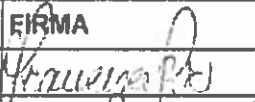
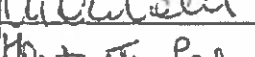
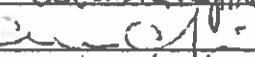
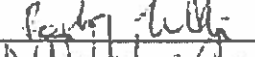
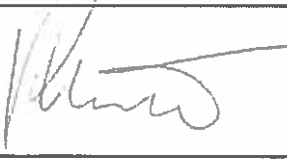


INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. TERMINI E ABBREVIAZIONI
4. RESPONSABILITA'
5. MODALITA' ESECUTIVE
6. DOCUMENTI AZIENDALI DI RIFERIMENTO
7. RIFERIMENTI NORMATIVI /SCIENTIFICI
8. ARCHIVIAZIONE
9. DEBITI INFORMATIVI
10. ALLEGATI

GRUPPO DI REDAZIONE E VALIDAZIONE TECNICA

NOME	FUNZIONE	FIRMA
Francesca Gori	Dirigente Servizio Qualità e Accreditamento	
Margarete Tockner	Resp. Serv. Gestione Rischio Clinico	
Serena Agrestini	Dirigente SITRO	
Marina Antonelli	Farmacista PO Orvieto	
Maria Antonietta Calzola	Farmacista Referente Qualità SC DAF PO FOL	
Patrizia Papini	Farmacista PO Foligno	
Cristiana Cristofori	Farmacista PO Foligno	
Paolo Lilli	Farmacista PO Foligno	
Chiara Della Vedova	Inf Servizio Qualità e Accreditamento	
Giuseppina Cintio	Inf Servizio Qualità e Accreditamento	

VERIFICATO	APPROVATO	APPROVATO
R.A.Q Dr.ssa Francesca Gori	DIRETTORE DAF Dr. Fausto Bartolini	DIRETTORE SANITARIO Dr. Pietro Manzi
		

STATO DI AGGIORNAMENTO			
N°	Pag. e/o §	Natura della modifica	Data
1	Tutte	Aggiornamento del processo complessivo	16/01/2017

1. SCOPO

Scopo della procedura è fornire indicazioni condivise ed univoche per prevenire errori o eventi avversi legati all'uso dei farmaci LASA (Look- Alike /Sound –Alike) in ambiente Ospedaliero e Territoriale in ottemperanza a quanto disposto dal Ministero della Salute con la "Raccomandazione Ministeriale n°12 di agosto 2010" ed in conformità alla "Raccomandazione n° 7 di Marzo 2008 al fine di garantire la sicurezza delle persone che devono assumere farmaci

La procedura si pone i seguenti obiettivi specifici:

- ✓ Descrivere le modalità operative a cui attenersi nei diversi servizi per l'identificazione e la gestione dei LASA, farmaci con somiglianza fonetica e/o grafica al fine di prevenire lo scambio.
- ✓ Definire ed aggiornare ad ogni variazione la Lista dei farmaci LASA e diffonderla tramite Mod DS Lista LASA a tutte le strutture Ospedaliere e Territoriali.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica in tutti i dipartimenti, strutture e servizi dell' USL Umbria 2 coinvolti nel processo di gestione dei farmaci: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio sia in ospedale sia nei servizi territoriali.

3. TERMINI E ABBREVIAZIONI

LASA (Look- Alike /Sound –Alike): si definiscono "*look alike* " le confezioni dei farmaci visivamente molto simili e "*sound alike* " quelli con denominazioni foneticamente simili.

SUT- Scheda Unica Terapia

DAF- Dipartimento Assistenza Farmaceutica

NC- Non Conformità

GRC- Gestione Rischio Clinico

4. RESPONSABILITÀ

Matrice delle Responsabilità

Funzione Fasi Attività di processo	Farmacista DAF	Direzioni macroartic olazioni Aziend	Medic o repart o	Coord. Inf.	Inf	Magazzi niere	Documento riferimento
Gestione dei farmaci LASA nel DAF: magazzino laboratorio galenica, distribuzione diretta							
Gestione dei farmaci Identificazione dei farmaci LASA nel DAF (magazzino e laboratorio)	R	I	I	I	I	I	Mod Controllo farmaci e presidi
Stoccaggio nelle aree specifiche individuate per i LASA	R	I	I	I	I	C	Check list
Compilazione e aggiornamento elenco Farmaci LASA su Mod Lista LASA	R	I	I	I	I	--	Mod DS Lista LASA
Consegna Mod lista LASA approvata a tutte le macro articolazioni	R	C	I	I	C	--	
Diffusione MOD LISTA LASA nelle strutture / servizi							
Le Macroarticolazioni aziendali provvedono alla distribuzione capillare a tutti i servizi e reparti afferenti	I	R	C	I	I	I	Mod DS Lista LASA
Ispezioni di farmacovigilanza presso strutture / servizi							
I Farmacisti del DAF effettuano le ispezioni periodiche ai reparti	R	I	I	C	C	--	Verbale Ispezione
Gestione dei farmaci LASA nelle strutture / servizi							
Affissione elenco farmaci Mod Lista LASA sull'armadio dei farmaci	I	I	C	R	I	--	Mod DS lista LASA
Evidenzia sulla lista, i farmaci LASA presenti nella Struttura/Servizio	--	I	C	R	C	--	Mod DS lista LASA
Corretta tenuta e collocazione dei farmaci LASA all' interno dell' armadio e dei carrelli, fotografia della disposizione dei farmaci esposta	I	I	I	R	C	--	Check list Mod AQA SGQ controllo farmaci
Prescrizione farmaci LASA	I	I	R	C	C	--	SUT / BUSTER MED
Somministrazione farmaci LASA	I	I	I	C	R	--	SUT/ BUSTER MED
Registrazione e gestire le NC	R						Registro N.C.
Segnalazione di quasi eventi o eventi avversi correlati all'uso di farmaci LASA in reparto	R						PG GRC GRC_EA incident reporting rev. 00
Gestione eventi sentinella	C	I	R	C	C	--	PG GRC eventi sentinella rev. 00

R = responsabile per l'ambito di competenza
C = coinvolto
I = informato

5. MODALITA' ESECUTIVE

I farmaci LASA possono indurre in errore in tutte le fasi della gestione del farmaco sia in ospedale (approvvigionamento, immagazzinamento e conservazione, prescrizione interpretazione della prescrizione, preparazione allestimento, distribuzione somministrazione) sia nel territorio: nelle RSA, negli ambulatori, a domicilio del paziente ed in Hospice, per questo motivo il Ministero della salute ha redatto nell'ambito del progetto "Farmaci LASA e Sicurezza dei pazienti" *un elenco dei farmaci LASA aggiornato al 31/12/2015*. In base alle indicazioni di questo progetto, per garantire la sicurezza dei pazienti sono stati individuati i farmaci LASA presenti nel magazzino del DAF nelle varie sedi della Usl Umbria 2 e descritti nel Mod DS Lista LASA

5.1 Gestione dei farmaci LASA nel Dipartimento Assistenza Farmaceutica

Identificazione e stoccaggio dei farmaci LASA

Nei Magazzini del DAF Farmaci, nella Distribuzione Diretta, nel Laboratorio Galenica Clinica

Il Farmacista responsabile (o personale sanitario delegato individuato nelle sedi di Foligno, Spoleto Terni Orvieto Narni e Amelia), provvede:

- Alla corretta identificazione dei farmaci LASA presenti e al loro stoccaggio in aree differenziate (cassetti e/o ripiani diversi);
- Alla redazione e aggiornamento della lista LASA (Mod DS Lista LASA) ogni qual volta si verificano cambiamenti
- Diffusione della lista LASA (Mod DS Lista LASA) alle Macroarticolazioni aziendali.

5.1.2 Diffusione MOD LISTA LASA nelle strutture / servizi

I Direttori delle Macroarticolazioni Aziendali (direttori di Presidio e di Distretto) devono garantire la capillare e tempestiva distribuzione dell'elenco aggiornato dei farmaci LASA (Mod DS Lista LASA) ricevuto a tutte le Strutture/Servizi afferenti.

5.1.3 Ispezioni di farmacovigilanza presso strutture / servizi

I farmacisti del DAF responsabili delle ispezioni ai reparti nell'ambito delle periodiche ispezioni agli armadi farmaceutici verificano l'applicazione della procedura e il corretto aggiornamento del Mod DS lista LASA e ne redigono verbale d'ispezione

5.2 Gestione dei farmaci LASA nelle Strutture/Servizi

Il DAF consegna alle Strutture/ Servizi i farmaci LASA richiesti sia con modalità cartacea che informatizzata.

Il Responsabile e il Coordinatore della Struttura/Servizio devono informare tutto il personale sanitario sul pericolo di errore durante la somministrazione della terapia con farmaci LASA in quanto confondibili tra loro e sulle corrette modalità di gestione dei farmaci LASA presentando la Procedura Aziendale e la Lista Farmaci LASA (Mod DS Lista LASA) rendendo tracciabile l'informazione (verbale riunione).

Il Coordinatore:

- presta particolare attenzione alla conservazione dei farmaci nell' armadio farmaceutico di reparto e nel carrello di terapia o nel frigorifero, adottando ogni misura preventiva per evitare scambi, dispone separatamente i farmaci con nomi e/o confezionamento simili (Mod DS Lista LASA) oppure evidenzia la somiglianza, monitorizza la scorta minima e le scadenze tramite Mod AQA SGQ controllo farmaci e presidi.
- appone sull' armadio dei farmaci, in modo ben visibile, il Mod DS Lista LASA contenente l'elenco aggiornato dei farmaci LASA presenti nel magazzino farmaceutico della Usl Umbria 2, in modo che possa essere consultabile evidenziando sulla lista i farmaci LASA presenti nella Struttura/Servizio;
- aggiorna ogni variazione della lista evidenziata (Mod DS Lista LASA).

Si può effettuare la fotografia dell'armadio farmaceutico e applicare la foto stampata sull'anta dell'armadio, rifacendo la foto stessa ad ogni variazione.

5.3 Prescrizione e somministrazione farmaci LASA

Il Medico Prescrittore della terapia farmacologica ha la responsabilità della decisione della prescrizione di un farmaco e deve sempre

- utilizzare la modulistica aziendale Scheda Unica Terapia (SUT) o sistema informatizzato collegato (software buster med);
- precisare sempre la forma farmaceutica la via di somministrazione e l'orario, specificare bene il dosaggi correlati al peso in modo particolare nell'ambito pediatrico. In caso di terapia al bisogno indicare sempre i criteri e i parametri e i valori di riferimento;
- scrivere in modo leggibile se è non presente la prescrizione informatizzata, evitare trascrizioni per non dare adito ad errori di interpretazione;
- apporre sempre la propria firma, la sigla deve essere quella depositata nel Mod AQA SGQ personale in servizio;
- utilizzare solo abbreviazioni e acronimi condivisi;
- evitare le richieste verbali o telefoniche dei farmaci. Se ciò fosse necessario, e solo in caso di urgenza applicare la metodica del read back (vedi Safety alert 3 : corretta comunicazione di prescrizioni o risultati al telefono);

- se la prescrizione è rivolta, direttamente al paziente è importante che il medico illustri le corrette modalità di conservazione e assunzione.

L'infermiera/e che effettua la somministrazione del farmaco deve tenere sempre presente, nelle varie fasi del processo di somministrazione, la regola delle 7 G :

- I. GIUSTO FARMACO E GIUSTA DOSE
- II. GIUSTO PAZIENTE
- III. GIUSTA ASSOCIAZIONE FARMACO PAZIENTE
- IV. GIUSTA ORA E GIUSTA SEQUENZA
- V. GIUSTA VIA DI SOMMINISTRAZIONE
- VI. GIUSTA REGISTRAZIONE
- VII. GIUSTO CONTROLLO

5.4 Registrare e gestire le non conformità

Le N.C. che possono presentarsi in questo processo sono:

- errori di identificazione stoccaggio
- errori di conservazione nelle strutture/ servizi
- errori di non separazione LASA dagli altri farmaci
- non compilazione di check list Mod AQA SGQ " Controllo farmaci e presidi" o non monitoraggio scadenze.
- errori di terapia in prescrizione e / o somministrazione ecc.

Le modalità di gestione delle NC sono descritte nella Procedura Generale Gestione delle Non Conformità dei Prodotti/ Servizi PG AQA SGQ—non conf

5.5 Segnalazione di quasi eventi e eventi avversi correlati all'uso di farmaci LASA

Tutti gli operatori sono invitati a compilare il questionario sicurezza dei pazienti e a segnalare l'avvenuto scambio tra farmaci o un possibile scambio tra farmaci LASA al Servizio Gestione Rischio Clinico:

I quasi eventi e/o gli eventi avversi conseguenti allo scambio di Farmaci LASA, vanno segnalati come definito nella Procedura Generale *incident reporting* (MOD 01 PG GRC EA Incident Reporting 1 e 2 parte);

In caso di "Morte, coma o grave danno" conseguenti allo scambio di Farmaci LASA, la segnalazione avviene in applicazione alla PG eventi sentinella (MOD 01 PG GRC eventi_sentinella).

Al fine di un puntuale aggiornamento della lista LASA gli operatori sono invitati a segnalare eventuali ulteriori farmaci LASA presenti compilando il **QUESTIONARIO FARMACI "Look-Alike/Sound-Alike" LASA del Ministero della Salute** e di trasmetterlo al Servizio GRC (email: rischio.clinico@uslumbria2.it).

6. DOCUMENTI AZIENDALI DI RIFERIMENTO

- ✓ Procedura Generale Gestione delle Non Conformità dei Prodotti/ Servizi PG AQA SGQ—non conf
- ✓ Registro delle N.C Mod NC PG AQA SGQ—non conf
- ✓ PG Gestione degli eventi avversi e incident reporting
- ✓ PG GRC eventi sentinella
- ✓ Safety alert 2: somministrazione corretta dei farmaci
- ✓ Safety alert 3 : corretta comunicazione di prescrizioni o risultati al telefono
- ✓ Manuale della Qualità aziendale, rev. 00, punto 7.5.5 Conservazione dei prodotti.

7. RIFERIMENTI NORMATIVI / SCIENTIFICI

- ✓ Ministero della Salute. Raccomandazione n° 12 – Agosto 2010 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci " Look Alike e Sound Alike "
- ✓ Ministero della Salute. Raccomandazione n° 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori di terapia farmacologica, Marzo 2008
- ✓ Ministero della Salute: Progetto "Farmaci LASA e sicurezza dei pazienti" Elenco Farmaci LASA (aggiornato al 31 Dicembre 2015)

8. ARCHIVIAZIONE

L'archiviazione della presente procedura è gestita secondo le modalità descritte nella PG AQA SGQ "gestione dei documenti".

L' archiviazione dei moduli utilizzati è gestita secondo le modalità descritte nella PG AQA SGQ gestioni delle registrazioni.

9. DEBITI INFORMATIVI

Il Servizio Gestione Rischio Clinico della USL Umbria 2 provvede ad inviare le segnalazioni sui farmaci LASA pervenute dagli operatori all'Ufficio III della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute alla casella di posta elettronica Terapiaesicurezzapazienti@sanita.it.

10. ALLEGATI

Mod DS lista LASA
Mod AQA SGQ " Controllo farmaci e presidi"
Registro Non Conformità

 USL Umbria 2	Lista farmaci LASA		Mod DS Lista LASA
	Direzione Sanitaria Aziendale		Rev.01 del 16/01/2017

FARMACO 1	FARMACO 2	SIMILITUDINE NOME		SIMILITUDINE CONFEZIONE			
		FONETICA	GRAFICA	PRINCIPIO ATTIVO DIVERSO		PRINCIPIO ATTIVO UGUALE	
				AZ DIVERSA	AZ UGUALE	AZIENDA UGUALE DOSAGGIO DIVERSO	AZIENDE DIVERSE DOSAGGIO UGUALE
1	ARANESP 20 MCG SINGRA PREREMPITA		X			X	
2	ATKED III 1000 UI FLAC				X		
3	ATROPINA LUX 5 MG/ML 10 ML COLLIRIO		X			X	
4	ATROPINA LUX 5 MG/ML 10 ML COLLIRIO				X		
5	BYNOCRIT 4000 UI Q,4 ML 1 SIR		X			X	
6	CATAPRESAN 150 MCG ML FL				X		
7	CATAPRESAN 150 MCG ML FL		X		X		
8	CIPROFLOXACINA KABI 200 ML SACCHE				X		
9	CLEXANE T 5000 UI FL SIR		X			X	
10	DESAMETASONE FOSF 8 MG FL		X			X	
11	DOBETIN INJET 1000 MCG 1 ML FL					X	
12	ELETTROLITICA EQ. PEDIATRICA 500 ML FL DIACO				X		
13	FIDATO IM 1 G FL		X			X	
14	FLECTADOL 500 MG/ 2,5 ML FL		X			X	
15	FLUCONAZOLO KABI 100 ML FL	X			X		
16	GLUCINA - MANNITOLO 5 LT SACCA (PRODUTTORI VARI)			X			
17	GLUCOSO 33% 10 ML FL					X	
18	GLUCOSIO FKJ 5% 500 ML FL		X			X	
19	HALDOL DECANOAS 50 MG/ML 1 ML 3 ML FL		X			X	
20	IMMUNO HBS 180 MG/ 1 ML FL		X			X	
21	IONERON 300 150 ML FL					X	
22	LARGACTIL 100 MG CPR					X	
23	LEVOFLOXACINA KABI INF 100 ML FL	X			X		
24	MAGNEVIST 469 MG/ ML 30 ML FL					X	
25	MEDROL 4 MG CPR		X			X	
26	MIDARINE IV 2 ML 100 MG/2 ML 5F				X		
27	MIDAZOLAM 5 MG FL					X	
28	MULTIHANCE 0,5 MG 20 ML FL		X			X	
29	NEORECOMORIN IV SC 4000 UI 1 SIR		X			X	
30	PROGRAF 5 MG CPS		X			X	
31	RETACRYT 400 UI Q,4ML 1 SIR		X			X	
32	RISPERIDONE 1 MG CPR AURORINDO		X			X	
33	ROPIVACAINA BIOINDUSTRIA 3 MG/ ML FL		X			X	
34	ROPIVACAINA 7,5 MG / ML FL		X			X	
35	SANDIMMUN NEORAL 100 MG CPR		X			X	
36	SODIO CLORURO FKJ 0,9% 20 FL				X		
37	SOLUMEDROL 500 MG/8 ML		X			X	
38	SOTALOLO 80 MG CPR		X		X		
39	TOBRAL 5 ML COLLIRIO		X				
40	ULTRAVIST 300 MG/ML 500 ML FL		X			X	
41	XARELTO 15 MG CPR		X			X	
42	ZEMPLAR 5ML FL				X		

 USL Umbria2	REGISTRO NON CONFORMITA' DI PROCESSO		MOD NC- PG AQA SGQ- nonconf
	DIREZIONE GENERALE SERVIZIO QUALITA' E ACCREDITAMENTO		Rev. 00
			Del 08.01.2014

Struttura di _____ ANNO _____

N° progressivo	CODICE (Campo non obbligatorio)	DESCRIZIONE NON CONFORMITA'	TRATTAMENTO INTRAPRESO	chi rileva	data apertura	data chiusura	firma operatore	RICHIESTA AC SI* NO

* QUANDO SI RICHIEDE AC RIPORTARE COME RIFERIMENTO DELLA AC IL N° DELLA AC (VEDI MODULO AC)

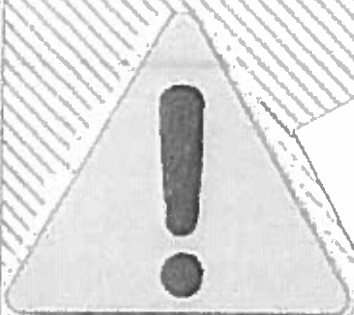
CHECK LIST N°

Ripiano /cassetto es.
CASSETTO N.1 oppure **RIPIANO N.1** oppure **ANTA N.1**

CASSETTO N.2 oppure RIPIANO N.2 oppure ANTA N.2

CASSETTO N.3 oppure RIPIANO N.3

*Quando giorno del mese e turno



Safety ALERT 2

USL Umbria 2

Servizio Gestione Rischio Clinico
tel. 0744/204033-204331 Fax 0744/512579
Mail: rischio.clinico@uslumbria2.it

Argomento: **SOMMINISTRAZIONE CORRETTA DEI FARMACI**

PROBLEMA: ERRORI NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

Gli eventi avversi dovuti ad errori in corso di "terapia farmacologica" sono la causa di danno più frequente nei pazienti; possono verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco; molti errori avrebbero potuto, ma non hanno dato origine ad un evento avverso con danno al paziente perché intercettati dalla fortuna o da abilità e sono definiti quasi eventi /near misses.

Gli errori di terapia più comuni riguardano: il tipo di farmaco, il dosaggio, la via di somministrazione, l'omissione, ecc.

In considerazione di ciò, **tutti gli operatori coinvolti sono chiamati a prestare attenzione ai possibili errori derivanti da un uso non corretto dei farmaci, poiché eventi prevenibili ed evitabili.**

RIDURRE IL RISCHIO

La sicurezza nella somministrazione dei farmaci aumenta se gli operatori interiorizzano e fanno proprie in ogni fase del percorso di somministrazione la **Regola delle 7 G**.

Con la diffusione di questo alert, che nasce dalle necessità manifeste degli operatori di avere sempre rafforzati i consigli/strumenti di buona pratica, si vuole richiamare l'attenzione degli operatori nell'applicazione di questa semplice regola.

RACCOMANDAZIONE AGLI OPERATORI

Al fine di evitare gli eventi avversi correlati alla non corretta somministrazione di farmaci è consigliato agli operatori di tenere sempre presente, nelle varie fasi del processo di somministrazione, la **REGOLA DELLE 7G** :

1. GIUSTO FARMACO E GIUSTA DOSE
2. GIUSTO PAZIENTE
3. GIUSTA ASSOCIAZIONE FARMACO PAZIENTE
4. GIUSTA ORA E GIUSTA SEQUENZA
5. GIUSTA VIA DI SOMMINISTRAZIONE
6. GIUSTA REGISTRAZIONE
7. GIUSTO CONTROLLO

REGOLA DELLE 7 G PER LA SOMMINISTRAZIONE CORRETTA DEI FARMACI

1. GIUSTO FARMACO E GIUSTA DOSE

QUANDO	AZIONE
PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE E DOPO AVER VERIFICATO LA CORRISPONDENZA TRA IL FARMACO PRESCRITTO E QUELLO EFFETTIVAMENTE SCELTO PER LA SOMMINISTRAZIONE AL PAZIENTE	Il farmaco deve essere riconosciuto leggendo il principio attivo/nome commerciale, <u>NON bisogna mai basarsi</u> sul riconoscimento della confezione (colore, dimensioni, etc.). <u>Verificare</u> la data di scadenza, l'integrità della confezione, l'aspetto del farmaco e se sono state rispettate le modalità di conservazione. <u>Verificare</u> la correttezza del dosaggio in caso di diluizioni, ricostituzioni, frazionamenti.

2. GIUSTO PAZIENTE

QUANDO	AZIONE
PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE	<u>Verificare</u> nome e cognome riportati sulla scheda di terapia e <u>chiedere conferma</u> delle generalità al paziente (se è in grado di farlo chiedergli il suo nome, cognome e data di nascita), oppure consultare la documentazione sanitaria. Vanno utilizzati sempre almeno due elementi identificativi (es. nome/cognome + data di nascita).

3. GIUSTA ASSOCIAZIONE FARMACO -PAZIENTE

QUANDO	AZIONE
PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE	Verificare la corrispondenza tra il farmaco prescritto da somministrare e l'identità del paziente.

4. GIUSTA ORA E GIUSTA SEQUENZA

QUANDO	AZIONE
PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE	Assicurarsi che l'orario e la sequenza di somministrazione sia quello prescritto.

5. GIUSTA VIA DI SOMMINISTRAZIONE

QUANDO	AZIONE
PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE	Verificare la via di somministrazione indicata nella prescrizione.

6. GIUSTA REGISTRAZIONE

QUANDO	AZIONE
PRIMA E AL TERMINE DELLA SOMMINISTRAZIONE	Registrare e firmare l'avvenuta somministrazione o il motivo della non somministrazione.

7. GIUSTO CONTROLLO

QUANDO	AZIONE
DURANTE E DOPO LA SOMMINISTRAZIONE	Eeguire sempre gli eventuali controlli (per es. la pressione arteriosa nel caso di somministrazione di un antipertensivo, i criteri definiti in caso di somm.ne farmaci al bisogno) per verificare l'effetto del farmaco sul paziente (azione desiderata, effetti collaterali o reazioni avverse).



**Safety
ALERT 3**

USL

2

Iglio Gestione Rischio Clinico
44/200013-201311 Fa 0744 61257
tutt.i.schio.chiara@slu.univ.it

Argomento: **CORRETTA COMUNICAZIONE DI PRESCRIZIONI O RISULTATI AL TELEFONO**

PROBLEMA: ERRORI DA UNA NON CORRETTA COMUNICAZIONE DI PRESCRIZIONI O RISULTATI AL TELEFONO

Le prescrizioni mediche al telefono o la delega telefonica di attività tra Infermieri celano un grosso rischio di errore di comunicazione e, di conseguenza, per la sicurezza del paziente. Se possibile, **DOVREBBERO QUINDI ESSERE EVITATE**. La prescrizione di provvedimenti diagnostici e terapeutici è responsabilità dei medici, mentre del loro svolgimento si occupa il personale infermieristico, ostetrico, tecnico. È nell'interesse di entrambi i gruppi professionali che le prescrizioni vengano comunicate per iscritto o che siano per lo meno trasmesse in modo chiaro al telefono e che vengano capite correttamente.

Queste due componenti – la comunicazione chiara di un'informazione da parte del MITTENTE e l'interpretazione corretta della stessa informazione da parte del DESTINATARIO – sono il fulcro di una comune ricerca della comprensione del contenuto del messaggio.

Per un efficace scambio di informazioni è altresì importante considerare le condizioni quadro del momento (p.es. fattori di disturbo, farmaci con nomi simili), l'esperienza e l'opinione delle parti in causa.

MITTENTE e DESTINATARIO devono quindi essere consapevoli *con* chi stanno comunicando e *in quali condizioni* sta avvenendo il colloquio (p.es. stress dopo un complicato intervento d'urgenza, diverse ammissioni contemporanee di pazienti, rianimazione ecc.).

RIDURRE IL RISCHIO

Al fine di evitare gli eventi avversi correlati ad una non corretta comunicazione di prescrizioni e/o risultati telefonici si applica il **PRINCIPIO READ-BACK/REPEAT-BACK**, secondo il quale il DESTINATARIO **documenta immediatamente** per iscritto nella documentazione sanitaria del paziente una prescrizione/indicazione impartita oralmente, **la ripete al telefono e chiede al MITTENTE conferma di aver capito correttamente**.

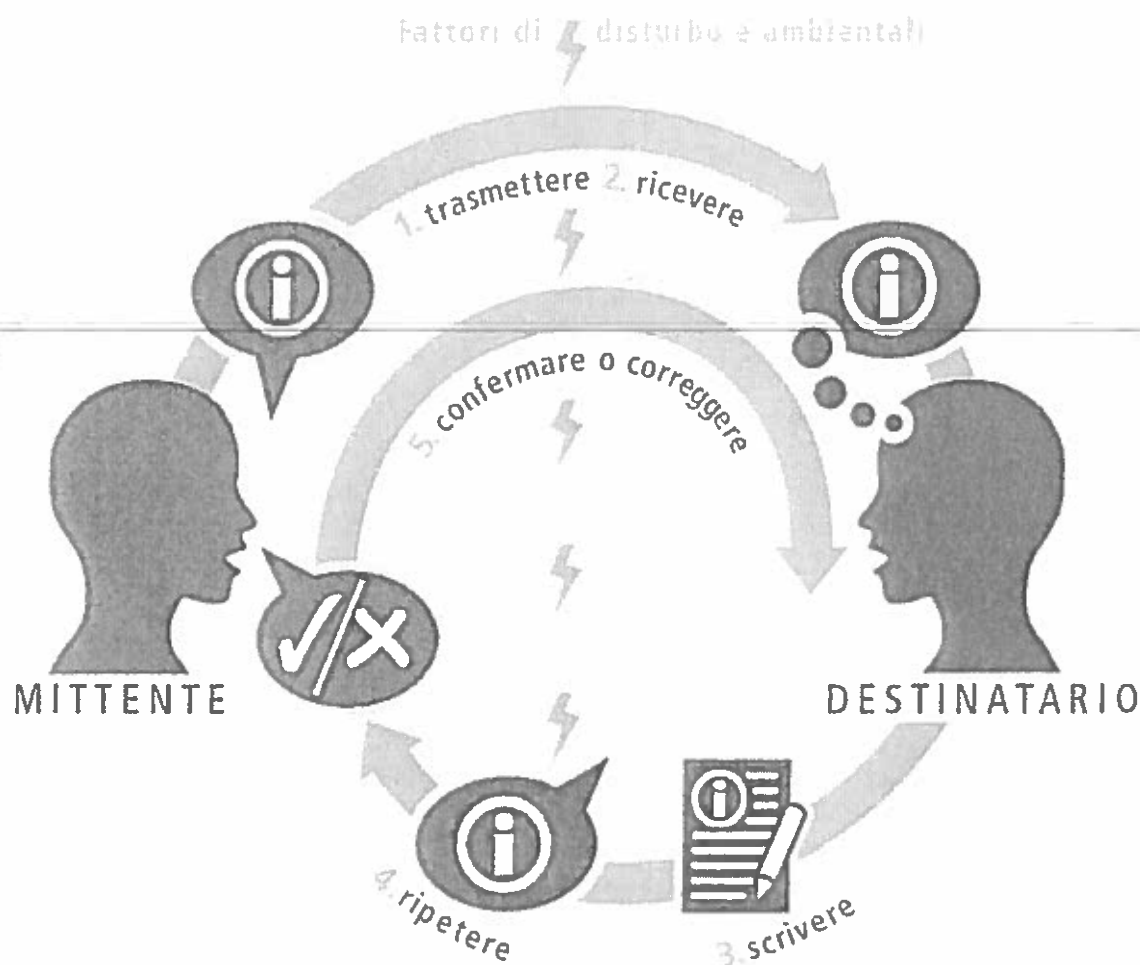
MITTENTE e DESTINATARIO acquisiscono la consapevolezza di aver trasmesso e rispettivamente compreso correttamente le informazioni.

L'immediata documentazione scritta, la ripetizione della prescrizione/indicazione e la conferma da parte del MITTENTE (**PRINCIPIO DI READ-BACK/REPEAT-BACK**) sono lo standard minimo per l'implementazione di regole di comunicazione.

RACCOMANDAZIONI PER GLI OPERATORI

- Le prescrizioni/indicazioni comunicate oralmente e telefonicamente **SONO AMMESSE SOLO IN SITUAZIONI ECCEZIONALI** in cui non è possibile trasmettere per iscritto. In questi casi, va sempre rispettato il **PRINCIPIO DI READ-BACK/REPEAT-BACK** (come illustrato alla pagina 2 dell'ALERT)
- Si raccomanda ai Responsabili di Struttura/Servizio di dare indicazioni chiare sui casi che **non ammettono** la prescrizione telefonica, come ad esempio per i farmaci chemioterapici, sostanze vasoattive, provvedimenti di routine non urgenti o se la persona prescrivente è sul posto.

Principio read-back/repeat-back ampliato



Per il mittente di un'informazione/una prescrizione orale

1. Rendersi conto delle condizioni quadro in cui si trova il destinatario (potenziali fattori di disturbo, p.es. stress)
2. Comunicare l'informazione/la prescrizione in modo chiaro (non in dialetto)
3. Chiedere al destinatario di ripetere l'informazione/la prescrizione
4. Confermare in caso di corretta ripetizione dell'informazione/della prescrizione, correggere in caso di comprensione errata dell'informazione/della prescrizione

Per il destinatario di un'informazione/una prescrizione orale

1. Rendersi conto delle condizioni quadro in cui si trova il mittente (potenziali fattori di disturbo, p.es. stress)
2. Documentare immediatamente per iscritto l'informazione/la prescrizione ricevuta (documentazione elettronica o forma cartacea)
3. Ripetere oralmente (al mittente) l'informazione/la prescrizione documentata per iscritto
4. Chiedere di confermare la correttezza dell'informazione/della prescrizione comunicata oralmente

Fonte: sicurezza pazienti Svizzera CIRNET



From phone to paper!!!