



# PRO – 02

## Protocollo

### Gestione e somministrazione farmaci

#### Sommario

Applicabilità .....	2
Gestione del rischio .....	2
Emergenza Covid-19 .....	4
Informazioni documentate da conservare .....	5
Revisione del Protocollo .....	5
0. Scopo e campo di applicazione .....	6
1. Aiuto nella somministrazione dei farmaci .....	7
2. Gestione della terapia endovenosa .....	7
2.1 Definizione .....	7
2.2 Indicazioni .....	7
2.3 Materiale occorrente .....	7
3. Farmaci e preparazioni per uso parenterale .....	8
4. Set infusionali .....	8
4.1 Definizione .....	8
4.2 Presidi di controllo di flusso per la terapia infusiva .....	9
4.2.1 Definizione .....	9
4.2.2 Ambito di impiego .....	9
4.2.3 Tipologie di presidi .....	9
4.2.4 Modalità operative .....	10
4.2.5 Complicanze .....	13
5. Responsabilità e competenze dell'infermiere nella somministrazione di farmaci .....	13
6. Approvvigionamento dei farmaci .....	14
7. Gestione dei farmaci .....	14
8. Conservazione dei farmaci .....	15
8.1 Ambienti e armadietti .....	15
8.2 Confezioni e conservazione .....	15
8.3 Temperature .....	16
8.4 Gestione stupefacenti e le sostanze psicotrope .....	16
8.5 Gestione dei farmaci scaduti o non più utilizzati .....	17
8.6 Gestione farmaci provenienti da cessazione o variazione delle terapie degli ospiti .....	17
Allegato 1 – Registro delle temperature .....	18
Allegato 2 - Registro di carico e scarico farmaci per cessazione o variazione della terapia dell'ospite .....	19
Allegato 3 – Autorizzazione alla somministrazione delle terapie .....	20
Allegato 4 – Registro Terapie Individuali .....	21
Allegato 5 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA .....	22

Numero Revisione	Motivo	Data	Firma Legale Rappresentante	Firma Responsabile Qualità
00	Prima emissione	31/03/2011		



C.RE.A.  
Società Cooperativa Sociale

Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente  
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015

Protocollo Gestione e somministrazione farmaci

Pag. 2 di 22

PRO – 02  
Rev. 04 del 13.07.2020

01	Aggiornamento	09.10.2017		
02	Modifica	05.12.2019		
03	Modifica	03.06.2020		
04	Revisione	13.07.2020	FIRMATO A DISTANZA	FIRMATO A DISTANZA

## Applicabilità

Fattore di rischio	n. Protocollo	Titolo del Protocollo adottato al fine di implementare un'azione di sistema atta ad affrontare il rischio connesso con il fattore specifico individuato	RSA CD e AD anziani	CAP	Comunità e CD Minori	Nidi d'infanzia	CDD / CDS	CIAF/CAG/Educativa	Servizi immigrati e medd. Ling.	Assistenza scolastica	Assistenza sociale
Gestione e somministrazione e farmaci	02	Protocollo Gestione e somministrazione farmaci	X	X	X		X			X	

Le misure di seguito indicate sono applicate in base alla pertinenza della specifica attività per la tipologia di ospiti del servizio/struttura. Per ciascun servizio / struttura può essere allegato un protocollo specifico che individua, tenuto conto della valutazione del rischio, particolari disposizioni derogatorie ovvero indicazioni operative rilevanti riguardo altresì alla tipologia di ospiti o ad altre esigenze specifiche del servizio.

Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema.

## Gestione del rischio

La valutazione del rischio è il processo complessivo d'identificazione, analisi e ponderazione del rischio. L'attività di valutazione del rischio è applicata ai singoli processi aziendali, inclusi pertanto i processi di erogazione connessi all'applicazione del presente protocollo, e deriva dalla comprensione del contesto (fattori interni ed esterni) e delle parti interessate (cfr. Sez. 04 MGI e



PG 04 Gestione del Rischio). Tale comprensione evidenzia fattori di rischio e opportunità che determinano la definizione dei processi aziendali e le loro interazioni.

In linea con i principi seguiti della norma IEC 31010:2009, la metodologia seguita per la valutazione del rischio è quella che, valuta la grandezza del rischio (indice del rischio) come moltiplicatore di una matrice quadrata 4x4, quindi:

P				
	4	8	12	16
	3	6	9	12
	2	4	6	8
	1	2	3	4
				C

$R = P \times C$   
 R = indice del rischio;  
 P = probabilità o frequenza del verificarsi dell'evento;  
 C = ponderazione delle conseguenze derivanti

Valutazione indice dei rischi (R)		
Range numeric	Livello	Misure di contenimento
1 – 3	Rischio basso	Nessuna AC specifica, consolidamento dei livelli di Rischio, valutazione eventuali miglioramenti.
4 – 8	Rischio medio	Predisposizione AC od obiettivi di miglioramento nel medio periodo, aumento del monitoraggio e del controllo.
9 – 16	Rischio alto	Predisposizione AC urgenti, stretto monitoraggio e controllo della fonte di Rischio.

Valutazione della probabilità (P)		
Indice Numeric	Livello	Definizione/criterio
1	Improbabile	Indica la scarsissima probabilità del verificarsi dell'evento per la mancanza della presenza oggettiva del rischio in esame. Non sono noti episodi già verificatisi. Assenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità Il verificarsi dell'evento susciterebbe incredulità.
2	Occasionale	Indica la scarsa possibilità del verificarsi dell'evento. Sono noti solo rarissimi episodi già verificatisi o che sarebbero potuti accadere. Scarsa presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe grande sorpresa.
3	Probabile	Indica la possibilità concreta del verificarsi dell'evento. È noto qualche episodio in cui alla non conformità ha fatto seguito l'evento. Presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe una moderata sorpresa.
4	Molto probabile	Esiste una correlazione diretta tra la non conformità rilevata ed il verificarsi dell'evento ipotizzato. Si sono già verificati episodi per la stessa non conformità rilevata in situazioni operative simili. Alta presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità.



Valutazione delle conseguenze (C)		
Indice numerico	Livello	Definizione/criterio
1	Lieve	Evento di scarsa entità, con conseguenze facilmente contenibili
2	Media	Evento di media entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione
3	Grave	Evento di grave entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione
4	Gravissima	Evento di grave entità, che coinvolge l'intera Organizzazione

La Cooperativa elabora, per i diversi servizi, una valutazione del rischio specifico di erogazione, a partire dall'applicazione del presente protocollo tenendo conto:

- Delle NC rilevate rispetto al processo considerato
- Delle AC intraprese a seguito di NC o reclami riferibili al processo
- Dei reclami pervenuti relativamente al processo
- Di eventuali eventi critici, near miss o criticità rilevate e riferibili al processo
- Dei risultati di controlli, verifiche, ispezioni anche di Enti esterni relativamente al processo
- Dei risultati degli audit interni relativi al processo
- Dell'efficacia della formazione erogata che ha un impatto sul processo
- Dei risultati conseguiti dalle azioni di miglioramento intraprese relativamente al processo considerato
- Dell'andamento del processo e di altri aspetti specifici inerenti il processo
- Di ulteriori fattori rilevanti del contesto interno od esterno impattanti sul processo
- Dei risultati derivanti dalle indagini di soddisfazione del cliente e del clima interno
- Dai rapporti del servizio dei Coordinatori dei servizi e delle strutture

## Emergenza Covid-19

In relazione all'emergenza Covid – 19 la Cooperativa ha adottato le misure di sicurezza da applicare all'erogazione del servizio, mediante protocolli speciali, procedure e documenti organizzativi. Il presente protocollo, per quanto incompatibile con le più strette misure di sicurezza previste, viene da queste modificato senza necessità di specifica revisione.

Il quadro normativo di riferimento è in costante evoluzione. [A questo link del sito web del Dipartimento della Protezione Civile](#) sono disponibili in costante aggiornamento i provvedimenti normativi a livello governativo e regionali relativi alla gestione dell'emergenza.

[A questo link](#) in particolare sono disponibili le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana specificamente inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture socio-sanitarie.

[A questo link](#) in particolare è disponibile la documentazione prodotta dall'A.USL Toscana Nord Ovest inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Si fa riferimento a tale documentazione quale aggiornamento delle leggi e della documentazione di origine esterna.

Ai fini della gestione dell'emergenza, le autorità sanitarie e di protezione civile emettono altresì protocolli e linee guida con indicazioni operative da applicare e/o raccomandazioni suggerite



referibili ad esempio a strutture o servizi assistenziali e socio-sanitari specifici. Anche tale documentazione viene acquisita dal sistema come documentazione di origine esterna ed è oggetto sia di trasmissione ai servizi interessati, che di applicazione nella documentazione di erogazione del servizio.

In particolare vengono formalmente recepite nel sistema di gestione:

- le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana sopra richiamate e applicabili al contesto aziendale;
- le Delibere di GR Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo della Regione Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo elaborate dall'A. USL Toscana Nord Ovest – Unità di Crisi Gestione dell'emergenza COVID-19;
- Rapporti Covid-19 a cura dell'Istituto Superiore di Sanità <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

## Informazioni documentate da conservare

Presso i singoli servizi / strutture sono in uso modulistica specifica per la registrazione delle informazioni documentate da conservare inerenti lo svolgimento degli atti assistenziali. In alcune strutture è in uso altresì il gestionale e-personam che progressivamente consente di sostituire la registrazione cartacea con la registrazione digitalizzata.

In allegato al presente protocollo (allegato 5) l'elenco della modulistica ad esso riconducibile in uso presso ciascun servizio / struttura. Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema. Resta inteso che ciascun servizio non sia autorizzato ad introdurre autonomamente nuova modulistica e che ciò avvenga attraverso l'ordinario processo di emissione.

## Revisione del Protocollo

Il presente protocollo è sottoposto a revisione triennale e ogniqualvolta ciò si renda necessario. La revisione può essere proposta anche dai singoli servizi per il tramite del Coordinatore e/o dell'infermiere laddove presente.

La proposta di revisione può essere inoltrata al RAQ via email indicando:

- n. pagina oggetto di modifica;
- paragrafo da modificare;
- testo del paragrafo da modificare;
- testo proposto per la modifica



## 0. Scopo e campo di applicazione

Il presente protocollo si applica alle strutture e ai servizi della Cooperativa C.RE.A. dove è prevista la preparazione e/o la somministrazione dei farmaci agli Ospiti.

Il protocollo definisce regole generali relative alla gestione e somministrazione del farmaco che possono trovare ulteriori specificazioni nelle singole strutture o servizi sulla base dello specifico progetto o di esigenze speciali valutate nel corso della gestione.

Di norma, le strutture interessate dal protocollo sono:

- Le strutture residenziali, nelle quali generalmente sono presenti infermieri ed OSS
- Le strutture semiresidenziali, nelle quali generalmente non sono presenti infermieri, e sono invece presenti OSS ed educatori

Salvo casi specifici, di norma non è prevista dagli altri servizi la somministrazione del farmaco agli utenti.

L'infermiere nelle strutture residenziali o – dove non presente (generalmente nelle strutture semiresidenziali) – il Coordinatore, assicurano che siano sempre presenti ed aggiornate:

- a) Le prescrizioni sanitarie circa l'assunzione di farmaci, in base ai periodi di validità stabiliti dal SSN per tali prescrizioni. Le prescrizioni devono essere documentate con idonea ricetta medica datata, timbrata e firmata dal medico prescrittore. Lo storico delle prescrizioni è conservato nella cartella personale dell'utente per l'intera durata della permanenza dell'utente nel servizio.
- b) Laddove, anche nelle strutture semiresidenziali, sia presente l'infermiere o vi sia un servizio diretto dell'A.USL per la preparazione e somministrazione dei farmaci, la competenza per quanto sopra indicato è dell'infermiere, salvo la possibilità – al fine di facilitare la comunicazione con le famiglie – che le prescrizioni siano raccolte dal Coordinatore e trasmesse all'infermiere.
- c) Per le strutture semiresidenziali, l'autorizzazione della famiglia alla somministrazione dei farmaci (Allegato 3)

Laddove applicato, il gestionale e-personam consente la corretta registrazione relativa alla somministrazione dei farmaci. Le strutture che adottano tale gestionale applicano quindi integralmente la modalità di registrazione digitalizzata sul gestionale stesso.

Laddove non applicato il gestionale e-personam:

- a) Per le strutture residenziali, la specifica procedura di erogazione del servizio definisce specifici requisiti e modalità nonché la modulistica di riferimento per tracciare adeguatamente la gestione della somministrazione del farmaco all'interno della struttura



- b) Per le strutture semiresidenziali, viene adottato un registro delle terapie individuali nel quale vengono riportate le diverse somministrazioni indicando la data e l'orario e la firma dell'operatore che ha verificato la corretta assunzione (Allegato 4).

## 1. Aiuto nella somministrazione dei farmaci

Gli operatori possono supportare la persona nell'assunzione dei farmaci in presenza di una certificazione del medico dove siano specificati: il tipo di farmaco, gli orari e i dosaggi.

Le prestazioni richieste possono essere diverse:

- semplice stesura di un promemoria chiaro e leggibile;
- controllo dell'assunzione del farmaco;
- controllo della scadenza della confezione;
- approvvigionamento dei farmaci mancanti;
- informazione al medico di base se si manifestano effetti collaterali.

## 2. Gestione della terapia endovenosa

### 2.1 Definizione

La terapia endovenosa consiste nell'immissione diretta di liquidi, farmaci, sangue o emoderivati nel circolo venoso.

La somministrazione in vena può essere effettuata in bolo (farmaco iniettato direttamente in vena tramite siringa) o in infusione (farmaci diluiti o liquidi iniettati tramite set infusione)

### 2.2 Indicazioni

- somministrazione di farmaci in situazioni nelle quali è necessario un effetto farmacologico rapido;
- quando la somministrazione di farmaci non è possibile per altre vie (pazienti ustionati, comatosi);
- mantenere o ripristinare volemia, equilibrio acido-base, equilibrio elettrolitico, stato nutrizionale;
- somministrazione sostitutiva di sostanze indipendentemente dall'interferenza dei meccanismi d'assorbimento.

### 2.3 Materiale occorrente

- farmaci/soluzioni prescritte;
- disinfettante (iodofori o clorexidina gluconata in soluzione alcolica);
- garze sterili;



- batuffoli;
- siringhe varie;
- set infusionali;
- eventuali presidi per il controllo del flusso;
- fiale di soluzione fisiologica;
- soluzione eparinata allo 0,1%;
- guanti monouso;
- cerotti;
- arcella;
- dispositivi vari sterili per la chiusura di accessi venosi;
- presidi per lo smaltimento differenziato dei rifiuti (vetri, aghi...).

Per il materiale occorrente e le procedure relative a somministrazione di sangue o emoderivati e terapia antitumorale vedere i protocolli specifici.

### 3. Farmaci e preparazioni per uso parenterale

Normalmente sono soluzioni ma possono anche essere sospensioni o polveri che sono sciolte in adatto solvente al momento dell'uso. i requisiti ritenuti indispensabili per un preparato iniettabile sono:

- sterilità
- apirogenità
- limpidezza.

Il controllo di queste proprietà è riservato al preparatore (industria farmaceutica o farmacisti) corresponsabile del controllo della limpidezza è anche il personale infermieristico.

Prima di ogni somministrazione si dovrà sempre controllare che la soluzione oltre che limpida non presenti corpuscoli estranei (difetti di produzione o provocati dalla perforazione del tappo) l'unico caso in cui la soluzione può essere non limpida è per le sospensioni.

L'infermiere deve inoltre garantire la corretta conservazione dei farmaci o soluzioni e controllare la scadenza e l'approvvigionamento degli stessi.

### 4. Set infusionali

#### 4.1 Definizione

Sono dispositivi che permettono il gocciolamento e il conseguente flusso di soluzioni dal flacone all'accesso venoso. sono in commercio in confezioni singole monouso sterili e sono comunemente detti deflussori. nei deflussori standard 20 gtt equivalgono a 1 ml, nei microgocciolatori 60 gtt equivalgono a 1 ml.

Esistono numerosi tipi di deflussori:





- deflussori per pompe per infusione;
- deflussori per farmaci fotosensibili;
- deflussori per infusioni mirate (burette);
- deflussori per la somministrazione di particolari farmaci (deflussori per nitroglicerina-venitrin);
- deflussori per sangue ed emoderivati;
- deflussori con filtri.

I deflussori vanno utilizzati solo se la confezione è integra e il cappuccio protettivo non è stato rimosso.

Dopo l'apertura il set va immediatamente utilizzato. Controllare la data di scadenza ed eventuali difetti di produzione.

#### 4.2 Presidi di controllo di flusso per la terapia infusiva

##### 4.2.1 Definizione

Si tratta di presidi utilizzati specificamente per il controllo della velocità con la quale viene somministrata la terapia infusiva.

##### 4.2.2 Ambito di impiego

- somministrazione di farmaci con rapidità e precisione;
- possibilità di variare rapidamente e con precisione la velocità di infusione;
- maggiore sicurezza nell'utilizzo di farmaci con stretto indice terapeutico-tossico (dopamina, nitroglicerina....);
- gestione della terapia nel paziente critico.

##### 4.2.3 Tipologie di presidi

Numerosi presidi di controllo di flusso sono attualmente in commercio, i principali sono:

1. regolatori manuali
2. pompe infusionali
3. pompe peristaltiche
4. pompe volumetriche a cassetta

1) Regolatori manuali: sono particolari presidi che sfruttano la forza di gravità, permettono di selezionare il flusso e di mantenerlo con una certa precisione. Il contenitore dell'infusione deve essere posto a un'altezza non inferiore a 76 cm dal livello dell'accesso venoso (attenzione al cambiamento di posizione del paziente) all'inizio dell'infusione occorre verificare, attraverso il conteggio delle gocce che la velocità effettiva corrisponda a quella impostata. Sono necessari controlli ad intervalli regolari per mantenere il flusso costante. Sono indicate per la somministrazione di soluzioni standard non per



liquidi vischiosi o sangue. Si possono usare anche per l'infusione di farmaci ma non sono molto sensibili. Vanno sostituiti ogni 72 ore.

2) Pompe infusionali: sono apparecchi elettronici che permettono di selezionare e mantenere una velocità di flusso e volume costanti e precisi. Sono dotati di sistemi di allarme e fornite di batterie con autonomia di durata variabile a seconda della ditta produttrice. Per l'utilizzo è necessario conoscere bene il loro funzionamento (vedi manuale di istruzione) e possedere l'idoneo deflussore, prima di avviare la pompa deve essere pronta la soluzione da infondere. Per la loro pulizia, manutenzione e revisione attenersi al manuale di istruzione.

2) Pompe peristaltiche: si basano sul principio dello schiacciamento, da parte di un rullo mobile, su una sezione del deflussore che spinge il liquido verso l'accesso venoso. Sono utilizzate per l'infusione di nutrizioni parenterali e per la somministrazione di farmaci. Lo schiacciamento del deflussore può alterare le proprietà di alcuni fluidi (sostanze vischiose) quindi queste pompe non sono indicate per la somministrazione di sangue, e se mantenute in funzione per lunghi periodi perdono di precisione (usura di peristalsi).

3) Pompe volumetriche a cassetta: si basano sul principio della compressione: spingono la soluzione alla velocità desiderata mediante la compressione infinitesimale in un'apposita camera contenente volume noto. Sono molto precise e si possono infondere tutte le soluzioni anche quelle vischiose. Con appositi deflussori si può infondere sangue ed emoderivati.

#### 4.2.4 Modalità operative

È opportuno fare periodici controlli sul funzionamento delle pompe perché talvolta si verificano problemi senza che gli allarmi si attivino. Durante il trasporto del paziente è necessario sapere l'esatto tempo di autonomia delle batterie prima di scollegarla alla rete elettrica. Un accorgimento importante è quello di impostare la dose limite da somministrare leggermente al di sotto di quella reale in modo da avere il tempo necessario, dal momento in cui si attiva l'allarme di fine infusione, di ripreparare la soluzione senza interrompere la somministrazione.

#### Attività preliminari

- controllo dell'avvenuta prescrizione medica;
- approvvigionamento del materiale necessario;
- conoscere le caratteristiche farmacologiche e le possibili reazioni avverse dei farmaci da somministrare (vedi fogli illustrativi);
- eseguire eventuali calcoli per il dosaggio o diluizione dei farmaci.

#### La preparazione della terapia

Identificazione del farmaco da somministrare in relazione alla regola delle "6 g", ciò permette di evitare errori relativi al paziente, al farmaco, all'orario di somministrazione, alla dose prescritta e alla registrazione.

#### Preparazione del farmaco in siringa o soluzione

Per evitare la contaminazione del flacone/siringa sono indicate le seguenti attività obbligatorie:



- lavarsi le mani e indossare i guanti
- controllare l'integrità dei contenitori e la data di scadenza in caso di alterazione non utilizzare la soluzione
- per introdurre farmaci nel flacone utilizzare una siringa per ogni tipo di farmaco, disinfettare sia il tappo del flacone della flebo sia quello del farmaco prima di introdurlo
- per introdurre il set infusionale disinfettare il tappo del flacone della flebo
- tutta l'operazione deve avvenire in ambiente pulito o comunque non in stretta vicinanza di materiale contaminato e in tempi ristretti
- le soluzioni preparate vanno infuse in breve tempo o comunque entro 6 ore dalla preparazione (tranne che nei casi in cui ci siano indicazioni specifiche)
- scrivere sull'etichetta o sulla flebo con pennarello indelebile numero di letto del paziente, cognome del paziente, orario di somministrazione, nome commerciale del prodotto e relativo dosaggio, eventuale durata dell'infusione.

Il trasporto della terapia dal luogo di preparazione al paziente deve avvenire in regime di antisepsi; il transito con siringhe o flaconi "in mano" è proibito (utilizzare carrelli allestiti per terapia infusiva o vassoi).

Non è consentito lasciare nelle immediate vicinanze del paziente (sul tavolo o comodino) siringhe o flaconi per evitare possibili contaminazioni, rotture o manipolazioni dei farmaci. Inoltre, questa cattiva pratica riduce lo spazio a disposizione del paziente (comodini pieni di flebo!) e induce, in alcuni casi, apprensione e comportamenti scorretti (il paziente apre il regolatore di flusso perché ha molte flebo da fare).

### Informazione del paziente

Curare la comunicazione infermiere-paziente fornisce sicurezza e ha un importante valore educativo.

### Infusione della terapia

Prima di iniziare la procedura è necessaria eseguire le seguenti attività preliminari:

1. posizionamento del paziente nel decubito più confortevole o idoneo alla somministrazione del farmaco;
2. controllo dei parametri vitali del paziente o dei parametri specifici eventualmente controindicanti la somministrazione;
3. sistemare i presidi di supporto per terapia e.v. (aste per flebo, ganci con relativi cestelli) lateralmente al paziente nel lato dove è presente l'accesso venoso.
4. lavaggio delle mani e posizionamento dei guanti.

Dopo queste fasi preliminari si prosegue alla connessione della siringa o set infusionale con l'accesso venoso. Tale procedura deve essere fatta in completa asepsi (disinfettare la parte terminale di connessione dopo aver tolto il tappino). Se il lume è eparinato (c.v.c.) è importante aspirare una sufficiente quantità (superiore alla quantità della capienza del lume) di sangue per evitare il bolo di eparina.



Iniettare il farmaco o iniziare l'infusione rispettando i tempi richiesti e la compatibilità tra le varie soluzioni. Se le soluzioni non sono compatibili eseguire un lavaggio prima e dopo la somministrazione con fisiologica (10ml); se è in corso una infusione continua sospendere - se possibile - ed eseguire lavaggio prima e dopo la somministrazione. Se la terapia in infusione continua non può essere sospesa reperire un altro accesso venoso. Non introdurre mai sostanze incompatibili tra loro. Fissare il set infusionale per evitare che si scaccordi e posizionare eventuali mezzi contenitivi in pazienti non collaboranti o confusi (reggibraccio, loggie steccate.....).

Durante l'infusione della terapia bisogna controllare:

- se nella sede dell'accesso venoso insorge dolore/ gonfiore/ rossore. eventualmente sostituirlo. se l'accesso venoso è un c.v.c. sospendere l'infusione e chiamare il medico.
- osservare i parametri e lo stato generale del paziente.
- osservare i parametri specifici relativi agli effetti indesiderati che il farmaco può indurre.
- controllare se i tempi di infusione permangono come sono stati impostati (es. controllo gtt con dialaflo).
- sostituire i flaconi rispettando l'asepsi (disinfettare il tappo e non toccare con le mani la punta del deflussore), in caso contrario sostituirli.
- attenzione alla presenza di aria nel set infusionale.
- verificare il posizionamento del paziente per garantire il suo confort.
- verificare il corretto posizionamento del circuito venoso e del relativo set infusionale.

#### Sostituzione set cateteri venosi durante la terapia

- per la sostituzione del c.v.c e del c.v.p. vedi protocolli specifici;
- set infusionali: sostituirli ogni 24 ore rispettando le regole di asepsi.

È sottinteso che il deflussore deve essere sostituito ad ogni innesto con l'accesso venoso e ogni volta che si deconnette accidentalmente o si reperisce un altro accesso venoso ad infusione non conclusa. La stessa cosa vale, anche se è contaminato un solo presidio posto lungo la linea infusiva (rubinetti, filtri....).

Si possono bucare con ago + siringa solo i dispositivi bionecteur (massimo 30 iniezioni) o connector-clave (durata 7 giorni).

#### Quando l'infusione è terminata:

- fermare il flusso;
- lavaggio sociale delle mani e posizionamento dei guanti;
- deconnettere la siringa-set infusionale;
- lavare il lume con soluzione compatibile al farmaco;
- eparinare il lume (c.v.c.) oppure ripristinare l'infusione se è continua;
- applicare sterilmente i presidi di chiusura (tappini.....).

#### Attività successive:



- smaltire i rifiuti;
- riordinare il materiale;
- trascrivere l'avvenuta somministrazione del farmaco;
- provvedere all'ordinazione di presidi – farmaci in esaurimento.

#### 4.2.5 Complicanze

Le principali complicanze che si possono verificare durante la terapia endovenosa sono:

- 1) stravasato;
- 2) tromboflebite superficiale (vedi protocollo gestione c.v.p.).
- 3) reazioni avverse da farmaci;
- 4) infezioni crociate, setticemia.

1) stravasato. si ha in seguito alla fuoriuscita di un farmaco da un vaso nei tessuti circostanti. Le conseguenze di uno stravasato venoso sono definite da una serie di variabili quali:

- sede
- tipo di farmaco e sua concentrazione
- tempestività dell'intervento.

La procedura standard di trattamento dello stravasato prevede:

- sospensione della terapia in corso;
- aspirazione dall'accesso venoso di qualche millilitro di sangue per rimuovere la maggior quantità di farmaco possibile;
- rimozione dell'ago e sollevamento dell'arto per facilitare il deflusso venoso. l'utilizzo di farmaci o pomate rientrano nei trattamenti specifici, e richiedono la presenza del medico e della sua prescrizione.

2) reazioni avverse. qualora si presentassero segni/sintomi relativi a effetti indesiderati, la somministrazione va immediatamente interrotta, e deve essere avvisato subito il medico (si veda il protocollo n. 24 Gestione emergenze ed eventi critici).

3) infezioni crociate, setticemia. l'insorgenza d'infezioni a causa della contaminazione della soluzione non è molto frequente. Più frequenti sono le contaminazioni del set di infusione e degli accessi venosi in quanto la mancanza di una accurata asepsi, permette la proliferazione batterica.

## 5. Responsabilità e competenze dell'infermiere nella somministrazione di farmaci

L'infermiere si rende garante di tutte le procedure dettate dalla migliore letteratura e manualistica internazionale.

In ambito di somministrazione dei farmaci la letteratura internazionale ha sintetizzato nella formula delle "6 g" la forma più corretta di procedura.



- a) giusto farmaco: somministrare i farmaci leggendo la prescrizione direttamente dalla scheda di terapia; controllare il dosaggio, la via di somministrazione e considerare gli effetti collaterali.
- b) giusto paziente: controllare l'identità della persona assistita.
- c) giusto orario: controllare nella scheda della terapia.
- d) giusta via di somministrazione: controllare sempre quanto scritto nella scheda terapia.
- e) giusta dose: verificare sempre il dosaggio, in caso di dubbio interpellare sempre il medico.
- f) giusta registrazione: annotare tutti i casi di mancata assunzione di farmaci con la motivazione.

## 6. Approvvigionamento dei farmaci

La struttura assicura l'approvvigionamento dei farmaci adottando la modalità di erogazione diretta da parte del servizio farmaceutico dell'AUSL che ne assicura la consegna secondo gli accordi tra l'AUSL stessa e la struttura, senza oneri a carico di questa. Qualora tale modalità non sia disponibile la struttura effettua l'approvvigionamento presso le ordinarie farmacie del territorio, attribuendone l'onere per quanto di competenza all'ospite.

Nel caso di strutture semiresidenziali ove non sia presente l'infermiere o dove non sia previsto un approvvigionamento diretto presso il servizio farmaceutico dell'A.USL, i farmaci sono resi disponibili, sulla base delle prescrizioni sanitarie per il singolo Ospite, a cura dell'Ospite stesso per il tramite dei propri familiari e/o rappresentanti legali. In tal caso è onere dell'Ospite assicurare l'approvvigionamento in qualità e quantità necessarie e sufficienti del farmaco da somministrare. La struttura semiresidenziale provvede a tenere sotto controllo le scorte del farmaco da somministrare in modo tale che possa essere fornito dall'Ospite nelle tempistiche necessarie.

## 7. Gestione dei farmaci

Il farmaco è gestito nella struttura come prodotto personalizzato, il criterio di ingresso del farmaco nella struttura è quello basato sulla prescrizione individuale su ricetta e ritiro presso il servizio farmaceutico AUSL (cfr. punto 6 del presente protocollo) ovvero presso la farmacia inserita nell'elenco dei fornitori qualificati.

La confezione farmaceutica, una volta ritirata o consegnata dalla farmacia, deve recare, a cura dell'infermiere, l'intestazione personale dell'ospite per il quale è stata prescritta e la data di scadenza. **Per ridurre il rischio remoto di errata trascrizione della data di scadenza è predisposto che venga effettuato un controllo della corretta trascrizione da parte di altro operatore.**

Le confezioni che entrano in struttura sono collocate in apposito armadietto posto nel locale di infermeria.



L'armadietto è suddiviso per scomparti oppure in scatole individuali contraddistinte secondo le medesime indicazioni descritte nell'armadietto.

Il personale infermieristico, responsabile della corretta gestione dei farmaci, prima della preparazione per la somministrazione deve controllare la scadenza e l'integrità delle confezioni, la correttezza e l'idoneità di conservazione dei farmaci, la distribuzione ed il controllo dell'assunzione dei farmaci da parte dell'ospite.

In struttura non sono presenti confezioni di farmaci scaduti. Il personale infermieristico provvede a smaltire nelle forme consentite i farmaci scaduti.

Nel caso di strutture semiresidenziali ove non è presente l'infermiere, il Coordinatore provvede a gestire in idoneo armadio dedicato (o in frigo sanitario laddove occorrente) i farmaci degli Ospiti, assicurando per quanto pertinente le analoghe attività di gestione del farmaco descritte precedentemente. Nel caso di tali strutture è presente un'autorizzazione da parte della famiglia alla struttura relativa almeno al controllo circa l'assunzione del farmaco.

## 8. Conservazione dei farmaci

### 8.1 Ambienti e armadietti

I farmaci devono essere conservati in luogo non accessibile agli ospiti e al personale non addetto.

I farmaci devono essere conservati rispettando le modalità di conservazione riguardanti: temperatura, luce e pulizia, e comunque le indicazioni fornite dalla casa farmaceutica nel documento contenete le relative istruzioni.

I farmaci devono essere conservati in appositi locali ed armadi (predisposti con chiusura a chiave) riservati al personale e non accessibili ai visitatori ed utenti. Gli armadietti devono essere puliti e ordinati. E' compito dell'infermiere provvedere alla corretta conservazione dei farmaci.

Laddove nelle strutture semiresidenziali non sia previsto l'infermiere è il Coordinatore del servizio che provvede alla corretta conservazione dei farmaci.

### 8.2 Confezioni e conservazione

I medicinali ed altri dispositivi medici devono essere conservati nelle confezioni originali, con il relativo foglietto informativo; per i preparati galenici e magistrali confezionati dalla farmacia occorre curare le etichette, sempre presenti e leggibili in ogni loro parte. Compresse e capsule non devono essere tolte dai blister, i quali non devono essere tagliati.



Per quanto attiene alla corretta conservazione dei farmaci la presente procedura rinvia specificamente al foglio illustrativo del singolo farmaco. Il personale addetto è responsabile della corretta conservazione del farmaco in base alle indicazioni fornite dalla casa produttrice.

Per ogni nuovo farmaco leggere attentamente il foglietto, sia per la preparazione che per la conservazione.

### 8.3 Temperature

Salvo diversa indicazione riportata sulla confezione, tutti i farmaci ed i prodotti sanitari sono conservati a temperatura esterna compresa tra +8° e +25°

I farmaci che riportano sulla confezione specifiche indicazioni al riguardo sono conservati in frigorifero appositamente usato per i farmaci e dotato di rilevatore di temperatura.

Il locale infermeria (ovvero il locale a ciò adibito ove non sia previsto nella struttura semiresidenziale) è dotato di rilevatore della temperatura ambientale. Qualora la temperatura dei locali superasse i 25°C la struttura assicura misure di mitigazione della temperatura esterna attraverso apparecchi fissi o portatili di climatizzazione.

L'infermiere (o il Coordinatore laddove non presente l'infermiere) quotidianamente registra la temperatura rilevata nell'ambiente in un apposito registro (Allegato 1)

Il frigo sanitario (ove questo è necessario) è dotato di rilevatore della temperatura, anch'esso sottoposto a taratura e a verifica periodica da parte di ditta esterna abilitata. La struttura acquisisce adeguata attestazione della verifica della taratura del termometro. Qualora la temperatura del frigo sanitario sia difforme da quanto indicato specificamente per i farmaci ivi conservati, l'infermiere predispone una tempestiva azione correttiva di manutenzione del frigo, provvedendo alla eliminazione dei farmaci conservati in modo non corretto.


L'infermiere quotidianamente registra la temperatura rilevata nell'ambiente in un apposito registro (Allegato 1)

### 8.4 Gestione stupefacenti e le sostanze psicotrope

L'approvvigionamento degli stupefacenti è effettuato con fornitura della farmacia territoriale su ricetta predisposta dal SSN e compilata dal medico curante.

Gli stupefacenti e le sostanze psicotrope, sono conservati, per singolo assistito, all'interno dell'armadio farmaci in apposito spazio o cassetto chiusi a chiave. La chiave è in possesso del personale infermieristico.



	<b>Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015</b>	Pag. 17 di 22
C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Protocollo Gestione e somministrazione farmaci	PRO – 02 <b>Rev. 04 del 13.07.2020</b>

Le operazioni di carico e scarico, ove prescritto dalla vigente normativa di riferimento ovvero sulla base di indicazioni e/o prescrizioni delle autorità di controllo, sono effettuate ad ogni somministrazione e registrate individualmente nell'apposito registro/quaderno. Qualora non sia richiesto l'obbligo di conservazione dell'informazione documentata, non viene approntato il registro di carico e scarico.

### *8.5 Gestione dei farmaci scaduti o non più utilizzati*

I farmaci scaduti o comunque non più utilizzabili per qualunque ragione, devono essere smaltiti utilizzando i contenitori dei rifiuti speciali e vengono smaltiti tramite i contenitori appositi presenti nelle farmacie del territorio.

E' compito dell'infermiere provvedere al corretto smaltimento presso i suddetti contenitori.

### *8.6 Gestione farmaci provenienti da cessazione o variazione delle terapie degli ospiti*

La gestione dei farmaci provenienti da cessazione o variazione delle terapie degli ospiti è svolta separatamente dalla gestione degli altri farmaci. **Per tale processo si veda anche la procedura operativa PO IAE4 in revisione aggiornata dell'A.USL Toscana Nord Ovest, incluso per quanto attiene al rilascio del consenso dell'Utente o del suo tutore per l'uso di farmaci precedentemente di un congiunto dell'Ospite non più in terapia.**

La loro conservazione dovrà essere effettuata in armadietto separato secondo le normali modalità di conservazione previste anche per gli altri farmaci.

Il carico e lo scarico di detti farmaci dovrà essere segnalato in apposito registro (Allegato 2)



## Allegato 1 – Registro delle temperature

Mese di \_\_\_\_\_

Giorno	Temperatura Ambiente Infermeria		Temperatura Frigorifero sanitario		Firma rilevatore
	Ora rilevazione	Temperatura	Ora rilevazione	Temperatura	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Firma Coordinatore per verifica controllo effettuato \_\_\_\_\_

## Allegato 2 - Registro di carico e scarico farmaci per cessazione o variazione della terapia dell'ospite

Farmaco	Nominativo	Movimentazione (Destinatario, Data, Nome e Firma Operatore)



C.R.E.A.  
Società Cooperativa Sociale

### Allegato 3 – Autorizzazione alla somministrazione delle terapie

Il/La sottoscritto/a

Cognome .....

Nome .....

Nato/a a ..... il ..... Codice Fiscale .....

in qualità di:

- € Familiare di riferimento
- € Legale rappresentante
- € Amministratore di sostegno

preso atto delle modalità organizzative del Servizio .....

#### AUTORIZZO

il suddetto Servizio a somministrare al/alla Sig./Sig.ra .....,  
Nato/a a ..... il ..... Codice Fiscale .....,  
Ospite del suddetto Centro Diurno, le seguenti terapie, anche da parte di personale non sanitario,  
secondo il Piano di seguito indicato, impegnandomi a comunicare tempestivamente ogni successiva  
variazione.

FARMACO	POSOLOGIA	ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE	SCADENZA DELLA SOMMINISTRAZIONE

Allega alla presente la prescrizione medica in corso di validità, indicante la tipologia di farmaco, la posologia, l'orario di somministrazione, la durata e la scadenza della somministrazione.

Luogo e data

.....

Il Sottoscrittore

.....



**C.R.E.A.**  
Società Cooperativa Sociale

## Allegato 4 – Registro Terapie Individuali

Ospite (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Mese/Anno \_\_\_\_\_

Data	Orario somministrazione	Farmaco	Firma operatore	Note

Per avvenuto controllo, il Coordinatore \_\_\_\_\_



C.R.E.A.  
Società Cooperativa Sociale

Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente  
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015

Pag. 22 di 22

Protocollo Gestione e somministrazione farmaci

PRO – 02  
Rev. 04 del 13.07.2020

## Allegato 5 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA

SERVIZIO / STRUTTURA \_\_\_\_\_

E- personam

€ Si

€ No

In caso di risposta 'Sì' indicare quali sezioni sono utilizzate:

- ...
- ...
- ...

Indicare quali moduli legati al presente protocollo sono in uso:

Modulo	In uso (✓)

Aggiornato al \_\_\_\_\_