



**Safety
ALERT 6**



Servizio Gestione Rischio Clinico
tel. 0744/204038-204311 Fax 0744/612579
Mail: rischio.clinico@uslumbria2.it

Argomento: **sicurezza nella terapia farmacologica** **“ricognizione e riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura”**

PROBLEMA: Le terapie farmacologiche prescritte nelle **transizioni di cura** (rappresentati dal ricovero del paziente in ospedale, dalla sua dimissione, dal suo trasferimento tra reparti della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria) presentano **nel 67% circa dei pazienti ammessi in Ospedale differenze** non imputabili ad una mutata condizione clinica del paziente; tali **differenze**, dette **discrepanze non intenzionali** aumentano il rischio di danni al paziente

RIDURRE IL RISCHIO: conoscere la terapia farmacologica consente al medico prescrittore di valutare con attenzione se proseguirla, variarla o interromperla in toto o in parte.

RACCOMANDAZIONI PER GLI OPERATORI: Effettuare una revisione accurata tra i medicinali assunti dal paziente e quelli indicati per la cura nella particolare circostanza attraverso:

- la **RICOGNIZIONE** ovvero raccolta di dati che riguardano il paziente e i medicinali assunti (etici, Senza Obbligo di Prescrizione -SOP-, Over the Counter -OTC-, nonché gli omeopatici, gli integratori, i fitoterapici, l'eventuale assunzione di alcool, l'uso di droghe e l'abitudine al fumo)
- la **RICONCILIAZIONE** ovvero il medico prescrittore, nell'eseguire il confronto, valuta attentamente l'opportunità del prosieguo del trattamento farmacologico in atto e la sua compatibilità con quello che ritiene indicato nella specifica circostanza.

La Ricognizione e la Riconciliazione vanno documentate su apposita **SCHEDA PER LA RICOGNIZIONE/RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA** aziendale (MOD. 9000032272- vedi riproduzione sul retro-) che deve essere inserita in cartella clinica.

Le due fasi possono coincidere, se espletati dallo stesso medico prescrittore.

La **fonte** privilegiata delle informazioni è rappresentata dal **paziente**; in tal modo si può verificare l'effettivo utilizzo dei medicinali, coerente o meno con le indicazioni del medico curante, e venire a conoscenza di ulteriori prodotti assunti di propria iniziativa.

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

Per approfondimenti consultare la RACCOMANDAZIONE PER LA RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA (nr. 17)

SCHEDA PER LA RICOGNIZIONE/RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA

Struttura di: _____ Ora di ingresso del paziente in reparto: _____

Nome Paziente: _____ Cognome Paziente: _____ data di nascita: ____/____/____ Peso: _____ Kg Altezza: _____

Provenienza del paziente: ☐ abitazione privata ☐ P.S. ☐ altra U.O. _____ ☐ altro Ospedale ☐ informazione non disponibile

- Il paziente assume farmaci a carattere sperimentale e/o off label? ☐ NO ☐ SI ☐ NON NOTO (specificare _____)
- Il paziente assume omeopatici, fitoterapici e/o integratori? ☐ NO ☐ SI ☐ NON NOTO (specificare _____)
- Il paziente presenta allergie o intolleranze conosciute? ☐ NO ☐ SI ☐ NON NOTO (specificare _____)
- Il paziente riferisce effetti indesiderati a terapie pregresse? ☐ NO ☐ SI ☐ NON NOTO (specificare _____)
- Il paziente assume abitualmente alimenti in dosi elevate (pompelmo, caffè, the, frutta, verdura, ecc.) che potrebbero interferire con la terapia? ☐ NO ☐ SI ☐ NON NOTO (specificare _____)
- Il paziente assume alcool e/o sostanze d'abuso? ☐ NO ☐ SI ☐ NON NOTO (specificare _____)
- Il paziente presenta abitudine al fumo? ☐ NO ☐ SI ☐ NON NOTO (specificare _____)
- Il paziente utilizza dispositivi medici medicati? ☐ NO ☐ SI ☐ NON NOTO (specificare _____)

INFORMAZIONI DI PRELIEVO

Terapia anticoagulante	☐ NO ☐ SI	Terapia antiepilettica	☐ NO ☐ SI
Terapia insulinica	☐ NO ☐ SI	Terapia immunosoppressiva	☐ NO ☐ SI

Altri dati significativi: _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____

SCHEDA PER LA RICOGNIZIONE/RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA

Cognome e nome del paziente: _____ Unità Operativa _____

RICOGNIZIONE				RICONCILIAZIONE			
Nome del farmaco, dosaggio e forma farmaceutica	Via di sommin.ne	Posologia/orari	Ultima dose assunta data e ora	Interrompere	Continuare	Modificare	Modifiche da effettuare/commenti
TERAPIA IN ATTO							
NUOVA TERAPIA	La terapia farmacologica prescritta, dopo aver correttamente effettuato le fasi di ricognizione/riconciliazione, dovrà essere riportata direttamente nella Scheda Unica di Terapia			EV. NOTE E COMMENTI			

Fonte delle informazioni

- ☐ VERBALE PAZIENTE ☐ VERBALE FAMILIARE/CAREGIVER ☐ LISTA PERSONALE DEI FARMACI ASSUNTI A DOMICILIO
☐ DOCUMENTAZIONE SANITARIA CONFEZIONI DI FARMACI ☐ ALTRO (specificare _____) ☐ NESSUNA

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____