



patientensicherheit schweiz  
sécurité des patients suisse  
sicurezza dei pazienti svizzera

Programma pilota nazionale  
«progress! Farmacoterapia sicura nelle case di cura»

# Standard di qualità per una farmacoterapia più sicura e orientata agli ospiti delle case di cura

Dott.ssa Lea Brühwiler, MSc farm.  
Dott.ssa med. Simone Fischer  
Andrea Niederhauser, MPH  
Prof. dott. David Schwappach, MPH

Marzo 2021

**progress !**



**Farmacoterapia  
nelle case di cura**

**Tutto ciò che giova,  
quanto basta.**

# Indice

<b>1</b>	<b>Necessità di intervento</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Obiettivi del programma</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Standard di qualità</b>	<b>5</b>
3.1	Obiettivi, gruppo mirato e campo di applicazione	5
3.2	Metodi	5
3.2.1	Ricerca sistematica di linee guida	5
3.2.2	Risultati progetto di base, modello di efficacia e colloqui con esperte ed esperti	6
3.2.3	Precisazioni e aspetti razionali	6
3.3	Definizione degli SQ	6
3.3.1	SQ I: La farmacoterapia viene verificata regolarmente e in situazioni definite.	7
3.3.2	SQ II: La verifica della farmacoterapia viene svolta in modo strutturato.	8
3.3.3	SQ III: La farmacoterapia viene monitorata in modo strutturato.	9
3.3.4	SQ IV: Tutti gli specialisti si impegnano per una collaborazione inter-professionale ottimale.	11
3.3.5	SQ V: Gli ospiti vengono coinvolti attivamente nel processo farmacologico.	12
<b>4</b>	<b>Procedura Delphi</b>	<b>13</b>
4.1	Obiettivo	13
4.2	Procedura	13
4.2.1	Reclutamento delle esperte e degli esperti	13
4.2.2	Pilotaggio	14
4.2.3	Svolgimento	14
4.2.4	Analisi	14
4.3	Aspetti etici	16
<b>5</b>	<b>Bibliografia</b>	<b>17</b>
<b>6</b>	<b>Allegato</b>	<b>21</b>
6.1	Termini utilizzati per la ricerca sistematica in banche dati scientifiche	21
6.2	Banche dati di linee guida per la ricerca sistematica	22

## Indicazioni

- Per favorire la fluidità del testo, il termine «casa di cura» viene utilizzato anche quale sinonimo di casa anziani, ma non di istituti con alloggi protetti, gruppi abitativi o case di cura per lungodegenti.
- I requisiti legali e tecnici di tutti gli approcci e i processi qui descritti sono prioritari rispetto a quelli riportati negli standard di qualità. Le persone responsabili in seno alle case di cura devono garantire il rispetto delle leggi.
- I presenti standard di qualità costituiscono i requisiti minimi per la presa a carico. Determinate situazioni esigono attività cliniche più approfondite.

## Acronimi

AIMS	Struttura per la verifica della farmacoterapia (cfr. SQ III)
CDSS	Clinical Decision Support System
GPGP	Algoritmo Good-Palliative Geriatric-Practice
PIM	<i>Potentially inappropriate medication</i> (farmacoterapia potenzialmente inadeguata, sottocategoria della PIP)
PIP	<i>Potentially inappropriate prescribing</i> , prescrizione potenzialmente inadeguata
SQ	Standard di qualità
EFI	Eventi farmacologici indesiderati

# 1 Necessità di intervento

In Svizzera, circa 120'000 persone per lo più anziane e con multimorbilità vivono per periodi prolungati in case di cura (1). Le limitazioni dovute all'età e alla multimorbilità sono molto sovente all'origine del problema della polimedicazione, che a sua volta aumenta la probabilità di interazioni, utilizzi errati, scambi, scarsa aderenza terapeutica e, in particolare, eventi farmacologici indesiderati (EFI) (2–4). Ogni farmaco in più incrementa il rischio di un calo cognitivo, di un ricovero in ospedale o di decesso (5–10), basti pensare che già a partire da due farmaci il pericolo di EFI aumenta dell'8,6% con ogni medicamento ulteriore (11). In Svizzera, gli ospiti delle case di cura ricevono in media 9,3 farmaci. L'85,5% di questa fascia di popolazione è soggetto a polimedicazione (assunzione di almeno cinque farmaci nell'arco di tre mesi) (12).

La polimedicazione diventa problematica in particolare in presenza di una prescrizione potenzialmente inadeguata (PIP). Una PIP si suddivide in prescrizione eccessiva, insufficiente ed errata (13). Una prescrizione eccessiva (*overprescribing*) è una terapia non indicata: in uno studio svizzero, nel quadro di una medication review che ha coinvolto 329 pazienti di case di cura sono stati individuati 56 farmaci senza indicazione (14). Una prescrizione insufficiente (*underprescribing*) si verifica quando farmaci con indicazione non vengono prescritti (15): nell'ambito di uno studio olandese, per esempio, è stata riscontrata nel 43% dei pazienti geriatrici con polimedicazione, ma solo nel 13,5% di quelli senza polimedicazione (16). La prescrizione errata (*misprescribing*) è invece una prescrizione sbagliata, rispettivamente subottimale di un farmaco indicato (13). Essa comprende diverse sottocategorie: economicità, follow-up (p. es. inadeguato o mancante), doppioni e farmacoterapia potenzialmente inadeguata (PIM). La PIM presenta un rapporto utilità-rischio sfavorevole per i pazienti geriatrici perché comporta un maggiore pericolo di EFI (17) e di ricoveri ospedalieri (18–21). Secondo dati svizzeri del 2016, il 79,1% degli ospiti di case di cura è soggetto ad almeno una PIM (12).

La polimedicazione e la PIP costituiscono quindi un problema centrale nel campo del trattamento farmacologico e della sicurezza degli ospiti delle case di cura.

# 2 Obiettivi del programma

Il programma «progress! Farmacoterapia sicura nelle case di cura» persegue l'obiettivo di ridurre gli EFI tra gli ospiti delle case di cura svizzere.

In tale ottica, la farmacoterapia prescritta deve essere più sicura e orientata agli ospiti, in altre parole occorre mirare alla maggiore utilità con il rischio minore, e tenere in considerazione le preferenze e le esigenze individuali degli ospiti. L'attenzione è altresì focalizzata sulla polimedicazione e la PIP, problemi menzionati nel capitolo 1.

Nel quadro del programma «progress! Farmacoterapia sicura nelle case di cura», una farmacoterapia più sicura è intesa come una transizione verso:

- meno farmaci (riduzione della polimedicazione);
- meno PIM, ossia meno farmacoterapie con un rapporto utilità-rischio sfavorevole per gli ospiti delle case di cura, in particolare meno sostanze antipsicotiche, benzodiazepine o farmaci con effetti collaterali anticolinergici;
- meno interazioni e doppioni potenzialmente dannosi.

Per aspirare a una farmacoterapia più sicura per gli ospiti delle case di cura, vanno dunque individuate e adeguate le prescrizioni insufficienti, eccessive ed errate. I farmaci inutili e potenzialmente dannosi devono essere evitati e, se possibile, interrotti o ridotti in modo controllato (deprescrizione). Se per questioni mediche una riduzione della farmacoterapia non è possibile, occorre badare all'appropriatezza della (poli)medicazione. Va inoltre fatto ricorso solo a farmaci la cui utilità è superiore ai rischi.

Una farmacoterapia orientata ai pazienti deve tenere conto dei desideri, delle esigenze e della situazione di vita degli ospiti. Ciò è possibile solo coinvolgendo attivamente quest'ultimi nel processo farmacologico.

# 3 Standard di qualità

## 3.1 Objectifs, groupes cibles et champ d'application

Gli standard di qualità (SQ) definiti di seguito descrivono i requisiti minimi per i processi farmacologici e il comportamento degli specialisti allo scopo di raggiungere l'obiettivo enunciato nel capitolo 2, ossia una farmacoterapia più sicura e orientata ai pazienti. I punti focali sono la verifica e la sorveglianza della farmacoterapia degli ospiti con il coinvolgimento di tutti gli specialisti partecipanti al processo farmacologico e degli ospiti stessi.

Il gruppo mirato degli SQ comprende specialisti di tutti i gruppi professionali coinvolti nel processo farmacologico degli ospiti delle case di cura: medici, farmaciste e farmacisti, infermiere e infermieri.

Le raccomandazioni degli SQ valgono per la terapia farmacologica delle persone ospiti di case di cura. Con terapia farmacologica si intendono tutte le terapie nell'ambito della medicina convenzionale o alternativa, ma anche la decisione di rinunciare a una tale terapia.

Ci sono ovviamente situazioni cliniche in cui i requisiti minimi qui descritti non bastano e che rendono necessarie attività più approfondite.

Gli SQ **non** fanno riferimento ai trattamenti nella fase di fine vita.

Gli aspetti seguenti non sono inoltre considerati:

- anamnesi, visita clinica e diagnosi;
- processi di ordinazione, fornitura, stoccaggio, preparazione, somministrazione e smaltimento di farmaci, nonché validazione di routine della ricetta da parte della farmacista o del farmacista;
- raccomandazioni terapeutiche concrete specifiche secondo l'indicazione e misure diagnostiche di monitoraggio, per esempio laboratorio, elettrocardiogramma, test mini mental;
- forme terapeutiche non farmacologiche, per esempio psicoterapia, fisioterapia, dispositivi medici e interventi chirurgici;
- aderenza terapeutica degli ospiti.

## 3.2 Metodi

Questi SQ sono stati elaborati sulla base di una ricerca sistematica di linee guida, e sulla scorta dei risultati del progetto «progress! Farmacoterapia sicura nelle case di cura» (22), del lavoro con un modello di efficacia e di colloqui con esperte ed esperti. Ciò ha permesso di abbozzare un set di SQ, poi definiti e precisati a livello di formulazione e di contenuto.

### 3.2.1 Ricerca sistematica di linee guida

Nel mese di novembre 2018, è stata effettuata una ricerca sistematica di linee guida rilevanti. I criteri di inclusione erano che tali linee guida per il personale sanitario fossero in inglese, in tedesco o in francese, non avessero più di dieci anni, fossero focalizzate sulla buona prassi prescrittiva o sulla buona prassi della verifica della farmacoterapia, e concernessero ospiti di case di cura o pazienti anziani.

La ricerca è stata effettuata in banche dati scientifiche (a), in banche dati di linee guida (b) e mediante motori di ricerca in internet (c):

- le banche dati scientifiche considerate sono state PubMed, Cinahl e Embase, i termini di ricerca utilizzati sono riportati nell'appendice 6.1;
- si è optato per banche dati di linee guida che fossero note al team del programma o trovate con una ricerca non sistematica in Google. La selezione è riportata nell'appendice 6.2. Come nel caso delle banche dati scientifiche, la ricerca è stata impostata anche con sinonimi (p.es. farmaci invece di farmacoterapia). Il termine in questione veniva tradotto nella lingua della banca dati. Nei casi in cui una ricerca con testo libero non era possibile, sono stati passati in rassegna i documenti (screening dei titoli);
- la ricerca sistematica tramite motori di ricerca in internet (Google) ha fornito una quantità molto elevata di risultati, che quindi non hanno potuto essere consultati in modo sistematico.

La ricerca sistematica ha fornito cinque linee guida che soddisfacevano i criteri di inclusione summenzionati (23–27). Queste linee guida sono state valutate secondo i vantaggi e gli svantaggi. Uno svantaggio importante di due linee guida (26, 27) è la mancanza della descrizione dei metodi di elaborazione. La linea guida sulla multimorbilità (25), inoltre, è strutturata in base alle indicazioni e non si presta quindi al bisogno. Queste tre linee guida sono quindi state escluse. Quale base per la formulazione degli SQ si è dunque fatto ricorso alle linee guida «Managing medicines in care homes» (23) e «Hausärztliche Leitlinie Multimedikation» (24).

### 3.2.2 Risultati progetto di base, modello di efficacia e colloqui con esperte ed esperti

Nel quadro del progetto di base del programma «progress! Farmacoterapia sicura nelle case di cura», ricerche bibliografiche, un sondaggio online dedicato alle prestazioni nelle case di cura svizzere e colloqui esplorativi con medici hanno permesso di acquisire le conoscenze seguenti, poi considerate al momento della formulazione degli SQ.

- Gli approcci multimodali sembrano promettenti. Per raggiungere l'obiettivo del programma, occorre dunque muovere da diversi punti di partenza.
- Approcci testati a livello nazionale e internazionale sono utili nella formulazione degli SQ, ma non sono applicabili per tutta la Svizzera. Va annessa sufficiente importanza all'adattabilità alle caratteristiche molto eterogenee del nostro paese.
- Occorre promuovere la collaborazione interprofessionale, la creazione di possibilità di scambio, di vie di comunicazione e di processi interprofessionali, e la definizione delle responsabilità.
- In Svizzera, vanno diffusi e implementati processi disciplinati e strutturati per la verifica della farmacoterapia e il monitoraggio della terapia. A tale scopo, servono mezzi ausiliari e istruzioni.
- La verifica della farmacoterapia deve essere svolta regolarmente (non al verificarsi di un problema) e tenere conto della situazione (orientamento al problema).

I risultati dettagliati sono consultabili nei documenti pubblicati nel quadro del progetto di base (22, 28–30).

Già nel corso del progetto di base e nella prima fase del progetto di approfondimento è stato sviluppato un modello di efficacia volto a illustrare gli effetti auspicati di determinate misure e attività. La logica di tale strumento è stata discussa in seno al team e in seguito definita. Il modello di efficacia e l'elaborazione e la definizione degli SQ hanno beneficiato anche delle conoscenze acquisite tramite colloqui con esperte ed esperti sul campo e/o specialisti.

### 3.2.3 Precisazioni e aspetti razionali

Gli SQ sono stati precisati in modo da poter essere utilizzati nelle case di cura come requisiti minimi.

L'operazione è stata svolta sulla scorta della letteratura scientifica. Contrariamente a quanto avvenuto con la formulazione degli SQ, per la quale erano state considerate solo le linee guida NICE e DEGAM trovate con la ricerca sistematica, per la precisazione ci si è avvalsi anche di altre

linee guida che, per la loro eterogeneità (paese di provenienza, sistema sanitario, autrici e autori), si sono rivelate una preziosa fonte di informazioni.

Aspetti razionali spiegano la scelta delle precisazioni, le quali devono risultare comprensibili agli specialisti.

## 3.3 Definizione degli SQ

Sono stati definiti i cinque SQ seguenti quali requisiti minimi per la presa a carico di ospiti delle case di cura:

- la farmacoterapia viene verificata regolarmente e in situazioni definite;
- la verifica della farmacoterapia viene svolta in modo strutturato;
- la farmacoterapia viene monitorata in modo strutturato;
- tutti gli specialisti si impegnano per una collaborazione interprofessionale ottimale;
- gli ospiti vengono coinvolti attivamente nel processo farmacologico.

La condizione sine qua non per l'attuazione degli SQ (I–III) è che ogni specialista disponga per ogni ospite di una documentazione con informazioni aggiornate, corrette e comprensibili (23, 24, 31). Tutti gli specialisti dovrebbero inoltre disporre delle stesse informazioni. Un'eventuale modifica della farmacoterapia, per esempio, dovrebbe comportare un adeguamento per tutti gli specialisti. In tale ottica, servono processi chiaramente definiti per il confronto delle informazioni nei punti di interfaccia e, nel caso ideale, la possibilità di accedere al sistema di documentazione di un altro gruppo professionale, rispettivamente un sistema di documentazione centralizzato o unitario. Sarebbe altresì importante convenire un linguaggio comune, quindi utilizzare le stesse abbreviazioni, le stesse unità di misura ecc.

In generale, il programma contribuisce allo sviluppo di una cultura della sicurezza nelle case di cura, a patto che tutte le persone coinvolte remino nella stessa direzione.

Di seguito, i cinque SQ vengono precisati e motivati sulla scorta di un aspetto razionale che funge da riferimento per l'evidenza (cfr. punto 3.2.3).

**3.3.1 SQ I:****La farmacoterapia viene verificata regolarmente e in situazioni definite.**

La farmacoterapia viene verificata regolarmente per ogni ospite.

- Gli intervalli di tempo tra due verifiche regolari sono di al massimo sei mesi.
- La data della verifica regolare successiva è documentata individualmente per iscritto per ogni ospite.
- Una specialista o uno specialista si occupa del monitoraggio delle scadenze.

La farmacoterapia degli ospiti viene verificata in situazioni definite (verifica della farmacoterapia in base alla situazione).

- Situazioni definite:
  - ogni cambiamento clinicamente rilevante dello stato generale, dei parametri vitali o dei valori di laboratorio;
  - nuovo arrivo nella casa di cura;
  - ritorno nella casa di cura dopo una degenza ospedaliera;
  - nuova prescrizione da parte di altri specialisti o medici (p.es. medico d'emergenza, supplente);
  - indicazioni di una specialista o uno specialista (p.es. infermiera o infermiere, farmacista) che una verifica è necessaria per preoccupazioni inerenti alla sicurezza;
  - se stabilito nel monitoraggio (rimando all'SQ III).
- L'infermiera o l'infermiere comunica una tale situazione al medico non appena ne viene a conoscenza.
- Il medico è responsabile dello svolgimento di una verifica della farmacoterapia quando si presenta una tale situazione.
- La verifica della farmacoterapia in base alla situazione viene svolta anche se poco prima era stata svolta una verifica regolare o in base alla situazione.

**Aspetti razionali**

Nella letteratura scientifica e in diverse linee guida viene discussa la cosiddetta medication review, la verifica della farmacoterapia. Gli aspetti razionali qui esposti e inerenti a un concetto estremamente ampio ed eterogeneo come appunto la verifica della farmacoterapia poggiano su questi studi e queste linee guida.

La frequenza descritta nella letteratura scientifica e raccomandata nelle linee guida varia molto. Linee guida basate sull'evidenza e sul consenso di esperti consigliano di procedere almeno una volta l'anno (23, 24). Altre raccomandano uno svolgimento ogni sei-dodici mesi (32), ogni dodici mesi

(27, 33), ogni quindici mesi (34) oppure suggeriscono di occuparsene regolarmente, ma senza definire una frequenza (35–40). Pochi studi forniscono indicazioni sugli intervalli di tempo da rispettare per migliorare gli esiti della farmacoterapia. I dati preliminari di uno studio svizzero sulle cure croniche nella presa a carico ambulatoriale dimostrano che il numero di farmaci dopo la verifica della farmacoterapia nel gruppo di intervento è sensibilmente più basso di quello nel gruppo di controllo. Dopo sei mesi, tuttavia, questa differenza non è più comprovabile (Neuner-Jehle et al., dati non pubblicati dello studio). Uno studio israeliano randomizzato controllato ha testato una verifica della farmacoterapia all'inizio dello studio e dopo sei mesi (41, 42): gli outcome (numero di farmaci, prescrizione potenzialmente inadeguata, costi, cadute) in seno al gruppo di intervento sono migliorati dopo la prima e la seconda verifica. Sulla base di questa evidenza, pare ragionevole e plausibile svolgere una verifica della farmacoterapia ogni sei mesi.

Cambiamento: è plausibile che a ogni cambiamento dello stato di salute i farmaci debbano essere verificati, da un lato per individuarli come possibili fattori del cambiamento in questione, dall'altro per individuare quelli non appropriati alla situazione acuta.

Nuova ammissione e ritorno dopo una degenza ospedaliera: un (nuovo) soggiorno in una casa di cura è spesso preceduto da una degenza ospedaliera (43). Come hanno dimostrato due studi svizzeri, l'uno incentrato sul settore stazionario e l'altro su quello ambulatoriale (20, 44), durante il ricovero in genere si procede a molti cambiamenti della terapia, con relativo rischio di PIM. In caso di nuova ammissione, la farmacoterapia deve essere rilevata di nuovo sistematicamente, un'attività soggetta a errori (45). Dal punto di vista tecnico e organizzativo, dunque, è ragionevole procedere a una verifica della farmacoterapia al momento dell'ammissione e del ritorno.

Prescrizione da parte di una specialista o uno specialista o di un'altra medico o un altro medico: per gli specialisti o i medici coinvolti durante un'urgenza può essere difficile giudicare la situazione complessiva di un ospite. È dunque plausibile che la medico o il medico curante si accerti a sua volta che il cambiamento di terapia predisposto dalla specialista o dallo specialista o dal medico d'emergenza sia orientato all'ospite. Un editoriale (46) e due linee guida (37, 38) sottolineano questo ruolo del medico nei casi di cure condivise.

Preoccupazioni inerenti alla sicurezza: diverse linee guida mettono in evidenza la ragionevolezza di una verifica della farmacoterapia su richiesta del paziente o di una specialista o uno specialista (35, 40). Diversi specialisti potrebbero esprimere preoccupazioni legate alla farmacoterapia sul-

la base delle loro competenze e osservazioni (il cosiddetto approccio «speak-up»). Nella letteratura scientifica, questo comportamento è più volte menzionato o valutato positivamente (47, 48), e si ritiene possa favorire un aumento della sicurezza dei pazienti (49).

### 3.3.2 SQ II:

#### La verifica della farmacoterapia viene svolta in modo strutturato.

- Questo SQ vale sia per la verifica regolare sia per quella in base alla situazione, anche se lo svolgimento può variare in alcuni aspetti.
- Ogni specialista partecipante alla verifica si accerta di disporre di una lista di farmaci completa, aggiornata e corretta.

#### Verifica farmaceutica

- La farmacia o il farmacista verifica per quanto possibile l'eventuale presenza di una prescrizione errata:
  - interazioni rilevanti;
  - dopponi di principi attivi o gruppi di principi attivi;
  - principi attivi potenzialmente inadeguati\*;
  - dosaggio potenzialmente inadeguato (incl. dose, intervalli, orari)\*;
  - durata potenzialmente inadeguata della terapia.\*
- Per la verifica dei punti contrassegnati dall'asterisco, la farmacia o il farmacista si avvale di un elenco esplicito di PIP.
- La farmacia o il farmacista formula raccomandazioni concrete e inoltra tutte le informazioni al medico e a un membro designato del personale infermieristico.
- Se per la verifica regolare o in base alla situazione non è disponibile una farmacia o un farmacista, la verifica farmaceutica è responsabilità del medico.

#### Osservazione infermieristica

- L'infermiera o l'infermiere osserva quanto segue (SQ III):
  - stato di salute (p. es. stato confusionale, sonnolenza, nuovi disturbi, peggioramento funzionale);
  - forme galeniche e vie di somministrazione potenzialmente inadeguate;
  - difficoltà di assunzione o di somministrazione.
- Un'infermiera qualificata o un infermiere qualificato valuta le osservazioni.
- L'infermiera o l'infermiere inoltra queste informazioni al medico e mette a disposizione le sue conoscenze per la ricerca di soluzioni.

#### Valutazione medica

- La medico o il medico procede secondo la struttura AIMS.
  - **Acute problems:** la medico o il medico verifica che non ci siano problemi acuti con la farmacoterapia (p. es. effetti collaterali, difficoltà di assunzione).
    - o Vengono considerate le informazioni tratte dall'osservazione infermieristica e – se disponibili – dalla verifica farmaceutica.
  - **Indication\*:** la medico o il medico si accerta che l'indicazione corrisponda alla farmacoterapia, che non deve essere né insufficiente né eccessiva.
  - **Misprescribin\*:** sulla base delle informazioni della verifica farmaceutica e dell'osservazione infermieristica, la medico o il medico valuta l'eventuale presenza di una prescrizione errata.
    - Principi attivi potenzialmente inadeguati\*
    - Dosaggio potenzialmente inadeguato (incl. dose, intervalli, momenti, forma galenica e vie di somministrazione)\*
    - Durata potenzialmente inadeguata della terapia\*
    - Doppioni di principi attivi o di gruppi di principi attivi
    - Interazioni rilevanti
  - **Solutions:** la medico o il medico formula proposte di soluzione (p. es. alternative).
    - Altre proposte di soluzione (emerse dalla verifica farmaceutica e dall'osservazione infermieristica) vengono considerate.
    - La deprescrizione, quindi l'interruzione controllata o la riduzione di farmaci, viene sempre considerata come possibile soluzione.
    - La procedura viene definita.
    - Il follow-up viene garantito tramite il monitoraggio (SQ III).
- Per la valutazione, vengono considerati lo stato generale, i dati di laboratorio, i parametri vitali, le allergie, l'età, la fragilità, le comorbidità, i desideri e le esigenze dell'ospite (SQ V).
- Per la verifica dei punti contrassegnati dall'asterisco, il medico si avvale di un elenco esplicito di PIP.

#### Condizioni quadro/svolgimento

- La verifica regolare prevede almeno uno scambio personale
  - Tra la medico o il medico e l'infermiera o l'infermiere (SQ IV);
  - tra la medico o il medico o una specialista o uno specialista da lei/lui designato e l'ospite, durante il quale vengono discussi i risultati della verifica (SQ V).



- Nel quadro della verifica regolare, almeno una tappa (p.es. definizione della procedura) deve essere svolta sul posto al fine di implementare nella routine il summenzionato scambio tra medico e infermiera o infermiere.
- Contrariamente alla verifica regolare, in quella in base alla situazione luogo e forma dello scambio possono variare secondo le circostanze.

### Aspetti razionali

L'obiettivo della verifica della farmacoterapia è l'individuazione e l'elaborazione di tutti gli aspetti di una PIP. Si parte dal presupposto che affrontando sistematicamente potenziali problemi legati ai farmaci si possano evitare «punti ciechi», una riflessione fatta propria da diverse linee guida (24, 27, 39, 50).

Per individuare una PIP, è possibile ricorrere a mezzi ausiliari impliciti ed espliciti (13). Elenchi impliciti di PIM o algoritmi guidano gli specialisti mediante domande o parole chiave nell'approfondimento di diversi aspetti di una PIP (13). Il più vecchio e noto mezzo ausiliario implicito è il Medication Appropriateness Index (MAI) (51). Più recente è invece l'algoritmo Good-Palliative Geriatric-Practice (GPGP) (52, 53), già adottato anche in Svizzera (9). L'utilizzo del GPGP è efficace per ridurre il numero di farmaci e ottimizzare lo stato di salute (54).

Un mezzo ausiliario di questo tipo deve essere di facile comprensione e di rapido utilizzo perché possa trovare applicazione nella prassi. Deve inoltre adeguarsi alle consuete procedure del personale medico e farmaceutico. Il MAI contiene tante domande e non soddisfa pertanto tali criteri. L'algoritmo GPGP adattato secondo Neuner-Jehle è breve e conciso, ma non abbraccia esplicitamente tutti gli aspetti di una PIP (p.es. i dopponi) e tutte le possibili proposte di soluzione. Per questi SQ è stata quindi elaborata una procedura strutturata secondo AIMS.

Per l'individuazione concreta di una PIP possono essere utili anche mezzi ausiliari espliciti. Questi elenchi, che contengono principi attivi che possono essere confrontati con una farmacoterapia, riguardano sovente il tema PIM (p.es. elenco di Priscus (55), Forta (56), Norgep-NH (57), ma anche altri aspetti, come prescrizioni insufficienti o eccessive (p.es. STOPP/START (58), PIM-Check (59)). Gli studi sulla verifica della farmacoterapia utilizzano di solito uno di questi elenchi espliciti (41, 60). Secondo una recente ricerca, esiste una crescente evidenza positiva che l'impiego di un elenco PIM o PIP contribuisca a ottimizzare la farmacoterapia (p.es. numero di PIM) e gli esiti clinici (p.es. cadute). L'evidenza per singolo elenco è però in genere tutt'ora insufficiente (61).

La deprescrizione è l'interruzione controllata o la riduzione di farmaci da parte di una specialista o uno specialista allo scopo di migliorare la salute dell'ospite (62). Una meta-analisi giunge alla conclusione che PIP, mortalità e cadute possono essere ridotte svolgendo una verifica della farmacoterapia focalizzata sulla deprescrizione (63). Una deprescrizione tange le prescrizioni inadeguate o inutili (PIM e prescrizione eccessiva). Le PIM colpiscono il 79,1 % degli ospiti di case di cura svizzere (12). In uno studio condotto nella Svizzera romanda su 329 pazienti, sono stati individuati 56 farmaci senza indicazione (14). Le preoccupazioni in merito alle conseguenze di un'interruzione sono un ostacolo alla deprescrizione tanto tra gli specialisti (64, 65) quanto tra i pazienti (66). Un numero crescente di nuovi studi dimostra tuttavia che la deprescrizione non comporta un peggioramento dello stato di salute (54, 67).

Dato che la verifica della farmacoterapia presuppone diverse conoscenze specifiche e sull'ospite, è importante che ogni specialista apporti le sue competenze. Le ricerche evidenziano talvolta risultati positivi di interventi condotti da farmacisti e farmacisti sulla farmacoterapia in case di cura (68–70). Il coinvolgimento del personale infermieristico nelle verifiche della farmacoterapia è poco indagato. Uno studio svedese ha confrontato verifiche effettuate con l'ausilio di sistemi di Clinical Decision Support System (CDSS) e verifiche svolte da infermiere e infermieri. Dai risultati è emerso che il personale infermieristico ha identificato più problemi rispetto ai CDSS (71), verosimilmente grazie alle conoscenze molto specifiche sugli ospiti che un sistema informatico non poteva avere.

### 3.3.3 SQ III:

#### La farmacoterapia viene monitorata in modo strutturato.

Le fasi di lavoro seguenti vengono svolte dai rispettivi specialisti.

#### Compiti della medico o del medico

- Fare in modo che per ogni modifica della farmacoterapia, incluse le nuove prescrizioni, vengano definite:
  - una data di inizio e di fine o una data per la prossima rivalutazione. Quest'ultima avviene al più tardi in occasione della successiva verifica regolare della farmacoterapia (SQ I);
  - altre misure di monitoraggio della terapia (p.es. laboratorio, elettrocardiogramma, test mini mental), se necessario con la data;

- indicazioni su osservazioni di importanti effetti collaterali ai quali badare in seguito alla modifica della farmacoterapia;
- una procedura in caso di effetti collaterali (p.es. farmaci di riserva, contattare il medico).
- Accertarsi che queste informazioni vengano comunicate al personale infermieristico.
- Monitorare l'auspicato effetto terapeutico e i potenziali effetti collaterali. Considerare le osservazioni comunicate dall'infermiera o dall'infermiere.

#### Compiti dell'infermiera o dell'infermiere

- Accertarsi che le osservazioni comunicate dalla medico o dal medico vengano documentate.
- Monitorare lo stato di salute generale e i possibili effetti collaterali secondo le osservazioni comunicate dalla medico o dal medico.
- Seguire la procedura fissata dalla medico o dal medico in caso di potenziali effetti collaterali (p.es. somministrare il farmaco di riserva, contattare subito la medico o il medico).
- Osservare se vengono utilizzate forme galeniche e vie di somministrazione potenzialmente inadeguate.
- Verificare se ci sono difficoltà di assunzione o di somministrazione.
- Documentare per iscritto le osservazioni summenzionate per la verifica regolare.
- Conoscere le circostanze in cui una verifica in base alla situazione è necessaria e informare la medico o il medico se si manifestano (SQ I).

#### Aspetti razionali

Il monitoraggio è parte integrante del processo farmacologico (72) e serve fondamentalmente ad accertarsi che la terapia farmacologica abbia risolto il problema del paziente, quindi che sia efficace, e che non si manifestino effetti indesiderati (73). Per questo, è considerato nelle linee guida DEGAM e NICE, così come in diverse altre (23, 24, 36, 73).

Gli EFI sono sovente riconducibili a una sorveglianza insufficiente. Uno studio prospettivo condotto in due istituti di lungodegenza negli Stati Uniti e in Canada ha rilevato l'incidenza degli EFI: ogni cento mesi e ospiti, si sono verificati 9,8 EFI, di cui il 42 % potenzialmente evitabili. Essi sono spiegati prevalentemente con errori a livello di sorveglianza della terapia, in particolare il monitoraggio insufficiente dei valori di laboratorio e la mancata o tardiva reazione a sintomi palesi (74). Un altro studio prospettivo svolto in due case anziani tedesche ha dimostrato che all'origine degli EFI c'e-

ra un monitoraggio insufficiente degli effetti dei farmaci (75). Per una farmacoterapia sicura è dunque essenziale un monitoraggio strutturato.

Dato che sintomi e cambiamenti dello stato generale dovuti a effetti collaterali si manifestano spesso solo in un secondo tempo, è necessario assicurare un'osservazione continua e, se si producono, informare la medico o il medico competente (76). Per il personale infermieristico, tuttavia, non è sempre facile riconoscere come tali gli effetti collaterali. In un sondaggio tra 408 infermiere e infermieri e assistenti di cura in Olanda, la mancanza di informazioni e la carenza di conoscenze sugli effetti collaterali sono state menzionate come importanti barriere per un monitoraggio efficace (77). In diverse case di cura in Inghilterra, sono stati indagati l'applicabilità e l'impatto di uno strumento di screening utilizzato dal personale infermieristico per individuare gli effetti collaterali degli psicofarmaci. Ne è emerso che con tale strumento vengono scoperti più problemi legati ai farmaci che senza (78). Nel quadro dello studio AMPEL, condotto in Germania, si è proceduto alla documentazione scritta di sintomi clinici di nuova manifestazione con l'ausilio di un modulo di osservazione terapeutica. I sintomi sono poi stati discussi con una farmacista o un farmacista. È infine seguita un'informazione al medico competente con una raccomandazione concreta di intervento. Il modulo è stato considerato dal personale infermieristico e dai farmacisti uno strumento prezioso per l'osservazione degli ospiti, anche se una parte rilevante dei partecipanti ha dichiarato di non voler più utilizzarlo al termine dello studio (75). Non è quindi chiarito in modo definitivo se e con quale mezzo ausiliario il monitoraggio possa essere implementato in modo efficiente e mirato nel lavoro quotidiano. Pare comunque ragionevole migliorare le conoscenze del personale infermieristico in materia di effetti collaterali, per esempio con formazioni continue.

La chiave per un monitoraggio corretto delle misure concordate e dei loro effetti, e per un confronto adeguato sulla farmacoterapia tra gruppi professionali è una buona documentazione. Anche linee guida non basate sul consenso dedicate alla verifica della farmacoterapia tematizzano l'importanza della documentazione (31). Da uno studio retrospettivo sui fattori che conducono a EFI gravi come errori legati alla farmacoterapia, cadute, interventi mancati o inadeguati nelle case di cura è emerso che la sicurezza degli ospiti dipende da una documentazione appropriata (79). Dal punto di vista degli specialisti, una migliore documentazione è importante anche per evitare ricoveri in ospedale (80).

**3.3.4 SQ IV:****Tutti gli specialisti si impegnano per una collaborazione interprofessionale ottimale.**

- Gli specialisti si conoscono tra di loro.
- Le competenze degli altri specialisti coinvolti sono note e vengono rispettate.
- I compiti e le responsabilità di tutti gli specialisti coinvolti nel processo farmacologico sono definiti e noti a tutti.
- Tutti gli specialisti fissano e perseguono un obiettivo di cura comune per ogni ospite.
- Viene instaurata una cultura della comunicazione aperta tra tutti gli specialisti, i quali condividono le conoscenze e le preoccupazioni, e forniscono riscontro.
- Le indicazioni, le preoccupazioni e le informazioni (p.es. sulla sicurezza e il trattamento, sullo stato di salute) di altri specialisti vengono prese sul serio e considerate per lo svolgimento dei propri compiti.
- Le vie di comunicazione (come, chi, quando, dove) tra specialisti sono stabilite.
- Gli specialisti fanno in modo di essere raggiungibili in tempo utile per i colleghi.
- Le fasi dei processi svolte in comune sono organizzate in modo ottimale. Viene per esempio fissato un appuntamento per un colloquio con un ospite e la visita viene preparata.
- Vengono create e sfruttate opportunità di scambio interprofessionali (p.es. sedute regolari interprofessionali su temi organizzativi e clinici, circoli sulla qualità).
- La direzione nomina una persona tra il personale infermieristico che si occupi di concepire e di attuare misure per il promovimento della collaborazione interprofessionale.

**Aspetti razionali**

Al centro della collaborazione interprofessionale c'è l'ospite: tutti gli specialisti coinvolti nel processo farmacologico perseguono lo stesso obiettivo insieme all'ospite (81).

Le precisazioni sono state definite considerando i modelli di D'Amour (82) e Gerber (81). Secondo Müller et al., inoltre, sono importanti gli aspetti seguenti per migliorare la collaborazione interprofessionale tra medici e personale infermieristico nelle case di cura: raggiungibilità reciproca, definizione degli appuntamenti per la visita medica successiva, preparazione, accompagnamento ed elaborazione successiva delle visite, definizione chiara dei compiti (83). In uno studio a metodo misto condotto in ventisei case di cura in Connecticut, è stato elaborato un modello di comunicazione tra personale medico e infermieristico (84) comprenden-

te fattori di una comunicazione strutturata aperta e chiara. Weissenborn ha individuato potenziali indicatori di successo per progetti dedicati alla collaborazione tra medici e farmacisti in Germania (85). Quali condizioni di base per una collaborazione efficace sono state menzionate per esempio la conoscenza delle competenze altrui, contatti reciproci improntati all'apertura e l'organizzazione di eventi di scambio di informazioni. In un rapporto commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica sulla collaborazione interprofessionale tra farmacisti e altri professionisti medici universitari e/o specialisti vengono individuati quali fattori importanti una chiara definizione dei compiti e ripartizione dei ruoli di farmacisti e medici, nonché responsabilità ben definite e il *follow-up* (86). Questi ruoli e compiti vengono illustrati in modo esaustivo in un articolo di Levenson et al. (87).

Gli studi effettuati finora non hanno tuttavia ancora permesso di appurare in misura sufficiente l'impatto e la rilevanza dei singoli fattori nel quadro della collaborazione interprofessionale (88, 89). Fondamentalmente, si può affermare che una pessima comunicazione e collaborazione tra specialisti medici è sovente vista come uno dei fattori principali all'origine di EFI (89–91). Per una presa a carico efficiente, sicura e di elevata qualità, è dunque decisiva la collaborazione tra il personale medico di diverse discipline (92–94). L'interprofessionalità nel settore sanitario aumenta inoltre la soddisfazione sul lavoro delle persone coinvolte e quella dei pazienti, e riduce i costi sanitari (92, 95–98). Una riduzione dei costi è stata raggiunta anche discutendo dati aggregati sulla farmacoterapia in seno a circoli interprofessionali sulla qualità introdotti nel Canton Friburgo (99, 100).

Secondo una ricerca, anche nelle case di cura una collaborazione interprofessionale subottimale si ripercuote negativamente sulla sicurezza della farmacoterapia degli ospiti (101). In una verifica sistematica sugli interventi interprofessionali nelle case di cura, è stato possibile dimostrare che una collaborazione e una comunicazione interprofessionali migliori (p.es. riunioni d'équipe o formazioni sul lavoro di squadra e le capacità comunicative) hanno nel complesso effetti positivi su diversi outcome primari degli ospiti (69). La partecipazione della medico o del medico curante e/o della farmacista o del farmacista, come pure la comunicazione e il coordinamento in seno all'équipe sono state caratteristiche sistematiche di interventi efficaci (69). In una verifica sistematica, interventi condotti a livello interprofessionale hanno condotto a un'ottimizzazione delle prescrizioni farmacologiche, ma non a cambiamenti degli outcome clinici (102). Altri studi e ricerche nazionali (14) e internazionali (68, 75, 103–107) hanno rilevato che una collaborazione interprofessionale produce risultati positivi nell'individua-

zione e nella soluzione di problemi legati ai farmaci.

Spesso, l'interprofessionalità è parte di tipi di intervento multimodali, per esempio formazioni continue, implementazioni di strumenti, discussioni multidisciplinari di casi, verifiche della farmacoterapia da parte di diversi specialisti ecc. Secondo Loganathan et al. (103), per un migliore outcome servono probabilmente strategie combinate di intervento. Al momento, tuttavia, l'evidenza su quali circostanze e quale forma di collaborazione interprofessionale conducano a una presa a carico migliore non è ancora sufficiente. I lavori di ricerca nel campo dell'outcome dei pazienti e del rapporto costi/utilità sono infatti ancora pochi (81). Nel quadro del progetto di approfondimento «progress! Farmacoterapia sicura nelle case di cura», per l'ottimizzazione della collaborazione interprofessionale vengono scelti gli interventi seguenti:

- strutturazione dei processi farmacologici;
- verifica della farmacoterapia da parte di specialisti di diversi gruppi professionali;
- monitoraggio comune;
- implementazione di mezzi ausiliari comuni, come l'elenco di PIP;
- punto della situazione interprofessionale;
- formazione continua.

### 3.3.5 SQ V:

#### **Gli ospiti vengono coinvolti attivamente nel processo farmacologico.**

- Gli specialisti incoraggiano gli ospiti e i familiari a comunicare le loro esigenze, le loro preoccupazioni e i cambiamenti dello stato di salute.
- Le esigenze e le preferenze degli ospiti vengono considerate nell'elaborazione delle opzioni di trattamento.
- Gli specialisti agiscono in modo da coinvolgere gli ospiti nelle decisioni che riguardano il loro trattamento.
- Gli ospiti ricevono informazioni sufficienti e comprensibili per poter partecipare alle decisioni che riguardano il loro trattamento.
- Gli specialisti si accertano che gli ospiti abbiano capito le informazioni.
- In caso di ospiti incapaci di discernimento, per tutte le attività summenzionate viene coinvolta la persona autorizzata a rappresentarli per gli aspetti medici.

### **Aspetti razionali**

Il concetto della presa a carico orientata agli ospiti pone quest'ultimi, le loro esperienze, le loro esigenze e le loro preferenze al centro del trattamento medico. Si tratta di un pilastro di un'assistenza sanitaria di elevata qualità (108). Studi dimostrano che una presa a carico incentrata sui pazienti ha effetti eterogenei sulla loro soddisfazione, sul comportamento in materia di salute e sugli outcome legati alla salute. La molteplicità dei design di tali studi e delle definizioni concettuali tendono tuttavia a limitare la forza dell'evidenza (109, 110).

La presa a carico orientata agli ospiti comprende diverse dimensioni che si sovrappongono. Queste dimensioni possono essere suddivise in tre aspetti: la comprensione della situazione vissuta dall'ospite, la relazione tra ospite e specialista, e la presa a carico coordinata o integrata in seno al sistema sanitario (111). Secondo il modello integrativo di Scholl et al., lo scambio reciproco di informazioni tra specialista e ospite, il coinvolgimento attivo dell'ospite nel trattamento e nella presa di decisioni, l'informazione ai e il coinvolgimento dei familiari e di altre persone vicine, l'emancipazione dei pazienti e il sostegno fisico ed emotivo sono tra le attività centrali di una presa a carico incentrata sugli ospiti (112). L'esigenza di ricevere informazioni e di essere coinvolti nelle decisioni che riguardano il trattamento varia tuttavia secondo l'ospite: se alcuni vogliono essere in primis bene informati, altri desiderano anche partecipare attivamente al processo decisionale. In riferimento al trattamento farmacologico, uno studio condotto tra la popolazione finlandese e maltese ha rilevato che il 60% circa dei pazienti desidera discutere diverse opzioni farmacologiche, il 50% circa vuole discutere la scelta dei farmaci e il 40% circa desidera prendere la decisione insieme al medico (113). Il coinvolgimento nel processo farmacologico dovrebbe dunque essere individuale in base alle esigenze e alle capacità dell'ospite. Secondo le linee guida NICE, gli ospiti delle case di cura dovrebbero avere le stesse possibilità di partecipare alle decisioni riguardanti la loro terapia e il loro trattamento delle persone che non abitano in una casa di cura. Gli specialisti devono sostenerli nella presa di decisioni con cognizione di causa (23).

# 4 Procedura Delphi

## 4.1 Obiettivo

La procedura metodica per lo sviluppo e la precisazione dei cinque SQ è descritta al punto 3.2. L'obiettivo della valutazione Delphi era quello di trovare un consenso tra esperte ed esperti sulla rilevanza delle precisazioni. L'attenzione è focalizzata sull'interazione tra le direttive degli SQ e l'obiettivo del programma, un'interazione non descritta in modo inequivocabile nella letteratura scientifica e necessitante dunque una convalida da parte di esperte ed esperti.

## 4.2 Procedura

### 4.2.1 Reclutamento delle esperte e degli esperti

Il criterio di inclusione principale per la selezione delle esperte e degli esperti era la competenza specialistica in materia di farmacoterapia di pazienti geriatrici.

Sono stati considerati i gruppi professionali seguenti: medici, farmacisti e farmacisti, infermiere e infermieri. Le esperte e gli esperti dei tre gruppi professionali sono stati reclutati nella Svizzera tedesca, in Romandia e in Ticino, scelti tra persone di estrazione scientifica e con esperienza nella prassi. In ogni regione linguistica, sono inoltre state cercate due persone del campo della gestione della qualità/sicurezza dei pazienti. Sono stati esclusi specialisti in pensione. Per il reclutamento, si è proceduto come segue:

1. sono stati coinvolti membri del gruppo specialistico di accompagnamento del progetto base progress!;
2. si è fatto ricorso a contatti esistenti del team di programma (p.es. relatrici e relatori, autrici e autori, scienziate e scienziati, praticanti) e di altri progetti (p.es. interlocutrici e interlocutori dei colloqui);
3. per i gruppi professionali con ancora un numero insufficiente di esperte ed esperti, sono state interpellate le associazioni specialistiche (Cura di lungodegenza Svizzera, Commissione per la geriatria di lunga durata della SPSG, EQUAM, APSI).

Le esperte e gli esperti reclutati sono i seguenti:

1. **Dr. Gaby Bieri**, Chefärztin Geriatischer Dienst, Ärztliche Direktorin, Pflegezentren Stadt Zürich
2. **Mélanie Brulhart**, Pharmacienne-chef de adjointe de la Pharmacie interjurassienne, Responsable de l'Officine publique, Moutier
3. **Prof. Dr. med. Alessandro Ceschi**, M.Sc., FEAPCCT, FMH Farmacologia e tossicologia clinica, FMH Medicina interna generale, Direttore medico e scientifico, Istituto di Scienze Farmacologiche della Svizzera Italiana & Presidente Commissione terapeutica, Ente Ospedaliero Cantonale & Professore titolare, Facoltà di Scienze biomediche, Università della Svizzera italiana
4. **Dr. med. Susanne Christen**, Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie FMH, Hausärztin Praxiszentrum Frick, Leitende Ärztin Hämatologie GZF Spital Rheinfelden
5. **Andreina D'Onofrio**, Master es Sciences infirmières, Coordinatrice du Pôle Accompagnement, Cheffe de projet coRAI-EMS, Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales (HéviVA), Renens
6. **Sabine Felber**, Geschäftsleitung Pflege und Betreuung & Stv. CEO, Betagtenzentren Emmen AG, Emmen
7. **Dr. med. Rolf Goldbach**, Leitender Arzt, Arztdienst Pflegezentren Stadt Zürich, Zürich
8. **Saadet Grandazzo**, Leiterin Betreuung und Pflege, Alterszentrum Gellert Hof, Bethesda Alterszentren AG, Basel
9. **Prof. Dr. Blaise Guinchard**, Professeur HES associé, Haute Ecole de la Santé la Source
10. **Prof. Dr. Kurt Hersberger**, Pharmaceutical Care Research Group, Departement Pharmazeutische Wissenschaften, Universität Basel & Inhaber Toppharm Apotheke Hersberger, Basel
11. **Dr. phil. Il Markus L. Lampert**, Stv. Chefapotheker, Institut für Spitalpharmazie, Solothurner Spitäler AG & Senior Research Associate, Pharmaceutical Care Research Group, Universität Basel
12. **Dr. Alexandre Lo Russo**, Pharmacien FPH responsable Pharmacie du Galicien Prilly, pharmacien répondant d'EMS
13. **Martine Ruggli**, Pharmacienne répondante d'EMS, Formatrice pour la formation complémentaire FPH des pharmaciens en assistance pharmaceutique d'institutions du système de santé, Coordinatrice des projets stratégiques, Direction générale ofac
14. **Prof. Dr. med. Stefan Neuner-Jehle**, MPH, Leiter Chronic Care, Institut für Hausarztmedizin, Universität und Universitätsspital Zürich



15. **Dr. Anne Niquille Charrière**, Pharmacienne cheffe adjointe, responsable de l'unité de recherche, Département des Policliniques, Centre universitaire de médecine générale et santé publique – Unisanté, Lausanne
16. **Carole Pelletier**, Directrice, infirmière MAS en gérontologie
17. **Prof. Dr Valérie Santschi**, PharmDipl, PhD, Professeur HES ordinaire, Responsable du Laboratoire d'Enseignement et de Recherche Systèmes de santé, Ethique et Interprofessionnalité, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, HES-SO, Lausanne
18. **Prof. Dr. Susi Saxer**, PhD, RN, Institut für Pflegewissenschaft (IPW-FHS) der Hochschule für Angewandte Wissenschaften FHS St.Gallen
19. **Marco Schupp**, Leiter Geschäftsbereich Qualitätsmanagement, Stv. GF, Mitglied der Geschäftsleitung, dedica
20. **Dr. Raymond Teguza**, Responsable d'audit, auditeur dans les EMS de Suisse Romand, responsable du référentiel FEGEMS, Association Suisse pour Systèmes de Qualité et de Management (SQS)
21. **Catherine Thalman**, Infirmière cheffe du Foyer de Bouleyres, Foyers de la Ville de Bulle, Bulle
22. **Carlo Vassella**, specialista in farmacia d'officina FPH, farmacista consulente nelle case anziani Fondazione Casa San Rocco a Morbio Inferiore, Fondazione Tusculum Casa Anziani ad Arogno, Casa Anziani Gruppo Tertianum a Chiasso, Casa Anziani Cà Rezzonico a Lugano, Monte Carasso
23. **Prof. Dr. Henk Verloo**, HeDS Sion; CHUV/SUPAA Lausanne, Inf., PhD, Clinicien spécialisé, Service Universitaire de Psychiatrie de l'âge avancé, Equipe Mobile EMPAA, Prilly
24. **Dr. Nicole Vogt-Ferrier**, FMH de médecine interne, FMH de pharmacologie et toxicologie cliniques, Médecin adjointe, Responsable de l'Unité de gérontopharmacologie clinique, Service de pharmacologie et toxicologie cliniques, Dpt de Médecine aiguë, Hôpitaux universitaires de Genève
25. **Dr. Franziska Zúñiga**, Leiterin Bereich Lehre, Institut für Pflegewissenschaft, Department Public Health, Universität Basel

#### 4.2.2 Pilotaggio

La procedura Delphi è stata testata prima dell'inizio ufficiale da sei specialisti di diversi gruppi professionali. Questo gruppo pilota comprendeva un medico, due farmacisti, un valutatore e due esperte di cure infermieristiche, tutti specialisti con esperienza nella prassi e in parte estrazione scientifica reclutati dal pool di possibili esperti per la valutazione Delphi.

Lo scopo del pilotaggio era testare la documentazione (p.es. difficoltà tecniche della compilazione, possibilità di commento) e le informazioni (p.es. comprensibilità, completezza, approfondimento e grado di dettaglio). Il gruppo pilota ha ricevuto un'istruzione, un questionario di valutazione Delphi, la formulazione definitiva degli SQ e un modulo di riscontro. Il pilotaggio Delphi è stato utilizzato per il metodo di analisi, ma non è stato incluso nell'analisi.

#### 4.2.3 Svolgimento

Sono state prestabilite due tornate Delphi. La procedura è stata condotta in tedesco e in francese. Il gruppo pilota ha ricevuto per e-mail un'istruzione (PDF), un questionario di valutazione (Excel elaborabile) e la formulazione definitiva degli SQ (PDF), e ha dovuto valutare la rilevanza delle singole precisazioni su una scala Likert a nove livelli secondo RAND/UCLA (114) (1=assolutamente non rilevante; 9=molto rilevante). Le esperte e gli esperti sono partiti da una domanda guida e dall'elenco di diverse dimensioni con le quali valutare la rilevanza delle precisazioni, e sono stati informati per quale valutazione alla fine della seconda tornata sarebbero state selezionate le precisazioni. Era possibile astenersi e completare le precisazioni. La valutazione doveva essere ritornata entro due settimane stabilite. Un promemoria è stato inviato dopo undici giorni.

#### 4.2.4 Analisi

Sulla base del manuale RAND/UCLA (114) e di altra letteratura scientifica (115–117), sono stati fissati due criteri rilevanti per l'analisi.

- **Level of relevance (LOR):** una precisazione è rilevante se la mediana contiene una valutazione di  $\geq 7$ .
- **Level of agreement (LOA):** una precisazione è condivisa se almeno l'80% delle valutazioni si situa allo stesso intervallo della scala, per esempio 7–9.

### Prima tornata

Dopo la prima tornata, le valutazioni sono state suddivise in tre categorie. Sulla base dei criteri LOR e LOA, sono stati definiti i tre gruppi seguenti e la relativa procedura.

- LOR mediana delle valutazioni  $\leq 3$  e LOA  $\geq 80\%$  delle valutazioni  $\leq 3$ : esclusione dalla seconda tornata. Eccezione: per ogni SQ, vengono mantenute le tre precisazioni più rilevanti con il LOR più alto.

Risultato: nessuna precisazione è stata stralciata.

- LOR mediana delle valutazioni  $\geq 7$  e LOA  $\geq 80\%$  delle valutazioni  $\geq 7$ : nessun cambiamento nella seconda tornata. Eccezioni: importanti commenti che rendono ragionevole una riformulazione di queste precisazioni.

Risultato: undici precisazioni hanno necessitato una riformulazione.

- Tutte le altre valutazioni: le precisazioni vengono riformulate sulla base dei commenti.

Risultato: tredici precisazioni sono state rielaborate.

Le valutazioni di ordine generale e i commenti sugli SQ sono stati ignorati, così come i commenti riguardanti la struttura o la ripartizione tematica degli SQ. Il tasso di risposta nella prima tornata è stato del 100%.

### Seconda tornata

Nella seconda tornata, il gruppo pilota ha ricevuto l'istruzione rielaborata e il documento «Standard di qualità» con le modifiche apportate dopo la prima tornata. Il questionario Delphi per la seconda tornata conteneva a sua volta le precisazioni adattate. Nella seconda tornata non era più possibile astenersi.

Al termine di questa fase, le precisazioni erano considerate definitivamente parte integrante degli SQ se la mediana delle valutazioni era pari o superiore a 7 (LOR) e se l'80% delle valutazioni era pari o superiore a 7 (LOA). Non si è proceduto ad alcuna nuova rielaborazione. Solo in un caso sono stati apportati adeguamenti linguistici a favore di una migliore comprensione. Si è altresì rinunciato a fissare un numero minimo di precisazioni. Le precisazioni dovevano essere valutate da almeno un terzo degli esperti.

Risultati: il tasso di risposta nella seconda tornata è stato del 100%. 85 precisazioni hanno soddisfatto i criteri di rilevanza predefiniti e sono finite nell'elenco definitivo. Per gli SQ IV e V sono state accettate tutte le precisazioni. Per gli SQ I-III, invece, sei precisazioni non soddisfacevano i criteri di rilevanza e sono dunque state **stralciate dall'elenco definitivo**.

### SQ I:

#### **La farmacoterapia viene verificata regolarmente e in situazioni definite.**

La farmacoterapia viene verificata regolarmente per ogni ospite.

- Nel caso ideale, lo specialista designato è la farmacista o il farmacista, visto che si occupa anche della prima tappa della verifica regolare della farmacoterapia.
- La medico o il medico competente per l'ospite in questione è responsabile che la verifica programmata della farmacoterapia venga svolta in modo completo.
- Oltre alla verifica regolare della farmacoterapia individuale di singoli ospiti, vengono analizzati e valutati in modo aggregato dati sulla farmacoterapia (p.es. dati di farmaci forniti) di un ampio gruppo di ospiti.

La farmacoterapia degli ospiti viene verificata in situazioni definite (verifica della farmacoterapia in base alla situazione). Situazioni definite:

- su richiesta dell'ospite o dei familiari.

### SQ II:

#### **La verifica della farmacoterapia viene svolta in modo strutturato.**

Osservazione infermieristica

- L'infermiera o l'infermiere inoltra queste informazioni alla farmacista o al farmacista e mette a disposizione le sue conoscenze per la ricerca di soluzioni.

### SQ III:

#### **La farmacoterapia viene monitorata in modo strutturato.**

Compiti dell'infermiera o dell'infermiere

- Viene utilizzato un mezzo ausiliario a sostegno dell'osservazione infermieristica (p.es. modulo per l'osservazione della terapia del progetto AMPEL), rispettivamente dell'input di questa informazione (p.es. STOPP and WATCH).

### 4.3 Aspetti etici

Non è stato necessario considerare aspetti etici. Il consenso alla partecipazione valeva quale consenso alla comunicazione da parte della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera dei nomi e dell'affiliazione in relazione alla procedura Delphi. Le valutazioni individuali erano note esclusivamente al team del programma e sono state rese accessibili ad altri solo in forma aggregata.

Il rapporto si è basato sulle raccomandazioni formulate nella letteratura scientifica (115–117).



# 5 Bibliografia

- 1 Bundesamt für Statistik BFS. BFS Aktuell: Personen in Alters- und Pflegeheimen 2017. 2019.
- 2 Ballentine NH. Polypharmacy in the elderly: maximizing benefit, minimizing harm. *Crit Care Nurs Q* 2008;31:40–5.
- 3 Breil D. Arznecocktail im Alter: Was macht Sinn? *Prim Hosp Care Allg Inn Medizin* 2016;16:17–20.
- 4 Keller U et al. Hausarztpraxis und Medikamenten-Management. *Prim Hosp Care - Allg Inn Medizin* 2015;15:285–7.
- 5 Abolhassani N et al. Trends and Determinants of Polypharmacy and Potential Drug-Drug Interactions at Discharge From Hospital Between 2009-2015. *J Patient Saf* 2018;online ahe.
- 6 Fried TR et al. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:2261–72.
- 7 Leendertse AJ et al. Frequency of and Risk Factors for Preventable Medication-Related Hospital Admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med* 2008;168:1890–6.
- 8 Leelakanok N et al. Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis. *J Am Pharm Assoc* 2017;57:729–38.
- 9 Neuner-Jehle S. Polypharmazie bei Älteren. *Prim Hosp Care - Allg Inn Medizin* 2019;19:113–5.
- 10 Vetrano DL et al. Association of Polypharmacy With 1-Year Trajectories of Cognitive and Physical Function in Nursing Home Residents: Results From a Multicenter European Study. *JAMDA* 2018;19:710–3.
- 11 Viktil KK et al. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol* 2006;63:187–95.
- 12 Schneider R et al. Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2017. Auswertungsergebnisse der Helsana Arzneimitteldaten aus den Jahren 2013 bis 2016. 2017.
- 13 Kaufmann CP et al. Inappropriate prescribing: a systematic overview of published assessment tools. *Eur J Clin Pharmacol* 2014;70:1–11.
- 14 Brulhart Ml et al. Multidisciplinary medication review: evaluation of a pharmaceutical care model for nursing homes. *Int J Clin Pharm* 2011;33:549–57.
- 15 Neuner-Jehle S. Weniger ist mehr - wie Polypharmazie vermeiden? *Praxis (Bern 1994)* 2013;102:21–7.
- 16 Kuijpers MAJ et al. Relationship between polypharmacy and under-prescribing. *Br J Clin Pharmacol* 2007;65:130–3.
- 17 Dormann H et al. Unerwünschte Arzneimittelereignisse bei älteren Notaufnahmepatienten: Bedeutung der potenziell inadäquaten Medikation für ältere Menschen (PRISCUS). *Dtsch Arztebl Int* 2013;110:213–9.
- 18 Endres HG et al. Association between Potentially Inappropriate Medication (PIM) Use and Risk of Hospitalization in Older Adults: An Observational Study Based on Routine Data Comparing PIM Use with Use of PIM Alternatives. *PLoS One* 2016;11:e0146811.
- 19 Price SD et al. Association between potentially inappropriate medications from the Beers criteria and the risk of unplanned hospitalization in elderly patients. *Ann Pharmacother* 2014;48:6–16.
- 20 Reich O et al. Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization. *PLoS One* 2014;9:e105425.
- 21 Varga S et al. Hospitalization rates during potentially inappropriate medication use in a large population-based cohort of older adults. *Br J Clin Pharmacol* 2017;83:2572–80.
- 22 Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Zusammenfassung des Schlussberichts zum Grundlagenprojekt (Dezember 2016–Dezember 2018)- Pilotprogramm progress ! Sichere Medikation in Pflegeheimen. 2019.
- 23 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Managing medicines in care homes - Social care guideline. 2014.
- 24 Bergert FW et al. Hausärztliche Leitlinie Multimedikation. 2015.
- 25 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Multimorbidität S3-Leitlinie. Berlin: 2017.
- 26 Wooten JM. Rules for improving pharmacotherapy in older adult patients: Part 1 (rules 1-5). *South Med J* 2015;108:97–104.
- 27 Peter C et al. medix Guideline Medikationssicherheit. Zürich: : Verein mediX 2016.
- 28 Niederhauser A et al. Ausgewählte sicherheitsrelevante Medikationsprozesse in Schweizer Alters- und Pflegeheimen: Status quo und Optimierungspotenziale. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* Published Online First: 2019.
- 29 Niederhauser A et al. Datenbericht, Ergebnisse der Online-Befragung, Nationales Programm progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen. 2018.
- 30 Brühwiler L et al. Services provided by pharmacists in Swiss nursing homes - progress! Medication safety in nursing homes. *ESCP Symposium Belfast*: 2018.
- 31 NHS Cumbria Medicines Management Team. Clinical Medication Review: A Practice Guide. 2013.
- 32 Welsh Medicines Resource Centre (WeMeReC). Medication Review for the 10 minute consultation. 2005.
- 33 Pharmaceutical Society of Australia. Guidelines for pharmacists providing Residential Medication Management Review (RMMR) and Quality Use of Medicines (QUM) services. 2011.
- 34 Northern Health and Social Services Board (NHSSB). A Guide to Patient Medication Review. Ballymena: 2003.
- 35 Australian Government. Guiding principles for medication management in residential aged care facilities. Commonwealth of Australia 2012.
- 36 Royal Pharmaceutical Society. A competency framework for all prescribers. 2016.
- 37 Medical council of New Zealand. Good prescribing practice. 2016.
- 38 General Medical Council. Good practice in prescribing and managing medicines and devices. 2013.
- 39 Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group. Polypharmacy Guidance Realistic Prescribing 3rd Edition. 2018.
- 40 Clyne W et al. A guide to medication review 2008. 2008.

- 41 Frankenthal D et al. Intervention with the screening tool of older persons potentially inappropriate prescriptions/screening tool to alert doctors to right treatment criteria in elderly residents of a chronic geriatric facility: A randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:1658–65.
- 42 Frankenthal D et al. Long-Term Outcomes of Medication Intervention Using the Screening Tool of Older Persons Potentially Inappropriate Prescriptions Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment Criteria. *J Am Geriatr Soc* 2017;65:e33–8.
- 43 Bundesamt für Statistik BFS. Statistik der sozialmedizinischen Institutionen: Standardtabellen 2017. 2018.
- 44 Neeman M et al. Transition of care: A set of pharmaceutical interventions improves hospital discharge prescriptions from an internal medicine ward. *Eur J Intern Med* 2017;Mar;38:30–7.
- 45 Tjia J et al. Medication discrepancies upon hospital to skilled nursing facility transitions. *J GEN INTERN MED* 2009;24:630–5.
- 46 Drinka PJ. Medications Prescribed by Specialists in Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc* 2008;9:137–8.
- 47 Morrow KJ et al. Speaking up behaviours (safety voices) of healthcare workers: A metasynthesis of qualitative research studies. *Int J Nurs Stud* 2016;64:42–51.
- 48 Gehring K et al. Schriftenreihe Nr. 8: Speak up - Wenn Schweigen gefährlich ist. 2015.
- 49 Okuyama A et al. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. *BMC Health Serv Res* 2014;14:61.
- 50 Messerli M et al. pharmActual Medication Review - Medikationsanalyse. Bern: : pharmaSuisse 2014.
- 51 Hanlon JT et al. The medication appropriateness index at 20: where it started, where it has been, and where it may be going. *Drugs Aging* 2013;30:893–900.
- 52 Garfinkel D et al. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J* 2007;9:430–4.
- 53 Garfinkel D et al. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: Addressing polypharmacy. *Arch Intern Med* 2010;170:1648–54.
- 54 Garfinkel D. Poly-de-prescribing to treat polypharmacy: efficacy and safety. *TherAdvDrug Saf* 2018;9:25–43.
- 55 Holt S et al. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:543–51.
- 56 Pazan F et al. The FORTA (Fit for The Aged) List 2018: Third Version of a Validated Clinical Tool for Improved Drug Treatment in Older People. *Drugs and Aging* 2019;36:481–4.
- 57 Nyborg G et al. The Norwegian General Practice - Nursing Home criteria (NORGE-P-NH) for potentially inappropriate medication use: A web-based Delphi study. *Scand J Prim Health Care* 2015;33:134–41.
- 58 O'Mahony D et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age Ageing* 2015;44:213–8.
- 59 Desnoyer A et al. PIM-Check: development of an international prescription-screening checklist designed by a Delphi method for internal medicine patients. *BMJ Open* 2017;7.
- 60 Blozik E et al. Reduction of inappropriate medications among older nursing-home residents: a nurse-led, pre/post-design, intervention study. *Drugs Aging* 2010;27:1009–17.
- 61 Curtin D et al. Explicit criteria as clinical tools to minimize inappropriate medication use and its consequences. *Ther Adv Drug Saf* 2019;10:1–10.
- 62 Reeve E et al. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: Implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol* 2015;80:1254–68.
- 63 Kua CH et al. Health Outcomes of Deprescribing Interventions Among Older Residents in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2019;20:362–72.
- 64 Anderson K et al. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open* 2014;4:e006544.
- 65 Turner JP et al. What factors are important for deprescribing in Australian long-term care facilities? Perspectives of residents and health professionals. *BMJ Open* 2016;6:e009781.
- 66 Reeve E et al. Patient barriers to and enablers of deprescribing: A systematic review. *Drugs and Aging* 2013;30:793–807.
- 67 Wouters H et al. Discontinuing inappropriate medication use in nursing home residents : A cluster randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2017;167:609–17.
- 68 Verrue CLR et al. Pharmacists' Interventions for Optimization of Medication Use in Nursing Homes. *Drugs Aging* 2009;26:37–49.
- 69 Nazir A et al. Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *JAMDA* 2013;14:471–8.
- 70 Lee SWH et al. Pharmacist services in nursing home: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2019;:epub first.
- 71 Johansson-Pajala R-M et al. Registered nurses' use of computerised decision support in medication reviews - Implications in Swedish nursing homes. *Int J Health Care Qual Assur* 2018;31:531–44.
- 72 Wickop B et al. Gute Verordnungspraxis bei älteren Patienten. *Ther Umschau* 2014;71:366–73.
- 73 de Vries TPGM et al. Guide to good prescribing. Geneva: 1994.
- 74 Gurwitz JH et al. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *Am J Med* 2005;118:251–8.
- 75 Thürmann PA et al. Abschlussbericht zum Projekt Arzneimitteltherapiesicherheit bei Patienten in Einrichtungen der Langzeitpflege (AMTS-AMPEL). 2016.
- 76 Steinman MA et al. Beyond the Prescription: Medication Monitoring and Adverse Drug Events in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1513–20.
- 77 Dilles T et al. Barriers for Nurses to Safe Medication Management in Nursing Homes. *J Nurs Scholarsh* 2011;43:171–80.
- 78 Jordan S et al. Nurse-led medicines' monitoring for patients with dementia in care homes: A pragmatic cohort stepped wedge cluster randomised trial. *PLoS One* 2015;10:1–27.

- 79 Andersson Å et al. Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *J Clin Nurs* 2018;27:e354–62.
- 80 Glette MK et al. Nursing home leaders' and nurses' experiences of resources, staffing and competence levels and the relation to hospital readmissions – a case study. *BMC Health Serv Res* 2018;18:955.
- 81 Gerber M et al. Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. *Schweizerische Ärztezeitung* 2018;99:1524–9.
- 82 D'Amour D et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res* 2008;8:188.
- 83 Müller CA et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): Development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: A qualitative multicentre study. *BMC Fam Pract* 2018;19:1–14.
- 84 Tjia J et al. Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety. *J Patient Saf* 2009;5:145–52.
- 85 Weissenborn M et al. Potentielle Erfolgsindikatoren für die Durchführung von Projekten zur Arzt-Apotheker-Zusammenarbeit – eine systematische Übersicht. *Das Gesundheitswes* Published Online First: 2018.
- 86 Frei A. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apothekern und anderen universitären Medizinalpersonen und / oder Gesundheitsfachpersonen. 2014.
- 87 Levenson SA et al. The Consultant Pharmacist and the Physician in the Nursing Home: Roles, Relationships, and a Recipe for Success. *J Am Med Dir Assoc* 2007;8:55–64.
- 88 Mulvale G et al. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: A systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract* 2016;17:83.
- 89 Reeves S et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2017;22:1–48.
- 90 Brock D et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *BMJ Qual Saf* 2013;22:414–23.
- 91 Samuriwo R et al. "I didn't realise they had such a key role." Impact of medical education curriculum change on medical student interactions with nurses: a qualitative exploratory study of student perceptions. *Adv Heal Sci Educ Published Online First*: 2019.
- 92 World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: 2010.
- 93 Welp A et al. Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety - development of a conceptual framework based on a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2016;16:1–44.
- 94 American Association of Critical-Care Nurses. AACN Standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *Am J Crit Care* 2005;14:187–97.
- 95 Mulvale G et al. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract* 2016;17:1–13.
- 96 Lemieux-Charles L et al. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Med Care Res Rev* 2006;63:263–300.
- 97 Wei H et al. A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. *J Interprof Care* 2019;:1–8.
- 98 Zúñiga F et al. Pflegegeleitete Versorgungsmodelle in der Langzeitpflege. *Prim Hosp Care - Allg Inn Medizin* 2017;17:270–1.
- 99 Locca JF et al. Development of pharmaceutical care services in nursing homes: practice and research in a Swiss canton. *Pharm World Sci* 2009;31:165–73.
- 100 Dutoit L et al. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apotheker/innen und anderen universitären Medizinalpersonen und/ oder Gesundheitsfachpersonen. Bern: 2014.
- 101 Al-Jumaili AA et al. Comprehensive Literature Review of Factors Influencing Medication Safety in Nursing Homes: Using a Systems Model. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18:470–88.
- 102 Alldred DP et al. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2016;:1–68.
- 103 Loganathan M et al. Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. *Age Ageing* 2011;40:150–62.
- 104 Wallerstedt SM et al. Medication reviews for nursing home residents to reduce mortality and hospitalization: systematic review and meta-analysis. *BrJ Clin Pharmacol* 2014;78:488–97.
- 105 Forsetlund L et al. Effect of interventions to reduce potentially inappropriate use of drugs in nursing homes: a systematic review of randomised controlled trials. *BMC Geriatr* 2011;11:16.
- 106 Marcum ZA et al. Interventions to improve suboptimal prescribing in nursing homes: A narrative review. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010;8:183–200.
- 107 Nishtala PS et al. Psychotropic prescribing in long-term care facilities: impact of medication reviews and educational interventions. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16:621–32.
- 108 Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm. A new health system for the 21st century. Washington, DC: : National Academy Press 2001.
- 109 Rathert C et al. Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Med Care Res Rev* 2012;70:351–79.
- 110 Dwamena F et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12.
- 111 Langberg EM et al. Development of the concept of patient-centredness – A systematic review. *Patient Educ Couns* 2019;102:1228–36.
- 112 Scholl I et al. An integrative model of patient-centeredness - A systematic review and concept analysis. *PLoS One* 2014;9:e107828.
- 113 Cordina M et al. Health and medication literacy and the desire to participate in pharmacotherapy decision making – comparison of two countries. *Res Soc Adm Pharm* 2018;14:817–23.
- 114 Fitch K et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: : RAND 2001.
- 115 Boulkedid R et al. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: A systematic review. *PLoS One* 2011;6:e20476.

## 5 Bibliografia

- 116 Jünger S et al. Guidance on Conducting and REporting DElphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliat Med* 2017;31:684–706.
- 117 Diamond IR et al. Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol* 2014;67:401–9.

# 6 Allegato

## 6.1 Termini utilizzati per la ricerca sistematica in banche dati scientifiche

	Ospiti di case di cura	Pazienti più anziani
<b>CINAHL</b>	Exact Major Subject Headings: prescribing AND guidelines AND nursing homes or care homes or long term care or residential care AND publication date 2008-2018	Exact Major Subject Headings: prescribing AND guidelines AND geriatrics or older adults or elderly AND publication date 2008-2018
<b>EMBASE</b>	(Emtree major focus-unexp.): 'nursing home'/mj AND 'prescription'/mj AND 'practice guideline'/mj AND [2008-2018]/py	('frail elderly'/mj OR 'aged'/mj) AND 'prescription'/mj AND 'practice guideline'/mj AND [2008-2018]/py
<b>PUBMED</b>	(((((nursing home[MeSH Terms]) AND guideline[MeSH Terms]) AND drug prescription[MeSH Terms])) AND ("2008"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])	(((((aged OR frail elderly OR Aged, 80 and over OR geriatrics[MeSH Terms])) AND guideline[MeSH Terms]) AND drug prescription[MeSH Terms]) AND ("2008"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])

## 6.2 Banche dati di linee guida per la ricerca sistematica

Sono state utilizzate banche dati note al team del programma o trovate con una ricerca non sistematica in Google. Quelle consultate, allestite prevalentemente in Svizzera, nei paesi limitrofi, nel Regno Unito, negli Stati Uniti, in Canada e in Australia, sono le seguenti:

- [www.guidelines.fmh.ch](http://www.guidelines.fmh.ch)
- [www.guidelines.ch](http://www.guidelines.ch)
- [www.awmf.org](http://www.awmf.org)
- <https://cioms.ch/shop>
- [www.samw.ch/en/Publications/Medical-ethical-Guidelines.html](http://www.samw.ch/en/Publications/Medical-ethical-Guidelines.html)
- [www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/legislation-lignes-directrices/lignes-directrices.html](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/legislation-lignes-directrices/lignes-directrices.html),
- [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/demandes-presentations/lignes-directrices.html](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/demandes-presentations/lignes-directrices.html)
- [www.ahrq.gov/gam/index.html](http://www.ahrq.gov/gam/index.html)
- [www.acponline.org/clinical-information/guidelines](http://www.acponline.org/clinical-information/guidelines)
- [www.guidelinecentral.com/summaries](http://www.guidelinecentral.com/summaries)
- [www.medix.ch/wissen/guidelines.html](http://www.medix.ch/wissen/guidelines.html)
- <https://nccih.nih.gov/health/providers/clinicalpractice.htm>
- [www.clinicalguidelines.gov.au/register/search](http://www.clinicalguidelines.gov.au/register/search)
- [www.egms.de/dynamic/en/guidelines/index.htm](http://www.egms.de/dynamic/en/guidelines/index.htm)
- [www.safetyandquality.gov.au/our-work/clinical-care-standards/](http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/clinical-care-standards/)
- [www.nice.org.uk/guidance](http://www.nice.org.uk/guidance)



progress !



Farmacoterapia  
nelle case di cura

Tutto ciò che giova,  
quanto basta.

**Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera**

Asylstrasse 77

CH-8032 Zurigo

T +41 43 244 14 80

[securitedespatients.ch](http://securitedespatients.ch)