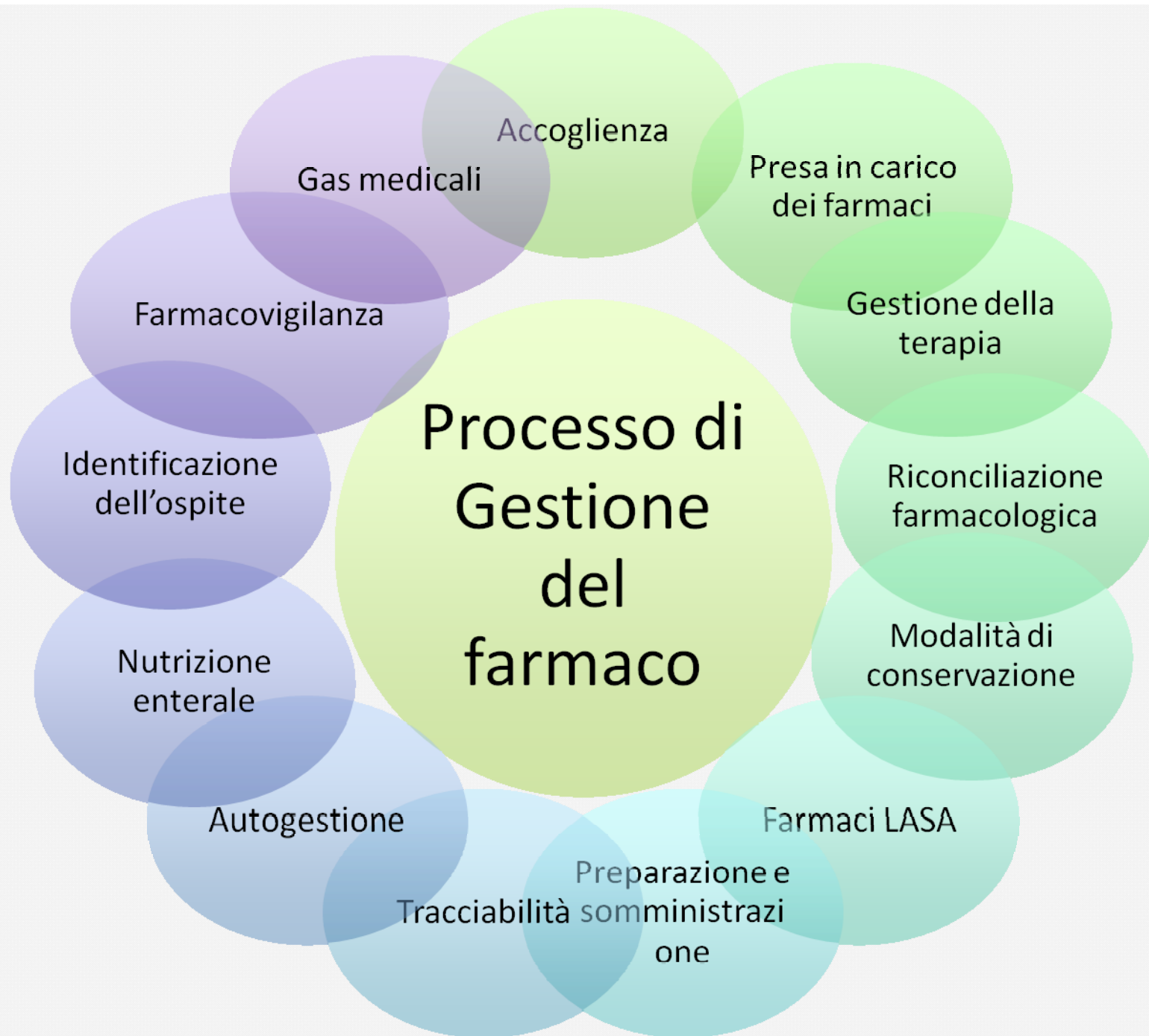




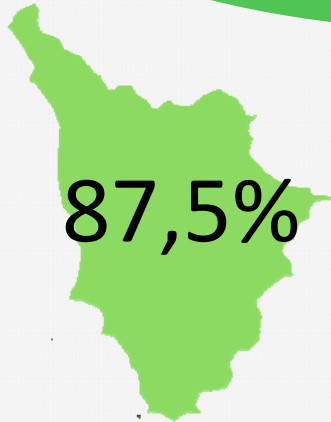
# La gestione del farmaco in RSA

Alcuni punti di attenzione

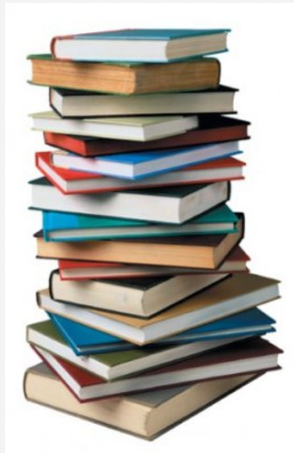
Giovanna Paggi



## Gestione della terapia



**Gli infermieri effettuano la trascrizione della terapia prescritta dal medico nella scheda terapia o altro modulo che indica la terapia e le sue modalità di somministrazione**



**Errore di trascrizione.** Avviene quando la prescrizione medica non viene correttamente trascritta o interpretata . Le percentuali sono molto diverse tra gli studi: 12% (Leape 1995), 17% ( Chatelain-Bernheim 2003) e 32% (Hartwig 1991)

*Ministero della Salute 2004*

## Gestione della terapia



Se l'ospite viene dal proprio domicilio, è una buona idea far recapitare al MMG la scheda terapia prima del suo ingresso così che all'accesso nella struttura gli infermieri abbiano disponibile la terapia e le modalità di somministrazione firmate dal medico

## Riconciliazione farmacologica



46%

**Quando un ospite rientra dopo un ricovero ospedaliero, con terapia in dimissione, l'infermiere trascrive i farmaci prescritti dall'ospedale e li somministra**

La **Riconciliazione Farmacologica** è la strategia formale e sistematica per superare le sfide della comunicazione relative all'informazione sui farmaci e per ridurre le discrepanze non intenzionali nelle terapie, che si verificano nei momenti di passaggio della presa in carico. Questi momenti, come ad esempio l'ammissione e la dimissione da un ospedale per acuti, espongono i pazienti al rischio di errori dovuti a deficit di comunicazione e perdita non intenzionale di informazioni.



# Riconciliazione farmacologica

and dis...  
ensuring this information is accurate

## 4 steps to improve patient safety

- 1** Obtain a best possible medication history  
name of medicine, dose, frequency and route
- 2** Confirm the accuracy of the history with a second source e.g. patient's medicines, medication list, GP, community pharmacy
- 3** Reconcile the history with prescribed medicines  
bring discrepancies to the attention of the prescriber and document changes
- 4** Supply accurate medicines information when care is transferred to receiving clinician, patient or carer



L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha considerato la Riconciliazione Farmacologica una delle cinque strategie prioritarie per la sicurezza del paziente, all'interno dell'Action on Patient Safety: High 5s.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
UFFICIO III EX DGP/PROGS

RACCOMANDAZIONE PER LA RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

La mancata Riconciliazione della terapia farmacologica può causare gravi danni ai pazienti

### Raccomandazione n. 17

Le terapie farmacologiche prescritte nelle transizioni di cura spesso tra di loro differenze non imputabili ad una mutata condizione clinica del paziente; tali differenze, dette discrepanze non intenzionali, possono determinare gravi danni.

Pertanto, è necessario, in tali momenti, effettuare un confronto tra i medicinali assunti dal paziente e quelli indicati per la particolare circostanza in funzione di una decisione prescrittiva appropriata agli obiettivi terapeutici.

La presente Raccomandazione fornisce indicazioni sul processo di Riconciliazione della terapia farmacologica nei passaggi tra cure diversi.

dicembre 2014

governo clinico  sicurezza dei pazienti

# WATCH UP medicines

Medication reconciliation prevents harm.  
Why? Because up to two thirds of medication histories have errors, and a third of these errors can cause harm.<sup>1,2</sup>  
As patients move through the health system, information about their medicines needs to be current, accurate and move with them. Medication reconciliation is the process of...

Evidence Report/Technology Assessment  
Number 211

## Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices

MARZO 2013

AHRQ  
Agency for Healthcare Research and Quality  
Improving Healthcare Through Evidence-Based Practice

## Hospital National Patient Safety Goals

Effective January 1, 2015

### Introduction to Reconciling Medication Information

The large number of people receiving health care who take multiple medications and the complexity of managing those medications make medication reconciliation an important safety issue. In medication reconciliation, a clinician compares the medications a patient should be using (and is actually using) to the new medications that are ordered for the patient and resolves any discrepancies.

# Modalità di conservazione

## Identificazione

Etichetta con Nome e Cognome

Numero letto, codice fiscale, numero ospite



**NO**

## Temperatura

Rilevazione giornaliera temperatura del frigorifero

Rilevazione giornaliera temperatura ambientale

## Scadenze

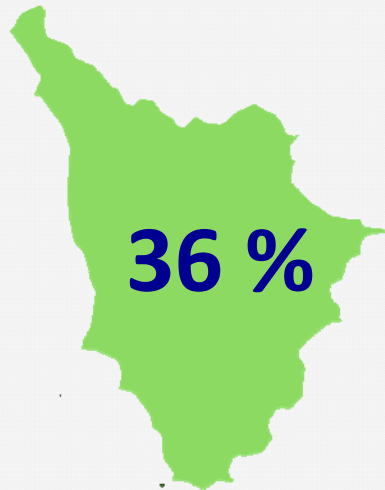
Registrazione delle scadenze su modulistica in cui sia evidente:

- chi e quando è stato fatto il controllo,
- i farmaci con scadenza prossima,
- chi ha eliminato i farmaci scaduti

## Farmaci stupefacenti

Devono essere identificati con nome e cognome dell'ospite e conservati in armadio chiuso a chiave/ cassaforte

## Farmaci LASA



**36 %**

**Sono stati predisposti e adottati dei sistemi di allerta per non sbagliare se l'ospite ha in uso di farmaci con stesso principio attivo ma con diverso dosaggio o con confezione simile**




Molte strutture (20%) non conoscono il reale significato di farmaco LASA : “sulla scatola si scrive il nome commerciale nel caso si somministri un generico, si scrive il reale dosaggio (  $\frac{1}{2}$   $\frac{1}{4}$ ), si usa il foglietto informativo ecc.”  
Il 45% non adotta nessun sistema di allerta.

# Farmaci LASA



I farmaci **LASA**  
**Look-Alike /Sound**  
**Alike** sono quei  
farmaci che  
possono essere  
facilmente  
scambiati con altri  
per la **somiglianza**  
**grafica e/o fonetica**  
**del nome** e per  
**l'aspetto simile**  
delle confezioni.



*Ministero della Salute*


DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,  
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA  
UFFICIO III

RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEGLI  
ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI "LOOK-  
ALIKE/SOUND-ALIKE"

Gli errori riferiti all'uso dei farmaci "Look-Alike/Sound-Alike", ossia  
farmaci LASA, possono causare danni anche gravi

Gli errori in terapia occorsi più frequentemente sono riferiti all'uso dei  
farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la  
somiglianza grafica e/o fonetica del nome e per l'aspetto simile delle  
confezioni. Tali errori possono verificarsi in qualsiasi fase della  
gestione del farmaco sia in ambito ospedaliero che territoriale.  
La presente Raccomandazione si pone come strumento per la  
prevenzione degli eventi avversi dovuti ad errori in corso di terapia  
farmacologica con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike".

Raccomandazione n. 12, agosto 2010

governo clinico  sicurezza dei pazienti

**Raccomandazione Ministeriale n.12**  
**agosto 2010**

# Farmaci LASA

Nomi che hanno un suono simile



Confezioni uguali e o nome uguale condosaggi diversi



## Farmaci LASA



Prestare particolare attenzione alla modalità di conservazione dei farmaci (anche di quelli sul carrello della terapia)

Disporre separatamente quei farmaci con nomi e/o confezionamento simili o evidenziarne la somiglianza con metodi e strumenti (anche contrassegni supplementari, codici colore, "allerta") **purché condivisi tra tutti gli operatori**



Etichetta gialla sulla scatola,  
Dosaggio evidenziato sulla scatola e sulla scheda terapia

## Preparazione e somministrazione

81%

### Usa un modulo dedicato alla terapia

- L'infermiere trascrive la terapia dell'ospite su un modulo cartaceo o informatizzato sulla base delle indicazioni date dal medico
- Il medico non scrive e non firma il modulo terapia informatizzato
- In alcuni moduli non esiste evidenza della somministrazione da parte dell'infermiere
- Il modulo di somministrazione è differente da quello della terapia
- L'avvenuta somministrazione viene registrata successivamente all'effettuazione della terapia
- Manca una tracciabilità completa della terapia



## Preparazione e somministrazione



**La scheda terapeutica unica (STU)** è una delle prime soluzioni per abbattere l'incidenza degli errori di terapia e consiste nella messa a punto e nell'adozione di una scheda per la **prescrizione, preparazione e somministrazione del farmaco**. La scheda terapeutica, facilita la comunicazione tra operatori differenti e **integra in un solo documento tutte le informazioni del processo terapeutico**.

A photograph of a Therapeutic Single Sheet (STU) form, which is a complex document used for medication management. The form is divided into several sections, including patient information, medication details, and a large table for recording medication administration over time. The text on the form is in Italian and includes fields for patient name, date, and various medication-related data.

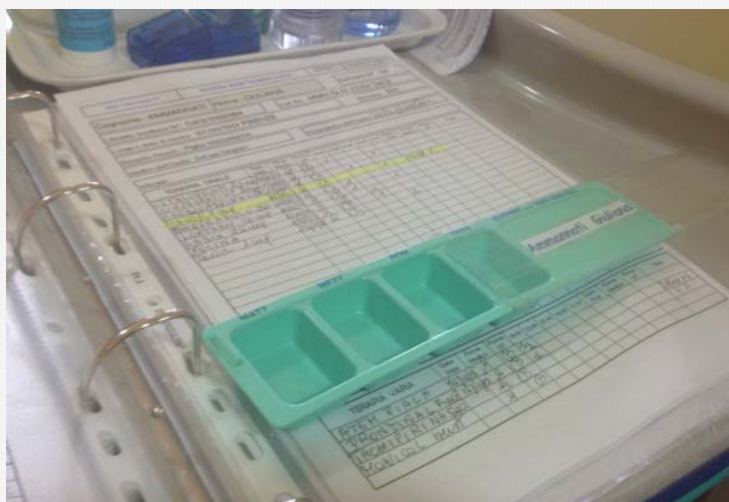
Preparazione e  
somministrazione

76,4 %

**I farmaci per la terapia sono preparati  
per tutti gli ospiti e poi somministrati**



# Preparazione e somministrazione



Preparazione e  
somministrazione



**La somministrazione della terapia  
è un atto univoco e sequenziale**

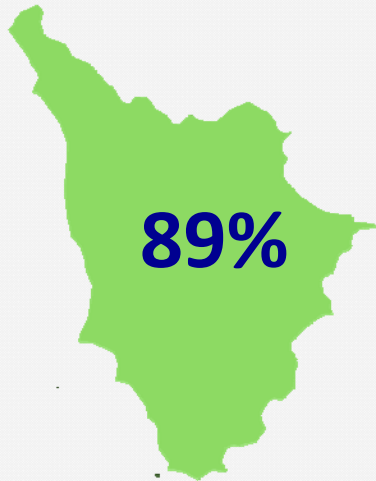


L'Infermiere che prepara è quello che  
somministra

## Preparazione e somministrazione

Nelle strutture sanitarie l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni mediche di farmaci ai sensi del D.M. n.739/1994, confermato dalla legge n.42/1999. Manca invece una omogenea regolamentazione per la somministrazione e l'aiuto all'assunzione di farmaci nelle strutture non sanitarie. *In alcune Regioni come il Veneto (L.R. 16 agosto 2001 n.20), la Lombardia (DGR n.VII/5428 del 6 luglio 2001) e il Trentino Alto Adige (DPGP Bolzano 28 dicembre 1999 n.72) la somministrazione di farmaci è riconosciuto espressamente compito degli OSS. A queste si è aggiunta di recente la Regione Emilia Romagna con la DGR n.220 del 24 febbraio 2014, che fa seguito alla DGR n.1404/2000 sui compiti dell'OSS.*

## Preparazione e somministrazione



89%

**Si usa il triturapasticche per tritare il farmaco**



**Il triturapasticche è personale dell'ospite solo nel 17%**

## Preparazione e somministrazione

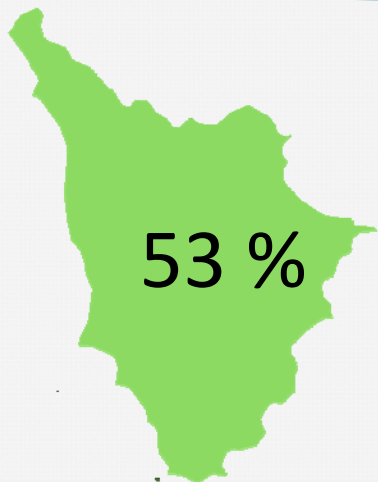
## Tritapastiche



Alterare la formulazione di un farmaco può **aumentarne la tossicità e diminuirne l'efficacia**. Nel caso di compresse gastroresistenti, comporta la distruzione del rivestimento, progettato per proteggere il passaggio del farmaco dallo stomaco all'intestino . Occorre valutare anche la quantità di **farmaco persa**.

Nel caso di una non corretta pulizia del tritapastiche o del mortaio si possono avere unioni di farmaci diversi con conseguenti **problemi di interazioni e allergie**.

## Preparazione e somministrazione



**Non vengono accettate prescrizioni telefoniche**



Nel 55% , per la prescrizione telefonica, non ci sono procedure condivise con il MMG

Nel 32% non ci sono procedure condivise neanche con i colleghi

# Preparazione e somministrazione

## Prescrizione telefonica



### Patient Safety Advisory

Produced by EDRI & ISMP under contract to the Pennsylvania Patient Safety Authority

#### Improving the Safety of Telephone or Verbal Orders

Verbal orders—those that are spoken aloud in person or by telephone—offer more room for error than orders that are written or sent electronically. Interesting speech is inherently problematic because of different accents, dialects, and pronunciations. Background noise, interruptions, and unfamiliar drug names and terminology often compound the problem. Once received, a verbal order must be transcribed as a written order, which adds complexity and risk to the ordering process. The only real record of a verbal order is in the memories of those involved.

When the recipient records a verbal order, the prescriber assumes that the recipient understood correctly. No one except the prescriber, however, can verify that the recipient heard the message correctly. If a nurse receives a verbal order and subsequently calls it to the pharmacy, there is even more room for error. The pharmacist must rely on the accuracy of the nurse's written transcription of the order and the pronunciation when it is read to the pharmacist. Sound-alike drug names also affect the accuracy of verbal orders. There have been numerous reports submitted to PA-PSRS in which drug name pairs have been misheard.

For example:

1. A misheard verbal order led to a patient's receiving enythronin instead of erythronin.
2. A nurse mistook a verbal order for Klonopin 0.1 mg when the intended medication was clonidine 0.1 mg.
3. A telephone order relayed to pharmacy by a nurse for "Viscero" was clarified by pharmacy as Vistari.

Drug names are not the only information prone to misinterpretation. Numbers are also easily misheard. Examples of this type of error reported to PA-PSRS include:

1. A phone order mistaken for Toradol 50 mg was administered prior to the pharmacy review, when the intended dose was 15 mg.
2. A patient told a doctor that she regularly took five 30 mg phenobarbital tablets at bedtime,

and the doctor wrote for 530 mg of phenobarbital. When the pharmacist called to clarify, the physician changed the order to 150 mg.

3. An emergency room nurse thought the physician stated that a patient was to receive "1 and 1/2 teaspoons" of Zithromax, which was given. In checking the written order, the dose was noted for 1/2 teaspoon.

Similar cases have also been reported to the Institute for Safe Medication Practices (ISMP). In one example, an emergency room physician verbally ordered "morphine 2 mg IV," but the nurse heard "morphine 10 mg IV." The patient received a 10 mg injection and developed respiratory arrest. In another case, a physician called in an order for "15 mg" of hydralazine to be given IV every 2 hours. The nurse, thinking that he had said "50 mg," administered an overdose to the patient who developed tachycardia and had a significant drop in blood pressure.

Communicating multiple medications verbally at the same time also increases the opportunity for error. ISMP has reported on a case in which a premature baby girl developed respiratory problems shortly after birth. Plans were made to transfer her to a NICU at a nearby children's hospital. While awaiting transfer, the physician gave a verbal order to administer ampicillin 200 mg and gentamicin 5 mg IV push. The nurse misheard the second antibiotic order as gentamicin 500 mg. The pharmacy was closed, so a nursing supervisor obtained seven vials of an adult concentration of gentamicin (80 mg/2 mL vials) from a night cabinet. The pediatric concentration (20 mg/2 mL vials) also was available in

This article is reprinted from the PA-PSRS Patient Safety Advisory, Vol. 3, No. 2—June 2006. The Advisory is a publication of the Pennsylvania Patient Safety Authority, produced by EDRI & ISMP under contract to the Authority as part of the Pennsylvania Patient Safety Reporting System (PA-PSRS).

Copyright 2006 by the Patient Safety Authority. This publication may be reprinted and distributed without restriction, provided it is printed or distributed in its entirety and without alteration. Individual articles may be reprinted in their entirety and without alteration provided the source is clearly attributed.

To see other articles or issues of the Advisory, visit our web site at [www.psa.state.pa.us](http://www.psa.state.pa.us). Click on "Articles" in the left-hand menu bar.

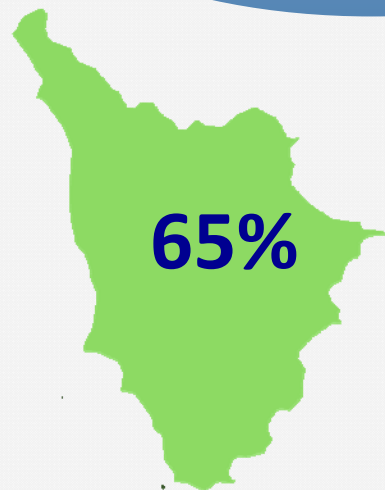
La prescrizione telefonica deve essere limitata a situazioni di urgenza e quando non può essere effettuata in altro modo (mail, fax), deve avere regole ben definite e condivise tra medici ed infermieri. Il medico deve pronunciare in maniera chiara il nome del farmaco e il suo dosaggio. L'infermiere deve ripeterlo ad alta voce, alla presenza di un altro operatore. Il farmaco deve essere scritto in scheda terapia e nella cartella paziente, specificando le modalità di comunicazione.

## Goal 2: Improve Effective Communication

### Standard IPSG.2

The hospital develops and implements a process to improve the effectiveness of verbal and/or telephone communication among caregivers.

# Autogestione



**Non viene accettata l'autogestione per ospiti autosufficienti**



Delle strutture che permettono l'autogestione agli ospiti autosufficienti solo 1 effettua tutte le azioni necessarie ad una corretta autogestione: **prescrizione del medico, valutazione della capacità di autogestione, consenso all'autogestione da parte dell'ospite, controllo dell'avvenuta assunzione da parte dell'infermiere e firma in scheda terapia**

# Autogestione



L'autogestione può essere considerata un processo di educazione sanitaria che deve essere attuato da parte dell'infermiere.

E' una strategia per:

- mantenere costante la **compliance**, non variando le abitudini precedenti. In alcuni casi il residente è infatti abituato a prendere a casa la sua terapia ad orari che non corrispondono a quelli in uso nella struttura
- mantenere l'**autonomia** della persona

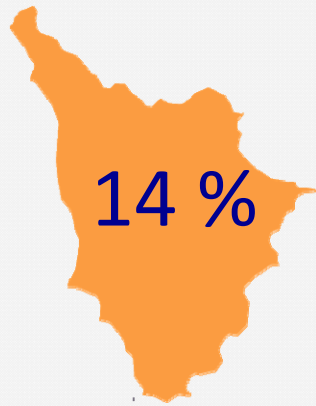
## Autogestione

Prima di iniziare un programma di autogestione della terapia, deve essere attuata **un'attenta valutazione del residente**, da parte dell'infermiere, per stabilirne la competenza a svolgere i compiti richiestigli.

In particolare, dovrà essere in grado di:

- **leggere e comprendere le indicazioni delle etichette dei farmaci;**
- **aprire e chiudere i contenitori;**
- **somministrarsi prodotti a uso topico come i colliri.**

# Farmacovigilanza



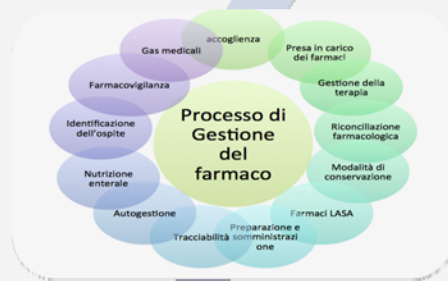
**Si sono verificate reazioni avverse ad un  
farmaco**



**Solo il 30% di queste strutture ha  
segnalato la reazione avversa alla  
farmacovigilanza dell'ASL di appartenenza**

# conclusioni

Si può parlare di gestione del farmaco solo se vi è cultura della sicurezza



**Questionario sulla cultura della sicurezza**

Progetto elaborato in collaborazione tra:  
Centro Studi Orsa  
Agenzia Regionale di Sanità  
Dipartimento di Sanità pubblica - Università di Firenze

- Risultati del campione relativo a 95 partecipanti -

**Il processo di gestione del farmaco**  
- QUESTIONARIO -

L'indagine su **IL PROCESSO DI GESTIONE DEL FARMACO** è un'iniziativa di "ICP del Valore in RSA" insieme al Centro Studi Orsa e al Dipartimento di medicina sperimentale e clinica dell'Università di Firenze.

**C'è del valore in RSA**

# raccomandazioni

## medici

- Favorire la conoscenza comune dei problemi
- Limitare le prescrizioni terapeutiche ai farmaci indispensabili

## infermieri

- Consapevolezza della necessità di un cambiamento
- Maggiore sensibilità verso la segnalazione degli errori terapia o i “quasi”errori per costruire un sistema più sicuro

## istituzioni

- Uso dei requisiti di accreditamento come reale leva per il miglioramento della qualità e della sicurezza.
- Promuovere l'utilizzo di uno schema terapeutico unico e specifico utilizzabile sia dai MMG che dai medici in ospedale per la dimissione

---

DISPOSITIVI  
FARMACOLOGICA  
ACCogliENZA  
ENTERALE  
NUTRIZIONE  
PREPARAZIONE  
PRESA DEI  
LASA  
OSPITE  
MEDICALI  
GAS  
DELL  
**FARMACI**  
CARICO AUTOGESTIONE TERAPIA  
SOMMINISTRAZIONE  
MEDICI TRACCIABILITÀ  
IDENTIFICAZIONE  
FARMACOVIGILANZA  
RICONCILIAZIONE  
GESTIONE  
CONSERVAZIONE

[giovannapaggi16@gmail.com](mailto:giovannapaggi16@gmail.com)