

I MANUALI DEL FARMACISTA SIFO



CHECKLIST istruzioni per l'uso







CHECKLIST: istruzioni per l'uso



Autori

Silvia Adami

Area Sanità e Sociale - Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria Servizio Farmaceutico Regione Veneto

Susanna Ciampalini

*Dipartimento della Programmazione sanitaria e dell'Ordinamento del SSN
Direzione Generale della Programmazione sanitaria - Ministero della Salute*

Rosamaria Congedo

*Direttore U.O.C. Farmacia Ospedaliera
Azienda Ulss 17 - Monselice(PD)*

Piera Polidori

*Direttore Dipartimento Farmacia Clinica
ISMETT - Palermo*

Raffaella La Russa

*Laboratorio di Galenica Clinica
AO San Camillo Forlanini - Roma*

Ha collaborato alla stesura del manuale:

Serena Dominici

Servizio di Farmacia Ospedale Rizzoli Bagheria (PA)

***“Quando commetti un errore, ammettilo, correggilo
e impara da esso, immediatamente”***

Stephen R. Covey

INDICE

1. Introduzione e scopo delle checklist <i>Raffaella La Russa</i>	9
2. La checklist ideale: come si crea una checklist <i>Rosamaria Congedo</i>	11
3. Esempi di checklist <i>Piera Polidori, Raffaella La Russa, Rosamaria Congedo, Serena Dominici, Silvia Adami</i>	13
4. Validazione delle checklist e verifica di conformità <i>Piera Polidori</i>	63
5. Raccolta di link utili <i>Piera Polidori</i>	68
6. Conclusioni <i>Susanna Ciampalini</i>	73
7. Bibliografia	76

INTRODUZIONE E SCOPO DELLE CHECKLIST

Il Manuale sulle checklist nasce dal lavoro di squadra dell'Area Gestione del Rischio Clinico* che ha consentito di raccogliere, analizzare ed elaborare checklist relative alla gestione dei *beni* farmaceutici all'interno delle Aziende Sanitarie, in modo da diffondere tra i colleghi la conoscenza e l'applicazione di questo strumento e favorire la sicurezza nell'utilizzo dei farmaci e dei dispositivi medici.

Il progetto completa il percorso di formazione sulle "Tecniche di valutazione del rischio clinico", durante il quale è emerso l'interesse dei colleghi per le checklist.

Ci è sembrato, pertanto, opportuno e di notevole utilità mettere insieme le nostre conoscenze e le nostre esperienze per produrre un Manuale da condividere e rendere fruibile da parte di tutti i colleghi in modo che ognuno possa applicare le checklist, eventualmente adeguandole alla propria realtà, ma sfruttando un modello consolidato.

Quante volte ci domandiamo: "Ho eseguito bene il mio lavoro? Ho verificato tutte le azioni svolte? Ho rispettato le procedure?". Quante volte ci poniamo dubbi sui percorsi operativi effettuati. Siamo sempre più consapevoli che è sufficiente non aver eseguito correttamente una singola operazione per causare un errore, per provocare un danno ad un paziente.

La complessità del nostro lavoro e la ripetizione di operazioni di routine può portare a dimenticare dei passaggi, a non eseguire correttamente delle operazioni senza rendercene conto, a saltare delle operazioni anche se dovrebbero essere state eseguite.

Non importa quanto siamo esperti in un settore: l'errore può essere commesso anche dal più "bravo", dal più esperto. L'errore infatti è spesso una combinazione di eventi sfavorevoli, di operazioni dimenticate o di più operazioni svolte contemporaneamente, di distrazioni. Consapevoli di questi concetti e della necessità di ridurre la probabilità che si verifichi un errore, l'adozione di checklist è la strada da percorrere. Serve infatti a garantire il corretto svolgimento del nostro lavoro, aiuta a verificare che tutti i passaggi di una procedura siano stati perfettamente seguiti. Fu proprio applicando una semplice checklist che Peter Pronovost, dell'ospedale Johns Hopkins a Baltimora, ridusse il numero dei pazienti che sviluppavano un'infezione da catetere venoso centrale. Bastò una semplice lista con cinque azioni base.

In generale, la checklist si può considerare uno strumento di valutazione del rischio semplice e poco costoso, una lista di voci per l'esecuzione di controlli, d'uso diffuso nell'aeronautica e, negli ultimi anni, in sanità, in particolare nelle camere operatorie. Il suo utilizzo, secondo i dati dell'OMS, è associato a riduzioni significative dei tassi di complicanze e di mortalità in ospedale e a miglioramenti degli standard qualitativi essenziali di assistenza.

Nello specifico, la checklist è un elenco esaustivo di cose da fare o da verificare per eseguire una determinata attività. Nello svolgimento di attività routinarie, che prevedono molti passaggi e richiedono particolare attenzione, la spunta di elementi di una lista di controllo è il metodo più sicuro per ridurre il rischio di errore. *La checklist ha inoltre un elevato valore educativo e migliora la comunicazione e la collaborazione tra gli operatori. Attraverso la condivisione e l'applicazione di una checklist si impara a parlare la stessa lingua, a colmare i difetti di ognuno di noi, ad ascoltare di più e a vedere con occhi più umili.* Proprio quest'ultimo concetto viene sottolineato dal chirurgo e giornalista statunitense Atul Gawande nel suo bestseller *"Checklist. Come fare andare meglio le cose"* che presenta le checklist come uno strumento tanto

umile quanto potente per «fare andare meglio le cose». E proprio in questo senso, noi dell'Area Gestione del Rischio Clinico rendiamo disponibile questo Manuale, sicuramente perfettibile di miglioramento, ma lavoro innovativo e utile nello specifico settore della gestione dei beni farmaceutici nelle Aziende Sanitarie.

* Hanno aderito al progetto sulle Checklist: Maria Luisa Andena, Lucia Bagnasco, Silvia Borghesi, Nestor Ciociano, Fulvia Ciuccarelli, Alfredo De Filippo, Alessio De Luca, Serena Dominici, Chiara Linguadoca, Gaetana Muserra, Michela Pacillo, Rossana Ritacca e Fabrizio Romano.

LA CHECKLIST IDEALE: COME SI CREA UNA CHECKLIST

Una checklist può essere predisposta:

- per effettuare una verifica “a posteriori” su un determinato processo, quindi è un elenco di voci da verificare (ad esempio la checklist ministeriale predisposta per monitorare l’implementazione della Raccomandazione n.15 “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso” oppure la checklist predisposta per verificare la tenuta del Registro Stupefacenti);
- per evidenziare le diverse attività che devono essere attuate per rendere sicuro un processo, quindi è un elenco di operazioni da fare, una specie di “linea guida” (ad esempio la checklist ministeriale prevista dal “Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist”)

Nella predisposizione di una lista di controllo è opportuno coinvolgere i professionisti coinvolti nel processo e tener conto dei seguenti aspetti:

- *Analisi del processo*
Analizzare il processo/attività di interesse ed identificare, in ordine cronologico, tutte le azioni che devono necessariamente essere effettuate dalle diverse figure professionali coinvolte nel processo. In tale fase è opportuno verificare la presenza di documenti (ad es. normativa, Raccomandazioni Ministeriali, Procedure Aziendali) in cui siano riportate indicazioni relative al processo in esame.
Non dare mai per scontato che certe azioni siano sicuramente effettuate, quindi riportare per iscritto tutto quello che deve essere attuato all’interno di quel determinato processo, secondo un ordine ben definito.
- *Scelta e descrizione delle voci*
Scegliere le voci da inserire nella lista tenendo presente i principali punti

critici del processo che è stato analizzato, cioè quei momenti legati allo svolgimento delle attività che possono provocare un errore, causando anche danni al paziente.

Descrivere brevemente la voce di controllo o la domanda/item da inserire nella lista, in modo semplice ed univoco; non devono esserci, infatti, né dubbi sull'interpretazione né possibilità di incomprensioni da parte di chi dovrà spuntare la lista.

È necessario tenere sempre presente che la checklist sarà utilizzata da altri per cui bisogna renderla completa, senza inserire voci inutili, ma nello stesso tempo sintetica e chiara.

Nel caso di una lista predisposta come “linea guida” scegliere le azioni fondamentali in modo che non sia troppo lunga e le voci inserite e da spuntare siano al massimo dieci.

– *Assegnazione dei compiti*

Definire in modo chiaro chi ha il compito di fare, cosa e come deve fare.

Nel caso di una checklist, usata come “linea guida” dagli operatori coinvolti in un determinato processo, è importante l'assegnazione dei compiti, identificando chi effettuerà la spunta sulla lista, quando e come. Ad esempio, per la compilazione della checklist ministeriale per la sicurezza in sala operatoria, è consigliata la designazione di un “coordinatore della checklist”, scelto tra i componenti dell'equipe operatoria. Sarà lui responsabile della verifica dei controlli da parte dei componenti dell'equipe e, dopo aver accertato l'avvenuto controllo, avrà il compito di contrassegnare la casella del relativo item sulla checklist.

– *Aggiornamento checklist*

Le checklist sono strumenti modificabili nel corso tempo, è opportuno infatti analizzarle periodicamente e comunque nel momento in cui è terminata la fase di controllo (check). Nell'ambito del processo di miglioramento continuo, secondo il modello del ciclo di Deming (ciclo di PDCA), le quattro fasi (plan-do-check-act) devono ruotare costantemente, per cui è utile riflettere sui risultati ottenuti con l'utilizzo della checklist, sulle eventuali criticità riscontrate e decidere ulteriori azioni di miglioramento che potrebbero comprendere la revisione della stessa checklist.

ESEMPI DI CHECKLIST

PREMESSA

Il farmacista provvede a effettuare nei reparti, attraverso periodiche verifiche, un controllo a campione dei prodotti forniti dalla Farmacia Ospedaliera per quanto riguarda la corretta conservazione, le scadenze nonché la congruità qualitativa e quantitativa rispetto all'attività di ciascuna Unità Operativa.

Nel corso della verifica il farmacista controlla non solo gli armadi farmaceutici e i frigoriferi ma tutti gli spazi in cui sono presenti i medicinali, compresi i carrelli della terapia e delle emergenze, che tra l'altro sono quelli a maggior rischio in quanto di utilizzo più immediato.

Le verifiche ai reparti rappresentano un importante momento di confronto con il personale infermieristico sulle modalità adottate per la gestione dei farmaci e del materiale sanitario, sugli spazi e le strutture dedicate e sulla consistenza delle scorte. A questo proposito, le checklist costituiscono uno dei principali strumenti per verificare che la gestione dei farmaci (compresi stupefacenti, antitumorali, soluzioni infusionali, galenici magistrali e officinali, prodotti infiammabili, disinfettanti e gas medicali) e dei dispositivi medici avvenga in condizioni tali da garantire la sicurezza e l'efficacia, evitando giacenze eccessive e/o presenza di prodotti scaduti in reparto.

Le checklist sono un efficace strumento di valutazione e si possono

rivelare estremamente utili per individuare eventuali criticità e/o non conformità e intraprendere opportune azioni correttive per prevenire i rischi di errore. All'interno degli armadi di reparto le confezioni dei medicinali possono essere riposte per forma farmaceutica, in ordine alfabetico, per classe terapeutica, ma devono essere presi degli accorgimenti per evitare la commistione accidentale tra le confezioni e ridurre il rischio di errore.

Il farmacista, seguendo la checklist, verifica che vengano conservati con particolare cura:

- soluzioni concentrate contenenti potassio le quali, all'interno delle Unità Operative in cui è prevista la conservazione, devono essere separate da altri farmaci, in armadi possibilmente chiusi e in contenitori che rechino la segnalazione di allarme: "Diluire prima della somministrazione: mortale se infuso non diluito" (Raccomandazione Ministeriale n. 1);
- i medicinali ad alto rischio e i medicinali "Look Alike - Sound Alike (LASA)" (Raccomandazione Ministeriale n. 12);
- i medicinali con più dosaggi, prestando la massima attenzione per i dosaggi più elevati;
- i medicinali con più forme farmaceutiche, prestando la massima attenzione per quelle a maggior rischio (es. endovena vs intramuscolo);
- soluzioni infusionali di grande volume e soluzioni galeniche di piccolo volume, evidenziando le diverse tipologie e le diverse concentrazioni;
- farmaci soggetti a particolari temperature di conservazione (frigorifero o congelatore);
- farmaci ricostituiti, verificando che sulla confezione siano riportati data di ricostituzione e validità dalla ricostruzione e che la conservazione avvenga a temperatura conforme a quanto riportato nel foglietto illustrativo;
- farmaci in confezioni multidose, verificando che sia annotata sulla confezione la data di apertura e che siano rispettati il tempo di validità e le condizioni di conservazione.

In generale, il farmacista effettua controlli a campione per verificare che lo stoccaggio venga effettuato seguendo la regola del first in-first out e che il controllo delle scadenze venga praticato dal reparto con frequenza almeno mensile, secondo un apposito calendario, attraverso la compilazione di una checklist interna, evidenziando e segnalando gli eventuali medicinali con scadenza imminente. Le specialità medicinali non devono essere private della confezione in quanto su di essa sono riportate informazioni importanti per la conservazione del medicinale e per l'identificazione del lotto di produzione oltre che la relativa scadenza.

Checklist specifiche possono essere, infine, prodotte per la verifica del processo di gestione dei farmaci stupefacenti, galenici magistrali, antiblastici, miscele per la nutrizione parenterale, gas medicali, antisettici, disinfettanti e infiammabili o per la verifica di altri rilevanti processi quali la riconciliazione terapeutica, la prescrizione, la produzione galenica, l'allestimento di campioni sperimentali, la dispensazione ai reparti e/o ai pazienti in dimissione, la somministrazione.

In questo testo vengono proposti alcuni esempi di checklist prodotte prendendo spunto dalla letteratura, da modelli pubblicati da società scientifiche internazionali e da modelli attualmente in uso in alcune realtà italiane.

Ciascun farmacista può adattare le checklist di seguito riportate alla propria realtà lavorativa per poi utilizzarle, quindi, come strumento interno di valutazione.

VERIFICA RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA

Il paziente sta assumendo dei farmaci?

Se sì, indicare :

Nome	Dosaggio	Forma farmaceutica	Posologia	Data e ora ultima assunzione specificare se "al bisogno"	Eventuali effetti collaterali

Fonte: riferito da paziente familiare caregiver medico curante
 esibita documentazione (specificare) _____

Il paziente sta assumendo altri prodotti, come omeopatici, fitoterapici, integratori?

Se sì, indicare :

Nome	Dosaggio	Forma farmaceutica	Posologia	Data e ora ultima assunzione specificare se "al bisogno"	Eventuali effetti collaterali

Fonte: riferito da paziente familiare caregiver medico curante
 esibita documentazione (specificare) _____

Il paziente presenta intolleranze e/o allergie?

Se sì, specificare: _____

Il paziente è affetto da patologie “particolari” (emofilia, HIV, HCN, ...)?

Se sì, specificare: _____

Fonte: riferito da paziente familiare caregiver medico curante
 esibita documentazione (specificare) _____**Il paziente assume alcool?****Fonte:** riferito da paziente familiare caregiver medico curante
 esibita documentazione (specificare) _____

Data: _____ ora: _____

Firma del professionista sanitario _____

**SCHEDA PER LA VERIFICA
DELLA PRESCRIZIONE MEDICA**

1. Viene adottata una scheda unica per la prescrizione/somministrazione delle terapie?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Viene effettuata ancora la trascrizione della prescrizione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Il medico prescrivente appone la propria firma o sigla?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. La calligrafia è leggibile?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. L'U.O. utilizza la prescrizione informatizzata?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. La prescrizione riporta:		
6.1 principio attivo/nome commerciale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6.2 forma farmaceutica	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6.3 dosaggio	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6.4 via di somministrazione/sito di applicazione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6.5 posologia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6.6 tempi di somministrazione nelle 24 ore/durata	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6.7 velocità di infusione se presente pompa infusionale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6.8 somministrabile ai pasti o lontano dai pasti	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6.9 durata della terapia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. Nelle prescrizioni di terapie al bisogno è specificato:		
7.1 per quali sintomi è possibile somministrare il farmaco	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7.2 il dosaggio massimo somministrabile	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7.3 gli intervalli minimi temporali tra le somministrazioni	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. Vengono effettuate prescrizioni verbali?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Se sì:		
8.1 Vengono registrate?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. Sono evidenti la data e l'ora di sospensione della terapia?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
10. È identificabile il medico che ha deciso la sospensione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

11. Sono effettuate giornalmente le seguenti valutazioni:		
11.1 Durata della terapia (es. terapia antibiotica).	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
11.2 Tollerabilità per il paziente.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
12. Sono effettuate giornalmente le seguenti valutazioni:		
12.1 È presente un dispositivo medico invasivo?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
12.2 Sono stati verificati i giorni di permanenza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Data _____ Firma _____

VERIFICA PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO

U.O.:

Cognome e Nome del paziente

Codice paziente..... N. Letto

PRIMA DELLA PREPARAZIONE

- Controllo/verifica della prescrizione :
 - identificazione del prodotto
 - dose
 - tipo di soluzione da utilizzare per la diluizione
 - correttezza del calcolo della diluizione rispetto alla prescrizione (e conseguente concentrazione del farmaco)
 - via di somministrazione
 - velocità di infusione (dedotta dal tempo di infusione)
 - firma del primo operatore (es. Nurse di Anestesia)
 - firma del secondo operatore (es. Medico Anestesista)

PREPARAZIONE

- Controllo al momento del prelievo/preparazione:
 - controllo del nome e dosaggio del farmaco contenuto nella fiala/e prelevata/e
 - preparazione del solvente (soluzione fisiologica, glucosata...)
 - miscelazione del farmaco
 - etichettatura del prodotto preparato contenente: cognome e nome del paziente , nome e dose del farmaco diluito, forma farmaceutica, velocità di infusione, data e ora della preparazione, sigla dell'operatore;
 - firma del primo operatore (es. Nurse di Anestesia)
 - firma del secondo operatore (es. Medico Anestesista)

SOMMINISTRAZIONE

- Controllo prima della somministrazione:
 - verifica della prescrizione e della rispondenza tra etichetta e prescrizione
 - verifica dell'identità del paziente
 - controllo del sito di infusione
 - verifica della velocità di infusione
 - Firma del primo operatore (es. Nurse di Anestesia)
 - Firma del secondo operatore (es. Medico Anestesista)
 - Registrazione sulla Scheda Unica di Terapia con sigla dell'operatore

L'avvenuta somministrazione deve essere subito registrata in scheda di terapia

Data Ora

Firma dell'infermiere

VERIFICA SOMMINISTRAZIONE

Data _____ ora _____

Struttura _____

Direttore/responsabile medico _____

Coordinatore/responsabile infermieristico _____

Presente alla verifica: _____ Qualifica _____

1. I flaconi allestiti contenenti farmaci, riportano in etichetta tutte le seguenti informazioni: cognome e nome del paziente/ n. di letto, farmaco e dosaggio, data e ora di prep., data di scadenza.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Prima della somministrazione, è stata verificata l'integrità della preparazione (ispezione visiva, verifica della corretta modalità di conservazione e della data di scadenza)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. È stata identificata l'identità del paziente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. Se sì, come: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. È stata verificata la via di somministrazione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. La velocità di infusione è stata opportunamente impostata?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. Viene registrata l'avvenuta somministrazione del farmaco?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. Viene registrata l'eventuale somministrazione fuori dall'orario prescritto?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. Viene registrata l'eventuale somministrazione "al bisogno"?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
10. È presente la firma di chi somministra?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
11. Sono presenti le schede per la segnalazione di reazioni avverse ai farmaci?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Firma del Direttore della Farmacia o delegato _____

Firma di chi è presente all'ispezione _____

SCHEDA DI AUTOISPEZIONE MENSILE DEGLI ARMADI DELLE UU.OO.

(da effettuare nell'ultima settimana del mese e da esporre nella/e zona/e di stoccaggio)

U.O.: _____ MESE: _____ ANNO: _____

– **Condizioni di conservazione:**

- gli armadi e gli scaffali sono puliti? sì no
- farmaci sono conservati nel rispetto delle temperature di conservazione previste? sì no
- i medicinali e i dispositivi medici sono conservati nelle confezioni originarie? sì no
- i farmaci in confezione multidose riportano la data di apertura e la data limite di utilizzazione? sì no
- i prodotti infiammabili sono conservati in luogo idoneo separati dagli altri prodotti? sì no
- la giacenza degli stupefacenti sul registro carico-scarico corrisponde alla giacenza reale? sì no
- sono presenti nell'armadio farmaceutico e/o carrello di terapia campioni? sì no
- sono presenti nell'armadio farmaceutico e/o carrello di terapia prodotti in sperimentazione? sì no

– **Controllo scadenze:**

- i prodotti con scadenza più prossima sono evidenziati e posti davanti a quelli con scadenza più lontana? sì no
- sono presenti prodotti in scadenza nel mese successivo? sì no

se sì, fare l'elenco:

DESCRIZIONE PRODOTTO Farmaci* e Materiale sanitario	QUANTITÀ	DATA DI SCADENZA

*NB Non inserire gli stupefacenti.

Firma di chi ha effettuato il controllo

.....

Firma del Coordinatore

.....

CK-list settori esaminati:

Farmaci: formulazione orale e topica	<input type="checkbox"/>
Farmaci: formulazione parenterale	<input type="checkbox"/>
Disinfettanti, Antisetici	<input type="checkbox"/>
Prodotti chimici	<input type="checkbox"/>
Soluzioni infusionali	<input type="checkbox"/>
Soluzioni elettrolitiche concentrate	<input type="checkbox"/>
Stupefacenti	<input type="checkbox"/>
Diagnostici	<input type="checkbox"/>
Prodotti in frigorifero	<input type="checkbox"/>
Gas Medicinali	<input type="checkbox"/>
NPT	<input type="checkbox"/>
NE	<input type="checkbox"/>
Antiblastici: sacche pronte	<input type="checkbox"/>
Latti per l'infanzia	<input type="checkbox"/>
Dispositivi medici e prodotti per la medicazione	<input type="checkbox"/>
Carrello per l'emergenza	<input type="checkbox"/>
Carrello della terapia	<input type="checkbox"/>
Deposito scorte	<input type="checkbox"/>

AUTOISPEZIONE DEGLI ARMADI DELLE U.O.**(da compilare almeno 1 volta all'anno)**

Data _____ Ora _____

LOCALI ED ARREDI PER LA CONSERVAZIONE FARMACI

1. Lo spazio è adeguato alla conservazione/stoccaggio dei materiali?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Il locale è pulito?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Il locale è ordinato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. I locale/armadio è posto lontano da sorgenti di luce diretta, fonti di calore e umidità?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. Il locale è accessibile ai non addetti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. Gli arredi sono funzionali per gli operatori?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. Gli arredi sono puliti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. Il frigorifero è in buono stato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. È presente un sistema di rilevazione della temperatura nel frigorifero (4-8°C)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
10. Viene effettuata una registrazione giornaliera della temperatura di esercizio del frigorifero?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
11. Viene tenuto un archivio cartaceo o informatizzato delle registrazioni?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
12. Nei frigoriferi sono conservati solo prodotti sanitari?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
13. Il congelatore è in buono stato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altre segnalazioni

FARMACI

1. Sono conservate in armadio dedicato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Sono conservate in modo ordinato e definito?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Sono conservati correttamente nelle confezioni originali?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. La scorta è adeguata alle esigenze del reparto?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. Se NO è eccessiva, abbondante o scarsa?		
6. I farmaci che richiedono un'adeguata temperatura di conservazione sono tenuti in frigorifero/congelatore?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. Il controllo mensile delle scadenze viene eseguito regolarmente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. È presente e posta in evidenza nella zona di conservazione dei prodotti sanitari la scheda di autoispezione con l'elenco di quelli prossimi alla scadenza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. La disposizione nell'armadio rispetta la priorità d'uso (frequenza di utilizzo e data di scadenza)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
10. I farmaci in flaconi multidose (colliri, farmaci ricostituiti) riportano: data di apertura, data limite di utilizzo?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
11. Sono presenti farmaci scaduti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
12. Sono state adottate modalità di conservazione idonee a evitare il confondimento di confezionamenti/nomi simili?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
13. Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
14. I campioni medicinali sono conservati separatamente dai farmaci distribuiti dalla Farmacia?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
15. I farmaci in sperimentazione clinica sono conservati separatamente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
16. I farmaci provenienti dalla terapia domiciliare dei pazienti sono separati dagli altri e debitamente etichettati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

17. Sono presenti farmaci sottoposti a REVOCHE/SEQUESTRO?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
18. Sono assenti i farmaci personali di pazienti già dimessi?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Altre segnalazioni

FARMACI SCADUTI (se presenti):

Specialità	Data di scadenza	Quantità

FARMACI AD ALTO LIVELLO DI ATTENZIONE (FALA) O AD ALTO RISCHIO

SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO (es. sodio, calcio, magnesio)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
1. Le fiale di Potassio concentrato (cloruro, fosfato, aspartato) sono conservate separatamente, in contenitori con evidenziazione del rischio?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. Il potassio cloruro è conservato in armadio/cassetto chiuso a chiave e separato dagli altri elettroliti?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. Le fiale concentrate dei sali di sodio (2-3 mEq/ml), calcio cloruro o gluconato (6 -10-%) magnesio solfato 10%, sono separate dal resto del fialettaggio?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. È stato messo in atto un sistema di evidenziazione o di riconoscimento sicuro ("Diluire prima della somministrazione: mortale se infuso non diluito")?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

5. Nel caso di U.O. non autorizzata alla conservazione, è presente in giacenza del Potassio Cloruro concentrato?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
6. Sono presenti le liste di farmaci LASA/FALA?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
7. Le liste di farmaci LASA/FALA vengono aggiornate periodicamente?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
8. Le liste vengono elaborate in collaborazione con la Farmacia ospedaliera e con la Funzione aziendale del Rischio clinico e/o la Direzione Sanitaria?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
9. I farmaci LASA/FALA sono adeguatamente segnalati attraverso "allerte", contrassegni supplementari e/o codici colore per i farmaci LASA/FALA?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
10. Se presente una lista delle abbreviazioni e degli acronimi è stata concordata con la Farmacia ospedaliera, Funzione aziendale del Rischio clinico e Direzione Sanitaria?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
11. All'atto della dimissione, vengono fornite ai pazienti informazioni scritte che riguardano le indicazioni, le modalità di assunzione e conservazione ed eventuali interazioni?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Altre segnalazioni

FARMACI ANTIBLASTICI INIETTABILI (se l'U.O. utilizza farmaci antiblastici)

1. Sono presenti Farmaci Antineoplastici iniettabili o farmaci citotossici non antineoplastici non allestiti dalla Farmacia? *	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. Sono conservati in maniera tale da garantire l'identificazione del rischio nella manipolazione?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

* Secondo le disposizioni aziendali.

Altre segnalazioni

NUTRIZIONE PARENTERALE, ENTERALE e FARMACI GALENICI

1. Sono conservati secondo le modalità indicate sull'etichetta?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. I contenitori sono integri e sono conservati maniera idonea?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Le etichette sono complete e mantenute integre?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. Vi sono prodotti galenici scaduti e/o avariati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. Se Sì, quali? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. La nutrizione enterale è debitamente etichettata (nome del paziente e data d'inizio)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altre segnalazioni

SOSTANZE TOSSICHE, NOCIVE E INFIAMMABILI

1. Vi sono sostanze classificabili come tossiche o nocive?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Se Sì, sono conservate in luogo idoneo e distinto?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Sono a disposizione le schede di sicurezza di tali prodotti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. Le sostanze infiammabili sono conservate in luoghi non esposti a fonti di calore diretto?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. Il volume totale dei liquidi infiammabili, conservati nello stesso locale, supera i 5 litri?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. I contenitori di sostanze tossiche, nocive o infiammabili sono integri ed ermeticamente chiusi?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altre segnalazioni

MATERIALE DI MEDICAZIONE

1. Il locale e/o il mezzo utilizzato per il trasporto sono mantenuti puliti e ordinati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Il materiale è conservato in modo ordinato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Il carrello delle medicazioni è mantenuto ordinato, con i contenitori chiusi?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. L'igiene e/o la sterilità del materiale sono garantite?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. Vi sono prodotti o farmaci sconfezionati che possono dar corso ad errori? Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. Lotto e data di scadenza sono evidenti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. La disposizione nella scaffalatura/nell'armadio rispetta la priorità d'uso (frequenza di utilizzo e data di scadenza)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. È presente ed in evidenza un elenco dei prodotti in scadenza nel mese ?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. Vi sono prodotti scaduti e/o avariati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
10. Se Sì, quali? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altre segnalazioni

DISPOSITIVI MEDICI -PRESIDI MEDICO CHIRURGICI

1. La disposizione dei dispositivi/presidi è definita e rispettata?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Sono conservati in modo ordinato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. La scorta è adeguata alle esigenze del reparto?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

4. Se NO è eccessiva, abbondante o scarsa? _____	
5. La disposizione nella scaffalatura/armadio rispetta la priorità d'uso e la scadenza?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
6. Il locale è reso non accessibile al personale non autorizzato?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
7. Il locale è adeguato e pulito?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
8. È presente ed in evidenza un elenco dei prodotti in scadenza nel mese?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
9. Vi sono prodotti scaduti e/o avariati?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
10. Se Sì, quali? _____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Altre segnalazioni

GAS MEDICINALI

1. Sono presenti bombole di gas medicinali?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. Se presenti, sono conservate:	
• in modo da prevenire eventuali cadute (posizione verticale in alloggiamenti fissi, secondo norma)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
• lontane da apparecchiature o impianti elettrici (1,5m) da zone di passaggio o vie di fuga, fonti di calore/raggi solari in locali a T<50°	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
• le bombole piene separate dalle vuote	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. Le bombole piene presentano un collaudo valido?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. Sono presenti i foglietti illustrativi?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
5. La data di validità della bombola è superiore a 6 mesi?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

CARRELLO DELLE EMERGENZE

1. Il carrello delle emergenze è sigillato, aggiornato e prontamente accessibile?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. Il Registro del carrello è compilato quotidianamente (Scade: _____).	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. Esiste una lista dei farmaci presenti nel carrello delle emergenze con data di scadenza presente e aggiornata?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. Lo spazio dedicato alla preparazione dei farmaci è pulito, ben identificato e le scorte per la preparazione sono disponibili?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
5. Ha un aspetto pulito ed organizzato?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Data Firma

GESTIONE STUPEFACENTI

DATA _____ Ora _____

STRUTTURA _____

DIRETTORE/RESPONSABILE MEDICO _____

COORDINATORE/RESPONSABILE INFERMIERISTICO _____

PRESENTE ALL'ISPEZIONE: _____

Qualifica _____

ARMADIO CHIUSO A CHIAVE

1. La cassaforte è tenuta in ordine e pulita?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. La cassaforte è adeguata alle scorte di reparto?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. La cassaforte è tenuta chiusa a chiave?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. La chiave della cassaforte è conservata da personale autorizzato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. La chiave della cassaforte è prontamente disponibile in caso di necessità?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

FARMACI

1. I farmaci stupefacenti sono conservati in armadio chiuso a chiave?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Nella cassaforte sono presenti altri farmaci?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.1 Se sì, quali: _____		
3. È presente ed in evidenza un elenco degli stupefacenti in scadenza nel mese?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. I medicinali sono conservati nelle relative confezioni?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

5. Sono ben visibili le scadenze sulle confezioni senza coperture da nastri o scritte?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. Sono presenti farmaci scaduti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6.1 Se presenti sono conservati separati, in confezione sigillata ed è ben evidenziato il divieto di utilizzo?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. Sono presenti in reparto Stupefacenti derubricati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

BOLLETTARI DI APPROVVIGIONAMENTO E DI RESO

1. I blocchi di approvvigionamento e di reso sono conservati in cassaforte armadio chiuso a chiave?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
1.1 Se no, sono allocati: _____		
2. I moduli sono compilati in modo ordinato senza cancellature inappropriate?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Nei moduli è annotata la pagina di carico/scarico del registro di reparto?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. Sono presenti i precedenti registri relativi ai movimenti degli ultimi due anni?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. Le eventuali correzioni sono leggibili, effettuate senza vernici coprenti e controfirmate?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. A fine pagina è riportato il numero della pagina del registro di reparto nella quale risulta fatto carico/scarico?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

REGISTRO DI CARICO E SCARICO

1. Il Registro di carico e scarico è conservato in armadio chiuso a chiave?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Il Registro di carico e scarico è conservato accuratamente dal caposala dell'Unità Operativa?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

3. Il Registro di carico e scarico è intestato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. Le pagine del Registro di carico e scarico sono vidimate una ad una dal Direttore Sanitario o da un suo delegato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. Ogni pagina è intestata a una sola sostanza o preparazione, forma farmaceutica e dosaggio?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. Si riporta l'unità di misura adottata per le movimentazioni?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. Le registrazioni sono effettuate cronologicamente in un'unica progressione numerica ed entro le 24 ore?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. Dopo ogni movimentazione è registrata la giacenza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. Il registro è compilato con mezzo indelebile?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
10. È presente la firma di chi esegue le movimentazioni?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
11. Nelle registrazioni è indicato:		
– il numero progressivo della registrazione;	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
– giorno, mese e anno della registrazione;	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
– la quantità caricata o scaricata	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
12. Le eventuali correzioni presenti sono leggibili, effettuate senza abrasioni e senza l'impiego di vernici coprenti e sono controfirmate?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
13. Sono presenti lacune (righe vuote in un stessa pagina oppure pagine bianche intercalate a pagine debitamente utilizzate)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
14. Nello scarico sono riportate le generalità del paziente ed il numero di cartella clinica?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
15. Sono riportate nelle note le registrazioni per uso parziale, rottura di una fiala o prestiti da altri reparti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
16. Se non viene somministrata la fiala intera viene scaricata l'unità e si specifica nelle note l'esatta quantità di farmaco somministrata?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
17. Nel caso di perdita accidentale o di rottura di una fiala sono disponibili i verbali?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

18. Nelle movimentazioni di carico/ scarico è riportato il numero del modulo di approvvigionamento/restituzione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
19. A fondo pagina di ogni modulo è riportato il n° di pagina dove prosegue la registrazione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
20. A fondo pagina di ogni modulo è riportata la firma del Direttore dell'Unità Operativa?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
21. Le giacenze contabili corrispondono a quelle reali?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
22. Se vi sono stupefacenti scaduti, sono ancora caricati nel registro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
23. Viene effettuata la conta degli stupefacenti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
23.1 Con quale frequenza?	<input type="checkbox"/> ad ogni cambio turno <input type="checkbox"/> giornalmente <input type="checkbox"/> saltuariamente	

Controlli effettuati*

MEDICINALE CONTROLLATO	GIACENZA REALE NELL'ARMADIO CHIUSO A CHIAVE	GIACENZA MEDICINALE SCADUTO	GIACENZA DA REGISTRO

Firma del Direttore della Farmacia o di un suo delegato

.....

Firma Coordinatore infermiere presente all'ispezione

.....

EROGAZIONE DIRETTA PRIMO CICLO DI TERAPIA

IDENTIFICAZIONE

1. È stato identificato correttamente il paziente (mediante un valido documento di identità)?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. I dati anagrafici (nome, cognome, luogo e data di nascita del paziente, ASL di appartenenza, codice fiscale, etc.) ed il numero di cartella clinica corrispondono a quelli indicati nella prescrizione?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. Il nome del medico prescrittore nonché l'Unità Operativa di riferimento sono correttamente riportati?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Altre segnalazioni

IDENTIFICAZIONE

1. È riportata la diagnosi della dimissione (ICD9-CM)?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. Per tutti i farmaci è indicata la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. Se è riportato il nome commerciale del farmaco, viene indicata la motivazione?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. Il principio attivo è presente nel PTO/PTOR?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
5. L'indicazione terapeutica del singolo principio attivo è appropriata alla diagnosi del paziente?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
6. In caso di farmaci che prevedono l'erogazione esclusiva da parte di centri prescrittori, specialisti o reparti, sono rispettate le limitazioni previste?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

7. Se prevista, è indicata la NOTA AIFA-TEMPLATE AIFA?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
8. Se soggetto a piano terapeutico, è presente e correttamente compilato?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
9. È specificata ciascuna dose per ogni singola somministrazione?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
10. La dose espressa è correttamente indicata (milligrammi, millilitri o concentrazione di riferimento)?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
11. La forma farmaceutica è correttamente espressa?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
12. La via di somministrazione e l'eventuale sito di iniezione sono opportunamente indicati?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
13. Viene indicato l'intervallo di somministrazione e l'orario di somministrazione?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
14. La posologia indicata è appropriata (frequenza di somministrazione, dosaggio totale al giorno)?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
15. Il farmaco da assumersi "al bisogno" è correttamente evidenziato?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
16. Il farmaco da assumere "al bisogno" riporta la dose massima di assunzione al giorno ed il motivo per cui assumerlo?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
17. È indicato se è opportuno assumere il farmaco ai pasti o lontano dai pasti?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
18. Sono indicati i farmaci o i cibi controindicati?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
19. La terapia farmacologica prescritta richiederebbe il monitoraggio della funzionalità epatica, della funzionalità renale o della profilassi antitromboembolica?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
20. Se sì, viene riportata la necessità di tale monitoraggio nella lettera di dimissione?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
21. È indicata la durata della terapia?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

22. La terapia farmacologica impostata durante la degenza è distinta dalla terapia domiciliare che il paziente faceva già all'atto del ricovero?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
23. Eventuali modifiche effettuate sulla terapia domiciliare durante il ricovero sono indicate?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
24. La prescrizione è datata e firmata?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

SICUREZZA

1. È stato chiesto al paziente se ha manifestato allergie a farmaci? 1.1. Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. Tra i farmaci prescritti, vi è un principio attivo che potrebbe mettere a rischio la sicurezza del paziente? 2.1. Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. Il paziente è portatore del deficit della G6P-DH?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. Se sì, ci sono farmaci prescritti che non dovrebbe assumere? 4.1. Se sì quali: _____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
5. Se sì, è stato avvisato il medico prescrittore?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Altre segnalazioni

DISPENSAZIONE

1. Sono state fornite al paziente le informazioni dettagliate sulla terapia (schema terapeutico, effetti collaterali, modalità di somministrazione e corretta assunzione del farmaco etc.)?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. I farmaci che richiedono particolari modalità di conservazione sono stati evidenziati all'utente?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

3. Sono state dispensate un numero di unità di ciascun principio attivo atte a coprire fino ad un massimo di 30 giorni di terapia (durata variabile a seconda delle disposizioni regionali) e comunque nel rispetto della posologia-durata indicata?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. Per i farmaci non erogabili (fuori PTO, Fascia C, A-PHT, Farmaci privi di opportuna NOTA AIFA etc.), sono state fornite al paziente precise spiegazioni?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
5. Se presenti farmaci LASA, sono stati evidenziati al paziente o ad un suo parente?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
6. Al momento della dispensazione, il farmacista ha firmato e datato la prescrizione erogata?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
7. Il paziente, o un suo parente, ha firmato l'avvenuta dispensazione della terapia?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Altre segnalazioni

Firma

.....

DISTRIBUZIONE DIRETTA - FILE F

IDENTIFICAZIONE

1. È stato identificato correttamente il paziente (mediante un valido documento di identità)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. I dati anagrafici (nome, cognome, luogo e data di nascita del paziente, ASL di appartenenza, codice fiscale, etc.) sono corretti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Il nome del medico prescrittore nonché l'Unità Operativa di riferimento sono correttamente riportati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altre segnalazioni

IDENTIFICAZIONE

1. Sul piano terapeutico è riportata in maniera chiara e leggibile la diagnosi e la motivazione clinica della scelta del farmaco?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. La tipologia di struttura nonché il centro prescrittore che redige il piano, sono autorizzati a livello regionale?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. La prescrizione indica la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. Il principio attivo è presente nel PTO/PTOR?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. Se soggetto a NOTA AIFA viene indicata?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. Se soggetto a Registro AIFA, è allegata copia della prescrizione informatizzata inviata?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. L'indicazione terapeutica del principio attivo è appropriata alla diagnosi del paziente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

8. È specificato il singolo dosaggio?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. La dose espressa è correttamente indicata (milligrammi, millilitri o concentrazione di riferimento)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
10. La posologia è appropriata (intervallo di somministrazione, orario di somministrazione, dosaggio totale-die)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
11. La durata della terapia è correttamente indicata, anche nel rispetto della validità dello stesso piano terapeutico?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
12. Viene indicata la data del prossimo accesso?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
13. Il numero di confezioni richieste tiene conto della durata del piano e della data del prossimo accesso del paziente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
14. Viene specificato se è la prima prescrizione o una prosecuzione della terapia?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
15. Se è una prosecuzione, si deve verificare la data del precedente accesso: l'attivazione del nuovo piano terapeutico si sovrappone al precedente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
16. Rispetto al piano precedente, il paziente ha modificato la posologia? 16.1 Se sì, richiedere la motivazione: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
17. Se è una nuova terapia, il paziente è naive?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
18. Se proviene da una precedente terapia, richiedere le motivazioni del cambio _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
19. La prescrizione è datata e firmata?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

DISPENSAZIONE DELLA TERAPIA

1. Sono state fornite al paziente le informazioni dettagliate sulla terapia (schema terapeutico, effetti collaterali, conservazione del farmaco, modalità di somministrazione ed assunzione del farmaco)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
---	-----------------------------	-----------------------------

2. I farmaci che richiedono particolari modalità di conservazione sono stati evidenziati all'utente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Sono state dispensate un numero di unità di farmaco (confezioni) proporzionali alla data del prossimo accesso?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. Se presenti farmaci LASA, sono stati evidenziati al paziente o suo parente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. Al momento della dispensazione, il farmacista ha firmato e datato la prescrizione erogata?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. Il paziente, o suo parente, ha firmato l'avvenuta dispensazione della terapia?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altre segnalazioni

Firma

.....

AUTOCONTROLLO MAGAZZINO FARMACIA

DATA _____ ESEGUITO DA _____

Firma _____

LOCALI – LOGISTICA

1. Il magazzino è pulito ed in ordine?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. La farmacia è pulita e tenuta in ordine?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Il materiale è riposto nelle apposite scaffalature?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. È presente materiale sul pavimento ?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. È disponibile un elenco dei prodotti presenti in magazzino con indicazione dell'ubicazione di ciascuno?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. Cartoni ed imballaggi sono accatastati in modo ordinato in apposita area e quotidianamente rimossi?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. L'archivio della documentazione relativa alle movimentazioni di carico/scarico è ben organizzato ed i documenti facilmente rintracciabili?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. L'accesso al magazzino è limitato al personale autorizzato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. È disponibile il modulo per il prelievo dei farmaci o dei dispositivi medici al di fuori dell'orario di apertura della farmacia?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
10. Il materiale è posto lontano da sorgenti di luce diretta, fonti di calore ed umidità?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
11. Il materiale in attesa di ritiro è conservato in apposita area, separata dagli altri farmaci e dispositivi medici e comunque ben identificato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

12. Eventuali documenti contenenti dati sensibili sono conservati in armadi chiusi a chiave in accordo alla relativa politica aziendale sulla tutela della privacy?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
13. Il modulo per il controllo quotidiano delle temperature dei locali è regolarmente compilato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
14. Il personale della farmacia è identificabile anche tramite badge?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
15. Viene effettuato un inventario con data di scadenza e giacenze almeno una volta all'anno?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

FARMACI

16. I farmaci sono distribuiti secondo un ordine definito (es. alfabetico, suddivisi per forma farmaceutica)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
17. I farmaci sono posizionati in ordine di scadenza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
18. I farmaci sono guasti o imperfetti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
19. I farmaci con scadenza prossima sono messi in evidenza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
20. Sono presenti farmaci sconfezionati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
21. Sono presenti farmaci scaduti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
22. Se sono presenti farmaci scaduti, sono conservati negli appositi contenitori da inviare presso apposita sede di stoccaggio in attesa di smaltimento?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
23. I veleni e le sostanze tossiche/ nocive sono conservati sotto chiave e separati dagli altri farmaci, se presenti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
24. I farmaci ad alto rischio sono etichettati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
25. È presente l'elenco dei farmaci ad alto rischio?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
26. Le benzodiazepine sono conservate in apposito armadio e separate dagli altri farmaci, se presenti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

27. È presente la lista farmaci LASA?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
28. I farmaci LASA sono separati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
29. È presente la lista farmaci FALA?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
30. I farmaci FALA sono separati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
31. La temperatura di conservazione di ciascun farmaco è chiaramente indicata/presente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

FRIGO - CONGELATORE

32. Il frigo è in ordine e pulito?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
33. È presente un sistema di rilevazione della temperatura nel frigo (4-8°C)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
34. È possibile effettuare una registrazione giornaliera della temperatura di esercizio del frigo?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
35. Il congelatore è in buono stato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
36. La temperatura di conservazione di ciascun farmaco è riportata/presente	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

SPERIMENTAZIONE

1. I farmaci sottoposti a sperimentazione sono conservati in apposita area, separati dagli altri farmaci?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Sono chiaramente identificati da apposita etichettatura, suddivisi per singolo studio clinico?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Ciascun farmaco ha un file per la registrazione alla consegna?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. La temperatura viene rilevata giornalmente attraverso sistemi di registrazione continua della temperatura oppure attraverso la compilazione di appositi moduli interni o di modulistica stabilita dal protocollo?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

5. La documentazione di ciascun protocollo è opportunamente archiviata e conservata in armadi chiusi a chiave?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. Le scadenze sono rilevate ed archiviate?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

RICEVIMENTO – STOCCAGGIO MERCE

1. Il documento di trasporto indica la sede di destinazione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Il numero di colli ricevuti sulla bolla corrisponde a quelli ricevuti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. L'imballo è integro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. Il numero d'ordine è corretto?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. La quantità consegnata corrisponde a quella indicata dalla bolla?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. La quantità consegnata corrisponde a quella richiesta dall'ordine?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. Le date di confezionamento e di imballaggio e le scadenze sono state verificate?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. In caso di non conformità (data di scadenza prossima, quantità consegnata non corrispondente all'ordine, prodotto consegnato differente da quello richiesto) è stata contattata la ditta?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. La merce caricata è stata stoccata garantendo una corretta conservazione, secondo quanto indicato dal produttore?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
10. Periodicamente sono effettuati controlli sulle giacenze?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
11. Lo smaltimento degli scaduti segue le opportune norme indicate dalla scheda di sicurezza del singolo prodotto?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
12. Durante le fasi di stoccaggio-distribuzione viene mantenuta la catena del freddo?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

DISPOSITIVI/PRESIDI – MATERIALE SPECIALISTICO

1. I Dispositivi/Presidi sono distribuiti secondo categoria merceologica (es. medicazioni, suture, etc)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Viene rispettata la CND di appartenenza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Sono posizionati in ordine di scadenza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. I presidi con scadenza prossima sono messi in evidenza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. Le confezioni sono integre?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. Sono presenti presidi scaduti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. Se sono presenti presidi scaduti, sono conservati separatamente dagli altri con apposita indicazione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. Sono presenti le schede tecniche e di sicurezza di presidi e disinfettanti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

ARMADIO DEGLI STUPEFACENTI

1. La cassaforte degli stupefacenti è tenuta chiusa a chiave?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Il registro di carico/scarico è regolarmente compilato e tenuto in ordine?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. La chiave della cassaforte è accessibile solo ai farmacisti autorizzati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. Tutti i movimenti di carico/scarico sono supportati da opportuna documentazione; la documentazione relativa al carico ed allo scarico delle sostanze stupefacenti è in ordine e facilmente rintracciabile?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. I farmaci stupefacenti scaduti sono conservati in apposito contenitore, separati dagli altri farmaci e chiaramente identificati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. Non sono presenti altri farmaci oltre agli stupefacenti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. Esiste un elenco aggiornato per rilevare la data di scadenza dei farmaci stupefacenti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

LABORATORIO DI GALENICA

1. L'accesso alla stanza delle preparazioni è limitato al personale autorizzato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Sono disponibili le istruzioni sulle modalità di accesso?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. I farmaci antineoplastici sono conservati in aree specifiche, appositamente segnalate, non accessibili al personale non addetto, all'interno di armadi fissi di sicurezza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. Nelle zone di immagazzinamento e ricezione è presente un kit per il contenimento degli spandimenti accidentali?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. I farmaci antineoplastici sperimentali sono conservati in armadi o frigoriferi dedicati e separati dagli altri medicinali?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. All'interno del locale di allestimento lo stock dei farmaci e dei presidi non supera il fabbisogno giornaliero?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. I rifiuti taglienti e pungenti sono raccolti negli appositi contenitori e rimossi puntualmente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. I farmaci ad alto rischio sono evidenziati o ri-etichettati in accordo alle disposizioni aziendali?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. Dopo ogni sanificazione il relativo modulo è regolarmente compilato e firmato dall'operatore che ha eseguito la pulizia?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
10. La temperatura del frigorifero è compresa tra 2° e 8°C. Il modulo per il controllo quotidiano delle temperature è regolarmente compilato?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
11. I farmaci sono posizionati in ordine di scadenza ed i farmaci con scadenza prossima sono messi in evidenza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
12. Sono presenti farmaci scaduti? Se sì, quali _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
13. Sono disponibili le schede tecniche e di sicurezza dei farmaci?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
14. È presente e regolarmente compilato il record dei controlli periodici delle apparecchiature?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

15. È presente e regolarmente compilato il record dei controlli microbiologici periodici?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
16. È disponibile il manuale delle apparecchiature?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
17. È disponibile il manuale delle preparazioni?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
18. È presente un registro cartaceo o informatizzato delle preparazioni regolarmente aggiornato e tenuto in ordine?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
19. Il locale delle preparazioni, la zona filtro ed i frigoriferi sono puliti e tenuti in ordine?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
20. Il personale ha a disposizione i DPI previsti e li utilizza durante le operazioni di allestimento?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
21. La conta delle giacenze viene eseguita con regolarità e registrata negli appositi moduli?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
22. I materiali, gli utensili e le apparecchiature da utilizzare sono puliti, asciutti e sterilizzati (dove previsto)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Data Firma

VERIFICA PRODUZIONE GALENICA ONCOLOGICA

IDENTIFICAZIONE

1. È stato identificato correttamente il paziente ?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. I dati anagrafici (nome, cognome, luogo e data di nascita del paziente, ASL di appartenenza, codice fiscale, etc.) ed il numero di cartella clinica corrispondono a quelli indicati nella prescrizione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Il nome medico prescrittore nonché l'Unità Operativa sono correttamente riportati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Firma _____

PRESCRIZIONE

1. La prescrizione medica risulta compilata in tutte le sue parti ed è debitamente e chiaramente firmata dal medico prescrittore?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Sono correttamente evidenziati nome e cognome del paziente, data di nascita e sesso?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Sono indicati altezza e peso per il calcolo della superficie corporea (BSA) o altre variabili per il calcolo di specifici farmaci, come l'area sotto la curva (AUC)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. È indicata la diagnosi e la sede della patologia?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. È indicato il nome del protocollo (acronimo), il numero del ciclo di trattamento, il numero dei cicli previsti, le giornate di somministrazione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. L'indicazione d'uso del farmaco prescritto è appropriata alla diagnosi del paziente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

7. È indicato il nome di ciascun principio attivo e la dose corrispondente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. Il dosaggio e lo schema terapeutico applicato sono appropriati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. Sono indicati la via e la durata di somministrazione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
10. È stata correttamente compilata la scheda AIFA, se prevista?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
11. La prescrizione medica contiene tutte le indicazioni necessarie alla valutazione dell'allestimento nel rispetto della FU ed. vigente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
12. In caso di studio clinico, sono indicati il nome e il codice numerico del trattamento sperimentale?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Firma _____

CONTROLLI PRIMA DELLA PREPARAZIONE

Ci sono evidenze dei controlli effettuati:	
1. Sui componenti da utilizzare	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. Sui componenti prelevati	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. Sui diluenti e sui contenitori impiegati	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. Foglio dei lotti	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. Foglio di lavoro con calcoli eseguiti	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
5. Corrispondenza dei materiali (farmaci e soluzioni) con quelli inseriti nel foglio di lavoro	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

6. Integrità contenitori (sacche/flaconi in plastica, pompe elastomeriche, siringhe)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. Dispositivo medico appropriato (es. schermato, compatibile)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. Sull'area di lavoro	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Firma _____

FOGLIO DI PREPARAZIONE*

Il foglio di lavorazione, informatizzato o su modulo cartaceo predisposto, riporta chiaramente:		
1. data di preparazione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. nome, cognome del paziente e data di nascita	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. materie prime utilizzate con relativa quantità, concentrazione o volume	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. specifiche delle materie prime (farmaci, soluzioni) utilizzate	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. procedura di riferimento	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6.. data limite di utilizzazione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. eventuali note o avvertenze	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. nome, cognome e firma del preparatore	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. nome, cognome e firma del farmacista *o altro sistema che garantisca la tracciabilità delle preparazioni effettuate	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Firma _____

ALLESTIMENTO

1. Sono rispettate le procedure operative per la manipolazione in sicurezza dei farmaci antineoplastici da parte dell'operatore?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Sono presenti delle procedure specifiche da seguire in caso di contaminazione dell'operatore?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Sono presenti delle procedure specifiche da seguire in caso di spandimenti accidentali?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. È presente un kit contenente il materiale da utilizzare in caso di spandimento?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. Sono state verificate la stabilità chimico-fisica del farmaco e la compatibilità dello stesso con il diluente ed il contenitore finale?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. In caso di allestimento sotto cappa è prevista la verifica incrociata da parte di due operatori, uno con il compito di preparatore e l'altro di supporto?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Firma _____

CONTROLLI SUL PRODOTTO FINITO

1. L'aspetto della preparazione è conforme all'atteso:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
1.1 assenza di precipitati	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
1.2 assenza di particelle adese alla sacca/siringa	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Il confezionamento garantisce la tenuta attesa	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Le informazioni riportate in etichetta sono rispondenti ai dati presenti sulla prescrizione medica/foglio di lavorazione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. Sono stati effettuati i controlli di qualità definiti nel foglio di lavoro e/o nella procedura interna?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Firma _____

CONTROLLI SULL'ETICHETTA

1. L'etichetta è leggibile:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. L'etichetta è completa:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.1 U.O. richiedente	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.2 Nome e cognome paziente, data di nascita del paziente	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.3 N° cartella clinica (se previsto)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.4 N° di preparazione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.5 Principio Attivo e dosaggio	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.6 Volume totale e tipo di diluente	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.7 Data di preparazione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.8 Firma del farmacista	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.9 Firma del preparatore e dell'assistente alla preparazione (se previsto)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.10 Data di scadenza	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.11 Via di somministrazione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.12 Modalità di conservazione (es. Riparo dalla luce, temperatura di conservazione ecc.)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.13 Tempo di infusione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2.14 Eventuali note e Istruzioni specifiche sui dispositivi se necessario (per esempio impiego di filtro da 0,22 µ)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Firma _____

VERIFICA PRODUZIONE NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE (NPT)**IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE**

1. È stato identificato correttamente il paziente?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. I dati anagrafici (nome, cognome, luogo e data di nascita del paziente, ASL di appartenenza, codice fiscale, etc.) ed il numero di cartella clinica corrispondono a quelli indicati nella prescrizione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Firma _____

PRESCRIZIONE

1. La prescrizione medica risulta compilata in tutte le sue parti?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. È segnalata l'indicazione nutrizionale (prevenzione, correzione alla malnutrizione, nutrizione perioperatoria o trattamento dell'ipercatabolismo)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Il nome del medico prescrittore e l'Unità Operativa sono correttamente riportati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. La prescrizione medica contiene tutti i componenti e i fabbisogni nutrizionali necessari all'elaborazione della formulazione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. La prescrizione medica risulta appropriata per garantire la compatibilità dei componenti e la stabilità della miscela?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Firma _____

ELABORAZIONE DELLA FORMULA

1. È stata valutata la composizione quali-quantitativa della miscela?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
---	-----------------------------	-----------------------------

2. È stata verificata la compatibilità dei componenti?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. È stata verificata l'osmolarità della miscela?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. È stata valutata la stabilità della miscela formulata?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
5. Sono stati inseriti correttamente i dati della prescrizione?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
6. È stato predisposto un foglio di lavoro?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
7. Sono state stampate le etichette da apporre in ciascuna sacca?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
8. È stato predisposto un elenco dei fabbisogni dei componenti (macroelementi e microelementi) da utilizzare per l'allestimento delle miscele nutrizionali?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Firma _____

ALLESTIMENTO

1. È stata eseguita la verifica di corrispondenza dei componenti (tipologia e volume) richiesti in prescrizione con quelli presenti nel foglio di lavoro e in etichetta?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. Sono stati predisposti i componenti e i dispositivi in base alla lista dei fabbisogni?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. Sono stati inseriti/variati i lotti e le scadenze dei componenti nell'applicativo informatico o nell'apposito modulo cartaceo?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. Sono stati decontaminati i prodotti da utilizzare prima dell'introduzione nella camera bianca?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
5. È stata verificata la presenza, nella camera bianca, di tutto l'occorrente per l'allestimento?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
6. Gli operatori hanno provveduto al lavaggio accurato delle mani?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
7. Gli operatori addetti all'allestimento hanno indossato il camice, la cuffietta, le sovra-scarpe e i guanti?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

8. Sono stati decontaminati il piano di lavoro e i macchinari di riempimento?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
In caso di allestimento automatizzato:	
1. È stata effettuata l'accensione delle macchine riempitrici ed effettuati i controlli stabiliti?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. Sono state correttamente montate le linee delle macchine riempitrici e riempite le linee?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. Prima di iniziare l'allestimento, è stata effettuata la verifica della rispondenza di ciascuna linea di riempimento con ciascun macroelemento e ciascun microelemento montato?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. A metà lavorazione è stata effettuata la verifica della rispondenza di ciascuna linea di riempimento con ciascun macroelemento e ciascun microelemento montato?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
5. L'operatore addetto all'allestimento ha verificato i dati inseriti nel monitor con i dati contenuti in etichetta e foglio di lavoro?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
6. Gli operatori hanno eseguito le aggiunte manuali utilizzando specifiche siringhe e controllando in doppio i componenti/volumi introdotti in sacca?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Firma _____

CONTROLLI

1. È stato effettuato un controllo visivo della sacca?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. Sono stati esclusi flocculazioni, sedimenti o opalescenza?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. È stata effettuata l'eliminazione manuale o automatizzata dell'aria dalla sacca allestita?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. È stata verificata la corrispondenza dei dati presenti in etichetta con i dati evidenziati sul monitor?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

5. È stata verificata la tenuta del contenitore e del confezionamento?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
6. È stata riscontrata la corrispondenza tra i dati presenti in etichetta con la prescrizione medica?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
7. È stato verificato l'invio ai reparti/consegna ai trasportatori tramite apposita modulistica completa dei dati inerenti reparti e pazienti e debitamente firmata?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
8. Sono stati effettuati regolarmente i controlli microbiologici su aerobi, anaerobi e miceti su una sacca di prova?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
9. È rispettato il programma dei controlli particellari e microbiologici ambientali?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
10. Sono eseguiti con cadenza regolare e programmata i controlli sulle mani guantate e i controlli dell'aria con le piastre di decantazione?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Firma _____

VALIDAZIONE DELLA CHECKLIST E VERIFICA DI CONFORMITÀ

Una checklist definisce una serie di attività o dimensioni, correlate ad un particolare processo, che devono essere verificate affinché ne sia garantita la standardizzazione, la qualità e la sicurezza. Le checklist facilitano, quindi, la valutazione di un processo attraverso un approccio strutturato e ben definito.

Per garantire l'efficacia della verifica è necessario che essa sia sottoposta a validazione; per garantire il raggiungimento dell'obiettivo prefissato è opportuno che siano indicati un valore soglia di conformità ed i criteri per il calcolo della conformità, in modo tale da poter definire dei parametri univoci e chiari di valutazione.

La validazione della checklist richiede la formazione di un gruppo di lavoro, formato da persone che conoscono bene e sono coinvolte nel processo da valutare. Il gruppo di lavoro definisce attraverso degli audit i punti cardine oggetto della valutazione (checkpoint) al fine di ridurre il rischio di potenziali errori o di potenziali deviazioni dal percorso stabilito nel processo. Può essere utile effettuare una ricerca bibliografica che completi i dati in possesso del gruppo al fine di definire meglio le maggiori criticità connesse al processo in esame. Il gruppo di lavoro definisce, quindi, i checkpoint essenziali, verificando che :

- essi siano riferiti a criteri e non a indicatori;
- la lista dei checkpoint sia concisa ma completa per definire l'intero processo;

- non siano presenti sovrapposizioni;
- i criteri utilizzati siano chiari, misurabili e affidabili.

Una volta definita, la checklist deve essere testata sul campo, per capirne la reale applicabilità e l'efficacia nel rilevare i punti critici del processo. In questo modo è possibile coinvolgere tutti gli attori coinvolti nel processo affinché possano fornire ulteriori elementi di miglioramento. È, inoltre, opportuno accertarsi che la valutazione effettuata attraverso la checklist non possa essere compromessa da possibili variazioni individuali dovute alla soggettività del giudizio espresso ed eventualmente fare in modo che sia indirizzata verso parametri ben definiti e univoci (ad es. presenza/assenza). Può essere utile confrontare i risultati scaturiti dall'applicazione della checklist con altri sistemi di analisi utilizzati nella propria struttura.

La sperimentazione deve essere completata con la definizione di valori target desiderati per l'identificazione di possibili azioni correttive da intraprendere nel caso si presentino deviazioni dal processo stabilito ovvero una non conformità.

Ad esempio, è possibile stabilire un valore soglia oltre il quale si può avere una parziale conformità o una non conformità come mostrato nell'esempio.

ESEMPIO DI CALCOLO DI CONFORMITÀ

SI/(SI+NO)×100	0-80%	<input type="checkbox"/>	NON CONFORME
	81-94%	<input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE CONFORME
	95-100%	<input type="checkbox"/>	CONFORME

Dove per SI e No si intende conformità o meno al criterio specifico.

Effettuata la sperimentazione sul campo e tarata la checklist al proprio processo è importante farla testare a utenti esterni al gruppo e a

esperti nel campo di riferimento del processo analizzato per un ulteriore confronto.

Ultimata la validazione ed effettuate le opportune correzioni, si approva la checklist e si dà ampia diffusione al personale coinvolto, facendo in modo che siano ben esplicitati gli obiettivi, i responsabili dei vari step (esecuzione, valutazione, elaborazione reportistica, comunicazione etc.).

Al'interno di specifiche commissioni/gruppi di lavoro sarà possibile valutare l'andamento della valutazione effettuata attraverso l'applicazione della checklist ed intervenire con azioni correttive per risolvere eventuali non conformità. Può essere molto utile anche il confronto dei risultati ottenuti con la checklist e i risultati ottenuti attraverso altri sistemi di analisi in uso, come ad esempio gli incident reports relativamente ad una specifica criticità rilevata.

È buona norma verificare la checklist periodicamente e comunque ogni volta che il processo subisce una variazione. Nel caso in cui le correzioni da effettuare o le variazioni relative al processo siano consistenti è opportuno ripetere il processo di validazione.

RACCOLTA DI LINK UTILI

Questo elenco di alcuni link utili, relativi alle checklist, divisi per categorie è stato estrapolato nel mese di Luglio 2014.

1. Informazioni generali

- <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=14>
Informazioni utili sulle checklist con esempi: fonte AHQR (il sito contiene numerosi esempi di checklist)
- <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718909001153>
Validare una checklist: fonte Science Direct
- <http://isotc.iso.org/livelink/livelink/fetch/-8835176/8835194/3541460/APG-Checklist.doc.pdf?nodeid=3556313&vernum=-2>
Ruolo e valore dell'Audit Checklist: fonte ISO &IAF
- http://ac.els-cdn.com/S0149718909001153/1-s2.0-S0149718909001153-main.pdf?_tid=8ac883c4-463e-11e3-9988-00000aabb0f26&acdnat=1383672198_698ddd04527c7b78d9b2f4b38e27f8d
Articolo in pdf su come validare una checklist: fonte Elsevier Editore

2. Procedure relative ai farmaci

- <http://www.ismp.org/selfassessments/Hospital/2011/full.pdf>
Autovalutazione per la sicurezza delle terapie in ospedale: fonte ISMP

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3130755/>

Articolo sullo sviluppo di checklist per gli ordini medici rivisti dai farmacisti: fonte PubMed

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18073269>

Articolo sull'utilizzo delle checklist per migliorare la qualità delle terapie: fonte PubMed

3. Procedure relative ai dispositivi medici

- <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/CentralLineInsertionChecklist.aspx>
Checklist per l'inserimento dei cateteri centrali: fonte IHI
- http://www.inclentrust.org/uploadedbyfck/file/publication/final/Annex%20A_3.pdf
Checklist per l'applicazione delle linee guida: fonte Inclent trust

4. Procedure relative alle farmacie ospedaliere

- http://library.bcpharmacists.org/K-Forms/K-3_Licensure/9092-HOS_PY_Inspection_Report.pdf
Checklist per le ispezioni delle farmacie ospedaliere: fonte College of Pharmacist of British Columbia
- http://www.chcuk.co.uk/pdf/2011-08-19_Pharmacy_GCP_Checklist_%28CHCUK_McCully%29.pdf
- Checklist per la verifica della compliance alle GCP: fonte Healthcheck Consulting UK

- <http://www.health.nsw.gov.au/alliedhealth/Documents/Staff-Orientation-Checklist.pdf>

Checklist per il ri-orientamento dello staff: fonte NSW Health

5. Procedure relative agli ospedali

- http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/148214/e95978.pdf

Checklist per i dipartimenti delle emergenze: fonte WHO

- <http://www.pharmacyonesource.com/applications/veriform/>

Checklist management system per ospedali fonte: Wolter and Kluwer

6. Procedure per la prevenzione del rischio clinico

- http://www.agenas.it/agenas_pdf/Relazione%20%20sem%202011/Allegati%20alla%20relazione%20attivit%C3%A0%20%20sem%202011/Allegato%2006_Raccomandazioni.pdf

Esempi di checklist elaborate da Agenas per la valutazione dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali con i dati della ricerca: fonte Agenas. Ogni ospedale può richiedere l'accesso al proprio link specifico per estrapolare le checklist e segnalare il livello di conformità alle raccomandazioni ministeriali.

- <http://www.mdconsult.com/das/article/body/429307390-2/jorg=journal&source=&sp=16529497&sid=0/N/965360/s0883944106000815.pdf?issn=0883-9441>

Articolo sulla prevenzione degli errori utilizzando le checklist: fonte Elsevier Editore

- <http://www.elmbridge.gov.uk/envhealth/safety/RAforms.htm>

Valutazione del rischio e checklist: fonte Elmbridge

- <http://www.safetyrisk.net/risk-assessment-checklist/>

Checklist per la prevenzione del rischio: fonte Safetyrisk (il sito contiene numerosi esempi utili)

- <http://www.hpoe.org/resources/hpohretaha-guides/1398>

Esempi di checklist per migliorare la sicurezza dei pazienti: Fonte HPOE/HRET/AHA

7. Procedure relative alla sicurezza del paziente anziano

- http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/toolkit/Falls_ToolKit/DesktopPDF/English/booklet_Eng_desktop.pdf

Checklist per la prevenzione delle cadute nei pazienti anziani: fonte CDC

8. Procedure relative alla sicurezza del paziente in Sala operatoria

- <http://www.aspag.it/index.php/2011-09-21-18-40-42/item/download/1189>

Procedura aziendale con descrizione di checklist per la sicurezza del paziente in sala operatoria: fonte Regione Sicilia P.O. Agrigento

- <http://www.usl2.toscana.it/documenti/check2.pdf>

Istruzioni per il corretto uso della checklist paziente chirurgico: fonte Regione Toscana

- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_2610_listaFile_itemName_0_file.pdf

Modello checklist per la sicurezza in Sala Operatoria: fonte Ministero Salute

- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2610&area=sala%20operatoria&menu=checklist

Istruzioni sulla compilazione della checklist per la sicurezza in Sala Operatoria: fonte Ministero Salute

- <http://www.usl2.toscana.it/documenti/tromboembolismovenosoinortopediaetraumatologiaprotocolloregionaleprevenzione.pdf>

Esempio di checklist paziente chirurgico: fonte Regione Toscana

- http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

Checklist della WHO per la sicurezza in chirurgia e manuale di implementazione: fonte WHO

- <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/en/>

Checklist della WHO per la sicurezza dei pazienti: fonte WHO

- <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/interventions/Perioperativecare/npsachecklistvideo/>

Video sull'utilizzo della checklist WHO per la sicurezza dei pazienti in sala operatoria: fonte patientsafetyfirst

9. Applicazioni per smartphone

- <http://www.sifoweb.it/notizie-varie/725-il-rischio-clinico-da-farmaci-in-una-app.html>

Nel mese di Dicembre 2013 è stata resa disponibile una applicazione per smart phone dedicata alle checklist ad opera di Janssen Cilag. Al link sopra indicato trovate la news della SIFO dedicata a questa nuova applicazione chiamata *Checklist – Janssen EMEA*.

CONCLUSIONI

La gestione del rischio clinico si avvale di numerosi strumenti che, messi a disposizione degli operatori sanitari, ne agevolano il lavoro e garantiscono la sicurezza dei pazienti.

Fra questi le checklist, cartacee o informatizzate, rappresentano senza dubbio quelli più accessibili per la praticità di utilizzo; questo ne spiega la rapida diffusione in vari ambiti e per diverse applicazioni.

Il valore delle checklist, come sottolineato più volte nel manuale, va oltre l'essere un elenco di domande semplici che aiutano a non dimenticare i passaggi fondamentali nel lavoro o ancora una *linea guida* sintetica di riferimento per evitare errori. Nello stesso tempo, infatti, costituiscono elemento fondamentale nella pratica quotidiana e consentono di valutare i processi aziendali e la performance degli operatori sanitari.

L'adozione delle checklist è di fatto una modalità di analisi interna della organizzazione sanitaria e dell'operato dei professionisti, i quali si sentono collettivamente responsabili del servizio e della definizione della mission aziendale.

Le checklist richiedono un lavoro di gruppo per la stesura, condivisione, diffusione e aggiornamento. Tutto nel rispetto della trasparenza e dell'indicazione dei soggetti responsabili individuati: la professionalità e la responsabilità sono elementi fondamentali in ogni contesto lavorativo. D'altro canto occorre rendere noti gli standard di

riferimento così come le responsabilità del mancato rispetto delle procedure.

La gestione delle checklist richiede un numero limitato di risorse ma sono basilari sia la formazione aziendale sia l'addestramento sistematico per mantenere alto il livello di competenze e sviluppare la capacità di saper comunicare e verificare le proprie conoscenze.

In più l'analisi delle cause degli scostamenti dal percorso previsto permette l'individuazione di interventi correttivi per garantire affidabilità e funzionalità di ogni processo.

Come evidenziato nel manuale, la comunicazione gioca un ruolo fondamentale nella genesi dell'errore in sanità, e l'uso regolare delle checklist educa ad instaurare un clima di collaborazione ed unitarietà nell'atto sanitario, a modificare comportamenti che possono mostrare una insufficiente consapevolezza dei rischi.

Dal momento che è necessario rendere i sistemi sicuri, per quanto possibile, l'attività assistenziale dipenderà fortemente dall'impegno dei professionisti e da una cultura organizzativa conscia dell'importanza della prevenzione degli errori in terapia. E le checklist sono un esempio come strumenti strategici di prevenzione e controllo a garanzia della qualità e sicurezza delle cure.

Il manuale focalizza l'attenzione sull'ambito specifico della gestione del farmaco, ma può essere la base per elaborare altri documenti di implementazione delle politiche di Governo clinico.

Si auspica una attenzione da parte di Istituzioni, di Regioni e Province autonome nonché Aziende sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

- Gawande A. *Checklist. Come fare andare meglio le cose* Einaudi; 2011;
- Ministero della Salute Raccomandazione 1 “Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio”, marzo 2008;
- Ministero della Salute Raccomandazione 2 “Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico”, marzo 2008;
- Ministero della Salute Raccomandazione 3 “Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura” ed allegati, marzo 2008;
- Ministero della Salute Raccomandazione 7 “Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica”, marzo 2008;
- Ministero della Salute Raccomandazione 12 “Prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-Alike/Sound-Alike”, agosto 2010;
- Ministero della Salute Raccomandazione 14 “Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici”, novembre 2012;
- Ministero della Salute Allegato 1 alla Raccomandazione 15 “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso”, febbraio 2013;
- Ministero della Salute “Risk management in Sanità Il problema degli errori”, marzo 2004;
- Ministero della Salute “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari”, settembre 2007;
- Ministero della Salute “Manuale RCA (Root Cause Analysis)”, settembre 2009;.
- Ministero della Salute “Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist”, ottobre 2009;
- Ministero della Salute “Progetto “Farmaci LASA e sicurezza dei pazienti

Elenco farmaci LASA aggiornato al 31 dicembre 2010;”

- Ministero della Salute, FOFI, SIFO “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: La Qualità dell’assistenza farmaceutica. Manuale per la formazione dei farmacisti del SSN”; 2010;
- Davidson, E.J. Evaluation methodology basics: The nuts and bolts of sound evaluation. Thousand Oaks, CA: Sage Publication, Inc. (2005).



