



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
Tesi di laurea

IL RUOLO INFERMIERISTICO NELLA CORRETTA  
GESTIONE DEL FARMACO IN AREA CRITICA: DALLA  
PRESCRIZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE.

Relatore: Prof. Marcello Mazzo

Correlatore: Dott. Fabrizio Rocca

Laureando: Noemi Masin  
Matricola: 1046684

ANNO ACCADEMICO 2014/2015





UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
Tesi di laurea

IL RUOLO INFERMIERISTICO NELLA CORRETTA  
GESTIONE DEL FARMACO IN AREA CRITICA: DALLA  
PRESCRIZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE.

Relatore: Prof. Marcello Mazzo

Correlatore: Dott. Fabrizio Rocca

Laureando: Noemi Masin  
Matricola: 1046684

ANNO ACCADEMICO 2014/2015



<b>Indice</b>	<b>Pag.</b>
<b>Abstract</b>	
<b>Introduzione</b>	1
<b>1. Analisi del contesto e scopo dello studio.</b>	3
1.1 Dal rischio clinico agli errori in terapia.	3
1.2 L'infermiere componente fondamentale nel processo di gestione del farmaco.	6
1.3 Diffusione del problema oggi: In Italia, nel mondo, in Area critica.	7
1.4 Lo scopo dello studio.	8
1.5 Quesiti di ricerca.	9
	11
<b>2. Materiali e metodi.</b>	
2.1 Indicazioni generali circa lo strumento per la raccolta dei dati e applicazione nei reparti interessati.	11
<b>3. Risultati dello studio.</b>	15
3.1 Grafici riportanti i risultati dei questionari consegnati alle U.O. di Area critica dell'Azienda Sanitaria ULSS 17 "Ospedali riuniti Padova Sud, Madre Teresa di Calcutta".	15
3.2 Grafici con le percentuali rispettive delle risposte positive ricevute	16
<b>4. Discussione conclusioni.</b>	21
4.1 Confronto tra risultati dello studio ed evidenze di letteratura.	21
4.2 Limiti dello studio.	25
4.3 Osservazioni, raccomandazioni ed implicazioni per la pratica.	27
<b>Bibliografia</b>	
<b>Allegati</b>	



## **Abstract**

L'infermiere riveste un ruolo di fondamentale importanza all'interno del processo di gestione del farmaco e per la sicurezza del paziente; inoltre risulta responsabile delle proprie azioni e omissioni. Il profilo professionale, trattando gli ambiti di competenza infermieristica, sottolinea nell'articolo 1 comma 3 che: "l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche." All'interno del codice deontologico troviamo diversi riferimenti rispetto alle attenzioni e precauzioni che l'infermiere deve seguire per espletare questa attività. (Ministero della Sanità, 2005)

Durante il processo di gestione del farmaco al professionista sanitario è richiesto di individuare i rischi che potrebbe correre e quindi applicare la propria esperienza professionale e capacità di giudizio per tutelare al meglio il benessere dei pazienti. (NHS Professionals, 2010)

I risultati di importanti studi sugli errori del processo di gestione dei farmaci, hanno riportato che circa uno su tre errori terapeutici, è attribuibile all'infermiere.

Tra le molteplici ragioni di questo troviamo che il professionista sanitario può dedicare fino al 40% del suo tempo nella gestione della terapia farmacologica, (Mitchell, 2008) tanto che, gli errori in questo processo possono essere considerati indicatori complessi ed importanti della qualità dell'assistenza infermieristica.

Per redigere lo studio è stata condotta un'indagine sul processo di gestione del farmaco in area critica, più precisamente nei seguenti reparti della struttura ospedaliera "Ospedali riuniti Padova Sud, Madre Teresa di Calcutta" dell'ULSS 17: Terapia Intensiva, Terapia Sub Intensiva Cardiologica, Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso. L'indagine ha evidenziato l'aderenza da parte del personale alle raccomandazioni sulla corretta esecuzione del processo infermieristico di gestione del farmaco e quali raccomandazioni risultano più difficili da implementare nella pratica. Il presente lavoro è stato redatto utilizzando un questionario consegnato nei reparti interessati e compilato dal personale infermieristico stesso.

Per lo svolgimento di questo studio si è scelto di focalizzare l'attenzione sul PROCESSO di gestione del farmaco indagando quindi la prescrizione, la trascrizione e l'interpretazione, la preparazione, e la somministrazione della terapia farmacologica. Non si è tenuto conto di quell'ampia varietà di fattori, interni ed esterni all'operatore professionista, che influiscono, negativamente sul processo.

La letteratura utilizzata per lo studio è stata reperita, principalmente, attraverso:

- la banca dati "Pubmed";
- il sito "Ministero della Salute";
- il motore di ricerca "Google", "Google scholar";
- la banca dati "Cinal";

Le Parole chiave della ricerca sono state:

- sicurezza del paziente
- rischio clinico nel processo di gestione della terapia
- processo di gestione del farmaco
- linee guida per la somministrazione dei farmaci

La lettura dei questionari compilati ha fatto emergere che il personale infermieristico dell'area critica, nel complesso, mette in atto dei comportamenti coerenti con le evidenze riportate in letteratura; tuttavia il risultato, sembra essere maggiormente legato all'esperienza e al percorso formativo vissuto dall'operatore, rispetto alla conoscenza dell'esistenza di linee guida e raccomandazioni ministeriali aggiornate.



## **Introduzione**

L'idea di sviluppare l'argomento dello studio in oggetto, ha avuto origine durante il tirocinio affrontato quest'anno (anno accademico 2014/2015) all'interno dell'area Critica del Pronto Soccorso dell'Azienda ULSS 17 "Ospedali riuniti Padova Sud, Madre Teresa di Calcutta". I turni di lavoro rapidi e stressanti, caratteristici di quest'area dove l'uso dei farmaci non sempre risulta semplice e lineare, ha suscitato l'ipotesi che l'attività di gestione della terapia possa non essere espletata nel modo corretto.

Lo studio ha coinvolto tutti i reparti dell'area critica: la Terapia Intensiva, la Terapia Semi Intensiva, la Medicina d'Urgenza e il Pronto Soccorso.

Lo scopo è quello di indagare l'aderenza alle raccomandazioni sulla corretta esecuzione del processo di gestione del farmaco da parte degli infermieri appartenenti all'area critica, evidenziando quelle che possono essere le difficoltà più frequentamente riscontrate.

Prima della lettura dei risultati, ottenuti attraverso i questionari somministrati, è possibile entrare nell'argomento mediante l'iniziale revisione della letteratura riguardante il rischio clinico, gli errori in terapia e la rilevanza del problema oggi in Italia e nel mondo, trovando riferimenti all'interessamento dell'area critica.

Lo strumento usato per effettuare l'indagine è descritto nel secondo capitolo; in esso è stata presentata la modalità di gestione del questionario e di analisi dei dati raccolti.



# **1. ANALISI DEL CONTESTO E SCOPO DELLO STUDIO.**

## **1.1 Dal rischio clinico agli errori in terapia**

Negli ultimi anni risulta molto frequente il fenomeno di richiesta di risarcimento da parte di pazienti o familiari, per un danno subito in seguito ad un trattamento da parte di un professionista (medico, infermiere, farmacista); per il nostro ordinamento, tali professionisti sono responsabili: "... quando la condotta professionale non sia stata rispettosa dei criteri di diligenza, prudenza e perizia in rapporto al patrimonio di conoscenze elaborato dalla comunità scientifica" (Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012).

Erogando un servizio sanitario il professionista deve essere cosciente della probabilità che un paziente rimanga vittima di un incidente che determini o meno un danno collegabile, anche se in modo involontario, alle cure prestate durante il periodo di degenza. Il danno può creare un disagio, un prolungamento delle cure e delle procedure diagnostiche, un peggioramento delle condizioni di salute o addirittura la morte (Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012).

Tali concetti si riassumono nel termine Rischio Clinico o Risk management. Già nel 1863, nonostante la relativa semplicità delle procedure sanitarie, la prima infermiera, Florence Nightingale scriveva: "può sembrare strano affermare il principio che il primissimo requisito di un ospedale sia che non deve danneggiare il malato".

In seguito, negli anni '70, negli Stati Uniti, la questione rischio clinico è riemersa con maggiore chiarezza come risposta alla così detta "malpractice".

L'allora presidente Nixon affrontò il problema formando una commissione governativa che, esaminando le denunce, stabilì due principi ancora oggi ritenuti fondamentali per il "Risk management" cioè: "Non tutti i danni sono dovuti a negligenza", "Non tutti i danni sono prevedibili".

Solo nel 1999 il tema “sicurezza del paziente” riceve importanza e rilevanza grazie alla pubblicazione del noto rapporto redatto dall’Institute of Medicine (IOM) “To Err is Human. Building a safer health system”.

Con questo rapporto l’Istituto Statunitense pone l’accento sul fatto che la sicurezza del paziente deve essere considerata la “pietra angolare” di un’assistenza sanitaria di alta qualità.

Il progressivo aumento degli studi sull’argomento, ha fatto sì che la sicurezza del paziente divenisse nel tempo una problematica di notevole interesse per i settori dell’assistenza, per cui i Sistemi e i Piani Sanitari Nazionali l’hanno indicata come obiettivo prioritario.

Anche nel nostro Paese sono state intraprese iniziative a garanzia della sicurezza dei pazienti, secondo quanto indicato negli ultimi Piani Sanitari Nazionali e in vari documenti di indirizzo e programmazione del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2010).

Sono numerose le azioni messe in atto, negli anni, dal Ministero della Salute e grazie ad un’intensa attività dell’ufficio “Governo Clinico, Qualità e Sicurezza delle Cure”, sono state attuate importanti raccomandazioni per la prevenzione del rischio e il miglioramento della sicurezza del paziente (Vincent, Tartaglia , Albolino, & Bellandi, 2006).

Un ruolo importante, all’interno dell’ambito Rischio Clinico e della sicurezza del paziente è rivestito dal processo di gestione del farmaco e dagli eventi avversi ad esso collegati; gli eventi avversi da farmaco (o DAE) hanno serie ripercussioni sul piano della salute dei pazienti e sui costi sanitari. All’interno del manuale di formazione del governo clinico sulla sicurezza dei pazienti e degli operatori, viene indicato che: “La qualità della terapia farmacologica, quindi, non può prescindere dal considerare come elementi basilari gli aspetti legati alla corretta gestione del Rischio Clinico, sia che riguardi i farmaci che i dispositivi medici. Ne consegue che la prevenzione degli errori in corso di terapia farmacologica deve divenire parte integrante della programmazione sanitaria a livello centrale (Ministero, Regioni) e locale (Azienda sanitaria, Comune, Struttura sanitaria)”.

Per meglio approfondire l’argomento occorre definire alcuni termini fondamentali.

**Evento avverso da farmaco (Adverse Drug Event):** qualsiasi evento indesiderato che si verifichi durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono: eventi avversi (da farmaco) prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia ed eventi avversi (da farmaco) non prevenibili, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come "Reazioni Avverse a Farmaci" (ADR.). Quando si verifica un evento avverso all'interno di un qualsiasi processo significa che è avvenuto un **errore**, quindi il fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

L'errore è una componente inevitabile della realtà; lo psicologo James Reason divide l'errore in due categorie: errore Latente ed errore Attivo.

Nell'**errore Latente** vengono inserite come determinanti le attività manageriali ed organizzative quali: carico di lavoro eccessivo, supervisione inadeguata, logistica e/o tecnologia inadeguata, competenza o esperienza inadeguata, organizzazione del lavoro rapidamente modificata, conflitto di obiettivi, inadeguata manutenzione degli edifici e delle attrezzature. Queste determinanti rimangono silenti fino a che non si verifica l'evento scatenante.

L'**errore Attivo** è caratterizzato dalla diretta responsabilità degli operatori: l'errata identificazione del paziente, la somministrazione errata di un farmaco, l'errata tecnica assistenziale, l'omissione di prestazione assistenziale. Queste azioni in genere si verificano per imprudenza, stress, stanchezza inesperienza, negligenza.

Lo studio, oggetto del presente elaborato, si riferisce esclusivamente alle modalità utili ad evitare quest'ultima tipologia di errori.

L'errore attivo, in ambito sanitario può essere ulteriormente classificato in varie tipologie; per quanto riguarda il processo di gestione del farmaco sono:

**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 medica e/o delle abbreviazioni e/o di scrittura.

**Errore di etichettatura/confezionamento:** riguarda le etichette ed il confezionamento dei singoli 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 viene maneggiato 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. (Ministero della salute, Glossario, 2013)

## **1.2 Il ruolo dell'infermiere all'interno del processo di gestione del farmaco.**

L'infermiere, come professionista sanitario, costituisce un elemento fondamentale per l'individuazione e la prevenzione degli errori che si possono verificare nelle varie fasi di gestione del farmaco (Mitchell, 2008) e funge da sentinella finale nel controllo del processo di uso del farmaco, svolgendo, un ruolo importante nella riduzione del rischio. (American Society of Hospital Pharmacist, 1993)

Uno dei concetti cardine nel percorso di formazione di un infermiere professionale è lo studio della regola delle cosiddette "G" che, seppure in continua evoluzione, rimane uno degli strumenti che permette un corretto processo di somministrazione del farmaco (Jennings & Foster, 2007).

Tale regola può essere così esplicitata: Giusto Paziente, Giusto Farmaco, Giusta Dose, Giusto Orario, Giusta Via di Somministrazione, Giusta Registrazione, Giusto Controllo (Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012).

Grazie a queste semplici ma imprescindibili regole si deduce che l'atto del somministrare la terapia è unitario, cioè compiuto da una sola persona (dall'inizio alla fine), in modo sequenziale e cronologico.

L'attività di gestione del processo farmacologico è composta anche da azioni che competono ad altri professionisti, principalmente, il medico e il farmacista, con i quali l'infermiere si trova a collaborare.

Il processo è quindi multidisciplinare e multi professionale.

Le fasi che l'infermiere svolge autonomamente sono la preparazione, la somministrazione, il monitoraggio, l'approvvigionamento e la conservazione del farmaco. Egli risulta quindi responsabile di ciò che avviene dal momento della prescrizione medica e per tutte le varie fasi del processo terapeutico, fino al momento della corretta somministrazione del farmaco e della registrazione dell'avvenuta somministrazione (Fabbri, Minchiella, & Sandri, 2007).

Gli errori di terapia che coinvolgono più direttamente l'infermiere riguardano:

- l'interpretazione della prescrizione;
- la trascrizione di farmaci su apposite schede utilizzate per la somministrazione, nei casi in cui tale pratica sia affidata agli infermieri;
- la somministrazione di farmaci non prescritti o sospesi;
- la mancata identificazione del paziente;
- l'anticipo o il posticipo della somministrazione;

### **1.3 Diffusione del problema attuale.**

Nel 2009 il consiglio dell'Unione Europea propone una raccomandazione in cui fornisce le principali indicazioni per una strategia europea sulla sicurezza del paziente; tra queste vi è la creazione e il rafforzamento di sistemi di reporting degli eventi avversi, per disporre di informazioni attendibili e dettagliate su numerosità, tipologia e fattori determinanti (Ministero della Salute: Direzione Generale della Programmazione sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROGS Ministero della Salute, 2015). In Italia nel rispetto di queste indicazioni, il Ministero della Salute, ha posto la prevenzione degli eventi avversi e la sicurezza delle cure tra gli interventi necessari e prioritari.

Una delle azioni attuate è quella di redigere periodicamente un rapporto per rendere pubblici e disponibili gli eventi sentinella segnalati dall'Osservatorio Nazionale, con lo scopo di condividere le informazioni raccolte e sostenere le strutture sanitarie nella costante e sistematica attenzione a tale problematica (Ministero della Salute: Direzione

Generale della Programmazione sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROGS Ministero della Salute, 2015).

All'interno dell'ultimo rapporto (dati relativi alle segnalazioni pervenute attraverso il sistema SIMES dal 2005 al 31 dicembre 2012) si evidenziano i dati che riguardano gli eventi sentinella, segnalati dalle strutture sanitarie e validati da Regioni, PA e Ministero della salute. I risultati (*vedi allegato n.1*) presentano una visione complessiva, sottolineando la frequenza di segnalazioni per tipologia di evento; si rileva che all'ottavo posto della tabella del quinto rapporto, troviamo la voce "Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivanti da errori in terapia farmacologica" con un riscontro di 79 casi, cioè il 4,12 %.

Da un'ulteriore lettura del rapporto si evince che molti eventi avversi si verificano in Terapia Intensiva per un 2,76% (53 casi), in Astanteria o Osservazione Breve Intensiva del Pronto Soccorso per il 6% (115 casi), in Ambulanza per il 2,03% (39 casi).

Un altro importante ente la Joint Commission, nata nel 1951 negli Stati Uniti d'America con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria negli ospedali, ha svolto un lavoro che, per alcuni aspetti, potrebbe essere sovrapponibile a quello Italiano.

Lo studio della Joint Commission, svolto dal 2004 al 2014 (*vedi allegato n.2*), ha evidenziato che, negli eventi sentinella legati al processo di gestione del farmaco, si sono verificati 428 i casi totali.

Gli studi citati sottolineano tuttavia che le informazioni sono state raccolte attraverso una modalità di segnalazione volontaria, quindi indicative solo di una piccola parte di eventi; non hanno significato epidemiologico e non rappresentano dati di incidenza degli eventi sentinella. Entrambi auspicano un uso più appropriato e puntuale del sistema, tale da poter dare una rappresentazione più realistica della distribuzione delle varie tipologie di evento, al fine di ottenerne un'immagine più attendibile delle tipologie di eventi.

#### **1.4 Lo scopo dello studio**

Il presente si propone di esplorare le modalità utilizzate nel processo di gestione del farmaco da parte del personale infermieristico dell'ULSS 17, appartenete all'area critica delle seguenti Unità Operative: Terapia Intensiva (di seguito indicata con la sigla T.I.),



Terapia Sub Intensiva Cardiologica (di seguito riportata con la sigla U.C.I.C.), Pronto Soccorso (di seguito riportato con la sigla P.S.) e Medicina d'Urgenza (di seguito riportata con la sigla M.U.). L'indagine non si limita alle modalità utilizzate ma rileva il grado di aderenza e conoscenza, per esempio, delle esistenti linee guida, raccomandazioni ministeriali, linee di indirizzo.

La scelta di indagare proprio l'area critica è stata dettata dalle caratteristiche stesse dell'area, turni di lavoro rapidi e stressanti, frequente uso di farmaci "critici-pericolosi", la presenza di pazienti complessi; queste considerazioni hanno condotto all'ipotesi che la gestione del farmaco potrebbe essere particolarmente complessa e soggetta a eventuali errori.

Le fasi del processo indagate sono la prescrizione, la trascrizione, l'interpretazione, la preparazione, e la somministrazione della terapia farmacologica.

## **1.5 Quesito di ricerca**

Gli infermieri appartenenti all'area critica sono aderenti alle raccomandazioni sulla corretta esecuzione del processo di gestione del farmaco?

Quali raccomandazioni risultano più difficili da implementare per l'infermiere, in correlazione all'attuale organizzazione del lavoro?

P - personale infermieristico appartenente all'area critica.

I - Indagine sulla modalità di aderenza e difficoltà a implementare le raccomandazioni, indicazioni esistenti sul corretto processo di gestione del farmaco.

O - Riduzione dei comportamenti a rischio.



## **2. MATERIALI E METODI**

### **2.1 Indicazioni generali circa lo strumento per la raccolta dati e applicazione nei reparti interessati.**

- Disegno dello studio: indagine esplorativa condotta dal 1 agosto 2015 al 31 agosto 2015.
- Campionamento: Personale infermieristico, laureato, laureato con anno equipollente e/o in possesso del diploma superiore regionale, appartenente all'Azienda ULSS 17 regione Veneto dell'ospedale "Ospedali riuniti Padova Sud, Madre Teresa di Calcutta".

La decisione di svolgere l'indagine proprio in questo ospedale è dettata dal fatto che la struttura nasce come ospedale per "intensità di cure", quindi l'area critica è formata da diverse unità operative da integrare nello studio.

- Criteri di esclusione:
  - personale non infermieristico;
  - personale non appartenente all'area critica;
- Setting: Reparti di area critica: Terapia Intensiva (di seguito indicata con la sigla T.I.), Terapia di Cura Intensiva Cardiologica (di seguito indicata con la sigla U.C.I.C.), Pronto Soccorso (di seguito indicata con la sigla P.S.) e Medicina d'urgenza (di seguito indicata con la sigla M.U.); Azienda ULSS 17, regione Veneto, dell'ospedale "Ospedali riuniti Padova Sud, Madre Teresa di Calcutta".
- Attività di raccolta dati, previo accordo scritto con i coordinatori infermieristici delle unità operative considerate, in collaborazione con tutto il personale infermieristico. I questionari sono consegnati nei reparti, accompagnati da una lettera di presentazione contenente alcune indicazioni sulla finalità del questionario e sulla modalità di compilazione. Il questionario è stato compilato in forma anonima dal personale, durante tutto il mese di Agosto, in assenza dello studente. I questionari sono stati depositati nei reparti in numero corrispondente a quello del personale infermieristico.

- Strumenti di misura: la modalità di raccolta dati è avvenuta attraverso un questionario (*vedi allegato n.3*). Tale questionario è stato creato a partire da un questionario già esistente proposto dal Ministero della Salute (dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III del Ministero della Salute), in collaborazione con: SIFO, Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici e delle Aziende Sanitarie. Il questionario era stato redatto per rilevare e valutare il livello di implementazione della Raccomandazione n.7 proposta dal ministero della salute. L'indagine conoscitiva è stata condotta attraverso la rete dei servizi farmaceutici ospedalieri afferenti alla SIFO, a partecipazione volontaria (*vedi allegato n.4*).

Le informazioni sono state raccolte sia presso la farmacia che presso alcuni reparti/Unità Operative. I reparti partecipanti all'indagine dovevano afferire alle seguenti cinque discipline: medicina, chirurgia, ostetricia-ginecologia, pediatria ed ortopedia. Il questionario era strutturato in base ai capitoli presenti nella stessa Raccomandazione n.7 (riguardanti l'intero processo di gestione del farmaco: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, gestione delle scorte, prescrizione, trascrizione e interpretazione, preparazione, distribuzione) e composto da due sezioni:

- a. la prima relativa alle informazioni generali sulla struttura e sulla conoscenza/divulgazione della Raccomandazione 7;
- b. la seconda finalizzata alla valutazione dell'implementazione della Raccomandazione. Quest'ultima sezione era a sua volta suddivisa in due parti, una destinata alla farmacia ospedaliera; l'altra destinata alle unità operative, compilata dal farmacista, in collaborazione con i medici, il/la caposala o l'infermiere incaricato.

Per lo studio qui condotto, è stata mantenuta ed ampliata l'intera parte riguardante il processo di gestione del farmaco, indirizzata alle unità operative e compilata dagli infermieri. Tutti i quesiti specifici (sulla raccomandazione ministeriale n 7) e la parte destinata alla farmacia ospedaliera, sono stati rimossi.

Le modifiche al questionario sono avvenute attraverso la ricerca in letteratura di documenti, il supporto di linee guida, raccomandazioni ministeriali e linee di

indirizzo (NHS Professionals, 2010); (Joint Commission Accreditation Hospital, 2015); (Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale, 2011); (Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012).

Il risultato ottenuto è un questionario che ha permesso di raccogliere informazioni sulla conoscenza, attenzione, percentuale di applicazione delle linee guida, delle raccomandazioni ministeriali e le istruzioni operative dell'azienda che riguardano il processo di gestione del farmaco.

Tutti i questionari compilati, trattati in forma anonima e nel rispetto della privacy, comprendenti le varie risposte a scelta multipla e a completamento, sono stati letti ed interpretati permettendo una parziale comprensione e valutazione del grado di conoscenza e rispetto delle linee guida e delle raccomandazioni ministeriali, del personale infermieristico.

- **Analisi dei dati:** l'analisi dei dati raccolti è stata effettuata in due fasi. In primo luogo sono stati letti ed analizzati "a mano", raccogliendo il numero di risposte date da un'intera unità operativa rispetto a ogni singola domanda del questionario; in secondo luogo sono stati inseriti all'interno di appositi grafici a barre attraverso il programma informatico MICROSOFT EXCEL 2013.

I grafici, divisi per fase di processo di gestione del farmaco, danno una panoramica in percentuale del livello di conoscenza e di rispetto delle linee guida, delle raccomandazioni ministeriali, delle indicazioni aziendali da parte dei professionisti sanitari dell'area critica.

È stato scelto di non mostrare le differenze esistenti tra un unità operativa e l'altra ma inserire piuttosto la media delle risposte date.

Per rendere i dati più completi è stata calcolata anche la Deviazione Standard di tutte le medie ottenute, e di queste sono state mostrate quelle funzionali al completamento delle conclusioni dello studio.



### **3. RISULTATI.**

#### **3.1 Descrizione del campione dello studio.**

Lo studio ha coinvolto il personale infermieristico dell'ospedale "Ospedali Riuniti Padova Sud, Madre Teresa di Calcutta" appartenente a quattro diverse Unità Operative, la T.I., l'U.C.I.C., il P.S., la M.U.

L'ospedale preso in esame, è stato organizzato secondo il modello di "intensità di cura", che prevede la suddivisione delle attività, non più in base al reparto o specialità di appartenenza, ma in base al bisogno di cura e di assistenza del paziente. La complessità (assistenziale) definisce il livello e la quantità di lavoro richiesta all'infermiere per soddisfare i bisogni di assistenza infermieristica del singolo paziente. Quest'ultimo quindi sarà assegnato, all'interno delle aree di degenza, a seconda del tipo di intervento infermieristico quantificato. Diversi sono i fattori che possono descrivere la complessità assistenziale, in riferimento alla persona assistita, si può rappresentare il carico assistenziale del paziente in tre livelli:

1. paziente critico; presenta una o più insufficienze d'organo che richiedono di essere sostenute artificialmente.
2. paziente sub-intensivo; presenta instabilità clinica di uno o più apparati che richiedono un attento monitoraggio delle condizioni.
3. paziente ordinario; che necessita solamente di cure ordinarie, abitualmente garantite da un qualsiasi reparto ospedaliero per acuti.

In base alla disponibilità di attrezzatura e di personale al posto letto è possibile fare questa differenziazione:

1. letto intensivo; che consente di fornire il livello di assistenza richiesto da un paziente critico.
2. letto sub-intensivo; che consente di fornire il livello di assistenza richiesto da un paziente sub-intensivo.
3. letto ordinario; che consente di fornire il livello di assistenza richiesto da un paziente ordinario. (GiViTi, et al., 2014)

Gli infermieri chiamati a collaborare attraverso la compilazione del questionario sono in tutto 134, dei quali 29 in T.I., 23 in U.C.I.C., 70 per il P.S. e 12 in M.U.

Hanno aderito allo studio:

Unità Operativa	% Partecipanti	% Personale in possesso di Diploma di Laurea	% Sesso
Terapia Intensiva	58%	3%	F-78% M- 22%
Cure Intensive Cardiologiche	38%	11%	F- 84% M- 16%
Pronto Soccorso	43%	29%	F- 61% M- 39%
Medicina d'Urgenza	75%	33%	F- 83% M- 17%
TOT	70 questionari raccolti su 134 = 52%		

### **3.2 Grafici con le percentuali rispettive delle risposte positive ricevute.**

Il numero di “SI”, alle domande somministrate, è stato preso in considerazione per indicare il livello di conformità con le azioni che compongono il processo di gestione del farmaco.



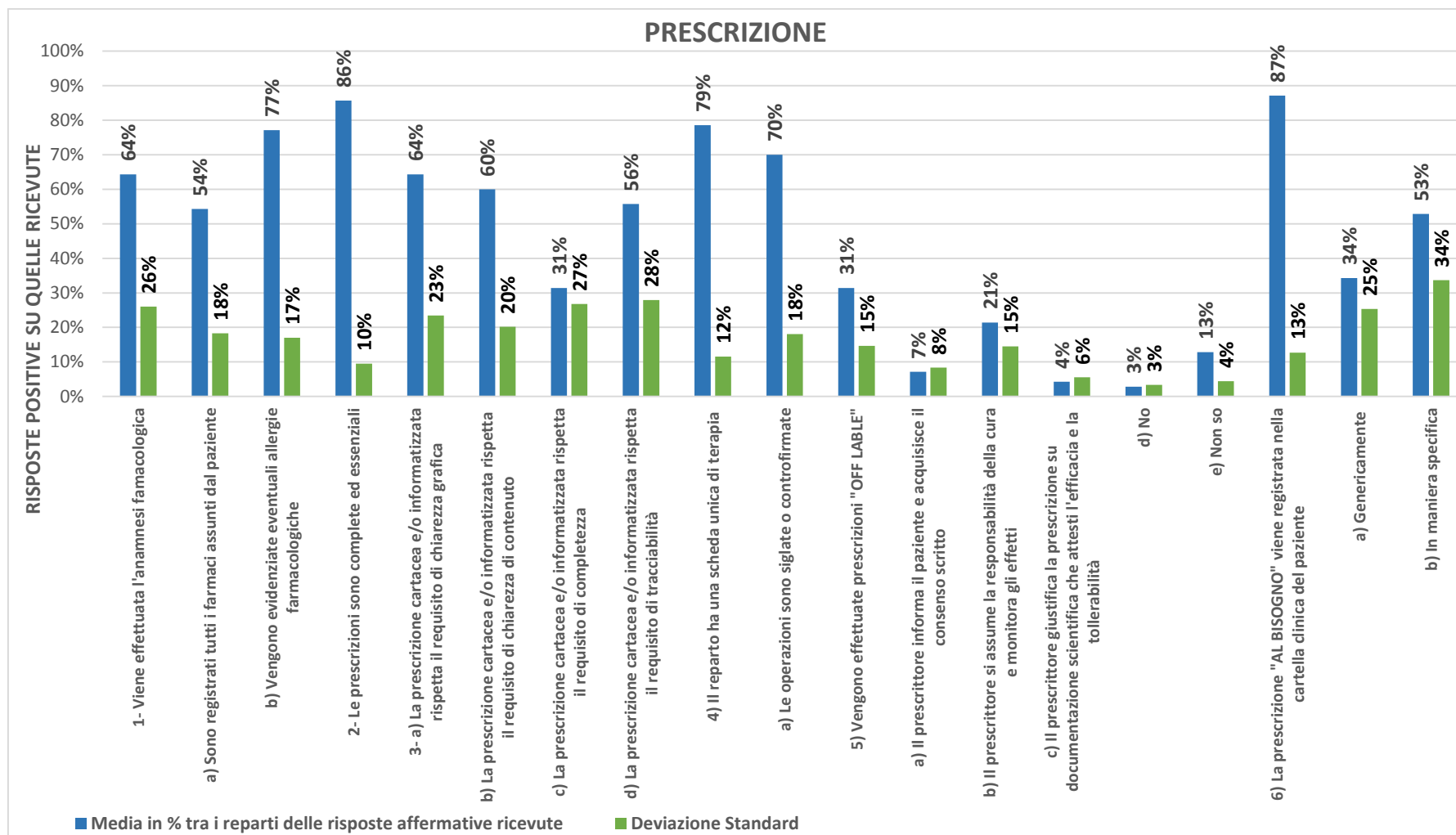


Grafico n. 1: Il grafico “prescrizione” presenta una panoramica sulla gestione del primo insieme di azioni che il personale, delle unità operative partecipanti, compiono per eseguire una prescrizione corretta, attenta e sicura di una terapia farmacologica per il paziente.

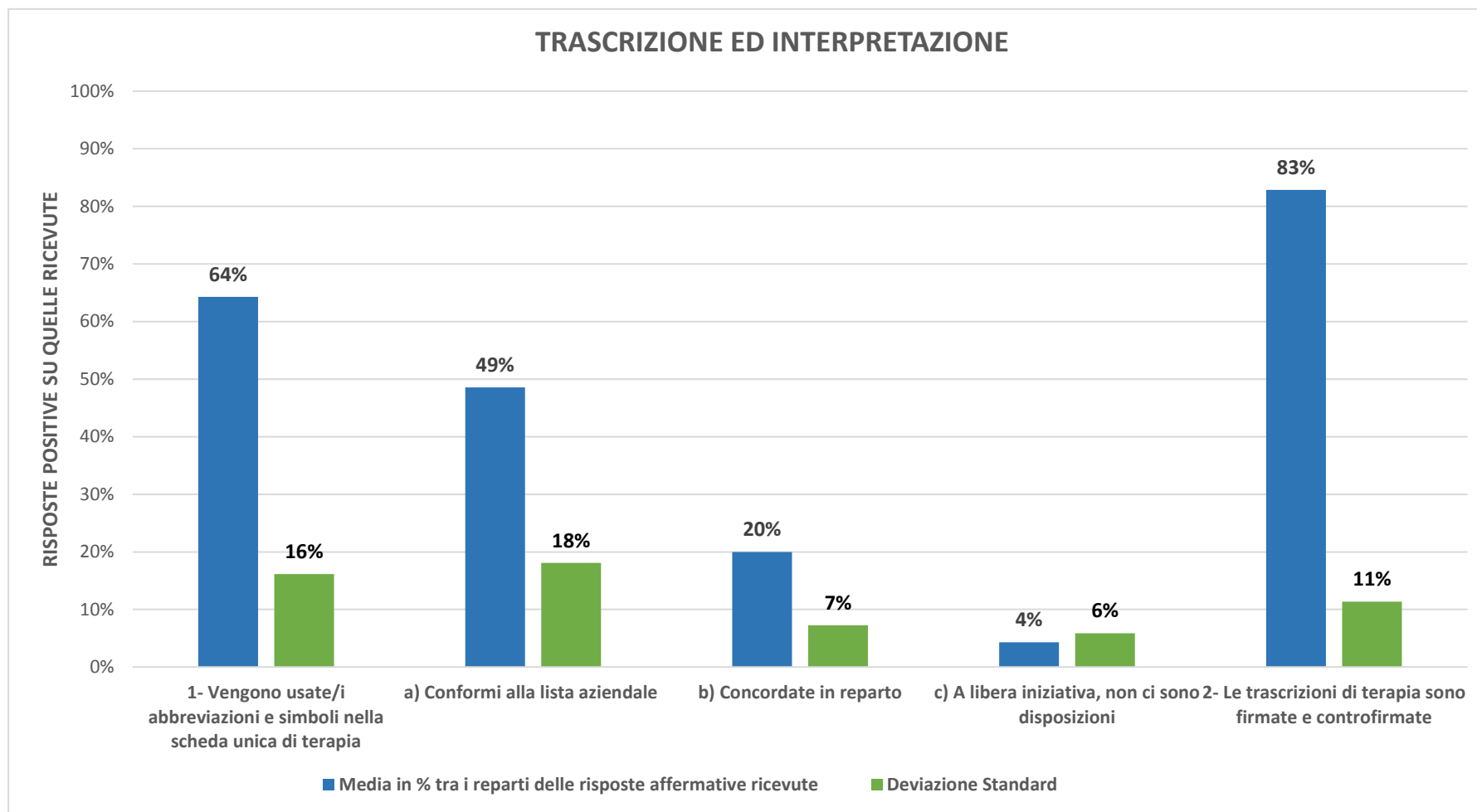


Grafico n. 2: Il grafico “trascrizione ed interpretazione” prende in considerazione le attenzioni che il personale rispetta per quanto riguarda la corretta trascrizione ed interpretazione all’interno processo di gestione della terapia farmacologica per il paziente.

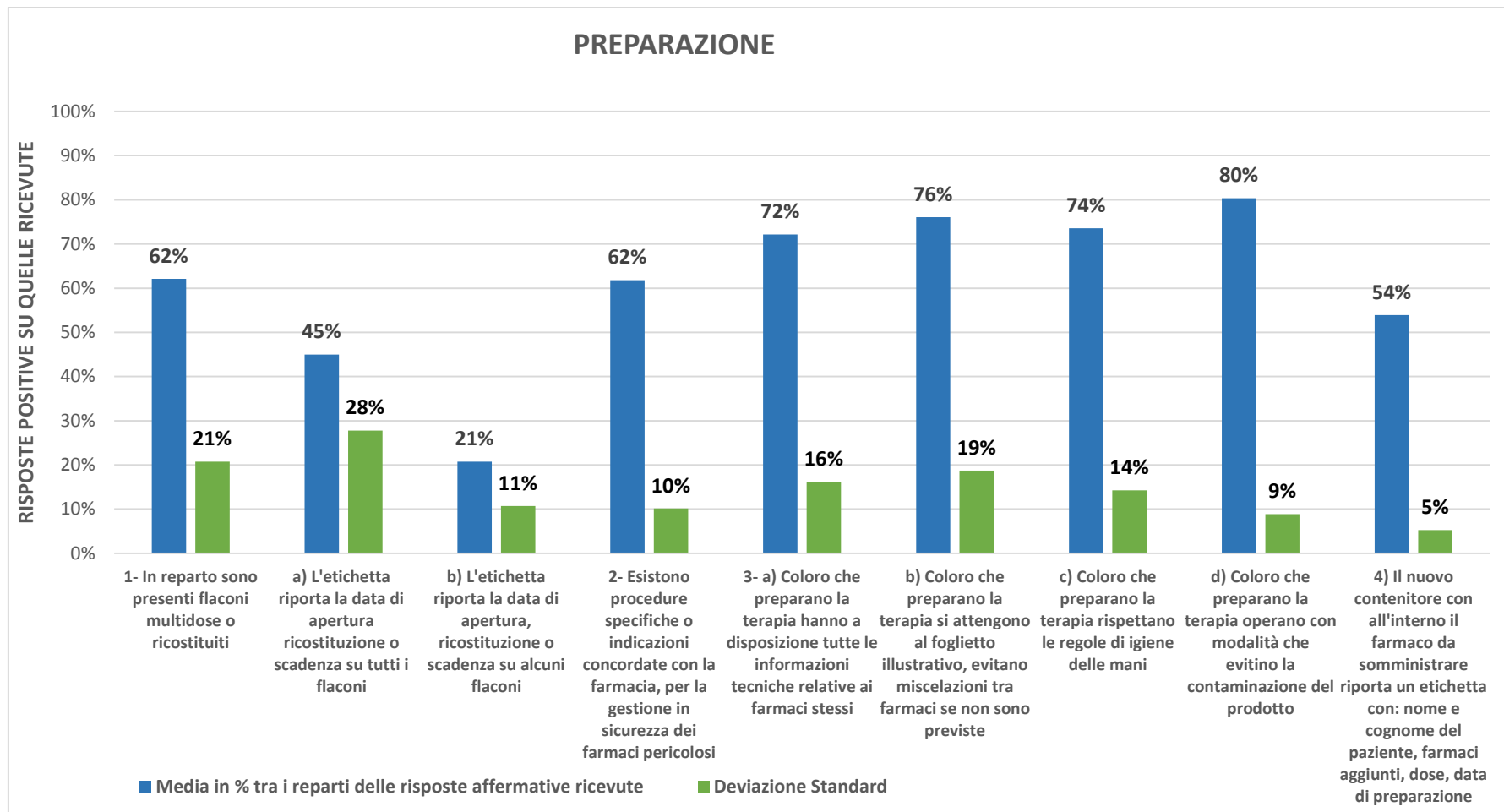


Grafico n. 3: In questo grafico, “preparazione”, si evidenzia come il personale, dei reparti a cui è stato sottoposto lo studio, affronta a gestisce adeguatamente la parte di preparazione del processo di somministrazione-gestione della terapia farmacologica per il paziente.

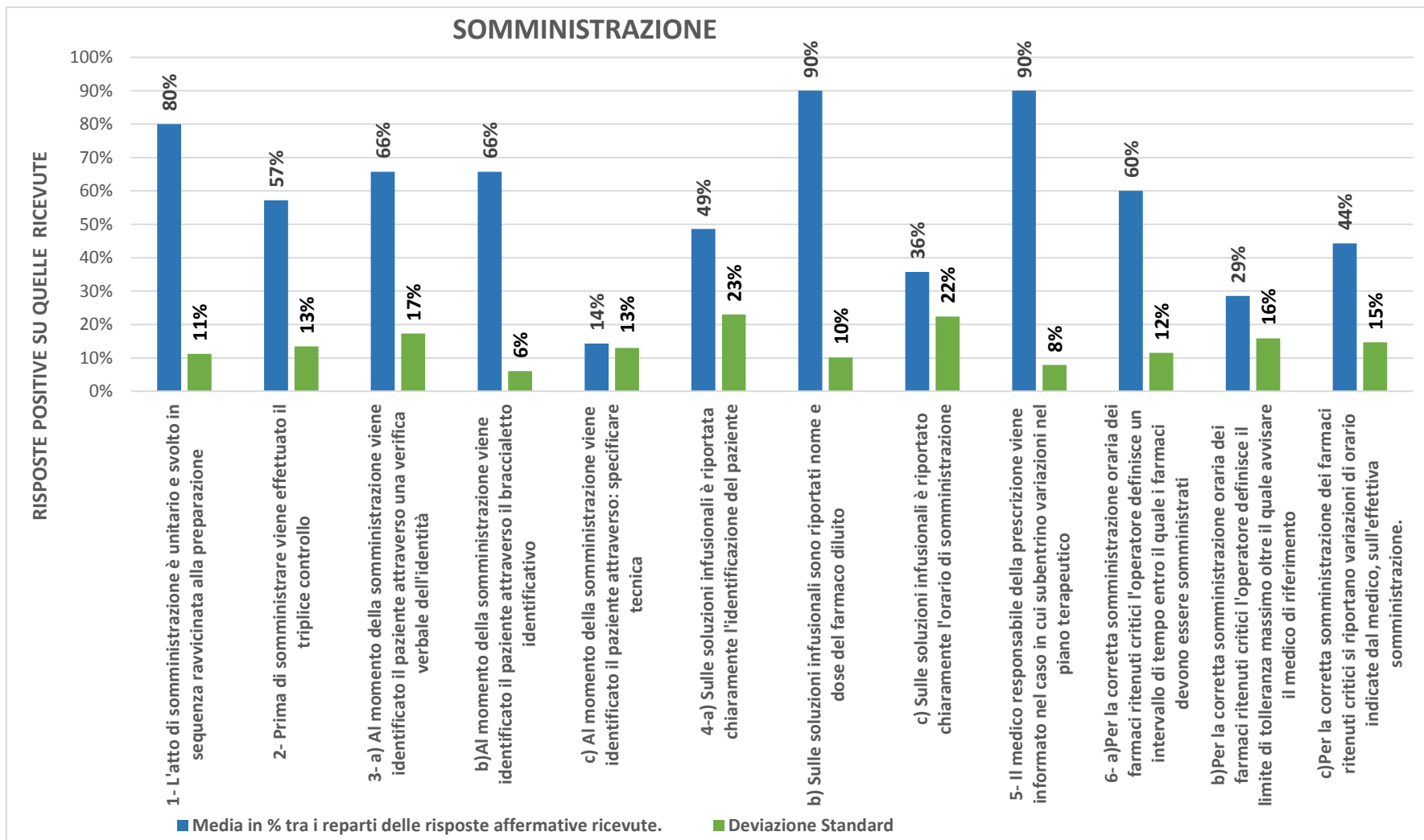


Grafico n. 4: Il quarto grafico riporta le fondamentali azioni che il personale, delle unità operative, deve effettuare per compiere con competenza e correttezza la somministrazione della terapia farmacologica di un paziente.

## 4. CAPITOLO: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

### 4.1 Confronto tra i risultati dello studio e le evidenze di letteratura.

I grafici riportati, divisi per azioni che compongono il processo di gestione del farmaco, mostrano chiaramente quali siano le raccomandazioni meno considerate o più difficili da implementare, nella pratica, secondo gli infermieri professionisti che hanno aderito allo studio.

Di seguito vengono presi in considerazione ed analizzati, all'interno di tabelle, i quesiti che hanno ricevuto poche risposte affermative; tra questi si va a sottolineare la media in percentuale di infermieri che conosce ed utilizza la raccomandazione, e la deviazione standard, cioè un valore attraverso il quale è possibile rilevare il grado di difformità (se il valore risulta molto alto), o uniformità (se risulta un valore basso) delle risposte ricevute nei quattro reparti sottoposti allo studio e la letteratura a sostegno dei quesiti formulati. L'analisi della letteratura presa in esame evidenzia l'importanza dell'aderenza alle raccomandazioni.

La tabella sottostante è così strutturata:

- la colonna "Quesito del questionario", riporta la raccomandazione in esame.
- la colonna "Media e Deviazione Standard", descrive il grado di aderenza al quesito, riportando la media (M.), in percentuale delle risposte affermative ricevute dalle quattro unità operative e la Deviazione Standard (D.S.). Quando questa risulta bassa si evince che tutti i reparti sono a conoscenza di una certa raccomandazione, in modo uniforme; quando, al contrario, questa risulta alta, almeno uno tra i reparti si discosta dalla media delle risposte date.
- la terza colonna "Letteratura a sostegno del quesito" giustifica una risposta affermativa al quesito, indica i riferimenti trovati in letteratura riguardanti una linea guida, raccomandazione ministeriale o studio che regola il processo di gestione del farmaco.

Tabelle presenti nell'*allegato n.5*.

In seguito alla lettura dei risultati, attraverso il supporto della letteratura citata nelle tabelle, si mostra come, alcuni quesiti abbiano evidenziato la complessità nell'implementare, nella pratica, alcune fasi del processo in esame.

Di seguito vengono presentati tali quesiti e l'ipotesi che hanno suscitato.

- Quesito: 1.1 a) Vengono registrati tutti farmaci assunti dal paziente?
- Risposte: Media 54%; Deviazione standard 18%.

La raccolta e segnalazione dei farmaci assunti dal paziente (azione di Ricognizione) è una fase del processo di gestione del farmaco, particolarmente curata dal medico; questo potrebbe giustificare la bassa percentuale di risposte affermative raccolte.

Nonostante ciò, non necessariamente la Ricognizione dei farmaci assunti dal paziente non viene fatta all'interno dei reparti osservati, ma è deducibile come questa non sia nota e condivisa con l'infermiere, o come questo non si integri nella fase.

Grazie alla letteratura consultata è possibile affermare che il coinvolgimento infermieristico, per quanto riguarda la Ricognizione, risulta opportuno; questo perché, avendo l'infermiere maggior tempo a disposizione per stare a contatto col paziente e i familiari, può venire a conoscenza dell'assunzione di prodotti farmacologici e non di interferenza con la nuova terapia prescritta, non comunicati al medico perché ritenuti poco importanti o dimenticati, al momento dell'intervista.

- Quesito: 1.5) Vengono effettuate prescrizioni "OFF LABEL" (fuori indicazione)?
- Risposte: Media 31%; Deviazione standard 15%.

In questo caso la riflessione è sovrapponibile alla precedente. Anche questa è una fase di competenza medica pertanto prevede un ridotto coinvolgimento dell'infermiere.

Anche per le prescrizioni "Off-Label" è auspicabile un maggiore coinvolgimento dell'infermiere, il quale può effettuare un attento monitoraggio degli effetti desiderati e non del farmaco, "fuori indicazione", utilizzato.

- Quesito: 1.3 c) La prescrizione cartacea e/o informatizzata rispetta il requisito di completezza?
- Risposte: Media 31%; Deviazione standard 27%.

All'interno del grafico "prescrizione" è possibile osservare che alla domanda 1.2 la maggior parte degli infermieri, che ha partecipato all'indagine, ha dichiarato di avere a

disposizione tutte le informazioni che servono a rendere completa la prescrizione. In questa domanda, invece, solo alcuni hanno confermato la completezza della prescrizione, in questo caso sorge un'incompatibilità tra risultati. Un'ipotesi plausibile è che ci siano stati problemi di chiarezza nell'esposizione del quesito o di interpretazione dello stesso.

- Quesito: 1.6 a) La prescrizione "AL BISOGNO" viene registrata nella cartella clinica del paziente GENERICAMENTE?
- Risposte: Media a) 34%; Deviazione standard a) 25%
- Quesito: b) La prescrizione "AL BISOGNO" viene registrata nella cartella clinica del paziente IN MANIERA SPECIFICA?
- Risposte: M. b) 53%; D.s. b) 34%.

Dal quesito e dalla percentuale di risposte è immaginabile che gli infermieri abbiano compreso correttamente il quesito e conoscano la raccomandazione ma a causa dell'instabilità implicita dei pazienti dell'area critica, è possibile sostenere che la prescrizione al bisogno probabilmente non ha necessità di essere specifica o completa, in quanto il medico risulta sempre facilmente reperibile e perciò a portata di mano il chiarimento rispetto ad un diverso dosaggio in base alle sopraggiunte necessità del paziente.

- Quesito: 3.1 a) L'etichetta riporta la data di apertura ricostituzione o scadenza su TUTTI i flaconi multidose o ricostituiti?
- Risposte: Media a) 45%; Deviazione standard a) 28%.
- Quesito: 3.1 b) L'etichetta riporta la data di apertura, ricostituzione o scadenza su ALCUNI flaconi multidose o ricostituiti?
- Risposte: M. b) 21%; D.s. b) 11%.
- Quesito: 3.4 Il nuovo contenitore con all'interno il farmaco da somministrare riporta un'etichetta con: nome e cognome del paziente, farmaci aggiunti, dose, data di preparazione?
- Risposte: M. 45%; D.s. 5%.
- Quesito: 4.4 a) Sulle soluzioni infusionali è riportata chiaramente l'identificazione del paziente?
- Risposte: M. a) 49%; D.s. a) 23%.

- Quesito: 4.4 c) Sulle soluzioni infusionali è riportato chiaramente l'orario di somministrazione?
- Risposte: M. c) 36%; D.s. c) 22%.

Per quanto riguarda l'uso di un'etichetta riportante la data di apertura e di scadenza di un flacone multidose o ricostituito, bisogna ritenerla "buona pratica", di facile attuazione, da ribadire e rinforzare, pratica che necessita di un alto livello di attenzione. Dai risultati dei questionari emerge l'ipotesi che questa pratica sia ritenuta superflua o poco utile in quanto, probabilmente, i flaconi vengono usati e consumati rapidamente.

L'uso, invece, dell'indicazione di etichettare, nei farmaci somministrati attraverso un contenitore diverso da quello originale, è una fase del processo particolarmente critica. In letteratura viene riportato spesso come fattore che, se non adeguatamente utilizzato, comporta eventi sentinella gravi.

Il processo esaminato, è risultato di difficile applicazione dal personale infermieristico. La giustificazione probabile sta nel fatto che l'indicazione comporta l'azione di trascrivere, in modo attento e completo, la prescrizione su un etichetta da apporre sul contenitore del farmaco. Questo processo richiede tempo e attenzione e comporta il rischio di errore di trascrizione. Tale criticità stimola la ricerca di una soluzione: essa potrebbe essere reperita attraverso l'uso di etichette precostituite e la stampa della prescrizione, già informatizzata.

- Quesito: 4.2) Prima di somministrare viene effettuato il triplice controllo?
- Risposte: Media 57%; Deviazione standard 13%.

Il triplice controllo, o più in generale l'attenzione e la perizia nel controllare, più volte, che l'azione da svolgere sia corretta, è condizionata da molte variabili:

- la propensione individuale al controllo;
- le condizioni organizzative, che possono influire negativamente;
- il tempo a disposizione, usato per fermarsi e controllare;
- la consapevolezza dei singoli operatori.

Questo punto meriterebbe uno studio ed un'analisi più approfondita per indagare e portare alla luce le cause che determinano la ridotta percentuale di aderenza alla raccomandazione.



- Quesito: 4.6 b) Per effettuare una corretta somministrazione oraria dei farmaci ritenuti critici l'operatore definisce il limite di tolleranza?
- Risposte: Media b) 29%; Deviazione standard b) 16%.
- Quesito: 4.6 c) Per effettuare una corretta somministrazione oraria dei farmaci ritenuti critici l'operatore riporta nel foglio della terapia variazioni di orario, sull'effettiva somministrazione, dopo consulto medico?
- Risposte: M. c) 44%; D.s. c) 15%

In questo l'analisi del dato risulta complessa ed articolata.

La somministrazione di questa tipologia di farmaci, forte delle molte raccomandazioni e indicazioni aziendali, non solo necessita dell'identificazione funzionale ad una corretta conservazione ma anche di definizione di informazioni aggiuntive riferite per esempio a:

- range di sicurezza;
- modalità di allestimento;
- intervallo di tempo entro il quale il farmaco deve essere somministrato;
- limite di tolleranza entro il quale il medico prescrittore deve essere avvisato.

Tali informazioni dovrebbero essere note e immediatamente consultabili da parte di tutto il personale infermieristico in modo tale da permettere un doppio controllo sulla prescrizione e individuare precocemente deviazioni dallo standard delle prescrizioni da verificare poi col medico.

Non sono stati trattati i dati riguardanti la trascrizione e l'interpretazione in quanto non rilevanti, dato l'utilizzo sempre maggiore, e quasi totalitario, della prescrizione informatizzata; grazie ad essa, questa fase del processo di gestione del farmaco viene meno.

## **4.2 Limiti dello studio.**

I risultati raccolti nei quattro reparti partecipanti allo studio, sono stati accorpati attraverso il calcolo della media delle percentuali di risposte positive ricevute, questa

scelta è stata dettata dalla necessità di non fare confronti inappropriati tra i reparti componenti l'area critica.

La partecipazione del personale alla compilazione del questionario è risultata inferiore rispetto alle aspettative; questo può aver maturato l'ipotesi che l'organizzazione del lavoro, le difficoltà e le caratteristiche dei reparti di area critica, non lascino al personale, tempo per prendere in considerazione attività aggiuntive alla realtà lavorativa.

In aggiunta, il questionario (modificato) è stato ritenuto in parte, troppo lungo e/o complesso e, da un'osservazione sorta dalla lettura delle risposte date, è risultato che alcuni quesiti fossero eccessivamente specifici, quindi più legati all'ambito medico che infermieristico.

Alcune azioni che compongono il processo di gestione del farmaco non sono state, volutamente, indagate. Le fasi in questione sono le seguenti:

- la corretta modalità di APPROVVIGIONAMENTO (insieme di criteri che garantiscono requisiti di sicurezza dei farmaci, come la disponibilità di informazioni sulla ricostituzione dei farmaci, incompatibilità e conservazione degli stessi, l'assenza di situazioni di rischio, ecc.);
- la corretta modalità di IMMAGAZZINAMENTO e CONSERVAZIONE (fase con cui si garantisce la corretta gestione delle scorte e l'integrità del prodotto farmaceutico);
- la corretta modalità di DISTRIBUZIONE (fase che sottintende sia la distribuzione effettuata dalla Farmacia ospedaliera ai Reparti e agli Ambulatori, che quella gestita dall'operatore sanitario, cioè farmacista, medico, infermiere, per il paziente);
- il corretto MONITORAGGIO. (Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012).

In ogni caso, anche tra le fasi indagate, mancano alcuni aspetti legati al processo di gestione del farmaco.

Fase "prescrizione": non viene indagata la presenza e la facilità nel reperire informazioni sul paziente e sui farmaci; il questionario non indaga se sia previsto l'uso

di tabelle sia per identificare le corrispondenze tra farmaci con diverso nome commerciale ma uguale principio attivo, sia le modalità di conversione (unità di misura, fattore di gocciolamento, tempi di somministrazione in base alla terapia e al dosaggio, ecc.) per la preparazione del farmaco.

La prescrizione di farmaci domiciliari, da consegnare al paziente dopo la dimissione non è stata presa in considerazione per la poca affinità che ha questo aspetto con l'area critica.

Nella fase di "preparazione": viene poco indagata, in particolare per quanto riguarda l'adeguatezza del luogo di lavoro, la modalità di conservazione dei farmaci, il controllo delle scadenze, il doppio controllo (da parte di due operatori) sulla preparazione di quei farmaci ad alto rischio.

Per la fase "somministrazione" non sono state fatte domande riguardanti:

- il coinvolgimento del paziente sul processo di gestione del farmaco, per la poca affinità che ha questo aspetto con l'area critica;
- il lasciare farmaci sul comodino del paziente quando questo non è presente in camera, per la poca affinità che ha questo aspetto con l'area critica;
- l'accertarsi dell'avvenuta somministrazione (aspetto poco presente in area critica).

### **4.3 Osservazioni, raccomandazioni ed implicazioni per la pratica.**

Lo studio effettuato manca di un'analisi approfondita delle motivazioni che stanno alla base delle risposte date dal personale infermieristico, che ha partecipato alla raccolta dati; nell'eventualità che si ripeta uno studio analogo, si ritiene opportuno ricordare questo aspetto.

Per ovviare alla ridotta partecipazione sarebbe utile effettuare un'efficace sensibilizzazione del personale infermieristico rispetto all'importanza del coinvolgimento nella raccolta dati così da non compromettere la validità delle conclusioni riportate.

Un'ulteriore considerazione è rivolta all'utilizzo del questionario come strumento, per raccogliere dati. Quello somministrato dovrebbe essere rivisto rispetto alla lunghezza e alla specificità dei quesiti, risultati in parte di pertinenza medica.

La lettura dei questionari compilati ha fatto emergere che il personale infermieristico dell'area critica, nel complesso, mette in atto dei comportamenti coerenti con le evidenze riportate in letteratura; tuttavia il risultato, sembra essere maggiormente legato all'esperienza e al percorso formativo vissuto dall'operatore, rispetto alla conoscenza dell'esistenza di linee guida e raccomandazioni ministeriali aggiornate.

Infine, è possibile affermare che, con lo studio, si è potuto rilevare il bisogno di rendere maggiormente reperibili indicazioni e linee guida che reggano e tutelino un corretto processo di gestione del farmaco, soprattutto in area critica; di investire sull'aggiornamento e la formazione del personale rispetto a questo processo, per garantire azioni svolte nella consapevolezza e in sicurezza.

## **Bibliografia:**

- American Society of Hospital Pharmacist. (1993). Guideline on preventing medication errors in hospital. In A. S. Pharmacist, Medication misadventure guidelines (p. 214-222). ASHP.
- Azienda Ospedaliero-Universitaria policlinico Vittorio Emanuele, Unità operativa per la qualità e il rischio clinico. (2010). Quaderni per la qualità e la sicurezza del paziente: prevenire gli errori nella gestione dei farmaci e della terapia. Tratto da [http://www.policlinicovittorioemanuele.it/sites/default/files/documenti\\_uo/grc/grc04-2010.pdf](http://www.policlinicovittorioemanuele.it/sites/default/files/documenti_uo/grc/grc04-2010.pdf)
- Choo, J., Johnson, L., & Manias, E. (2013). Nurses' medication administration practice at two Singaporean acute care hospitals. *Nursing and Health Science* , 15,101-108.
- Fabbri, P., Minchiella , S., & Sandri, S. (2007). Centro studi EBN. Tratto da Centro studi EBN:  
[http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/2007\\_prevenzione\\_errori\\_terapia.pdf](http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/2007_prevenzione_errori_terapia.pdf)
- GiViTi, G. I., Rossi, C., Bertolini, G., Nattino, G., Carrara, G., & Poole, D. (2014). Progetto StART. Studio sull'appropriatezza dei ricoveri in Terapia Intensiva. Regione Veneto Rapporto Finale Anno 2014. Ranica (BG): Centro di Coordinamento GiViTi.
- Graziotto, E. (2010/2011). La sicurezza del paziente. Indagine conoscitiva tra gli studenti di Infermieristica. Tesi di laurea di Infermieristica. Padova, Italia: Università degli studi di Padova. Facoltà di Medicina e chirurgia.
- Jennings, J., & Foster, J. (2007, Ottobre). Medication Safety: Just a Label Away. *Aorn Journal* , p. 618-625.
- Joint Commission Accreditation Hospital. (2015). The Joint Commission. Tratto da The Joint Commission:  
[http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2015\\_HAP\\_NPSG\\_ER.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2015_HAP_NPSG_ER.pdf)
- Ministero della Salute. (2010). Ministero della Salute: Sicurezza dei pazienti e Gestione del rischio clinico: la qualità dell'assistenza farmaceutica. Manuale per la formazione dei farmacisti del SSN. Tratto da Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1493\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1493_allegato.pdf)
- Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG. (2012, Gennaio). Ministero della Salute: Manuale di formazione per il governo clinico: La sicurezza dei pazienti e degli

operatori. Tratto da Ministero della Salute:

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1688\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1688_allegato.pdf)

Ministero della Salute: Dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria dei livelli di assistenza e dei principi etici di assistenza. Ufficio III. (2010, Settembre). Ministero della Salute: Qualità e sicurezza delle cure e nell'uso dei farmaci. Raccomandazioni, Integrazione e Formazione. Tratto da Ministero della Salute:

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1358\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1358_allegato.pdf)

Ministero della Salute: Direzione Generale della Programmazione sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROGS Ministero della Salute. (2015, Aprile). Ministero della Salute: Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° Rapporto (Settembre 2005, Dicembre 2012). Tratto da Ministero della Salute:

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2353\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf)

Ministero della Salute: Glossario (2013, Marzo 13). Tratto da Ministero della Salute:

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza)

Ministero della Sanità. (2005, Dicembre 25). Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994, n 739 . Gazzetta Ufficiale 9 Gennaio 1995, n 6.

Mitchell, P. H. (2008). Defining patient Safety and quality care an evidence based handbook for nurses. Rochville : Agency for healthcare research and quality.

NHS Professionals. (2010, marzo). NHS Professionals. Retrieved from guideline for the administration of medicine:

<http://www.nhsprofessionals.nhs.uk/download/comms/cg3%20-%20administration%20of%20medicine%20guidelines.pdf>

Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale. (2011, Dicembre). Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci rivolte alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Revisione del doc. "Procedura regionale per la gestione clinica dei farmaci- Rev 02-210". Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci rivolte alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Revisione del doc. "Procedura regionale per la gestione clinica dei farmaci- Rev 02-210". Italia; Emilia Romagna: Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale.

The Joint Commission . (2014). the Join Commission. Tratto da Summary Data of Sentinel Event Reviewed by the Joint Commission:

[http://www.jointcommission.org/sentinel\\_event\\_statistics\\_quarterly/](http://www.jointcommission.org/sentinel_event_statistics_quarterly/)

Vincent, C., Tartaglia , R., Albolino, S., & Bellandi, T. (2006). "La sicurezza del paziente" Edizione Italiana. Toscana- Firenze: Springer.

## Allegati:

Allegato n.1

**Tabella “GOVERNO CLINICO SICUREZZA DEI PAZIENTI” 5° rapporto**

<i>Tipo di evento</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Morte o grave danno per caduta del paziente	<b>471</b>	<b>24.6</b>
Suicidio o tentato suicidio	<b>295</b>	<b>15.4</b>
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	<b>275</b>	<b>14.3</b>
Atti di violenza a danno di operatori	<b>165</b>	<b>8.6</b>
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	<b>159</b>	<b>8.29</b>
Morte o grave danno impreveduto conseguente ad intervento chirurgico	<b>135</b>	<b>7.04</b>
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	<b>82</b>	<b>4.28</b>
Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivanti da errori in terapia farmacologica	<b>79</b>	<b>4.12</b>
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	<b>7</b>	<b>3.75</b>
Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o al parto	<b>55</b>	<b>2.87</b>
Errata procedura su paziente corretto	<b>32</b>	<b>1.67</b>
Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	<b>27</b>	<b>1.41</b>
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo, o parte)	<b>26</b>	<b>1.36</b>
Procedura in paziente sbagliato	<b>16</b>	<b>0.83</b>
Morte o grave danno conseguente ad un mal funzionamento del sistema di trasporto (extraospedaliero, intraospedaliero)	<b>15</b>	<b>0.78</b>
Violenza su paziente in ospedale	<b>14</b>	<b>0.73</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1918</b>	<b>100</b>

**Tabella “JOINT COMMISSION”**

<i>Type of sentinel event</i>	<i>2004 -June 2014 TOT:</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>January to June 2014</i>
Anesthesia-related event	104	7	8	2
Criminal event	361	43	52	29
Delay intreatment	937	107	113	34
Dialysis-related event	12	2	1	2
Elopement	93	10	9	5
Fall	664	76	82	44
Fire	114	15	9	7
Infant abduction	26	3	2	0
Infant discharege to wong family	3	1	0	0
Infection related event	172	12	13	6
Impatient drug overdose	94	22	8	3
Mathernal death	120	8	7	6
Med equipment related	218	17	20	5
Medication error	428	42	38	12
Op/post-op complication	823	83	77	27
Other unanticipated event	539	59	81	53
Prenatal death/ingury	291	36	35	17
Radiation overdose	36	3	4	2
Restraint related event	123	7	4	2
Self inflicted injury	65	14	9	1
Server neonatal hyperbilirubinemia	6	2	0	0
Suicide	814	85	90	39
Transfer related event	27	3	2	1
Trasfusion error	124	16	7	3
Unitended retention of a foreign body	932	115	102	57
Uthility system failure	7	1	0	0
Ventilation death	48	3	5	2
Wrong patient, wrong site, wrong procedure	1072	109	109	35
<b>TOTAL INCIDENT REVIEWED</b>	<b>8275</b>	<b>901</b>	<b>887</b>	<b>391</b>



**Questionario modificato, somministrato ai reparti in cui è stato svolto lo studio.**

Data di compilazione: \_\_\_\_\_

Azienda sanitaria (denominazione esatta): \_\_\_\_\_

Denominazione ospedale: \_\_\_\_\_

Reparto di appartenenza: \_\_\_\_\_ N° posti letto: \_\_\_\_\_

Qualifica: Caposala  Infermiere

**INDAGINE CONOSCITIVA C/O UNITÀ OPERATIVA**

**1. Prescrizione**

1.1 Al momento del ricovero viene effettuata da parte dell'infermiere una anamnesi farmacologica?

SI  NO

Se si:

vengono registrati tutti i farmaci che il paziente sta assumendo? SI  NO

vengono registrate ed evidenziate eventuali segnalazioni di allergie ai farmaci? SI  NO

- Se sì, come: \_\_\_\_\_

1.2 \*All'interno della prescrizione sono presenti le seguenti informazioni essenziali:

- Generalità del paziente;
- Nome commerciale e/o principio attivo del farmaco;
- Dosaggio;
- Forma farmaceutica;
- Posologia;
- Via e modalità di somministrazione, indicazione temporale (velocità e tempo di infusione,...);
- Per i farmaci da somministrare in soluzione: qualità e quantità del solvente per la ricostituzione e/o la diluizione;
- Durata del trattamento (inizio e termine);
- Data e, soprattutto in emergenza, orario della prescrizione;
- Laddove necessario: date e orari previsti per la somministrazione;
- Firma o sigla del prescrittore;
- Eventuali note di attenzione;

1.3 \*La prescrizione, sia essa informatizzata sia cartacea, soddisfa i seguenti requisiti:

**Sono possibili più risposte**

- Chiarezza grafica (carattere della scrittura leggibile in modo inequivocabile e agevole)
- Chiarezza di contenuto (le abbreviazioni sono chiare e condivise, uso corretto delle unità di misura)
- Completezza (vedi domanda 1.2)
- Tracciabilità (per prescrizione informatizzata sono previste modalità di standardizzazione, di corretto utilizzo del sistema, il grado di sicurezza del sistema)

1.4 Esiste una scheda unica di terapia?

SI

NO

Se si, le operazioni sono siglate o controfirmate?

SI

NO

1.5 \*Vengono effettuate prescrizioni “off-label” ovvero “fuori-indicazione” (si intende la prescrizione di farmaci già registrati, ma usati in modalità diversa da quanto indicato nella scheda tecnica di autorizzazione all'immissione in commercio)

SI

NO

Se si, il prescrittore:

**Sono possibili più risposte**

- informa il paziente riguardo a questa deroga e ne acquisisce il consenso scritto;
- si assume la responsabilità della cura e ne attua il monitoraggio degli effetti;
- fonda la prescrizione su documentazione scientifica che attesti efficacia e tollerabilità e su dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda;
- no;
- non so;

1.6 In questa Unità Operativa l'eventuale prescrizione “al bisogno” viene registrata in cartella clinica?

SI

NO

Se si, secondo quale modalità:

- Generica
- Con specifica di: - Dose massima giornaliera
- Intervallo di somministrazione
- Altro: \_\_\_\_\_

## **2. Trascrizione e interpretazione**

2.1 Sulla scheda unica di terapia (pagina di terapia in cartella informatizzata) sono riportate abbreviazioni, simboli, ...?

SI

NO

Se si, sono:

**Sono possibili più risposte**

- Conformi alla lista aziendale
- Concordate in reparto
- Lasciate alla libera iniziativa in assenza di disposizioni

2.2 Le trascrizioni di terapia sono controfirmate o siglate?

SI

NO

### 3. Preparazione

3.1 Sono presenti in reparto flaconi multidose già aperti o ricostituiti?

SI

NO

Se si, è riportata sulla confezione/ etichetta la data di apertura/ricostituzione o scadenza dopo ricostituzione?

SI, in tutti

SI, in alcuni

3.2 \*Per la preparazione dei farmaci ad alto livello di attenzione sono in dotazione procedure specifiche o indicazioni concordate con la farmacia riguardanti le misure di sicurezza da adottare (incluso eventuale doppio controllo)?

SI

NO

Se si, puoi indicarne alcune:

---

---

---

---

3.3 \*Nella preparazione dei farmaci, gli operatori, hanno la possibilità, e utilizzano le seguenti precauzioni:

#### Sono possibili più risposte

- Hanno a disposizione tutte le informazioni tecniche relative ai farmaci stessi (es. foglietto illustrativo, scheda tecnica, scheda di sicurezza laddove previsto, ...);
- Si attengono al foglietto illustrativo, evitando miscele tra farmaci se non previste nello stesso;
- Rispettano le regole di igiene delle mani (lavaggio con acqua e detergente, frizione alcolica) prima della preparazione stessa;
- Operano con modalità che evitino la contaminazione del prodotto.

3.4 \*Sul contenitore contenente la preparazione farmacologica effettuata viene applicata un'etichetta che, senza coprire gli elementi identificativi del prodotto, riporta, almeno, le seguenti informazioni: nome cognome paziente; farmaci aggiunti, loro dosaggio e quantità; data e ora di preparazione.

SI

NO

### 4. Somministrazione

4.1 \*La somministrazione della terapia farmacologica rispetta la regola dell'unitarietà dell'atto (colui che prepara il farmaco è lo stesso che lo somministra) in sequenza ravvicinata alla preparazione, particolarmente per i preparati infusionali?

SI

NO

ALTRO

4.2 \*Prima della somministrazione viene effettuato il triplice controllo, cioè la confezione del farmaco viene controllata-letta tre volte (lettura nella fase di selezione della confezione; lettura nella fase di apertura del blister; lettura nella fase di sistemazione)?

SI

NO

4.3 Al momento della somministrazione della terapia viene identificato il paziente?

Verifica verbale dell'identità

Braccialetto identificativo

Altro, spec.: \_\_\_\_\_

4.4 Le soluzioni infusionali riportano chiaramente:

a) L'identificazione del paziente

SI

NO

b) L'eventuale farmaco diluito (NOME e DOSE)

SI

NO

c) L'orario di somministrazione

SI

NO

4.5 \*In caso di variazioni rispetto al piano terapeutico, incluso quelle derivanti dal rifiuto della terapia da parte del paziente, viene registrato l'accaduto sulla documentazione sanitaria, informandone il medico responsabile?

SI

NO

4.6 \*Per garantire la corretta somministrazione oraria di alcuni farmaci ritenuti critici (es: insulina rapida, ipoglicemizzanti orali, antibiotici, ecc.), come procede l'operatore?

**Sono possibili più risposte**

Definisce un intervallo di tempo entro il quale alcuni farmaci devono essere necessariamente somministrati;

Definisce il limite di tolleranza massimo (in minuti o in ore, a seconda dei casi) oltre il quale avvertire il prescrittore o il medico di riferimento;

Riporta nel foglio della terapia la variazione dell'orario di effettiva somministrazione ed indicare nel diario clinico che è stato consultato il medico.

## Bibliografia:

Ministero della Salute: Dipartimento della qualità direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III, in collaborazione con SIFO Società Italiana di Farmacia Ospedaliera. (2010, Marzo). Ministero della Salute: implementazione della raccomandazione n. 7 per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica, risultati dell'indagine conoscitiva. Tratto da Ministero della Salute: [http://www.salute.gov.it/C\\_17\\_pubblicazioni\\_675\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/C_17_pubblicazioni_675_allegato.pdf)

Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale. (2011, Dicembre). Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci rivolte alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Revisione del doc. "Procedura regionale per la gestione clinica dei farmaci- Rev 02-210". Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci rivolte alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Revisione del doc. "Procedura regionale per la gestione clinica dei farmaci- Rev 02-210". Italia; Emilia Romagna: Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale.

Nassaralla ,C., Naessens J., Chaudhry R., Hansen M., Sidna, Scheitel,M “Implementation of a medication reconciliation process in an ambulatory internal medicine clinic”. Qual Saf Health Care 2007;16:90–94.

National Quality Use of Medicines Indicators for Australian Hospitals 2014  
Percentage of medication orders for intermittent therapy that are prescribed safely

“Using medication reconciliation to prevent errors”. Issue 35 January 25, 2006, The Joint Commission. Referenza disponibile all'indirizzo internet [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_35.PDF](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_35.PDF)



Sezione 2 - Implementazione della Raccomandazione n. 7  
**Indagine conoscitiva c/o Unità Operative**

Denominazione Ospedale : \_\_\_\_\_

Farmacista compilatore del questionario (nome e cognome): \_\_\_\_\_

**Unità Operativa:**

Medicina     Chirurgia     Ostetricia/Ginecologia     Pediatria     Ortopedia

N. posti letto: \_\_\_\_\_

Data rilevazione: \_\_\_\_\_

### 1. Prescrizione

**1.1 Al momento del ricovero viene effettuata una anamnesi farmacologica?**

Sì     No

Se sì:

vengono registrati tutti i farmaci che il paziente sta assumendo?

Sì     No

vengono registrate ed evidenziate eventuali segnalazioni di allergie ai farmaci?

Sì     No

Se sì, come: \_\_\_\_\_

**1.2 Esiste una scheda unica di terapia?**

Sì     No

Se sì, le operazioni sono siglate o controfirmate?

Sì     No

**1.3 In questa Unità Operativa l'eventuale prescrizione "al bisogno" viene registrata in cartella clinica?**

Sì     No

Se sì, secondo quale modalità:

generica

con specifica di:

dose massima giornaliera

intervallo di somministrazione

altro: \_\_\_\_\_

### 2. Trascrizione e interpretazione

**2.1 Sulla scheda unica di terapia o sul quaderno di terapia sono riportate abbreviazioni, simboli, ...?**

Sì     No

Se sì, sono:

conformi alla lista aziendale

concordate in reparto

lasciate alla libera iniziativa in assenza di disposizioni

➔ Possibilità di risposte multiple

**2.2 Le trascrizioni di terapia sono controfirmate o siglate?**

Sì     No

### 3. Preparazione

**3.1 Sono presenti in reparto flaconi multidose già aperti o ricostituiti?**

Sì     No

Se sì, è riportata sulla confezione/etichetta la data di apertura/ricostituzione o scadenza dopo ricostituzione?

Sì, in tutti     Sì, in alcuni

## 4. Somministrazione

### 4.1 Al momento della somministrazione della terapia come viene identificato il paziente?

- Verifica verbale dell'identità  
 Braccialetto identificativo  
 Altro, spec.: \_\_\_\_\_

### 4.2 Le soluzioni infusionali riportano chiaramente:

- a) l'identificazione del paziente  Sì  No  
b) l'eventuale farmaco infuso  Sì  No  
c) l'orario di somministrazione  Sì  No

### 4.3 In assenza del paziente al momento della terapia può capitare che il farmaco venga lasciato sul comodino?

- Sì  No

## Tabella Somministrazione

Quesito del questionario.	- Media (M.) - Deviazione Standard (D.S.).	Letteratura a sostegno del quesito.
1.1 a) Vengono registrati tutti farmaci assunti dal paziente?	M- 54% D.S.- 0,18	<p>(Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012), tale documento riporta che il medico, responsabile del paziente, deve aver raccolto tutte le informazioni cliniche del paziente circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesi farmacologica.</li> <li>- Allergie e intolleranze.</li> <li>- Interazioni che possono verificarsi in quanto il paziente assume farmaci e/o erbe medicinali incompatibili con certi trattamenti.</li> <li>- Consumo di prodotti da banco</li> <li>- Consumo di alcool.</li> <li>- Abitudini alimentari del paziente.</li> <li>- Condizioni cliniche che sconsigliano l'uso di determinati farmaci o impongono restrizioni nel dosaggio.</li> </ul> <p>Inoltre sottolinea che deve essere garantita al personale infermieristico la disponibilità d'accesso alle informazioni del paziente.</p> <p>(Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale, 2011), in queste linee di indirizzo si</p>



		<p>sottolinea l'importanza della continuità assistenziale col passaggio e il recapito di informazioni essenziali e puntuali rispetto la terapia che assumeva a domicilio e sta assumendo il paziente al sanitario che lo prende in carico.</p> <p>(Azienda Ospedaliero-Universitaria policlinico Vittorio Emanuele, Unità operativa per la qualità e il rischio clinico, 2010), in questo manuale per la sicurezza è riportato come la raccolta incompleta delle informazioni essenziali per assistere al meglio il paziente aumenta il rischio di incorrere nell'errore. Le informazioni che ritiene necessarie sono le stesse raccomandate anche dal ministero della salute.</p> <p>(American Society of Hospital Pharmacist, 1993), queste linee guida specificano che le informazioni raccolte devono essere adeguate, complete e di facile fruizione. La comunicazione tra medico prescrittore e infermiere deve essere adeguata e completa.</p> <p>(NHS Professionals, 2010), questo documento fornisce la seguente indicazione: l'infermiere nel processo di somministrazione della terapia deve essere a conoscenza del piano di cura del paziente e delle eventuali incompatibilità tra prescrizione e ciò che assume regolarmente il paziente.</p> <p>(Mitchell, 2008), dice che: l'infermiere deve essere in grado di rilevare mancanze, informazioni dubbie, non conformità e discordanze all'interno della prescrizione redatta dal medico ed avvisare, lo stesso, di tali osservazioni prima di procedere con la somministrazione. Inoltre alla voce "Ricognizione e Riconciliazione" non viene specificato che le seguenti operazioni devono essere eseguite dal medico, col termine "professionista sanitario" anche l'infermiere può e deve prendere parte a questo processo.</p>
1.3 c) * La prescrizione cartacea e/o informatizzata	M.- 31% D.S.- 0,27	(Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG,

<p>rispetta il requisito di completezza?</p>		<p>2012), qui è possibile trovare l'indicazione per la quale l'uso di modelli prestampati o della modalità di prescrizione informatizzata aiuta a ridurre, contenere, gli errori dovuti alla compilazione a mano o alla trascrizione. Il sistema informatizzato prevede segnali d'allarme soprattutto per dosi prescritte fuori dall'intervallo, reazione allergiche, interazioni tra farmaci e duplicazioni di terapia.</p> <p>Secondo il ministero la completezza della prescrizione si verifica quando sono presenti: nome del farmaco o principio attivo (più indicato), forma farmaceutica, esatta concentrazione, posologia, se utile età e peso del paziente.</p> <p>(Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale, 2011), tra le linee di indirizzo di questo documento troviamo come definizione di completezza: le generalità del paziente, principio attivo o nome farmaco, dosaggio, forma farmaceutica posologia, via e modalità di somministrazione, tipo di diluizione, durata del trattamento, data e orario della prescrizione e della somministrazione, note e informazioni aggiuntive se necessarie.</p> <p>(Azienda Ospedaliero-Universitaria policlinico Vittorio Emanuele, Unità operativa per la qualità e il rischio clinico, 2010), anche qui vengono ripetute le stesse caratteristiche sopra riportate.</p>
<p>1.5) Vengono effettuate prescrizioni "OFF LABEL"?</p> <p>a) Il prescrittore informa il paziente e acquisisce il consenso scritto?</p> <p>b) Il prescrittore si assume la responsabilità della cura e</p>	<p>1.5) M- 31%</p> <p>D.S.- 0,15</p> <p>a) M.- 7%</p> <p>D.S.- 0,08</p> <p>b) M.- 21%</p> <p>D.S.- 0,15</p> <p>c) M.- 4%</p>	<p>(Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale, 2011), qui troviamo precise indicazioni per effettuare correttamente le prescrizioni Off-label (cioè quelle prescrizioni di farmaci già registrati ma usati in modalità diversa rispetto a quello che riporta la scheda unica di terapia, di autorizzazione al commercio).</p> <p>- Il prescrittore deve aver informato il paziente riguardo la deroga e, deve aver acquisito il suo consenso;</p>

<p>monitora gli effetti?</p> <p>c) Il prescrittore giustifica la prescrizione su documentazione scientifica che attesti l'efficacia e la tollerabilità?</p> <p>d) No.</p> <p>e) Non so.</p>	<p>D.S.- 0,06</p> <p>d) M.- 3%</p> <p>D.S.- 0,03</p> <p>e) M.- 13%</p> <p>D.S.- 0,04</p>	<p>- Il prescrittore si assume la responsabilità della cura e ne attua il monitoraggio degli effetti;</p> <p>- Il prescrittore fonda la prescrizione su documentazione scientifica che attesta efficacia e tollerabilità;</p> <p>(American Society of Hospital Pharmacist, 1993), qui si specifica che l'infermiere deve essere a conoscenza degli effetti desiderati che ci si aspetta da un certo piano terapeutico inoltre deve saper parlare col paziente accertandosi del grado di comprensione rispetto alla terapia che sta assumendo (perché lo sta assumendo, come lo assume).</p> <p>Inoltre dovrà individuare quali sono le precauzioni da assumere, e fornire osservazioni utili per una facile amministrazione.</p> <p>Quando il paziente ha dei dubbi o si oppone all'assunzione di un farmaco, l'infermiere deve: ascoltare e rispondere alle domande, verificare la correttezza della prescrizione prima di insistere o effettuare la somministrazione.</p>
<p>1.6 a) La prescrizione "AL BISOGNO" viene registrata nella cartella clinica del paziente</p> <p>GENERICAMENTE?</p> <p>b) La prescrizione "AL BISOGNO" viene registrata nella cartella clinica del paziente IN MANIERA SPECIFICA?</p>	<p>a) M.- 34%</p> <p>D.S.- 0,25</p> <p>b) M.- 53%</p> <p>D.S.- 0,34</p>	<p>(Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012), sottolinea l'importanza di evitare, per quanto possibile, le prescrizioni "al bisogno"; nel caso in cui queste non siano evitabili, le prescrizioni devono essere specifiche cioè riportanti: posologia, dose massima giornaliera e l'intervallo di tempo tra le somministrazioni.</p> <p>(Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale, 2011), un'ulteriore attenzione, riportata in queste linee di indirizzo, è: chi somministra deve fare un apprezzamento delle condizioni vincolanti la somministrazione al collaboratore di assistenza. Le condizioni vincolanti sono specifici parametri (sintomi segni obiettivi, indicatori biologici) la cui presenza è subordinata all'azione della</p>

		<p>somministrazione o la modulazione della stessa.</p> <p>(Azienda Ospedaliero-Universitaria policlinico Vittorio Emanuele, Unità operativa per la qualità e il rischio clinico, 2010), in questo manuale la prescrizione al bisogno è sconsigliata. Viene ammessa in caso di bisogno specificando: parametri, sintomi o segni oggettivabili condizionanti la somministrazione; posologia; dose massima giornaliera; eventuale intervallo di tempo tra somministrazioni.</p> <p>(American Society of Hospital Pharmacist, 1993), è presente la raccomandazione di non somministrare un farmaco in caso la prescrizione non risulti chiara e inequivocabile, e se ci sono questioni in materia della correttezza del regime prescritto.</p>
--	--	--

## Tabella Trascrizione interpretazione

Quesito del questionario.	- Media (M.) - Deviazione Standard (D.S.).	Letteratura a sostegno del quesito.
<p>2.1 a) Vengono usate/i abbreviazioni e simboli nella scheda unica di terapia: Conformi alla lista aziendale?</p> <p>b) Vengono usate/i abbreviazioni e simboli nella scheda unica di terapia: Concordate in reparto?</p>	<p>a) M.- 49% D.S.- 0,18</p> <p>b) M.- 20% D.S.- 0,07</p>	<p>(Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012), le indicazioni, qui riportate, consigliano di evitare le abbreviazioni. In caso siano presenti, queste devono essere stabilite dalla commissione terapeutica ospedaliera attraverso una lista di abbreviazioni, termini e simboli standard. Inoltre specifica che se ci sono informazioni mancanti o dubbie l'infermiere non deve somministrare ma contattare il medico. Anche (Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale, 2011), (American Society of Hospital Pharmacist, 1993) e (NHS Professionals, 2010) riportano indicazioni, che concordano con quelle Ministeriali, circa il non somministrare se la prescrizione non è scritta bene e lascia spazio ad ambiguità</p>

## Tabella Preparazione

Quesito del questionario.	- Media (M.) - Deviazione Standard (D.S.).	Letteratura a sostegno del quesito.
<p>3.1 a) L'etichetta riporta la data di apertura ricostituzione o scadenza su TUTTI i flaconi multidose o ricostituiti?</p> <p>b) L'etichetta riporta la data di apertura, ricostituzione o scadenza su ALCUNI flaconi multidose o ricostituiti?</p>	<p>a) M.- 49% D.S.- 0,27</p> <p>b) M.- 20% D.S.- 0,10</p>	<p>(Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012), sostiene che tutti i flaconi multidose aperti o ricostituiti devono riportare la data di apertura e di scadenza del medicinale.</p>
<p>3.4 Il nuovo contenitore con all'interno il farmaco da somministrare riporta un'etichetta con: nome e cognome del paziente, farmaci aggiunti, dose, data di preparazione?</p>	<p>M.- 56% D.S.- 0,05</p>	<p>(Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012), nel documento si evidenzia l'importanza di controllare le etichette delle preparazioni e assicurarsi che in queste siano riportate tutte le avvertenze e le informazioni necessarie per la corretta somministrazione.</p> <p>(Jennings &amp; Foster, 2007), questo studio riporta l'importanza di implementare le linee guida e le procedure sull'etichettatura dei farmaci in ogni setting;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'etichetta deve contenere le indicazioni su ciò che contiene il nuovo flacone;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Ogni farmaco deve contenere la giusta etichetta quando viene aggiunto al campo sterile;</li><li>- Qualsiasi farmaco trovato in un contenitore senza etichetta o dispositivo va eliminato immediatamente in quanto il contenuto non è identificabile.</li></ul> <p>(Joint Commission Accreditation Hospital, 2015), ha aggiunto nel 2007 una nuova raccomandazione per la quale tutte le etichette dovrebbero riportare: nome, dose e potenza del farmaco.</p> <p>(Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale, 2011), riporta l'indicazione specificando che sul contenitore contenente la preparazione farmacologica, occorre applicare un'etichetta che riporti: nome e cognome del paziente a cui è destinato il farmaco, farmaci aggiunti (dosaggio) alla preparazione, data e ora di preparazione.</p>
--	--	---

## Tabella Somministrazione

Quesito del questionario.	- Media (M.) - Deviazione Standard (D.S.).	Letteratura a sostegno del quesito.
4.2) Prima di somministrare viene effettuato il triplice controllo?	M.- 57% D.S- 0,13	<p>(Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012), riporta l'importanza di addestrare gli operatori a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leggere le etichette per verificarne la corrispondenza con ciò che è indicato sulla scheda unica di terapia e quanto è presente sul carrello di terapia;</li> <li>- Leggere attentamente dosaggio, concentrazione, velocità della pompa di infusione e controllare le linee di raccordo.</li> </ul> <p>(Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale, 2011), scrive che è auspicabile la verifica della corrispondenza tra farmaco prescritto e farmaco disponibile per la somministrazione.</p> <p>(American Society of Hospital Pharmacist, 1993), secondo queste linee guida l'infermiere deve controllare identità, integrità e scadenza del farmaco prima di somministrarlo.</p> <p>(Choo, Johnson, &amp; Manias, 2013), dice che: il controllo dell'etichetta del flacone, per il confronto con quanto indicato nella prescrizione è consigliato tre volte.</p>
4.4 a) Sulle soluzioni infusionali è riportata chiaramente l'identificazione del paziente?	a) M.- 49% D.S.- 0,22 c) M.- 36% D.S.- 0,22	<p>(Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012), nel documento si evidenzia l'importanza di controllare le etichette delle preparazioni e assicurarsi che in queste siano riportate tutte le avvertenze e le informazioni necessarie per la</p>



<p>c) Sulle soluzioni infusionali è riportato chiaramente l'orario di somministrazione?</p>		<p>corretta somministrazione.</p> <p>(Jennings &amp; Foster, 2007), questo studio riporta l'importanza di implementare le linee guida e le procedure sull'etichettatura dei farmaci in ogni setting;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'etichetta deve contenere le indicazioni su ciò che contiene il nuovo flacone;</li> <li>- Ogni farmaco deve contenere la giusta etichetta quando viene aggiunto al campo sterile;</li> <li>- Qualsiasi farmaco trovato in un contenitore senza etichetta o dispositivo va eliminato immediatamente in quanto il contenuto non è identificabile.</li> </ul> <p>(Joint Commission Accreditation Hospital, 2015), ha aggiunto nel 2007 una nuova raccomandazione per la quale tutte le etichette dovrebbero riportare: nome, dose e potenza del farmaco.</p> <p>(Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale, 2011), riporta l'indicazione specificando che sul contenitore contenente la preparazione farmacologica, occorre applicare un'etichetta che riporti: nome e cognome del paziente a cui è destinato il farmaco, farmaci aggiunti (dosaggio) alla preparazione, data e ora di preparazione.</p>
<p>4.6 b) Per effettuare una corretta somministrazione oraria dei farmaci ritenuti critici l'operatore definisce il limite di tolleranza?</p> <p>c) Per effettuare una corretta somministrazione oraria dei farmaci ritenuti critici l'operatore riporta nel foglio</p>	<p>b) M.- 29% D.S.- 0,15</p> <p>c) M.- 44% D.S.- 0,14</p>	<p>(Ministero della Salute: Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III ex D.G.PROG, 2012), indica come raccomandazioni, per una corretta amministrazione dei farmaci ritenuti critici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuare il doppio controllo per la preparazione di farmaci ad alto rischio;</li> <li>- Apporre negli armadi farmaceutici contrassegni che riportino informazioni rilevanti e istruzioni specifiche sulla sicurezza e pericolosità del farmaco;</li> <li>- Predisporre un elenco di info supplementari per quei farmaci che necessitano di modalità di conservazione e di utilizzo particolari.</li> </ul> <p>(Regione Emilia Romagna. Guida Regionale Direzione Generali Sanità. Politiche Sociali Servizio</p>

della terapia variazioni di orario, sull'effettiva somministrazione, dopo consulto medico?		<p>Politica del farmaco. Azienda sanitaria e Sociale Regionale, 2011), raccomanda che nella somministrazione dei farmaci critici si faccia attenzione a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Definire un intervallo di tempo entro il quale i farmaci devono essere somministrati;</li><li>- Definire il limite di tolleranza massima oltre il quale avvertire il prescrittore;</li><li>- Riportare nel foglio di terapia la variazione dell'orario di effettiva somministrazione, indicando l'avvenuta consultazione del medico.</li></ul> <p>(American Society of Hospital Pharmacist, 1993), specifica che tutte le dosi vanno somministrate nell'orario stabilito a meno che non subentrino dubbi o intoppi prima della somministrazione, e che va avvisato il medico.</p> <p>(NHS Professionals, 2010), sottolinea l'importanza dell'uso di protocolli specifici per l'amministrazione dei farmaci critici.</p>
--	--	--

