



DELIBERAZIONE N. 2268

DEL

6 DIC. 2022

OGGETTO: Procedura per la prevenzione degli errori in terapia, conseguenti all' uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.

(Raccomandazione n. 18 del Ministero della Salute) ADOZIONE.

**IL DIRETTORE f.f. U.O.C. QA/Rischio Clinico e
IL DIRETTORE Farmacia del P.O. di Ariano Irpino**

a seguito di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue ed i cui atti sono detenuti presso la Struttura proponente, rappresentano che ricorrono le condizioni di ammissibilità ed i presupposti giuridico-amministrativi finalizzati all'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i., e, in qualità di responsabili del procedimento, dichiarano, allo stato attuale, l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e della Misura M04 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza;

Premesso

- che la Asl di Avellino ha attivato diverse iniziative di gestione del Rischio Clinico e tra queste la implementazione delle Raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute per il miglioramento della sicurezza delle persone assistite, implementazione che rientra, tra l'altro, tra gli adempimenti LEA;
- che il Ministero della Salute ha emanato dal 2005 ad oggi n. 19 Raccomandazioni e tra queste la n. 18, dal titolo: "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all' uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli".

Considerato

- che l' implementazione e il monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali sono vincolanti ai fini della valutazione positiva degli obiettivi strategici della Direzione Aziendale della ASL nell'ambito dei LEA per il rischio clinico e la sicurezza dei pazienti;
- che il Ministero della Salute ha emanato dal 2005 ad oggi n. 19 Raccomandazioni e tra queste la n. 18, dal titolo: "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all' uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli";
- che la sopraggiunta situazione pandemica ha rallentato il lavoro di emissione delle Racc. Min., nonché la loro implementazione da parte delle Aziende Sanitarie;

- Che nelle more della ridizione del Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle persone assistite, si procede come per le precedenti;
- Che per la stesura della Procedura di implementazione della Raccomandazione n. 18 vi è stata collaborazione tra Direttore U.O.C. Farmacia P.O. Ariano I., e il Referente Aziendale Rischio Clinico;
- Che in data 26 agosto 2022 il Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico invia, tramite mail, la Bozza di procedura relativa alla Raccomandazione ministeriale n. 18 dal titolo: "Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli", ai Direttori dei P.O.O., con l'invito ad effettuare opportuna verifica e/o integrazioni/suggerimenti circa l'applicabilità della stessa nelle realtà ospedaliere aziendali, da far pervenire alla scrivente al fine di poter procedere alla formale adozione da parte dell'Azienda;
- Che in data 01 settembre 2022, la Direzione P.O. Di Ariano Irpino trasmette, tramite mail, al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico la risposta relativa alla procedura di cui trattasi, precisando che *"dopo opportuna verifica, si comunica che non vi è nulla da integrare/suggerire"*;
- Che in data 23 settembre 2022, la Direzione P.O. Di Sant' Angelo dei Lombardi trasmette, tramite mail, al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico la risposta relativa alla procedura di cui trattasi, precisando: *"dopo aver esaminato il documento alla luce dei riferimenti normativi e documentali, ne condivide il contenuto"*.

Visto

- Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008 punto 2. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, si impegnano a promuovere presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali (*omissis...*);
- Decreto 11 dicembre 2009, G.U. Serie Generale n. 8 del 12 gennaio 2010. Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES);
- Piano Sanitario Regionale 2011-2013 Clinical Governance e Sicurezza delle cure. La sicurezza dei pazienti è una delle fondamentali dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziati e i conseguenti possibili danni ai pazienti. Obiettivi di un programma aziendale sono: *"... Monitorare l'applicazione operativa delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e per la riduzione degli errori e dei rischi di errori e garantire un feedback informativo..."*;
- D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n. 189 art. 3 bis, comma 1: "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari", Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella;
- Programmi Operativi 2013-2015 in prosieguo del Piano di rientro DCA n. 82 del 5/07/2013 Programma 18: Sicurezza e Rischio Clinico.
- Patto della Salute 2014-2016. Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e Tavolo per la verifica degli adempimenti; tra gli adempimenti che vengono sottoposti a verifica c'è la adozione formale e successiva implementazione dei documenti ministeriali (Raccomandazioni ministeriali, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e checklist, ecc.);
- Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. GU n. 127 del 4.6.2015. 5. Standard generali di qualità. 5.3 Standard per i presidi ospedalieri di base e di I livello. Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di Gestione del rischio clinico - Sistema di segnalazione degli eventi avversi ...;
- Legge di stabilità 2016 /28 dicembre 2015 n. 208, art. 1, comma 538 La realizzazione delle attività di

prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente;

- Decreto Commissario ad Acta Regione Campania n. 14 del 01.03.2017: "Programmi Operativi 2016/2018. Approvazione", intervento 14.4 Rischio clinico e sicurezza dei pazienti. Rif. Adempimenti LEA: lett.as) Questionario LEA. Azione 14.4.1 — Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali. Tra gli obiettivi: Implementazione da parte delle Aziende Sanitarie di almeno 12 Raccomandazioni rispetto alle 17 emanate dal Ministero della Salute, da parte di almeno l'80% del totale delle Aziende Sanitarie della Regione;
- LEGGE 24/2017 (Gelli – Bianco) "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";

Richiamato

- la nota prot. n. 0868037 del 19/12/2014 della G. R. C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si ribadisce, tra l'altro, che "Le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli Eventi sentinella sono documenti utili, indiscutibilmente, per il perseguimento dell'obiettivo aziendale della prevenzione, del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure";
- la nota prot. n. 0693421 del 15/10/2015 e la nota prot. n. 0235421 del 06/04/2016 della G.R.C. La Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si invitano le Aziende sanitarie ed ospedaliere, in adempimento a quanto richiesto dal Ministero della Salute al tavolo LEA, ad adottare, contestualizzandole opportunamente, le Raccomandazioni ministeriali per la prevenzione/riduzione del rischio clinico;
- le note della G.R.C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale prot. n. 298101 del 26.04.2017 ad oggetto "Raccomandazioni ministeriali prevenzione "eventi sentinella" — Apertura monitoraggio 2017 su piattaforma web AgeNaS", prot. n. 437864 del 23.06.2017, ad oggetto: "adempimenti LEA — Rischio Clinico e sicurezza dei Pazienti, lett. AS" e prot. n. 444600 del 28.06.2017, ad oggetto: "Adempimenti D.M. 11.12.2009 (SIMES), Flusso informativo anno 2016";
- la delibera aziendale n. 1463 del 20.11.2015, viene adottato il Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti;
- la nota prot. nr. 20/QA dell' 11/01/2016, ad oggetto: "Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti", trasmessa ai coordinatori dei gruppi di lavoro (precedentemente individuati) per l'attuazione del percorso di recepimento aziendale delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti, si comunica agli stessi la obbligatorietà dell'adozione ed implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione/riduzione del rischio clinico, richieste dal Ministero della Salute al tavolo LEA e quindi obiettivo delle Direzioni Generali Aziendali;

Ritenuto

Essenziale recepire e implementare nell'intera ASL le 19 Raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute, assicurandone la conoscenza e l'applicazione da parte di tutti gli operatori sanitari tramite trasmissione e comunicazione a tutti i Direttori dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Dipartimenti e delle Unità Operative sanitarie complesse e semplici dipartimentali attraverso il sito istituzionale dell'Azienda;

Attestata

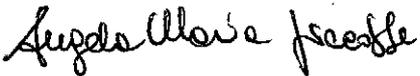
la legittimità della presente proposta, conforme alla normativa vigente ed ai regolamenti aziendali;

PROPONE

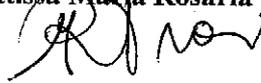
- di approvare il documento dal titolo: "Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli", PG/ RC n. 18, Rev.: 00, Data: 23/09/2022, allegata al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
- di stabilire che la procedura de quo è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o la opportunità, valutate dai Responsabili delle Farmacie Aziendali, dai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri e dal Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico; comunque e di norma va fatta una revisione con cadenza almeno biennale;
- di incaricare il Direttore della UOC Farmacia del P.O. di Ariano I. ed i Responsabili delle Farmacie dei P.O. di S. Angelo dei Lombardi di monitorare semestralmente l'implementazione e l'osservanza della Raccomandazione Ministeriale da parte dell'intero personale sanitario;
- di disporre che la procedura sia pubblicata sul sito web istituzionale, sezione Gestione Rischio Clinico, a cura del Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico, in maniera tale che ne sia data comunicazione a tutti i Direttori dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Dipartimenti e delle Unità Operative sanitarie complesse e semplici dipartimentali;
- di trasmettere, mediante le procedure aziendali in essere, copia del provvedimento in questione al Collegio Sindacale, come per legge, ed alla U.O.C. proponente per la notifica alle Macrostrutture, ai servizi interessati per il seguito di competenza ed a garantire le previste forme di pubblicità dell'atto secondo legge;
- di dare atto che il provvedimento de quo è immediatamente o ordinariamente eseguibile, attesa la necessità di assicurare i LEA e di implementare le Raccomandazioni Ministeriali.

L'estensore

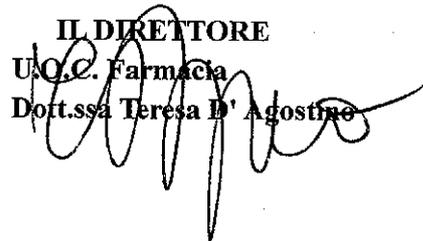
Dott.ssa Angela Maria Giacobbe



IL DIRETTORE f.f.
U.O.C. QA/Rischio Clinico
Dott.ssa Maria Rosaria Troisi



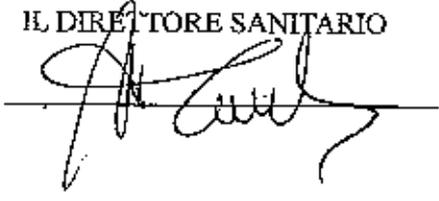
IL DIRETTORE
U.O.C. Farmacia
Dott.ssa Teresa D'Agostino



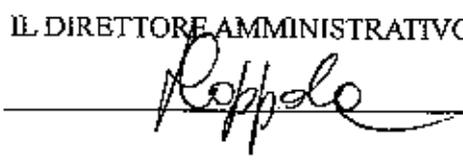
IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante
nominato con D.G.R.C. n. 324 del 21/06/2022
impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04/08/2022
impresso in servizio con la Delibera n. 1685 del 09/08/2022

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore/Responsabile della U.O. C QA/Rischio Clinico;
- Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:

IL DIRETTORE SANITARIO



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

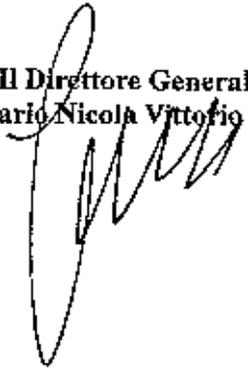


DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e per l'effetto, di:

- di approvare il documento dal titolo: "Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli", PG/ RC n. 18, Rev.: 00, Data: 23/09/2022, allegata al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
- di stabilire che la procedura de quo è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o la opportunità, valutate dai Responsabili delle Farmacie Aziendali, dai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri e dal Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico; comunque e di norma va fatta una revisione con cadenza almeno biennale;
- di incaricare il Direttore della UOC Farmacia del P.O. di Ariano I. ed i Responsabili delle Farmacie dei P.O. di S. Angelo dei Lombardi di monitorare semestralmente l'implementazione e l'osservanza della Raccomandazione Ministeriale da parte dell'intero personale sanitario;
- di disporre che la procedura sia pubblicata sul sito web istituzionale, sezione Gestione Rischio Clinico, a cura del Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico, in maniera tale che ne sia data comunicazione a tutti i Direttori dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Dipartimenti e delle Unità Operative sanitarie complesse e semplici dipartimentali;
- di trasmettere, mediante le procedure aziendali in essere, copia del provvedimento in questione al Collegio Sindacale, come per legge, ed alla U.O.C. proponente per la notifica alle Macrostrutture, ai servizi interessati per il seguito di competenza ed a garantire le previste forme di pubblicità dell'atto secondo legge;
- di dare atto che il provvedimento de quo è immediatamente o ordinariamente eseguibile, attesa la necessità di assicurare i LEA e di implementare le Raccomandazioni Ministeriali.

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante





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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

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

(Implementazione della Raccomandazione Ministeriale N°18)

Revisione del		Distribuzione controllata
Motivo Revisione		Presidio Ospedaliero di Ariano I.
Redazione	Gruppo di Lavoro: - Dir. ff UOC QA/Rischio Clinico <i>[Signature]</i> - CPS Inf. QA/Rischio Clinico <i>[Signature]</i> - Dir. UOC Farmacia Osp. P.O. Ariano I. <i>[Signature]</i>	Presidio Ospedaliero di Sant'Angelo dei L. SPS di Bisaccia – Distretto di Sant'Angelo dei L. Hospice di Solofra- Distretto di Atripalda
Verifica	Direzione P.O. Ariano Irpino <i>[Signature]</i> Direzione P.O. Sant'Angelo dei Lombardi <i>[Signature]</i>	Strutture Residenziali Distretti DSM
Approvazione	- Dir. ff UOC QA/Rischio Clinico - Dir. Sanitario	Dipartimento di Prevenzione – Medicina Legale/Medicina dello sport Cure Domiciliari
Autorizzazione	Direttore Generale Direttore Sanitario	MMG e PLS



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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE

2. SCOPO E CAMPI DI APPLICAZIONE

- 2.1 A chi
- 2.2 Dove
- 2.3 Per chi

3. MODALITA' OPERATIVE

- 3.1 La Prescrizione
- 3.2 La Standardizzazione
- 3.3 Procedure, protocolli e istruzioni operative.
- 3.4 Informazioni, Formazione, Controlli, Comunicazione, Responsabilità.
- 3.5 Tecnologie
- 3.6 Ruolo dell'Azienda farmaceutica.

4. IMPLEMENTAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLA RACCOMANDAZIONE

5. TABELLE

- 5.1 Tabella 1. Indicazioni per l'uso di acronimi, abbreviazioni, sigle e simboli.
- 5.2 Tabella 2. Abbreviazioni Unità di Misura consentite
- 5.3 Tabella 3. Abbreviazioni Forme Farmaceutiche consentite
- 5.4 Tabella 4. Abbreviazioni Vie di Somministrazione consentiti

6. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

ALLEGATI



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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

1. INTRODUZIONE.

Durante le varie fasi di gestione della terapia farmacologica, sia in ambito ospedaliero che in quello territoriale, l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, sebbene sia una prassi consolidata, può portarci a commettere errori, come ampiamente documentato dalla Letteratura. Il Medmarx reporting system ha rilevato che il 4,7% dei 643.151 errori riferiti, tra il 2004 e il 2006, da 682 strutture sanitarie statunitensi erano riconducibili all'utilizzo di abbreviazioni. Altri studi hanno evidenziato che la maggior parte degli errori in terapia si verificano durante la prescrizione e riguardano il confondimento tra farmaci con nomi o pronuncia simili oppure tra unità di misura e dosaggi. Nel 2004 la Joint Commission International (JCI) ha predisposto una lista contenente un numero minimo di abbreviazioni ritenute potenziali causa di errore e ha raccomandato agli ospedali di elaborarne una propria con abbreviazioni o acronimi standardizzati. Allo stesso modo l'Institute for Safe Medication Practices (ISMP) ha redatto una lista più ampia di abbreviazioni, simboli e acronimi, che è preferibile non utilizzare, e nel 2006 ha lanciato, con la Food and Drug Administration (FDA), una campagna di informazione riguardo gli errori in terapia causati dall'uso di abbreviazioni focalizzando l'attenzione sulla necessità di eliminare quelle potenzialmente critiche. Alcune Società scientifiche, inclusa l'European Society of Clinical Pharmacy (ESCP), si sono interessate alla problematica e hanno predisposto un glossario per favorire la diffusione di una terminologia standardizzata e la comunicazione tra differenti stakeholder. L'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), nel Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices (2013), ha incluso tra le raccomandazioni "altamente consigliate", l'uso di una lista di abbreviazioni da "non usare". Tale disposizione è stata evidenziata anche in alcuni documenti ministeriali prodotti in tema di sicurezza dei pazienti, tra cui la Raccomandazione n. 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica, che considera l'uso di abbreviazioni come uno dei fattori contribuenti al verificarsi degli eventi avversi. Sebbene la maggior parte degli studi riportati dalla letteratura internazionale evidenzino errori che non sono ugualmente riproducibili nelle nostre realtà (eccetto quelli riferiti alle unità di misura e al dosaggio dei farmaci), bisogna considerare le numerose segnalazioni, provenienti dalle Unità Farmaci Antineoplastici (UFA), di errori presenti nelle prescrizioni cartacee attribuibili agli acronimi dei protocolli di chemioterapia e alle abbreviazioni dei nomi dei farmaci antineoplastici. Anche dai sistemi di Incident reporting delle Aziende sanitarie appare evidente come abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, possono influenzare negativamente la comunicazione tra operatori sanitari e tra questi e pazienti/caregiver. Pertanto, risulta fondamentale, al fine di prevenire gli errori in terapia, che medici, farmacisti e infermieri adottino un linguaggio comune e possano ricorrere ad abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli "standardizzati". La "standardizzazione" della terminologia e delle definizioni facilita il confronto tra i vari dati e le informazioni all'interno dell'Organizzazione Sanitaria e con



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

PG/RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

altre organizzazioni, garantendo il facilita il confronto tra dati e informazioni all'interno dell'organizzazione sanitaria e con altre organizzazioni garantendo la sicurezza nelle transizioni di cura (ricovero del paziente in ospedale, dimissione, trasferimento tra reparti della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria). La Raccomandazione n. 18 del Ministero della Salute (pubblicata il 13 dicembre 2018) riporta all'attenzione dei professionisti e delle Organizzazioni Sanitarie il tema degli **errori in terapia** il cui impatto è stato fortemente attenuato negli ultimi anni, ma che rappresentano ancora uno dei principali **eventi avversi** riportati in letteratura. In particolare la Raccomandazione si sofferma sul rischio sotteso all'utilizzo non standardizzato di **abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli** che si configura come problematica attinente al processo di prescrizione ma che inficia fortemente la sicurezza della somministrazione e può determinare quindi errori in una pratica prevalentemente infermieristica.

2.SCOPO E CAMPI DI APPLICAZIONE.

Scopo della presente procedura, "Recepimento ed Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n° 18", è fornire indicazioni per prevenire gli errori in terapia conseguenti all'utilizzo di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, migliorare la sicurezza nella gestione dei farmaci, e standardizzare il lavoro. La presente Raccomandazione si applica a tutte le Organizzazioni (Unità Operative, Blocchi Operatori, Servizi territoriali, Strutture Intermedie, Ambulatori) nelle quali si utilizzino e si prescrivono Farmaci.

2.1. A CHI

La procedura è indirizzata a:

- Tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, farmacisti od altro professionista coinvolto nella gestione dei farmaci)
- Referenti di Reparto per il Rischio Clinico (Facilitatori)
- Direttori di UU.OO.
- Direzione Sanitaria e Referente Aziendale Rischio Clinico.

2.2. DOVE

La presente procedura si applica in tutte le Strutture della ASL di Avellino, dei PP.OO. e dei Servizi Territoriali nelle quali venga prescritta una terapia farmacologica, sia in ambito ospedaliero che residenziale/domiciliare.

2.3 PER CHI

La procedura è a tutela dei pazienti che devono seguire una terapia in ambito ospedaliero, residenziale e domiciliare.



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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

3. MODALITA' OPERATIVE

Gli errori conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli possono interessare tutte le fasi di gestione del farmaco in ospedale e sul territorio. Una brutta grafia, ad esempio, può rendere difficile la comprensione di una prescrizione e causare errori nella disposizione e nella somministrazione di una terapia farmacologica. La prescrizione, tuttavia, risulta essere particolarmente critica, soprattutto la prescrizione verbale (compresa quella telefonica), sebbene sconsigliata, viene tuttora utilizzata in alcune situazioni di emergenza/urgenza.

3.1 La Prescrizione.

La prescrizione verbale (compresa quella telefonica) della terapia farmacologica è sconsigliata perché genera facilmente errori; ma qualora sia necessario ed inevitabile utilizzarla:

- seguire le indicazioni dell'Algoritmo "Prescrizione Verbale" (vedi Allegato n. 1);
- limitarla a situazioni di emergenza/urgenza predefinite (ad esempio, in Sala Operatoria, in Pronto Soccorso e in Terapia Intensiva);
- limitarla per quei pazienti, inseriti in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), già presi in carico e visitati dal medico che ha fatto la diagnosi.
- ricordare che la prescrizione verbale di farmaci antineoplastici è sempre vietata.

In caso di prescrizione verbale si ricorre al read back/repeat back: il medico, dopo aver chiesto l'identificazione dell'interlocutore (altro medico, infermiere) incaricato alla somministrazione, comunica la prescrizione specificando il nome del farmaco, il dosaggio, la posologia, la via di somministrazione. Se sono previste operazioni di diluizione (ad esempio, uso di farmaci per via endovenosa) va aggiunta l'indicazione del diluente e del volume. L'interlocutore ripete tutta la prescrizione verbale e chiede conferma; il medico prescrittore conferma la prescrizione oppure ripete l'indicazione in caso di informazioni errate. Ai fini della tracciabilità, si deve documentare e firmare chiaramente la prescrizione verbale nella cartella clinica e/o in altra documentazione sanitaria prima possibile, annotando nome e cognome del prescrittore, data e ora in cui viene effettuata la comunicazione.

3.2 La Standardizzazione.

In accordo con le disposizioni adottate a livello nazionale in tema di gestione del rischio clinico, oltre alle indicazioni per la corretta prescrizione (completezza dei dati riferiti a data, paziente, farmaco, prescrittore, tracciabilità, responsabilità) occorre mettere in atto diversi interventi per standardizzare abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, che devono riguardare:

- Le prescrizioni delle terapie farmacologiche, comunque redatte (scritte a mano, prestampate, elettroniche) con particolare attenzione a quelle pediatriche. In caso di



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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

scrittura a mano è necessario usare lo stampatello. Sono comprese le prescrizioni verbali (anche quelle telefoniche) permesse in determinate situazioni come descritto al punto 3.1

- La Scheda unica/Foglio unico di terapia in formato cartaceo e/o elettronico;
- La Scheda della Riconciliazione farmacologica in formato cartaceo e/o elettronico;
- La documentazione sanitaria utilizzata e prodotta durante le varie fasi di gestione del farmaco in ospedale e sul territorio inclusa la lettera di dimissione;
- Le etichette utilizzate per le formulazioni galeniche, le preparazioni dei farmaci iniettabili, le miscele di nutrizione parenterale totale;
- La redazione dei Piani terapeutici (P.T.);
- Le istruzioni scritte per il paziente sulla gestione della terapia farmacologica, comprese quelle fornite dal Medico di medicina generale e dal Farmacista del territorio.

3.3 Procedure, Protocolli, Istruzioni Operative.

La presente Procedura Aziendale recepisce la Raccomandazione n. 18 del Ministero della Salute ed è ad essa ispirata. Inoltre l'U.O.C. Rischio Clinico ne monitora l'applicazione e ne cura l'aggiornamento. La procedura riporta le informazioni su abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli da "non utilizzare" e su ciò che va utilizzato in loro vece (vedi Tabella 1).

In particolare, per la prevenzione degli errori in terapia:

- a) scrivere il nome del principio attivo per esteso (alcune abbreviazioni possono essere collegate a più farmaci dal nome simile) ed evitare sia gli acronimi (e nel caso si usino accompagnarne la descrizione come ad esempio 5-FU, 5-Fluoro Uracile) sia le formule chimiche.
- b) lasciare uno spazio tra nome e il dosaggio, in modo particolare per quei nomi che finiscono in l (elle) per evitare interpretazioni errate (ad esempio, Inderal 40 mg al posto di Inderal40mg che potrebbe essere confuso con Inderal 140 mg);
- c) lasciare uno spazio tra il dosaggio e l'unità di misura (ad esempio, 10 mg e non 10mg in quanto la lettera m (emme) potrebbe essere confusa con lo zero;
- d) usare per esteso "Unità" al posto di "U" e "unità" al posto di "u" nella scrittura manuale; allo stesso modo scrivere per esteso "Unità Internazionali" al posto di IU.
- e) esprimere il dosaggio/superficie corporea come quantità totale del farmaco;



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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

- f) usare i numeri arabi (ad esempio, 1, 2, 5, 10, 100, 500, 1.000) e non quelli romani (ad esempio, I, II, V, X, C, D, M, salvo codificarne l'utilizzo con una tabella specifica. Vedi Allegato 1).
- h) non mettere lo zero terminale dopo la virgola per le dosi espresse da numeri interi (ad esempio, scrivere 1 mg invece che 1,0 mg in quanto potrebbe essere confuso con 10 mg);
- i) scrivere sempre lo zero prima dei decimali inferiori ad un'unità (ad esempio, scrivere 0,5 g invece di ,5 g che può essere erroneamente interpretato come 5 g se non viene letta la virgola) oppure trasformarli (ad esempio, scrivere 500 mg invece che ,5 g che può essere erroneamente interpretato come 5 g se non viene letta la virgola);
- j) usare il punto per separare i tre zeri delle migliaia o usare parole come 1 milione per favorire la corretta interpretazione (ad esempio, 1000 unità va scritto 1.000 unità, 10000 unità va scritto 10.000 unità);
- k) specificare chiaramente la posologia evitando indicazioni generiche come "un cucchiaino", "un misurino";
- l) evitare schemi posologici ambigui, ma precisare, senza abbreviazioni e sigle, l'esatta periodicità dell'assunzione (ad esempio, "due volte al giorno" ha significato diverso per l'assunzione di un antibiotico da somministrare ad intervalli determinati come "ogni 12 ore" rispetto ad un antiacido da assumere a pranzo e a cena). Evitare sempre la dicitura "al bisogno";
- m) indicare, per i prodotti liquidi, la quantità di principio attivo riferita ad un'unità di preparato (ad esempio, mg/ml). Bisogna ricordare che la prescrizione di soluzioni deve consentire di individuare la dose del farmaco per ogni singola somministrazione, la concentrazione e il volume;
- n) evitare l'uso delle frazioni (ad esempio, $\frac{1}{2}$ compressa ovvero "metà compressa" può essere frainteso con 1 o 2 compresse) e sostituire, ove possibile, il farmaco con altra forma farmaceutica avente il dosaggio necessario;
- o) scrivere le unità di misura secondo il sistema metrico decimale.

Per le misure di capacità viene accettato il litro l (L) e sottomultipli: scrivere, ad esempio, ml o mL e mai "cc". (vedi Tabella 2)

Per quanto riguarda le unità di misura del peso, μg (sebbene presente nel sistema metrico decimale) potrebbe essere confondente, come anche mcg, e quindi bisogna scrivere per esteso microgrammi;

p) evitare, nella scrittura manuale, i simboli + più; = uguale; \leq minore o uguale; \geq maggiore o uguale, in quanto possono essere confusi con numeri e quindi indicarli con le lettere;



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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

q) evitare le abbreviazioni in latino (ad esempio, la dicitura os scambiata per occhio oppure orecchio sinistro) e quelle in lingua inglese;

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

La procedura relativa all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, comprende un elenco riferito di abbreviazioni delle forme farmaceutiche (ad esempio, cps ossia capsula) e delle vie di somministrazione (ad esempio, ev ossia endovena) (vedi Tabelle 3 e 4). È altresì doveroso offrire al paziente o ai caregiver indicazioni scritte, circa le modalità di assunzione e somministrazione delle terapie farmacologiche, che siano chiare, complete e prive di abbreviazioni, specialmente all'atto della dimissione, assicurandosi, per quanto possibile, che siano comprese.

I Direttori di U.O. devono effettuare le dimissioni tenendo conto delle suddette indicazioni.

Il Farmacista ospedaliero, inoltre, fornisce le informazioni al paziente dimesso riguardo la prima erogazione di farmaci. Dalla seconda erogazione si fa riferimento al MMG e alla Farmacia territoriale di competenza; se la prescrizione è con P.T. (con Piano Terapeutico) si fa riferimento allo Specialista, il quale provvede al rinnovo del P.T. alla scadenza dello stesso. Gli utenti che per la prima volta si recano in Farmacia per la distribuzione diretta, su prescrizione di uno Specialista, con P.T., ricevono le medesime informazioni.

3.4 Informazione, formazione, controllo, comunicazione, responsabilità.

- Le UU.OO/Strutture/Ambulatori devono informare gli operatori sanitari sui possibili errori in terapia associati all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, e prevedere un'attività costante di Formazione sull'argomento nonché monitorare gli interventi intrapresi.
- È necessario intervenire sui processi di comunicazione che intercorrono tra i diversi ambiti di cura e tra operatori sanitari e tra questi e pazienti/caregiver. Una fluida e trasparente comunicazione, in ospedale e sul territorio, tra Farmacisti e Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) nonché un linguaggio, condiviso anche nei prontuari, nei documenti e nei glossari regionali, rappresentano uno strumento fondamentale nella prevenzione degli errori in terapia.

3.5 Le Tecnologie.

Anche se in ambito ospedaliero ancora non è consolidata la prescrizione informatizzata, l'utilizzo del Piano Terapeutico attraverso il sistema regionale SANIARP riduce considerevolmente gli errori; bisogna disporre di sistemi dotati di apposita legenda che aiutino, qualora si utilizzi ad esempio, un acronimo, ad evidenziarne il significato. Analogamente, anche negli studi/ambulatori dei Medici di Medicina generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e nelle Farmacie di comunità, sono necessarie tecnologie che



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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

tengano conto di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli “standardizzati” per assicurare (nel rispetto della privacy e della specifiche competenze professionali) la trasmissione e la conoscenza dei dati relativi alla terapia farmacologica e per garantire una completa presa in carico del paziente, la continuità ospedale/territorio, l’implementazione del fascicolo elettronico e il processo della “Riconciliazione farmacologica”. Vanno prese in considerazione le modalità di integrazione delle informazioni contenute nella cartella clinica (qualora diventerà informatizzata), nella ricetta elettronica (già in uso), nel Prontuario Regionale. Sarebbe auspicabile prevedere indicazioni per l’utilizzo di Programmi informatizzati in uso nella nostra Asl, come ad esempio SANIARP per la redazione di Piani Terapeutici, SIAC/FIORI per prescrizioni personalizzate per singoli farmaci (ad es. ALBUMINA, EPO, KCL, alcuni ANTIBIOTICI, IGM.).

3.6 Ruolo dell’Azienda Farmaceutica.

L’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) rappresenta l’Istituzione pubblica competente per l’attività regolatoria dei farmaci nel nostro Paese e per la Farmacovigilanza; inoltre, intraprende iniziative per il corretto uso dei farmaci e per la sicurezza dei pazienti. L’Azienda farmaceutica ha un ruolo determinante nella prevenzione degli errori in terapia in quanto può:

- verificare la presenza di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli confondenti nel confezionamento e in tutto il materiale utilizzato nella comunicazione (a scopi promozionali, formativi e informativi), compreso i foglietti illustrativi, e apportare idonee misure per evitare errate interpretazioni;
- collaborare con le Istituzioni preposte alla tutela della sicurezza dei pazienti e all’implementazione della Raccomandazione ministeriale.

4. IMPLEMENTAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLA RACCOMANDAZIONE.

La Direzione Sanitaria Aziendale incarica la U.O.C. QA/Rischio Clinico di procedere al monitoraggio della applicazione della Procedura e alla Revisione della stessa, fermo restando la responsabilità della adozione della procedura affidata ai Direttori/Responsabili delle UU.OO./Strutture.

Il Ministero della Salute rileva le criticità eventualmente emerse dai monitoraggi e provvede ad aggiornare ed integrare la Raccomandazione con il contributo di altre Istituzioni.



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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

La Raccomandazione sarà oggetto di revisione periodica da parte del Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria- e sarà aggiornata in base alle evidenze emerse dai monitoraggi della sua implementazione.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI.

- 1) Raccomandazione Ministeriale N° 18 – Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.
- 2) Raccomandazioni Ministeriali N. 7 E N. 12
- 4) Procedura Per La Riconciliazione Farmacologica – Implementazione Della Raccomandazione Ministeriale N.17.
- 5) Procedura Aziendale per il Corretto Utilizzo Delle Soluzioni Concentrate di Cloruro Di Potassio – Kcl – Ed altre Soluzioni Concentrate contenenti Potassio.
- 6) Polidori P, Adami S, Ciampalini S, Di Giorgio C, La Russa R. Linee guida per la prevenzione del rischio clinico correlato all'utilizzo dei farmaci ad alto rischio e degli acronimi, simboli, sigle e abbreviazioni. Ed. Il Campano. Ott. 2015-pg.69-79
- 7) Cohen MR, Davis NM. Avoid dangerous Rx abbreviations. Am Pharm. 1992 Feb; NS32 (2):20-1.
- 8) Abushaiqa ME, Zaran FK, Bach DS, Smolarek RT, Farber MS. Educational interventions to reduce use of unsafe abbreviations. Am J Health Syst Pharm. 2007 Jun 1; 64(11):1170-3
- 9) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Facts about the Official "Do Not Use" List. Jun, 2011.
- 10) Kuhn IF. Abbreviations and Acronyms in Healthcare: When Shorter Isn't Sweeter. Pediatric Nursing. 33(5):392-398, September/October 2007 Brunetti
- 11) Brunetti L. Abbreviations formally linked to medication errors. Healthcare Benchmarks Qual Improv. 2007;14(11):126-8.
- 12) Brunetti L, Santell JP, Hicks RW. The Impact of Abbreviations on Patient Safety. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2007; 33: 576-583
- 13) Institute for Safe Medication Practices. ISMP's List of Error-Prone Abbreviations, Symbols, and Dose Designations. 2011.
- 14) Carollo A, Rieutord A, Launay-Vacher V; European Society of Clinical Pharmacy. European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) glossary of scientific terms: a tool for standardizing scientific jargon. Int J Clin Pharm. 2012 Apr; 34(2):263-8.
- 15) DIMENSIONE INFERMIERE, Filippo Di Carlo.



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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

5.1 TABELLA 1

Indicazioni per l'uso di acronimi, abbreviazioni, sigle e simboli.

NON SCRIVERE	POTENZIALE PROBLEMA	SCRIVERE
abbreviazioni e formule chimiche per indicare il nome di un farmaco	errata interpretazione dovuta ad esempio all'uso di abbreviazioni simili per indicare farmaci diversi	il nome del principio attivo per esteso e completo
solo l'acronimo per i protocolli di chemioterapia	l'acronimo non accompagnato da spiegazione genera errata interpretazione	tutti i nomi dei principi attivi per esteso con la relativa posologia per i protocolli di chemioterapia
U oppure u <u>se scritto a mano</u>	U (significato unità) può essere erroneamente interpretato come "0" (zero) causando un sovradosaggio di 10 volte ad esempio, 4U può essere interpretato come 40	Unità per esteso
una dose che prevede più di tre zeri senza il punto separatore	ad esempio 100000 unità può essere interpretato come 10.000 oppure 1.000.000	il punto per separare i tre zeri oppure usare parole come 1 milione per favorire la corretta interpretazione del numero
O.S. per indicare somministrazione orale	OS può essere interpretato come occhio sinistro oppure orecchio sinistro	Somministrazione orale oppure per via orale



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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

<p>i simboli + = ≤ ≥ <u>se scritti a mano</u></p>	<p>i simboli possono essere interpretati come numeri ad esempio + (con significato più, e) può essere erroneamente interpretato come 4</p>	<p>più, e uguale minore o uguale maggiore o uguale</p>
<p>cc ossia centimetro cubo</p>	<p>cc può essere confuso con lo zero</p>	<p>ml (accettato mL)</p>
<p>µg ossia microgrammo <u>se scritto a mano</u></p>	<p>µg può essere erroneamente interpretato come mg (milligrammo) causando sovradosaggi</p>	<p>microgrammo per esteso</p>
<p>lo zero dopo la virgola ad esempio 1,0 mg per le dosi espresse dai numeri interi</p>	<p>ad esempio 1,0 mg può essere interpretato come 10 mg</p>	<p>le dosi espresse da numeri interi senza virgola e zero</p>
<p><u>i decimali inferiori</u> ad un'unità senza lo zero prima della virgola ad esempio ,5g</p>	<p>ad esempio ,5g può essere interpretato come 5 g</p>	<p>lo zero prima della virgola oppure trasformare i <u>decimali inferiori ad una unità</u> ad esempio 0,5 g in 500mg</p>
<p>I numeri romani (ad es. I,II,V,X,C,D...)</p>	<p>Potrebbero</p>	<p>Usare i numeri arabi (1,2,5,10,100,500...)</p>

(come riportato dalla Raccomandazione del Min. Sal.)



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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

5.2 TABELLA 2 Abbreviazioni Unità di Misura consentite

ACRONIMO	DESCRIZIONE
Kg	Kilogrammo
gr	Grammo
mg	Milligrammo
microgrammo	Microgrammo
L	Litro
eL	Centilitro
mL	Millilitro
microlitro	Microlitro
M	Metro
mm	Millimetro

5.3 TABELLA 3 Abbreviazioni Forme Farmaceutiche consentite

ACRONIMO	DESCRIZIONE
Cp	Compressa
Cps	Capsula
Fl	Fiale
Flac	Flaconi
Gtt	Gocce
Supp	Supposte
Cerotti	Cerotti /Sistema transdermico

5.4 TABELLA 4 Abbreviazioni Vie di Somministrazione consentite

ACRONIMO	DESCRIZIONE
E.V.	Endovena
I.M.	Intramuscolo
Somministrazione orale oppure "Orale"	Somministrazione per via orale
Sublinguale	Sublinguale
S.C.	Sottocutanea

(come riportato dalla Raccomandazione del Min. Sal.)

Per quanto riguarda le altre vie di somministrazione (oculare, vaginale, rettale, transdermica, otologica, rinologia, ecc.) qualora vengano usate debbono essere esplicitamente indicate.



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

PG/ RC n. 18

Rev: 00

Data: 23/09/2022

La “raccomandazione” in pillole

- **ATTENZIONE ALLE PRESCRIZIONI VERBALI E TELEFONICHE!**
Sono **sconsigliate** ma, se utilizzate, devono essere disciplinate da procedura aziendale, limitate a situazioni predefinite e previste solo per pazienti già precedentemente valutati dal medico e con una diagnosi.
- **MAI** utilizzare prescrizioni verbali/telefoniche **per farmaci antitumorali**. Utilizzare tecniche di **read back/repeat back** e tracciare tutto nella documentazione clinica.
- **UTILIZZARE LO STAMPATELLO PER LE PRESCRIZIONI SCRITTE A MANO.**
- **STANDARDIZZARE ABBREVIAZIONI, ACRONIMI SIGLE E SIMBOLI** nel FUT (Foglio Unico Terapia), nella Riconciliazione terapeutica, nella cartella clinica, nella etichettatura dei farmaci, nella lettera di dimissione e in tutte le istruzioni fornite al paziente sulla gestione della sua terapia.
- **PREVEDERE INTERVENTI FORMATIVI/INFORMATIVI** per tutti gli attori coinvolti nei processi di gestione dei farmaci.
- **INCREMENTARE L'INFORMATIZZAZIONE**, disponendo di legenda per evidenziare il significato di un acronimo, quando utilizzato.

Soprattutto gli infermieri non possono che recepire e sollecitare la concreta implementazione in ogni setting di questa Raccomandazione che, rendendo più sicura la somministrazione dei farmaci, rende più sicura l'assistenza per i nostri assistiti. Inoltre, nella elaborazione e revisione di procedura aziendale, bisognerebbe prevedere **azioni in caso di illeggibilità della grafia** o di utilizzo di acronimi, abbreviazioni, sigle, simboli non autorizzati; situazioni, queste, in cui l'infermiere somministratore rappresenta l'ultima barriera per intercettare un possibile errore.

PUBBLICAZIONE E TRASMISSIONE

La pubblicazione del presente atto è a cura della UOSD Affari Generali e la sua durata è di giorni 15 dalla effettiva data di pubblicazione (caricamento sull'albo pretorio on line).

La trasmissione di copia della presente Deliberazione a Enti/Organi/interessati esterni all'ASL, espressamente indicati nell'atto, viene effettuata nelle modalità previste dalla normativa vigente dalla Struttura Proponente.

L'inoltro alle UU.OO. aziendali e/o ai destinatari interni all'ASL avverrà in modalità digitale, in ossequio alle disposizioni vigenti.

ASL AVELLINO
UOSD AFFARI GENERALI
Pubblicato il
6 DIC. 2022

