

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA
Collegio provinciale di Brescia



Responsabilità e rischio clinico nella somministrazione dei farmaci nelle Residenze Sanitarie Assistenziali

Breve Premessa

Gli errori nella somministrazione della terapia sono tra le prime cause di eventi avversi all'interno dei servizi sanitari

L'errore di terapia può essere dovuto ad errore nella prescrizione, nella trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento o denominazione, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, educazione, monitoraggio ed uso.

Lo studio dell'errore umano non deve concentrarsi esclusivamente sulle capacità dell'operatore, ma deve interessare la progettazione del sistema nel suo complesso.

Gestione Clinica del Farmaco e RISK

In Olanda si stima che gli errori di terapia siano compresi tra il 12% e il 20% del totale degli errori. Il 39% degli eventi avversi a farmaci riportati nello studio era prevenibile o migliorabile.

Da uno studio condotto nel Regno Unito più di metà degli eventi registrati risulta dovuta ad errori legati all'uso dei farmaci.

Dati Incident RER e Aziendali

- Nel periodo anno 2005- 2011 abbiamo a livello regionale 1.809 segnalazioni inerenti la gestione del farmaco rispetto a un totale di 14.462 segnalazioni (12,5%)
- Le segnalazioni di incident reporting inerenti la gestione del farmaco da parte dell'Azienda Usl sono, al 31 ottobre 2012, un numero pari a 350 per un totale di segnalazioni inserite 2348. (15%).

Breve Premessa

Gli errori nella somministrazione della terapia sono tra le prime cause di eventi avversi all'interno dei servizi sanitari

L'errore di terapia può essere dovuto ad errore nella prescrizione, nella trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento o denominazione, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, educazione, monitoraggio ed uso.

Lo studio dell'errore umano non deve concentrarsi esclusivamente sulle capacità dell'operatore, ma deve interessare la progettazione del sistema nel suo complesso.

Elementi Fondamentali da presidiare nella Gestione Clinica del Farmaco

- Gestione dei farmaci ad alto livello di attenzione: **FALA e LASA**
- Prescrizione della terapia farmacologica (**Foglio Unico di Terapia**)
- Definizione elenco quali-quantitativo della dotazione ordinaria
- Richiesta ed approvvigionamento dei farmaci per dotazione ordinaria
- Richiesta personalizzate dei farmaci
- Presa in carico dei farmaci e dei prodotti farmaceutici richiesti
- Tenuta e conservazione dei farmaci e altri prodotti farmaceutici
- Preparazione della terapia farmacologica
- Somministrazione della terapia farmacologia ordinaria (**Regole 6 G**)
- Somministrazione della terapia farmacologia con caratteristiche particolari
- Smaltimento dei prodotti scaduti/non utilizzabili
- Gestione dei campioni gratuiti dei medicinali
- Gestione dei farmaci personali del paziente
- Gestione della terapia “al bisogno”
- Gestione delle reazioni avverse

Le 18 G.... nella gestione clinica del farmaco

Timing

1. Armadio
2. Carrello
3. Ospite/Paz.

6 G

- Identità
- Farmaco
- Dose Somm.re
- Via Somm.ne
- Ora di Somm.ne
- Registrazione

Breve Premessa

Gli errori nella somministrazione della terapia sono tra le prime cause di eventi avversi all'interno dei servizi sanitari

L'errore di terapia può essere dovuto ad errore nella prescrizione, nella trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento o denominazione, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, educazione, monitoraggio ed uso.

Lo studio dell'errore umano non deve concentrarsi esclusivamente sulle capacità dell'operatore, ma deve interessare la progettazione del sistema nel suo complesso.

“Il 30% delle attività sanitarie può andare naturalmente incontro ad eventi avversi per la naturale complessità della medicina stessa e delle condizioni dei pazienti stessi. Meno del 10% di questi eventi avversi è dovuto all’incompetenza dei singoli operatori, il 90% all’incompetenza del sistema organizzativo (Ovretveit,2004)”

Contesto Residenze Sanitarie Assistite

- La denominazione corrente di RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) ha assunto nelle singole Regioni significati diversi, con confini spesso mal definiti rispetto a Case Di Riposo, Case Protette, Residenze Protette, Istituti di Riabilitazione Geriatrica, Lungodegenze Riabilitative, etc.
- DECRETO 17 dicembre 2008
Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali

Codice prestazione	Descrizione
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, pazienti terminali etc.).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale etc.
R2D	Prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Nuclei Alzheimer).
R3	Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).

Obiettivo Intervento

Illustrare i principi di gestione del rischio clinico nella somministrazione della terapia.

Il Foglio Unico di Terapia

La prescrizione della terapia farmacologica va effettuata in forma scritta.

- Non è ammessa la trascrizione della prescrizione in quanto rappresenta una delle maggiori cause di errori.
- Per la prescrizione su supporto cartaceo, è preferibile l'adozione dello strumento denominato **“Foglio Unico di Terapia farmacologica (FUT)”**.
- Al medico non è precluso, per ulteriore garanzia circa la tracciabilità della prescrizione, di riportare la stessa anche su altro documento sanitario (ad es.: diario della cartella clinica);
- Per scongiurare rischi per il paziente il Pda, a cui compete il seguito operativo (preparazione e somministrazione), dovrà attingere necessariamente da un'unica fonte informativa, da identificarsi con il FUT quale **parte integrante della cartella sanitaria**;
- All'atto della prima prescrizione della terapia sul FUT devono essere riportate le **allergie/intolleranze note e non note** e va siglato il doppio controllo effettuato da parte dei professionisti medico e Pda.

Risorse in Rete

Regione Toscana - Centro Gestione Rischio Clinico

I quaderni delle campagne per la
sicurezza del paziente

1

**SCHEDA
TERAPEUTICA
UNICA**

Domande del MMG Responsabile della RSA

- Ma è obbligatorio il FUT in RSA?
- Ma la prescrizione telefonica quando sono impegnato e non posso essere presente in struttura mi è ammessa?

Risposte Risk Manager

- Il FUT è raccomandato per evitare errori di trascrizione è quindi la gestione del rischio clinico potrebbe essere reso obbligatorio attraverso i rapporti di accreditamento;
- “Che fatica però è uno strumento potente...?”

Risposte Risk Manager

La prescrizione verbale /telefonica deve essere evitata.

- Una prescrizione inizialmente verbale può avvenire solo in situazioni eccezionali di reale impedimento del medico per concomitanti impegni clinici non dilazionabili (gestione di emergenza) oppure per sua ordinaria assenza da luogo in cui si trova il paziente (centri dialitici ad assistenza limitata).
- In tali casi è necessario che l'operatore (medico prescrittore e successivamente il somministratore) ripeta chiaramente o scandisca lettera per lettera il nome del farmaco/principio attivo ed il dosaggio anche in relazione al fatto che alcuni farmaci hanno nomi commerciali simili e sono pertanto confondibili (Raccomandazione Min. Sal. 12/2010 LASA). Appena possibile, la prescrizione verbale deve essere registrata in forma scritta dal prescrittore, con annotazione – nella documentazione di competenza - della pregressa prescrizione verbale, affinché sia rintracciabile la reale sequenza degli atti.
- Il Pda a cui compete dar seguito alla citata prescrizione avrà cura di annotare, nelle scritture di pertinenza, la disposizione ricevuta, corredata di precisazione temporale, delle generalità del prescrittore, di eventuali testimoni e di ogni altro elemento correlato che stimi appropriato registrare.

Continuità assistenziale

La continuità di terapia farmacologica viene favorita sia dalla “riconciliazione” del trattamento, alla presa in carico del paziente, sia dalla stesura di una lista dei farmaci in uso al momento di passaggio ad altro setting assistenziale.

Per riconciliazione si intende, ad ogni nuova presa in carico del paziente (ricovero ospedaliero, ammissione in day service terapeutico, ecc) l’effettuazione di un bilancio comparativo dei farmaci, consistente nelle seguenti azioni:

- stilare, se possibile sulla base di elementi documentali aggiornati, una lista completa e precisa dei farmaci in quel momento prescritti e assunti, anche con la collaborazione del paziente e/o dei familiari;
- confrontare tale elenco con le prescrizioni ritenute appropriate al momento della presa in carico ed identificarne le eventuali discrepanze o incongruenze.

Al cambio di setting assistenziale, per garantire continuità di trattamento, al sanitario che lo prende in carico e al paziente, devono essere trasmesse informazioni precise e puntuali relative alla terapia farmacologica in atto affinché la somministrazione dei farmaci possa proseguire senza interruzione e in sicurezza.

Qualora il cambio di setting avvenga in prossimità/coincidenza dell’orario di somministrazione delle terapie prescritte al paziente, ha un ruolo determinante, per garantire la corretta esecuzione delle prescrizioni terapeutiche, la comunicazione dell’avvenuta somministrazione dei farmaci da parte dei professionisti d’assistenza.

La ricognizione farmacologica comprende anche l’atto con cui viene valutata la presenza di allergie/intolleranze note e non note al paziente, da parte del medico e del Pda .

Gestione delle persone che rientrano in Casa Residenza per Anziani (CRA), dopo ricovero in ambiente ospedaliero

Nel caso di rientro dall'ospedale in periodo NON coperto dall'assistenza del medico convenzionato (il fenomeno si riferisce soprattutto al periodo del fine settimana e/o pre-festivi), l'infermiere ha di norma a disposizione una scheda di riferimento non aggiornata, in massima parte NON più adeguata alla situazione clinica successiva al ricovero. Viste le norme dell'attuale convenzione dei MMG, tale scheda non può essere aggiornata fino al successivo passaggio del MMG nella CRA.

Risposta: l'infermiere può attenersi alla terapia proposta dal medico ospedaliero che, controfirmando la lettera di dimissione, si assume la responsabilità di proporre lo schema terapeutico che ritiene più idoneo alle condizioni del paziente.

Nel caso di indisponibilità di farmaci o di problemi di comprensione della terapia proposta, deve essere interpellato il medico di continuità assistenziale. La terapia andrà ri-formalizzata nella scheda usuale, dopo rivalutazione della stessa ad opera del curante, in occasione del primo accesso medico programmato in CRA.

TENUTA E CONSERVAZIONE DEI FARMACI E DEGLI ALTRI PRODOTTI FARMACEUTICI

- Il Coord. Prof. San. è responsabile della **gestione dell'armadio farmaceutico**, dell'approvvigionamento, della conservazione e dei controlli dei prodotti farmaceutici che costituiscono l'armadio. Tali funzioni possono essere attribuite al Pda secondo modalità da specificare a livello di singola Articolazione Organizzativa
- Deve essere previsto il controllo dei prodotti farmaceutici con cadenza almeno mensile per quanto attiene le scadenze e la corretta conservazione dei prodotti farmaceutici. Tali controlli vengono effettuati secondo un piano specifico, predisposto dal Coord. Prof. San.
- **il controllo della scadenza si esegue verificando** le apposite indicazioni presenti sulle confezioni dei prodotti farmaceutici. In mancanza dell'indicazione del giorno, la data di scadenza corrisponde all'ultimo giorno del mese indicato per la scadenza.
- Si consiglia di evidenziare, su ogni confezione dei prodotti con validità inferiore ad un anno rispetto alla rilevazione, la data di scadenza e di predisporre un elenco dei prodotti in scadenza da affiggere al luogo/arredo di conservazione da aggiornare progressivamente. Si precisa che "evidenziare" è da intendersi come una modalità per far risaltare (es: evidenziatore e sottolineatura) la data di scadenza indicata nella confezione. Resta inteso che è da evitarsi la trascrizione sulla confezione della data di scadenza.

Esempio Errata Gestione Scorta

- **Descrizione Evento:** In data 9 Maggio la Sig. xy che deve essere sottoposta ad intervento di wwwwwww giunge in sala operatoria dal reparto, soporosa, torpidamente reattiva agli ordini semplici sat.O2 86%, emodinamicamente stabile, bradipnoica. Alla valutazione immediatamente preintervento si accerta da parte anestesista la somm.ne erronea da parte infermiera di reparto di 15 mg di Midazolam mentre la prescrizione (chiara e leggibile) era di praticare in preanestesia 5mg Ipnovel. L'intervento inizia alle ore 13.15 termina alle ore 14.30. La paziente giunge in reparto in stato saporoso, vigile e collaborante, parametri vitali nella norma. Il decorso è poi regolare e la paziente viene dimessa nei giorni previsti.

Esempio Errata Gestione Scorta

- Perché sono stati somministrati 15 mg di Midazolam?
“Perché il farmaco è conservato nello stesso armadio e stesso cassetto in cui è conservato l’Ipnovel da 5 mg”
- Perché è conservato nello stesso armadio?
“Perché è indicato nella check list dei farmaci presenti a scorta nell’armadio”
- Perché è presente nella check list?
“Perché qualche volta viene richiesto dal medico anestesista”
- Perché l’infermiere non ha letto dalla scatola il dosaggio diverso?
“Perché l’indicazione della scatola è 5mg/ml”
- Perché l’infermiera non ha letto la diversità del dosaggio?
“Perché l’indicazione 15 mg è posta al centro della scatola proprio dove si pone il dito della mano nell’aprire la scatola ed in colore giallo semitrasparente”

Nella fase di preparazione della terapia farmacologica

Occorre considerare il contesto ambientale in cui avviene, la tipologia di farmaco, le caratteristiche dello stesso, le modalità di ricostituzione e di diluizione, la stabilità chimico-fisica, eventuali incompatibilità con altri farmaci.

Nella preparazione dei farmaci gli operatori devono:

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

SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

- La somministrazione della terapia farmacologica deve essere un atto unitario, sequenziale e cronologico.
- Atto unitario in quanto deve essere compiuto da una sola persona.
- Il principio dell'unitarietà dell'azione (colui che prepara il farmaco è colui che lo somministra) riconosce delle eccezioni; esse sono date da: situazioni di emergenza, attività di insegnamento agli studenti, preparazione centralizzata in Farmacia, continuità terapeutica domiciliare.

Tutti coloro che somministrano il farmaco devono avere

- **un adeguato accesso alle informazioni del paziente,** incluso: la storia medica, le allergie note, la diagnosi ed il piano di trattamento, per valutare l'appropriatezza della somministrazione.

Devono inoltre possedere conoscenza di:

- a. uso del farmaco: dose, via di somministrazione, tempi di somministrazione, precauzioni e controindicazioni;
- b. risultati attesi dal suo uso;
- c. potenziali reazioni avverse e interazioni con altri farmaci, con alcuni cibi o con prodotti non convenzionali;
- d. azioni da intraprendere, nel caso compaiano eventi indesiderati.

Domande poste al MMG di struttura?

- Il Coumadin deve essere somministrato arbitrariamente alle 16.00?

Risposta Coumadin

- Il Coumadin ed in generale i farmaci anticoagulanti devono essere presi un ora prima del pasto, per cui si può definire un altro orario di somministrazione.

Gestione del Rischio Clinico e professione Infermieristica

La somministrazione della terapia farmacologica è un atto a chiara responsabilità del personale infermieristico e dev'essere un atto:

- **UNITARIO** in quanto deve essere compiuto da una sola persona
- **SEQUENZIALE** in quanto colui che prepara il farmaco è colui che lo somministra
- **CRONOLOGICO** in quanto deve seguire in modo tassativo una sequenzialità logica

Autogestione

- L'opportunità di ricorrere all'autogestione dovrebbe essere considerata all'interno di una strategia più ampia, volta a identificare e trattare i problemi correlati alla corretta somministrazione della terapia, da parte dello stesso paziente o di suo caregiver.

In tale veste, si configura pertanto come parte significativa del processo di educazione sanitaria, contributo al miglioramento dell'adesione del paziente al piano terapeutico prescrittogli.

Prima di decidere l'autogestione, occorre attentamente valutare aspetti di sicurezza clinica e, in stretta correlazione con questi, le risorse richieste per l'avvio e il mantenimento di una tale gestione.

Occorre altresì che l'organizzazione definisca:

- a chi competa decidere se un paziente possa autogestirsi la terapia, in qual misura e sulla scorta di quali parametri (preferibile che la decisione in oggetto scaturisca dagli apporti informativi del complessivo team di cura dal quale dovrebbe maturare un giudizio conseguente);
- quali farmaci lasciare in autogestione;
- quando valutare l'eleggibilità di un paziente all'autogestione;
- come documentare l'autosomministrazione.

Gestione dei farmaci personali del paziente

- Tali farmaci, portati dall'assistito o da familiari, possono essere impiegati solo a seguito di prudente valutazione del medico responsabile. Questi, qualora ravvisi l'opportunità di un proseguo di utilizzo, deve provvedere alla specifica prescrizione.
- Essi devono essere ben identificati (con indicazione delle generalità dell'assistito), tenuti separati dalle altre confezioni, e soggetti alle stesse modalità di conservazione.
- Per quanto riguarda la preparazione e somministrazione, questi prodotti saranno gestiti dai professionisti sanitari analogamente a quelli dispensati ordinariamente.

Domande

- E' corretto preparare la terapia (tritando compresse, mettendo gocce, compresse in appositi bicchierini su cui è riportato il nome dell'ospite) con largo anticipo (la notte precedente)?
- Un infermiere prepara la terapia e quello del turno successivo la somministra (da solo o in collaborazione con l'OSS) e, quest'ultimo, firma l'avvenuta somministrazione (anche se non ha seguito l'intero processo poiché NON ha preparato la terapia): è corretto?

Risposte

- Al momento della preparazione delle terapie, per la successiva somministrazione al paziente, oltre al controllo della precisa corrispondenza tra la prescrizione medica e il farmaco prelevato per l'impiego (esempio: nome commerciale o principio attivo), l'operatore deve comunque sempre verificare la scadenza ed integrità dei farmaci e di tutti gli altri prodotti farmaceutici interessati alla terapia e deve attenersi a quanto riportato nel foglietto illustrativo, evitando miscelazione tra farmaci se non previste nello stesso.
- **Le unità posologiche del farmaco non devono essere rimosse dalla loro confezione originale** fino al momento della loro preparazione o somministrazione

- **Prima di ogni somministrazione**, colui che somministra deve identificare il paziente controllandone nome e cognome riportati sulla scheda di terapia e chiedendo di declinare le generalità al paziente stesso (se è in grado di farlo), o consultando la documentazione sanitaria, o utilizzando i dispositivi previsti di identificazione ausiliaria (es. braccialetti, fotocopia documento identità).
- **Le unità posologiche del farmaco non devono essere rimosse dalla loro confezione originale** fino al momento della loro preparazione o somministrazione.
- **Il PDA che somministra il farmaco prescritto verifica che sia avvenuta la corretta assunzione** da parte del paziente/utente.
- In particolari situazioni organizzativo–assistenziali il Pda può avvalersi, in sostituzione e/o appoggio:
 - dei familiari dell'utente, fornendo le indicazioni del caso;
 - del personale OSS per l'aiuto all'assunzione di farmaci. Il personale OSS che ha fornito aiuto nell'assunzione del farmaco deve verificarne la corretta assunzione e comunicarne l'esito al Pda.

L'avvenuta somministrazione della terapia deve essere adeguatamente documentata

- Il Pda deve documentare l'avvenuta somministrazione della terapia. Le variazioni rispetto al piano terapeutico, inclusi la mancata somministrazione, il rifiuto della terapia da parte del paziente e gli eventuali errori da parte dell'operatore, devono essere registrati sulla documentazione sanitaria, e ne deve essere data immediata informazione al medico responsabile in modo da prendere al più presto le opportune contromisure

Domande poste al MMG di struttura?

- I farmaci sedativi/comportamentali hanno lo stesso effetto se somministrati anziché alle 22.00 alle ore 19.00?

Risposta MMG

- L'efficacia terapeutica è ridotta pertanto se si mantiene l'orario si potrebbe indurre un aumento del dosaggio ingiustificato da un punto di vista clinico.

Gestione del Rischio Clinico e professione Infermieristica

La somministrazione della terapia farmacologica è un atto a chiara responsabilità del personale infermieristico e dev'essere un atto:

- **UNITARIO** in quanto deve essere compiuto da una sola persona
- **SEQUENZIALE** in quanto colui che prepara il farmaco è colui che lo somministra
- **CRONOLOGICO** in quanto deve seguire in modo tassativo una sequenzialità logica

Situazione Attuale Professione Infermieristica alla luce delle NORME

- Professioni Intellettuale;
- Professione Sanitaria;
- Professione Laureata;

Profilo Infermiere 739/94

Art. 1 comma 3

L'infermiere:

.....

- per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.

- *L'operatore socio sanitario svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.*

(Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, art. 3)

Per rispondere e tradurre in indicazioni operative:

- Contestualizzare il profilo;
- Considerare le variabili;
- Attribuire compiti;
- Valutare il risultato;

Effetto della non contestualizzazione

- Discrezionalità incontrollabile;
- Non giustificata attribuzione in relazione alla variabilità della condizione clinico-assistenziale;
- Attribuzione in base al pensiero, all'esperienza e all'opinione del singolo professionista.

All. B. Profilo OSS: In sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione del personale preposto è in grado di:

- **aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti** e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso;
- aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie;
- **osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.);**
- attuare interventi di primo soccorso;
- effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse;
- controllare e assistere la somministrazione delle diete;
- collaborare ad educare al movimento e favorire movimenti di mobilitazione semplici su singoli e gruppi;
- utilizzare specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente, riducendo al massimo il rischio;

OTTICA DI SISTEMA NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Estryn-Beharl et al. 2004 e Kaissi et al., 2003 sostengono che una riduzione sostanziale degli errori nell'assistenza sanitaria non può essere ottenuta solamente ponendo attenzione alle modifiche dei comportamenti degli **individui**, ma implementando **il lavoro di gruppo e la comunicazione all'interno del team multidisciplinare.**

Procedura Aziendale

“Aiuto all’assunzione di Farmaci in CRA”

1. Somministrazione Terapia: l’infermiere come da profilo professionale, mette in atto tutto il processo assistenziale finalizzato a garantire la corretta applicazione della prescrizione terapeutica

2. Aiuto all’assunzione della terapia

L’infermiere:

- individua formalmente le persone che potrebbero necessitare di aiuto per l’assunzione della terapia prescritta
- predispone quanto necessario per una sicura assunzione della terapia prescritta
- Indicata per iscritto all’OSS le modalità con cui aiutare la persona ed assumere la terapia prescritta e predisposta

L’OSS, sulla base delle direttive dell’infermiere:

- Aiuta la persona ad assumere la terapia predisposta secondo le direttive ricevute;
- Registra l’aiuto fornito, l’avvenuta assunzione della terapia prescritta e le eventuali osservazioni.

3. Monitoraggio Ospite

L’OSS controlla periodicamente lo stato degli ospiti e alla comparsa di segni e sintomi non presenti prima o alterazioni di qualunque natura, attiva i Sanitari.

Procedura Aziendale

“Assistenza alla Persona Febbrile in CRA”

- L’infermiere in base allo stato degli ospiti individua ed indica le persone in stato febbrile da controllare..
- Se la temperatura rimane entro i 38,5°C ed è stata prescritta terapia per via naturale:
 - posizionare la borsa del ghiaccio sul capo, alleggerire l’abbigliamento dell’ospite, favorire l’aumento dell’assunzione di liquidi per bocca e controllare diuresi e sudorazione;
 - Applicare la Procedura Operativa per l’aiuto all’assunzione di farmaci;
- Se la temperatura sale oltre i 38,5°C oppure compaiono segni non presenti prima (.....) attivare il personale sanitario.

Incontro Risk Manager/Coord. Sistema Anziani/MMG Referente Provinciale

- Gestione clinica del farmaco in via programmata su prescrizione?;
- Sequenzialità e Contestualità?;
- Situazioni in cui è presente l'infermiere o non?;
- Valutazione Medico/Infermiere Caso per Caso?;
- Non è richiesto alcun elemento valutativo ?;

Predisporre per una sicura assunzione della terapia

Sul contenitore contenente la preparazione farmacologica effettuata occorre applicare un'etichetta che, riporti le seguenti informazioni:

- nome cognome paziente
- Farmaci loro dosaggio e quantità
- data e ora di preparazione.

Deve essere definito un intervallo di tempo entro il quale alcuni farmaci devono essere necessariamente assunti;

- definire il limite di tolleranza massimo (in minuti o in ore, a seconda dei casi) oltre il quale avvertire il prescrittore o il medico di riferimento/C.A.;

Domanda

- Se l'infermiere prepara e l'OSS aiuta all'assunzione in caso di errore?

Posizione di Garanzia

- " gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposte ex art. 2 e 32 cost., nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità", e che "l'obbligo di protezione perdura per l'intero tempo del turno di lavoro"

Responsabilità di èquipe

(“Principio di affidamento” e “Principio di controllo”)

Cass. Pen. Sez.IV, 18 dicembre 2009, n. 3365

< Il principio di affidamento è finalizzato a contemperare il principio di responsabilità personale con la specializzazione e la divisione del lavoro: ogni consociato può confidare che ciascuno si comporti adottando le regole precauzionali normalmente riferibili al modello di agente proprio dell'attività che, di volta in volta, viene in questione.

Invocando il principio di affidamento, il soggetto titolare di una posizione di garanzia, come tale giuridicamente tenuto a impedire la verifica di un evento dannoso, può andare esente da responsabilità quando questo evento possa ricondursi alla condotta esclusiva di altri, contitolare di una posizione di garanzia, sulla correttezza del cui operato il primo abbia fatto legittimo affidamento >.

“Decreto Balduzzi” D.L. n. 158/2012

- ***“L’esercente la professione sanitaria che nello svolgimento delle proprie attività si attiene a linee guida e buone pratiche ospedaliere, risponde dei danni derivanti solo in caso di dolo e colpa grave”.***
- **“le *guidelines* costituirebbero criterio concorrente, ma è il caso concreto ad imporre i comportamenti correttamente attivabili e non viceversa”**

Considerazioni di RISK Management

- Job Oss in CRA;
- Linee di indirizzo gestione clinica del farmaco;
- Dare evidenza documentale al processo;

Altri Quesiti

- La gestione dei farmaci SOP;
- La gestione degli stupefacenti;
- L'ossigenoterapia;
- I farmaci salvavita;
- I dispositivi rimossi dall'ospite in assenza sanitari?

Grazie per l'attenzione

c.pelati@ausl.fe.it