 10 di 16</p>

della terapia e dall'infermiere ciò che è stato effettivamente somministrato, apponendo la propria firma o sigla, tale da consentire la tracciabilità;

7. Prestare attenzione affinché le prescrizioni (in particolare quelle “**personalizzate**” cioè relative a farmaci richiesti dal reparto direttamente alla Farmacia per un determinato paziente) risultino complete con tutti i riferimenti del paziente e del farmaco. Riportare il nome del farmaco o il nome del principio attivo in base a quanto stabilito dalla procedura aziendale, (è preferibile, comunque, riportare sempre il principio attivo piuttosto che il nome commerciale del farmaco inserito nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero, (PTO), la forma farmaceutica, l'esatta concentrazione, la posologia e in alcuni casi l'età e il peso del paziente (la maggior parte degli errori di dosaggio si verificano in pediatria e geriatria; età e peso, inoltre, possono aiutare il farmacista a dissolvere dubbi nella verifica del farmaco richiesto e del dosaggio);
8. I medici devono, al momento della prescrizione, aver richiesto tutte le **informazioni cliniche del paziente**: documentazione clinica accurata e completa che contenga un'attenta anamnesi farmacologica 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, condizioni cliniche che sconsigliano l'uso di determinati farmaci o impongono modificazioni di dosaggio (funzionalità epatica/renale);
9. Rendere disponibile l'**accesso alle informazioni** (accesso *on line* a linee guida, PTO, procedure, protocolli, informatore farmaceutico, banche dati ed altri strumenti informativi);
10. Rendere disponibili in tutti i reparti, possibilmente elettronicamente, tutte le informazioni sui farmaci relativamente a: indicazioni terapeutiche, effetti collaterali, reazioni avverse, controindicazioni, precauzioni di impiego, interazioni con altri medicinali e/o con cibo, azioni da adottare in caso di reazioni avverse o interazioni, requisiti per la conservazione;
11. Fornire, eventualmente, ai reparti da parte della Farmacia, una tabella che consenta di identificare la **corrispondenza dei farmaci** aventi lo stesso principio attivo, ma nome commerciale diverso;
12. Rendere disponibili le **tabelle di conversione** per la preparazione di formulazioni per via endovenosa o per sospensioni orali;
13. Scrivere le prescrizioni con le modalità stabilite nella procedura aziendale;
14. Effettuare sempre il controllo della prescrizione: in caso di informazione mancante o dubbia l'infermiere e/o il farmacista devono chiedere chiarimenti al medico;
15. Prestare particolare attenzione alle prescrizione di **farmaci off label** in considerazione anche di quanto disposto dalla Legge Finanziaria (art. 1, comma 796, lettera z) entrata in vigore dal 1 gennaio 2007, e successive integrazioni e specifiche;
16. Facilitare la **comunicazione** tra reparti e Farmacia;
17. Nel caso di prescrizione della **terapia domiciliare** al momento della dimissione includere una breve nota sulla modalità d'uso e la durata della terapia;
18. Adottare la **scheda unica di terapia** e introdurre progressivamente sistemi computerizzati di prescrizione;
19. Utilizzare una **lista delle abbreviazioni** delle forme farmaceutiche (ad esempio, cps ossia capsula) e delle vie di somministrazione (ad esempio, ev ossia endovena), dei termini e dei

 <p>Regione Campania asnapoli3sud Direttore Generale <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p><i>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</i></p>	<p><i>Maggio 2019</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 11 di 16</i></p>

simboli che possono essere utilizzati, come indicato nell'allegato n. 2; la lista potrà essere sottoposta a revisione periodica delle abbreviazioni approvate o da non utilizzare.

20. Laddove esistono dubbi sulla corretta interpretazione della prescrizione contattare sempre il medico;
21. Far controllare da due operatori, se possibile, il dosaggio dei farmaci soprattutto dei **"farmaci ad alto livello di attenzione"**;
22. Prestare attenzione alla compilazione della **documentazione sanitaria** che riguarda la prescrizione farmacologica;
23. Apporre, al momento della trascrizione, la **propria firma** o sigla.

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017)";
- Polidori P, Adami S, Ciampalini S, Di Giorgio C, La Russa R. Linee guida per la prevenzione del rischio clinico correlato all'utilizzo dei farmaci ad alto rischio e degli acronimi, simboli, sigle e abbreviazioni. Ed. Il Campano. Ott. 2015-pg.69-79;
- Ministero della Salute "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli", n. 18, settembre 2018

REVISIONE E AGGIORNAMENTO

La presente Procedura sarà oggetto di revisione periodica e dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda o evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Al fine di migliorare la Procedura nella pratica clinica, le strutture sanitarie coinvolte sono invitate a fornire suggerimenti e commenti, all'indirizzo di posta elettronica:

riskmanagement@asnapoli3sud.it
riskmanagement@pec.asnapoli3sud.it

ARCHIVIAZIONE

L'archiviazione del documento cartaceo viene effettuata dal Direttore/Responsabile della U.O. C. e dal Coordinatore Infermieristico/Tecnico in luogo accessibile a tutti gli operatori afferenti alla Struttura, presso tutte le UU.OO. Coinvolte.

La procedura sarà resa disponibile nell' Area documentazione della U.O.C. Risk Management.

 <p>regione campania asnapoli3sud</p> <p><i>Direttore Generale</i> <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p><i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><i>Responsabile Direzione UOC Risk Management</i> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p><i>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</i></p>	<p><i>Maggio 2019</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 12 di 16</i></p>

Le funzioni interessate possono a loro volta pubblicare la procedura sul sito aziendale nella relativa area.

VERIFICA/INDICATORI DI MONITORAGGIO

I Direttori di U.O

- Effettuano la verifica della diffusione della procedura agli operatori interessati, valore atteso 100%;
- Effettuano la verifica della corretta applicazione delle indicazioni contenute nella procedura, effettuata sulla documentazione sanitaria, valore atteso 100%.

I Direttori Sanitari di Presidio/Distretto e i Direttori di Macrostruttura

- Effettuano il monitoraggio sulla completezza del contenuto minimo standard della documentazione sanitaria con periodicità mensile e con un volume di controllo almeno pari al 5% random dei dimessi per disciplina.

TERMINOLOGIA /ABBREVIAZIONI/GLOSSARIO

Errore in terapia (medical error) Qualsiasi errore che si verifica nel processo di gestione del farmaco e può essere rappresentato da:

- **Errore di prescrizione** riguarda sia la decisione di prescrivere un farmaco sia la scrittura della prescrizione.
- **Errore di trascrizione/interpretazione** riguarda la errata comprensione di parte o della totalità della prescrizione medicae/o delle abbreviazioni e/o di scrittura.
- **Errore di etichettatura/confezionamento** Riguarda le etichette ed il confezionamento che possono generare scambi di farmaci.
- **Errore di allestimento/preparazione** Avviene nella fase di preparazione o di manipolazione di un farmaco prima della somministrazione (per esempio diluizione non corretta, mescolanza di farmaci incompatibili), può accadere sia quando il farmaco è preparato dagli operatori sanitari sia quando è preparato dal paziente stesso.

Errore di distribuzione Avviene nella fase di distribuzione del farmaco, quando questo è distribuito dalla farmacia alle unità operative o ai pazienti.

Errore di somministrazione Avviene nella fase di somministrazione della terapia da parte degli operatori sanitari o di altre persone di assistenza, o quando il farmaco viene assunto autonomamente dal paziente stesso.

Evento avverso (Adverse event) Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un “evento avverso prevenibile”.

 <p>regione campania asnapoli3sud</p> <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</p>	<p>Maggio 2019</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 13 di 16</p>

Farmaci ad alto rischio (High-alert medication) Sono quei farmaci che hanno un rischio elevatissimo di provocare danni significativi ai pazienti quando vengono usati in modo inappropriato.

Farmaco: qualsiasi sostanza inorganica o organica naturale o sintetica, capace di produrre in un organismo vivente modificazioni funzionali, utili o dannose, mediante un'azione chimica, fisica o chimico-fisica.

Farmaci ad alto rischio: Sono quei farmaci che hanno un rischio elevatissimo di provocare danni significativi ai pazienti quando vengono usati in modo inappropriato.

Farmaci LASA (Look-Alike/Sound-Alike): acronimo utilizzato per indicare quei farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni.

Posologia: dose, tempi e modalità di somministrazione di un farmaco.

Prescrizione "off-label" o "fuori-indicazione": prescrizione di farmaci già registrati, ma usati con indicazione e/o via di somministrazione diversa da quanto indicato nella scheda tecnica di autorizzazione all'immissione in commercio.

Principio attivo: componente essenziale di un farmaco dotata di attività farmacologica.

Prontuario Terapeutico Aziendale (PTOA): Elenco dei farmaci disponibili all'interno della Struttura/Azienda sanitaria, accompagnato da eventuali informazioni complementari.

Ricognizione: raccolta di informazioni complete ed accurate su farmaci e altri prodotti (anche non convenzionali) assunti dal paziente.

Riconciliazione: è il processo che partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, come risultanti dalla ricognizione attuata al momento dell'ammissione, e quelli che dovrebbero essere somministrati al paziente nella particolare circostanza, permette di giungere alla formulazione di una decisione prescrittiva farmacologica corretta.

SUT - Scheda Unica di Terapia: La scheda unica terapeutica (SUT) è uno strumento di comunicazione interna, che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati.

Specialità medicinale: prodotto medicinale preparato da officine autorizzate con una denominazione speciale, approvato dal Ministero della Salute sulla base di un dossier contenente risultati sperimentali.

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 farmaci subordinata alla verifica dell'occorrenza dello stesso, nel rispetto dei parametri definiti dal medico prescrittore.

Evento sentinella Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

 <p><i>Direttore Generale</i> <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p><i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><i>Responsabile Direzione UOC Risk Management</i> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p><i>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</i></p>	<p><i>Maggio 2019</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 14 di 16</i></p>

- a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito
- b) l'implementazione delle adeguate misure correttive

Come previsto dal Ministero della Salute, tra gli eventi sentinella da monitorate sono compresi la "morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica", incluso anche lo shock anafilattico in paziente con anamnesi positiva per allergia al farmaco che lo ha determinato, mentre sono escluse le reazioni avverse da farmaco, gli effetti collaterali o altre reazioni non determinate da errore.

Livelli di gravità del danno perché l'evento sentinella sia considerabile tale:

- Morte
- Disabilità permanente
- Coma
- Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione
- Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente
- Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
- Reintervento chirurgico
- Rianimazione cardio respiratoria
- Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura
- Tutti gli errori trasfusionali da incompatibilità ABO rientrano nella definizione di evento sentinella, anche nel caso in cui non appaia un danno evidente.

L'operatore sanitario che ha rilevato il manifestarsi dell'evento sentinella deve compilare l'allegata scheda A e trasmetterla nel più breve tempo possibile alla UOC Risk Management.

Farmacovigilanza La reazione avversa ai farmaci (ADR) è una situazione differente rispetto a quella sopradescritta ed è rappresentata da ogni risposta ad un farmaco che sia nociva e non intenzionale e che si verifichi alle dosi normalmente previste per profilassi, diagnosi, terapia o per ripristinare, correggere, modificare funzioni fisiologiche. Essa è soggetta alla farmacovigilanza ed alle relative segnalazioni spontanee, da parte degli operatori sanitari, per il tramite dell'apposita scheda al Farmacista Responsabile della Farmacovigilanza, per gli adempimenti previsti ai sensi del D.Lgs 95/2003, del D.M. 21/11/. La segnalazione degli eventi avversi da farmaci, evitabili, deve rappresentare una priorità e può essere messa in atto attraverso la segnalazione spontanea.

Tutto il personale è pertanto invitato ad segnalare questa tipologia di eventi attraverso la compilazione della scheda (Allegato 5), indirizzando la stessa alla UOC Risk Management.

 <p>regione campania asnapoli3sud</p> <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</p>	<p>Maggio 2019</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 15 di 16</p>

ALLEGATO 1

INFORMAZIONI SU ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI DA "NON UTILIZZARE" E SU CIÒ CHE VA UTILIZZATO IN LORO VECE (da Racc. n. 18/2018)		
NON SCRIVERE	POTENZIALE PROBLEMA	SCRIVERE
abbreviazioni e formule chimiche per indicare il nome di un farmaco	errata interpretazione dovuta ad esempio all'uso di abbreviazioni simili per indicare farmaci diversi	il nome del principio attivo per esteso e completo
solo l'acronimo per i protocolli di chemioterapia	l'acronimo non accompagnato da spiegazione genera errata interpretazione	tutti i nomi dei principi attivi per esteso con la relativa posologia per i protocolli di chemioterapia
<u>U</u> oppure <u>u</u> se scritto a mano	U (significato unità) può essere erroneamente interpretato come "0" (zero) causando un sovradosaggio di 10 volte ad esempio, 4U può essere interpretato come 40	Unità per esteso
una dose che prevede più di tre zeri senza il punto separatore	ad esempio 100000 unità può essere interpretato come 10.000 oppure 1.000.000	il punto per separare i tre zeri oppure usare parole come 1 milione per favorire la corretta interpretazione del numero
i simboli + = ≤ ≥ se scritti a mano	i simboli possono essere interpretati come numeri ad esempio + (con significato più, e) può essere erroneamente interpretato come 4	più, e uguale minore o uguale maggiore o uguale
cc ossia centimetro cubo	cc può essere confuso con lo zero	ml (accettato mL)
µg ossia microgrammo se scritto a mano	µg può essere erroneamente interpretato come mg (milligrammo) causando sovradosaggi	microgrammo per esteso
lo zero dopo la virgola ad esempio 1,0 mg per dosi espresse da numeri interi	ad esempio 1,0 mg può essere interpretato come 10 mg	le dosi espresse da numeri interi senza virgola e zero
i decimali inferiori ad un'unità senza lo zero prima della virgola ad esempio ,5g	ad esempio ,5g può essere interpretato come 5 g	lo zero prima della virgola oppure trasformare i decimali inferiori ad una unità ad esempio 0,5 g in 500mg

 <p>regione campania aslnapoli3sud</p> <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</p>	<p>Maggio 2019</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 16 di 16</p>

Allegato 2

ABBREVIAZIONI CONSENTITE PER LA PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA

ELEMENTI COSTITUTIVI DELLA PRESCRIZIONE	DENOMINAZIONE PER ESTESO	ABBREVIAZIONE	NOTE
NOME FARMACO	NESSUNA ABBREVIAZIONE CONSENTITA		
UNITA' DI MISURA	grammo	g	
	litro	L	
	microgrammo	mcg	
	milliequivalenti	meq	
	milligrammo	mg	
	millilitro	ml	
	millimoli	mmoli	
FORMA FARMACEUTICA	bustine	bust	
	compresse	cp	
	capsule	cps	
	cerotti	/	In corrispondenza dell'orario indicare: M = mettere T = togliere
	Gocce	gtt	
	Fiale f	f	
	flaconi	flac	
	Sciroppo scir	scir	
	supposte	supp	
Altre forme farmaceutiche	Non consentite abbreviazioni		
VIA DI SOMMINISTRAZIONE	Endovena	EV	
	Intramuscolo	IM	
	Sottocute	SC	
	Orale	os	
	Altre vie di somministrazione	Non consentite abbreviazioni	

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 01.07.2019 A:

x	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE		U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
X	DIRETTORE AMM. AZIENDALE		U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
X	COLLEGIO SINDACALE		U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. AFFARI ISTIT. E SEGRETERIE		U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE		U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI		U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO, TRASPARENZA, TUTELA, COMUNICAZIONE	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. AFFARI LEGALI	x	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.		U.O.C. CONTROLLI INTEGRATI INTERNI ED ESTERNI	DISTRETTO N. 55
			DIPARTIMENTO RADIODIAGNOSTICA	DISTRETTO N. 56
	U.O.C. COORDINAMENTO ATTIVITA RIABILITATIVE		DIPARTIMENTO MEDICINA LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA	DISTRETTO N. 57
	U.O.C. ATTIVITA RIABILITATIVE		COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
			COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. CURE PRIMARIE E ATTIVITA TERRITORIALI		DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIO	P.O. NOLA + STAB. POLLENA TROCCHIA
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA		DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	P.O. CAST. + STAB. GRAGNANO
	U.O.C. COORD. CURE DOMICILIARI		DIPARTIMENTO PREVENZIONE	P.O. BOSCO + P.O. MARESCA
	U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	P.O. SORRENTO + P.O. VICO EQ.
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN		DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		DISTRETTO N. 48	COLLEGIO DI DIREZIONE
	U.O.C. SVILUPPO E GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE		DISTRETTO N. 49	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA SUD
	U.O.C. VALORIZZAZIONE E MANUT. PATRIMONIO IMMOBILIARE		DISTRETTO N. 50	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA NORD
	U.O.C. SISTEMI INFORMATICI ITC		DISTRETTO N. 51	U.O.C. COORDINAMENTO COMITATO ETICO CAMPANIA SUD
	U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBNO		DISTRETTO N. 52	