

# Programma nazionale progress! Farmacoterapia sicura nelle case di cura

## Risultati del sondaggio online Report dati

Gennaio 2018

Andrea Niederhauser, MPH

Lea Brühwiler, MSc. Pharm. Wiss.

Dr. med. Liat Fishman

Prof. Dr. David Schwappach, MPH



## Indice

<b>1.</b>	<b>Situazione di partenza.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Metodo.....</b>	<b>3</b>
2.1.	Questionario .....	3
2.2.	Rilevamento dati.....	4
2.3.	Analisi.....	4
<b>3.</b>	<b>Risultati .....</b>	<b>5</b>
3.1.	Descrizione del campione .....	5
3.2.	Ammissione di un residente .....	8
3.3.	Verifica della farmacoterapia .....	13
3.4.	Polimedicazione e farmaci potenzialmente inappropriati .....	19
3.5.	Monitoraggio degli effetti collaterali .....	24
3.6.	Errori legati alla farmacoterapia ed eventi farmacologici indesiderati .....	30
3.7.	Assistenza medica.....	32
3.8.	Assistenza farmaceutica.....	34
<b>4.</b>	<b>Riepilogo e conclusione .....</b>	<b>37</b>
<b>5.</b>	<b>Letteratura.....</b>	<b>41</b>

### Ringraziamento:

Ringraziamo sentitamente tutte le persone che hanno partecipato a questo sondaggio.

### Nota:

La ristampa e la riproduzione del presente documento e l'impiego, anche parziale, di tutti i grafici o di estratti sono consentiti per scopi interni, purché si faccia riferimento ai diritti d'autore di Sicurezza dei pazienti Svizzera. La pubblicazione esterna necessita dell'approvazione esplicita per iscritto di Sicurezza dei pazienti Svizzera. In caso di inoltro a terzi, va segnalato l'obbligo di indicare i diritti d'autore.



## 1. Situazione di partenza

Molte persone anziane che risiedono in una delle circa 1600 case di riposo e di cura della Svizzera assumono quotidianamente svariati farmaci. Da un'analisi effettuata su dati assicurativi emerge che ai residenti in case di cura svizzere con età superiore a 65 anni vengono mediamente somministrati 9,3 farmaci al giorno (1). Vista la crescente multimorbilità in età anziana, è spesso necessario assumere più farmaci insieme. Tuttavia, maggiore è il numero di medicinali da prendere, più elevato è anche il rischio di effetti collaterali (cioè di eventi farmacologici indesiderati) (2). Spesso non si riesce a distinguere i sintomi di questi effetti collaterali dalle patologie esistenti, il che significa che essi vengono trattati prescrivendo ulteriori terapie farmacologiche (3). Alcuni medicinali, inoltre, non sono adatti per la somministrazione ai soggetti anziani, ad esempio perché possono causare gravi effetti collaterali legati ad alterazioni del metabolismo. Se possibile, bisognerebbe evitare di somministrare tali farmaci o per lo meno scegliere un'alternativa più tollerabile (4). Il rischio legato all'assunzione di un farmaco errato aumenta in modo proporzionale al numero di medicinali somministrati (5). La riduzione della polimedicazione e la gestione sicura di farmaci potenzialmente inappropriati (PIM) nelle persone anziane diventa quindi un tema importante per la sicurezza del paziente. Fasi centrali del processo farmacologico consistono nel verificare se i farmaci prescritti ai residenti delle case di cura sono adeguati e sicuri e nel vigilare sugli effetti collaterali dei medicinali somministrati.

Con il programma «progress! Farmacoterapia sicura nelle case di cura», la Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera desidera contribuire all'innalzamento della sicurezza farmacologica presso i residenti e le residenti delle case di cura. Il programma è finanziato in misura preponderante dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) nell'ambito della strategia della qualità nel sistema sanitario svizzero. Esso si articola in un progetto di base (2017-2018) e in un progetto di approfondimento (2018-2020). Scopo del progetto di base è - da un lato - fornire una panoramica sul tema a livello nazionale, sensibilizzando professionisti, residenti di case di cura e familiari, dall'altro individuare approcci potenzialmente efficaci per la riduzione della polimedicazione e la gestione sicura di farmaci potenzialmente inappropriati, mettendo a punto raccomandazioni concrete e strumenti ausiliari a disposizione dei soggetti coinvolti. Nel successivo progetto di approfondimento si dovrà valutare con singole aziende l'efficacia delle raccomandazioni scaturite dal progetto di base, identificando le condizioni per un'attuazione efficace.

Per comprendere la situazione di partenza presente nelle case di cura, e creare una solida base di dati per i successivi step operativi, è stato inizialmente condotto un sondaggio presso tutte le case di cura della Svizzera. Scopo del sondaggio era fornire una panoramica che illustrasse come vengono attualmente organizzati gli iter per la verifica delle liste dei farmaci e il monitoraggio degli effetti collaterali, come è configurata la collaborazione interprofessionale e quali sfide sono chiamate ad affrontare le case di cura in termini di prestazioni di cure. Il sondaggio rappresenta un'importante base da cui partire per elaborare raccomandazioni che tengano conto dell'eterogeneità presente nel panorama delle case di cura della Svizzera.

## 2. Metodo

### 2.1. Questionario

Il questionario standardizzato è stato messo a punto dal team di programma nell'ambito di un processo iterativo, basandosi sulla competenza di sondaggi equiparabili e tenendo conto del giudizio espresso da un gruppo di affiancamento specializzato composto in maniera interdisciplinare. Poiché il team di programma è composto da persone di madrelingua tedesca e francese, il questionario è stato redatto direttamente in entrambe le versioni e successivamente tradotto in italiano. La traduzione è stata controllata da professionisti di lingua italiana. La versione online del questionario è stata programmata con il software per sondaggi EFS Survey (Unipark, QuestBack GmbH, Köln). Il questionario è stato sottoposto in tutte e tre le lingue a un test preliminare, a cui hanno partecipato complessivamente 21 professionisti di case di cura svizzere al fine di



identificare eventuali difficoltà durante la sua compilazione, controllare la comprensibilità delle domande e testare la funzionalità del modulo. Il questionario è stato rielaborato sulla base dei feedback raccolti.

Il modulo finale comprende 56 domande aperte e chiuse ed è articolato in sette parti. Le prime quattro parti fanno riferimento alla prassi attualmente adottata a livello di istituto sanitario rispetto all'accorpamento di informazioni sui farmaci nelle ammissioni e riammissioni, alla verifica della farmacoterapia prescritta, alla gestione della polimedicazione e di farmaci potenzialmente inappropriati nonché al monitoraggio degli effetti collaterali. La quinta parte del questionario indaga sull'insorgenza di eventi farmacologici indesiderati e su misure già adottate per la prevenzione e l'analisi di errori farmacologici. La parte sesta contiene domande su caratteristiche aziendali e sull'organizzazione dell'assistenza medica e farmaceutica. Nell'ultima parte vengono inseriti i dati sulla persona partecipante al sondaggio.

## **2.2. Rilevamento dati**

Il questionario era rivolto ai responsabili delle cure infermieristiche (RCI) di tutti gli istituti di cura e case di riposo della Svizzera. La totalità di tali istituzioni era stata determinata sulla base dei 26 elenchi cantonali di case di cura disponibili a giugno 2017. Da questo elenco sono stati esclusi gli istituti con meno di 10 posti letto autorizzati e le alloggi assistiti per anziani. In caso di dati palesemente incongrui rispetto all'indirizzo, al numero di posti letto o al tipo dell'istituto, si è proceduto a rintracciare le indicazioni corrette in internet e a rettificarle. Per il resto i dati inseriti nei 26 elenchi cantonali non sono stati modificati. Poiché non esiste un registro e-mail dei RCI a livello nazionale, gli RCI sono stati invitati al sondaggio attraverso il canale postale. La lettera conteneva il link di collegamento al sondaggio online e un codice di accesso individuale. In una lettera separata si è proceduto a informare del sondaggio anche la direzione dell'istituto, chiedendole di promuovere la partecipazione degli RCI. Il sondaggio è iniziato il 1° settembre 2017 ed è rimasto attivo fino al 15 ottobre 2017. Tre settimane dopo è stato inviato un reminder.

## **2.3. Analisi**

I risultati rappresentati si basano su analisi descrittive. La categoria di risposta "Nessuna risposta" è stata considerata come un valore mancante e non è stata inclusa nell'analisi. La valutazione delle risposte a domande chiuse è stata effettuata con il software statistico Stata 14 (StataCorp, Texas). Quelle alle domande aperte sono state catalogate con una procedura induttiva da un membro del team di programma. Le risposte a testo libero alle domande 8.3 (In quale contesto si svolge la verifica regolare?) e 8.4 (Ci sono situazioni particolari in cui si svolge sempre una verifica sistematica della farmacoterapia?) sono state analizzate insieme, poiché le risposte si sovrapponevano e non potevano essere separate tra loro in modo netto. Le risposte a testo libero sul grado di soddisfazione relativo alle procedure attualmente applicate (domande 6.3, 11.1 e 22.1) sono state categorizzate e quindi analizzate anche sotto il profilo quantitativo (frequenza dei giudizi espressi). Per innalzare il livello di affidabilità dell'analisi, la categorizzazione è stata nuovamente ripetuta da un secondo membro del team di programma. Eventuali discrepanze tra le valutazioni dei due membri del team sono state discusse fino a raggiungere un accordo.



### 3. Risultati

#### 3.1. Descrizione del campione

**Tabella 1: popolazione, campionamento e tasso di risposta**

---

Totalità, N	1'525
Partecipanti in totale, n	438
Abbandono dopo la prima pagina, n	18
<b>Partecipanti inclusi, n</b>	<b>420</b>
Tasso di risposta relativo, %	27.5
Tasso di abbandono, %	4.1

---

**Tabella 2: tasso di risposta suddiviso per regione linguistica**

---

Regione linguistica	Totalità, n (%)	Campionamento, n (%)	Tasso di risposta relativo, %
Svizzera tedesca	1'104 (72.4)	305 (73.7)	27.6
Svizzera romanda	357 (23.4)	83 (20.1)	23.2
Ticino	64 (4.2)	26 (6.3)	40.6

---

Domanda: "In quale Cantone si trova il suo istituto?". Le regioni linguistiche sono state definite come segue:

Svizzera tedesca: AG, AI, AR, BE, BL, BS, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH

Svizzera romanda: FR, GE, JU, NE, VD, VS

Ticino: TI

Poiché sono stati rilevati solo i dati relativi al Cantone ma non al Comune di ubicazione, i cantoni bilingui sono stati attribuiti di volta in volta a un'unica regione linguistica.



**Tabella 3: dati personali**

---

Sesso, n (%)	
Uomo	101 (24.7)
Donna	308 (75.3)
Età in anni, valore medio (deviazione standard)	49.0 (9.1)
Funzione, n (%) <sup>1</sup>	
Responsabile cure infermieristiche	330 (80.3)
Conduzione reparto	45 (11.0)
Gestione della qualità, sviluppo cure, responsabile strumenti	115 (28.0)
Altro	34 (8.3)
Esperienza acquisita in questa funzione, n (%)	
0-2 anni	70 (17.0)
2-5 anni	104 (25.3)
5-10 anni	86 (20.9)
10-20 anni	111 (27.0)
Più di 20 anni	40 (9.7)
Ore settimanali di cura e assistenza diretta, n (%)	
Meno di 10 ore	256 (64.2)
Tra le 10 e le 24 ore	101 (25.3)
Tra le 25 e 39 ore	32 (8.0)
40 ore o più	10 (2.5)
Lingua prescelta per il questionario	
Tedesco	312 (74.3)
Francese	79 (18.8)
Italiano	29 (6.9)

---

<sup>1</sup> Più risposte possibili, percentuale basata sul numero di casi validi n = 411

**Tabella 4: dati sull'organizzazione**

---

Forma giuridica, n (%)	
Pubblica	143 (35.9)
Privata sovvenzionata	81 (20.4)
Privata	112 (28.1)
Di utilità pubblica	62 (15.6)
Dimensione, n (%) <sup>1</sup>	
Meno di 20 letti	26 (6.3)
20-50 letti	130 (31.6)
51-100 letti	169 (41.0)
Più di 100 letti	87 (21.1)
Sistema di conteggio, n (%)	
BESA	181 (43.8)
Plaisir	58 (14.0)
RAI	174 (42.1)
Altro	-
Documentazione, n (%)	
Esclusi documenti cartacei	76 (18.5)
Sistema elettr. per la documentazione di cura	65 (15.8)
Sistema elettr. per la prescrizione farmacologica e la documentazione di cura	271 (65.8)
Settori centrali del lavoro, n (%) <sup>2</sup>	
Cure generali di lunga durata	381 (92.9)
Cura della demenza	318 (77.6)
Cure palliative	262 (63.9)
Degenze di breve durata	198 (48.3)
Cure psichiatriche geriatriche	189 (46.1)
Riabilitazione/cure acute e transitorie	75 (18.3)
Altro	16 (3.9)
Numero di dipendenti in equivalenti a tempo pieno (min. - max.)	
Livello terziario (personale infermieristico diplomato)	0 – 64.6
Livello secondario (operatori sociosanitari o equivalenti)	0 – 68
Personale ausiliario	0 – 120
Incaricati della qualità	0 – 10

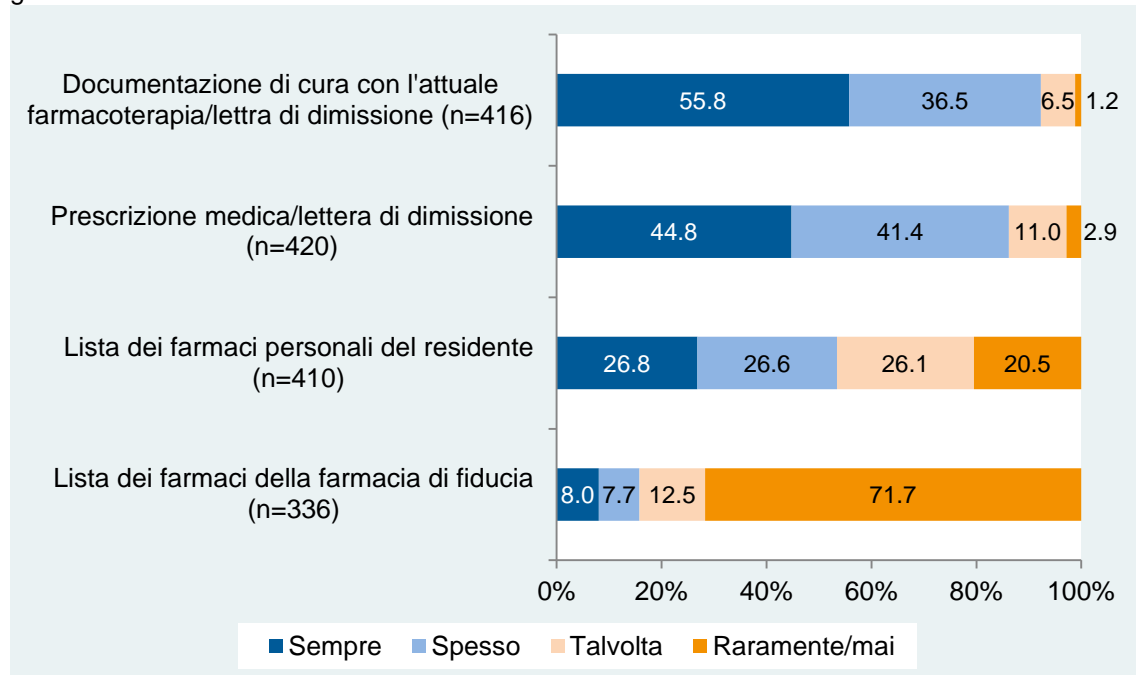
---

<sup>1</sup> Sono stati inclusi tutti gli istituti con un numero di posti letto autorizzati pari o superiore a 10

<sup>2</sup> Più risposte possibili, percentuale basata sul numero di casi validi n=410

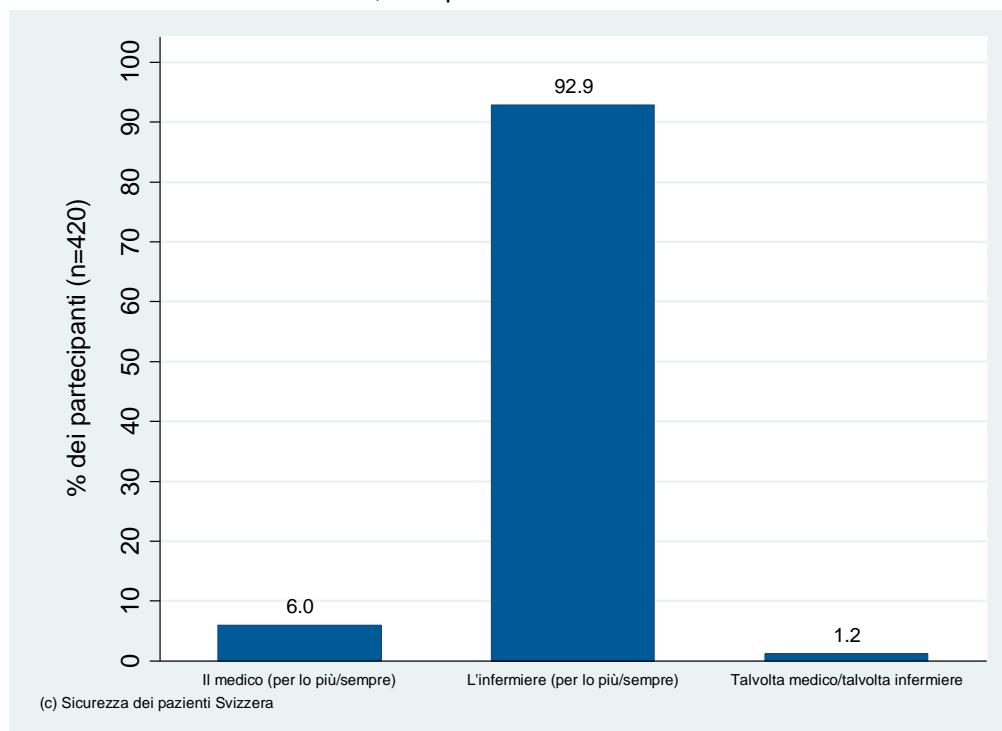
### 3.2. Ammissione di un residente

3. Quali documenti sono disponibili al momento dell'ammissione di un nuovo residente per rilevare l'attuale farmacoterapia? La preghiamo di indicare con quale frequenza il documento in questione è disponibile il giorno dell'arrivo del residente:



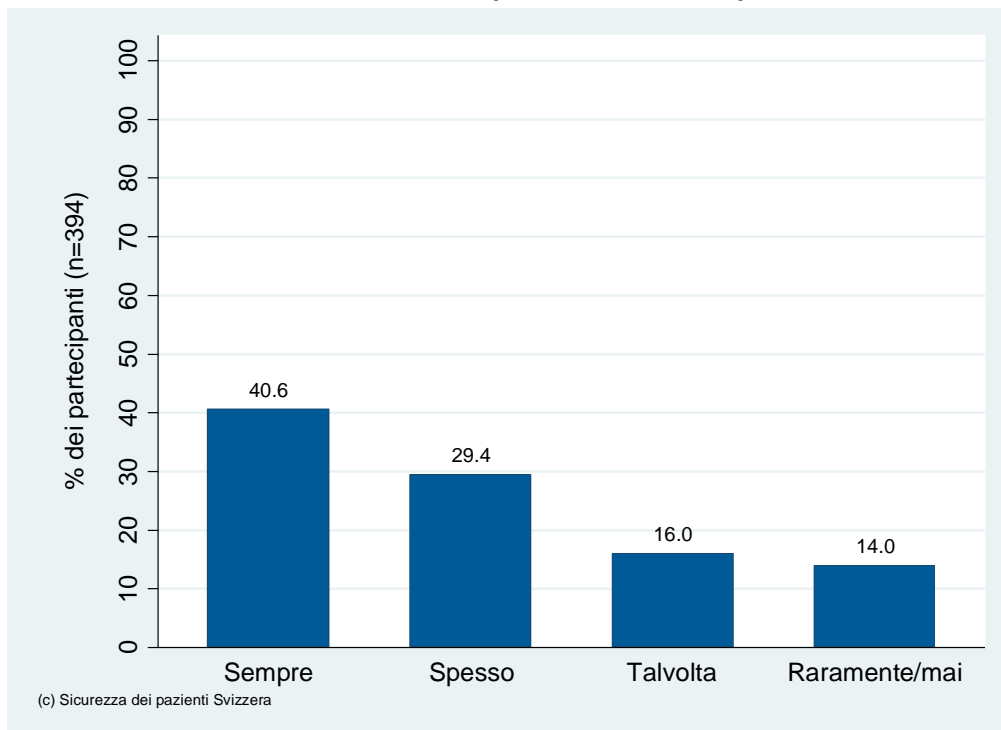
All'interno del questionario le categorie di risposta sono state definite come segue: **Sempre**: oltre il 90% dei casi; **Spesso**: tra il 51 e il 90% dei casi; **Talvolta**: tra il 10 e il 50% dei casi; **Raramente/mai**: meno del 10% dei casi.

4. In caso di nuova ammissione, chi riporta di solito i farmaci nella cartella del residente?



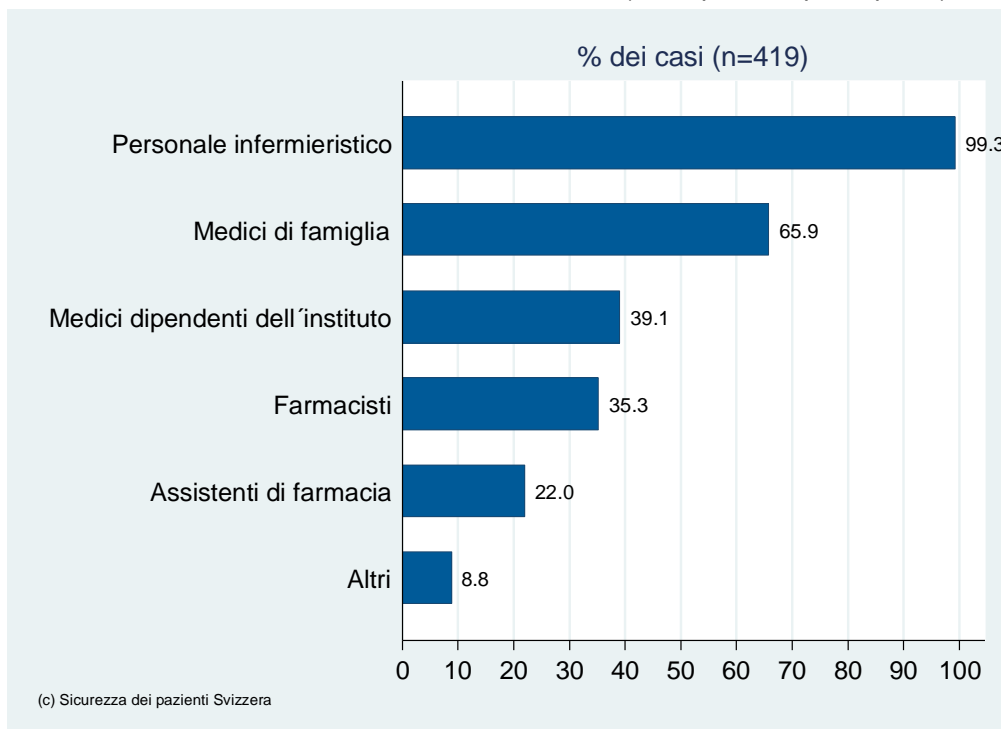


4.1 Quando è un infermiere a occuparsi di riportare la farmacoterapia, con quale frequenza la lista viene convalidata anche da un medico **entro la prima settimana dopo l'ammissione**?



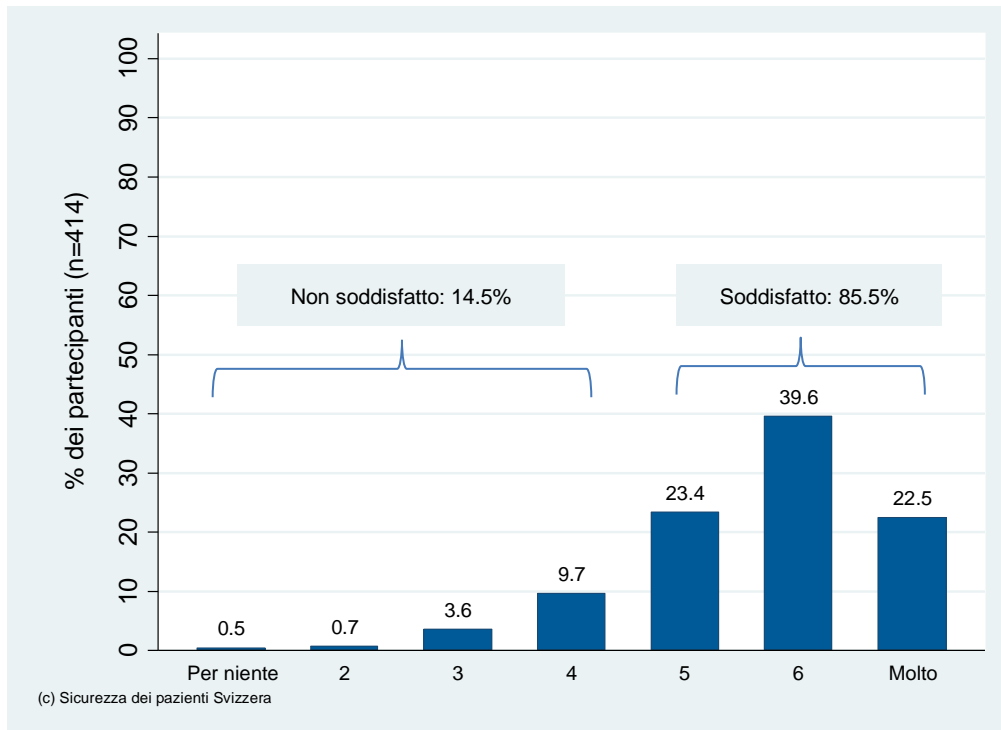
Domanda filtro (filtro per la domanda 4). All'interno del questionario le categorie di risposta sono state definite come segue: **Sempre**: oltre il 90% dei casi; **Spesso**: tra il 51 e il 90% dei casi; **Talvolta**: tra il 10 e il 50% dei casi; **Raramente/mai**: meno del 10% dei casi.

5. Chi ha accesso alla documentazione dei farmaci? (Sono possibili più risposte)



Cave: a questa domanda hanno risposto tutti i partecipanti. Nell'interpretarla occorre considerare che non tutti gli istituti hanno un medico interno o collaborano con personale farmaceutico.

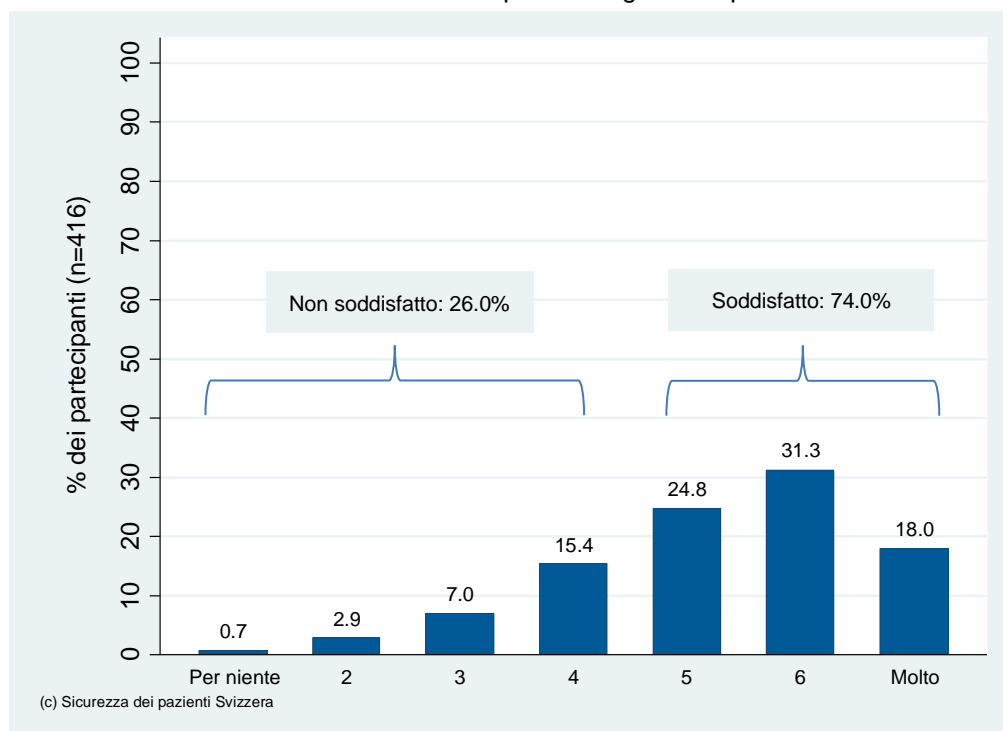
Su una scala da 1 a 7, quanto la soddisfano le procedure per il rilevamento dei farmaci:  
6.1 ... al momento dell'ammissione di un nuovo residente nel suo istituto?



Alla domanda è stata fornita una risposta basata su una scala Likert a 7 livelli, dove 1=per niente soddisfatto e 7=molto soddisfatto. Il consenso medio alla domanda 6.1 è stato di 5.6 (intervallo di confidenza del 95%: 5.5; 5.7).



## 6.2 ... al momento di una riammissione dopo una degenza ospedaliera?



Alla domanda è stata fornita una risposta basata su una scala Likert a 7 livelli, dove 1=per niente soddisfatto e 7=molto soddisfatto. Il consenso medio alla domanda 6.2 è stato di 5.3 (intervallo di confidenza del 95%: 5.1; 5.4). Il valore medio relativo alla domanda 6.1 si è attestato ben oltre il valore medio della domanda 6.2 (5.6 contro 5.3,  $p < 0.001$ ).

## 6.3 Che cosa funziona bene, rispettivamente che cosa potrebbe ancora essere migliorato?

230 partecipanti (54,8%) hanno risposto a questa domanda con un commento a testo libero. La seguente tabella fornisce una panoramica sugli aspetti citati e sul numero di giudizi espressi nella rispettiva categoria.

**Tabella 5: risposte a testo libero alla domanda 6.3**

Che cosa funziona bene?	Numero di giudizi espressi
La trascrizione delle farmacoterapie da parte del personale infermieristico funziona bene (ad es. affidabile, accurato, controllato).	19
Le informazioni giungono tempestivamente e/o con un livello qualitativo buono.	15
La farmacoterapia viene convalidata dal medico competente.	10
Il dossier elettronico esistente semplifica e migliora il lavoro.	8
La farmacoterapia giunge tempestivamente (ad es. viene consegnata dall'ospedale alla dimissione o fornita in tempi rapidi).	7
Buona reperibilità / collaborazione con l'ospedale.	7
Buona collaborazione con la farmacia.	6
Buona reperibilità / collaborazione con il medico competente.	5
Informazioni corrette / buona collaborazione con Spitex	5



## Cosa si può migliorare?

### *Affermazioni riferite a riammissioni di pazienti provenienti dall'ospedale*

Vi sono delle discrepanze tra le diverse fonti informative dell'ospedale (ad es. prescrizioni consegnate precedentemente, documentazione di cura, lettera di dimissione del medico, prescrizioni di farmaci alla dimissione, farmaci consegnati al momento della dimissione)	51
La riammissione è legata a una vasta serie di procedure (ad es. chiarimento di questioni in sospeso, acquisto di farmaci in tempi rapidi).	45
Le informazioni fornite dall'ospedale hanno un contenuto non totalmente ottimale (ad es. prescrizione non chiara, nessuna spiegazione, spiegazioni incomprensibili).	43
Le informazioni non vengono fornite tempestivamente dall'ospedale (ad es. solo il giorno della riammissione).	30
La farmacoterapia viene radicalmente modificata in ospedale (ad. es. sostituzione di farmaci generici).	22
La farmacoterapia prescritta dall'ospedale alla dimissione non è del tutto ottimale per il residente (ad es. farmaci inutili o in numero elevato, farmaci di riserva inadeguati).	16
L'ospedale non fornisce alcuna informazione (ad es. i documenti vengono consegnati solo al medico di famiglia).	15

### *Affermazioni riferite ad ammissioni provenienti da strutture ambulatoriali*

Il contenuto delle informazioni all'ammissione di pazienti provenienti da casa non sono del tutto ottimali (ad es. liste di farmaci obsolete, prescrizioni non chiare, paziente non sa niente).	21
Le informazioni al momento dell'ammissione vengono fornite in ritardo o per nulla.	18
L'ammissione del paziente proveniente da casa è legata a una vasta serie di procedure (ad es. chiarimento di questioni in sospeso).	17
Vi sono delle discrepanze tra le diverse fonti informative (ad es. Spitex, affermazioni del paziente, liste dei farmaci personali, indicazioni del medico di famiglia).	12

### *Affermazioni riferite in generale alle (ri)ammissioni*

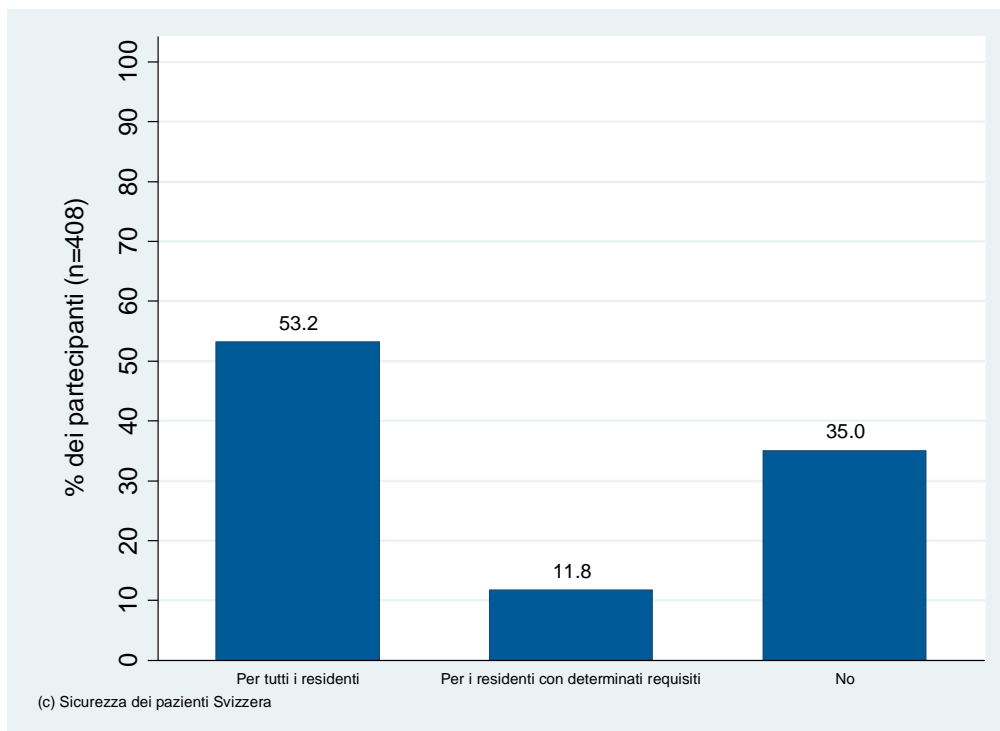
Mancano i farmaci per i primi giorni.	23
Il modo in cui le informazioni vengono trasmesse ed elaborate non è del tutto ottimale (ad es. trascrizione dal documento cartaceo al dossier, leggibilità, trasparenza, nessun interfacciamento tra i sistemi elettronici, soluzioni software complicate).	22
Manca una convalida (tempestiva o di massima) della farmacoterapia da parte del medico competente.	20
La collaborazione con il medico competente è difficoltosa (ad es. reperibilità, rispetto delle prescrizioni).	8
Nel trascrivere i farmaci manca un controllo o una ponderazione da parte del personale infermieristico.	6

<b>Affermazioni di altro tipo o non chiare</b>	<b>35</b>
--	-----------

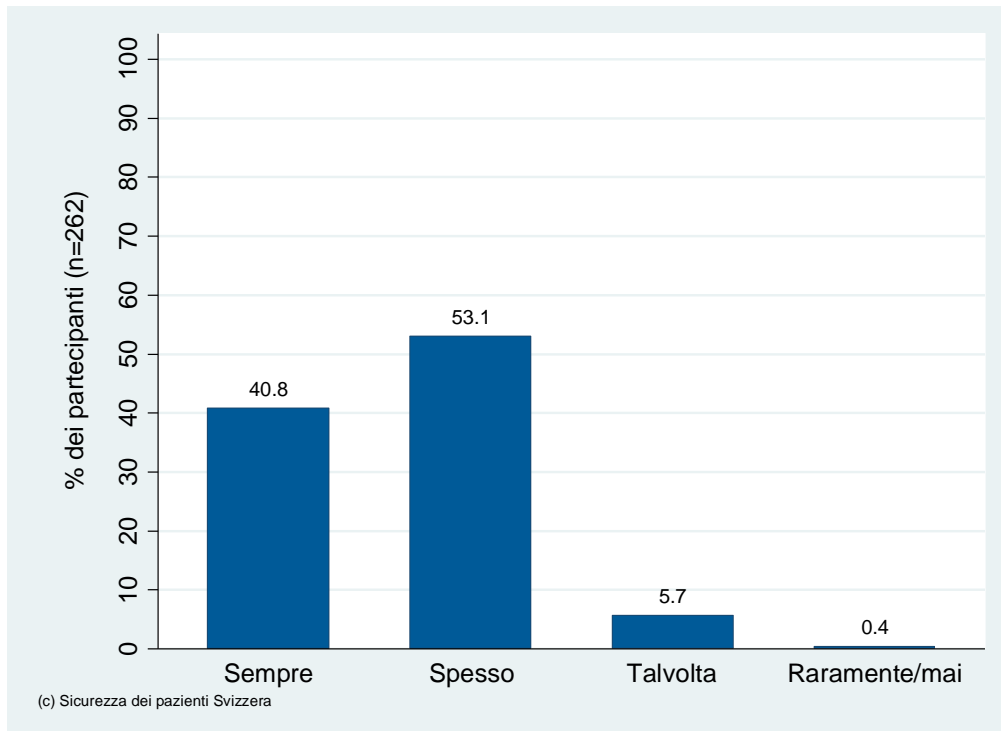
### 3.3. Verifica della farmacoterapia

Nel questionario il termine “verifica” è stato definito come segue: “Con il termine ‘verifica’ intendiamo che si valuti sistematicamente se la farmacoterapia individuale di un residente è adeguata e sicura, se per tutti i farmaci esiste un’indicazione, se vi sono delle controindicazioni, se i dosaggi sono corretti e se vi sono delle potenziali interazioni. Ciò che ci interessa, è sapere se nel suo istituto esistono degli intervalli fissi e vincolanti per la verifica dei farmaci somministrati ai residenti e/o se vi sono situazioni in cui la terapia viene verificata secondo necessità.”

8. Nel suo istituto è prevista una verifica sistematica a intervalli fissi della farmacoterapia individuale dei residenti?

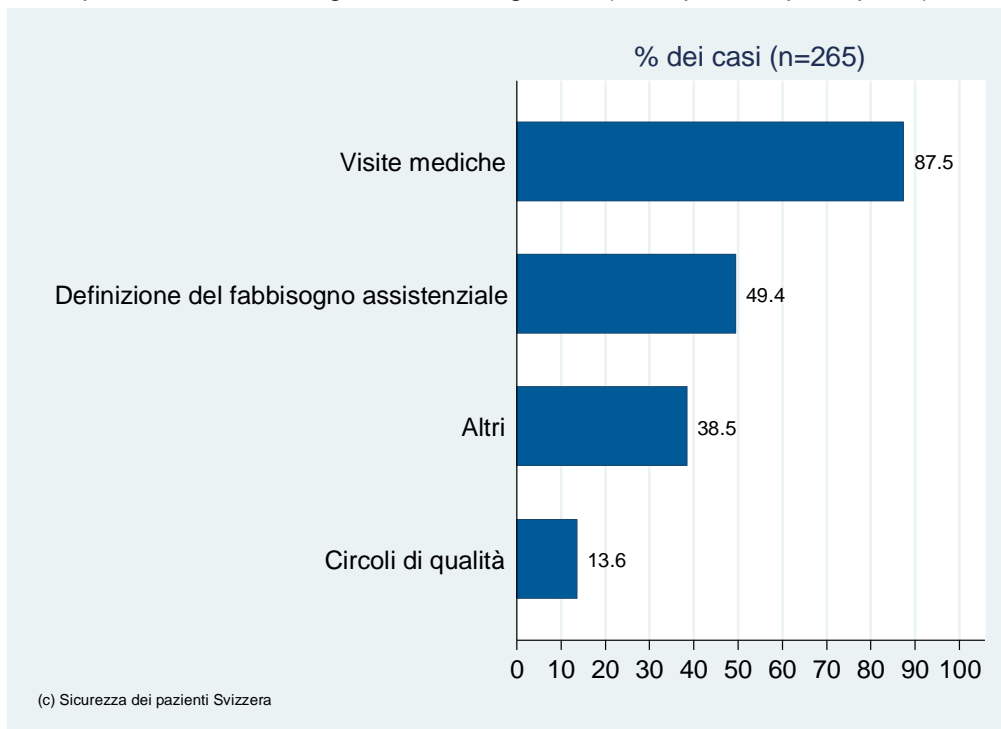


### 8.1 Secondo lei, con quale frequenza viene effettivamente svolta questa verifica sistematica?



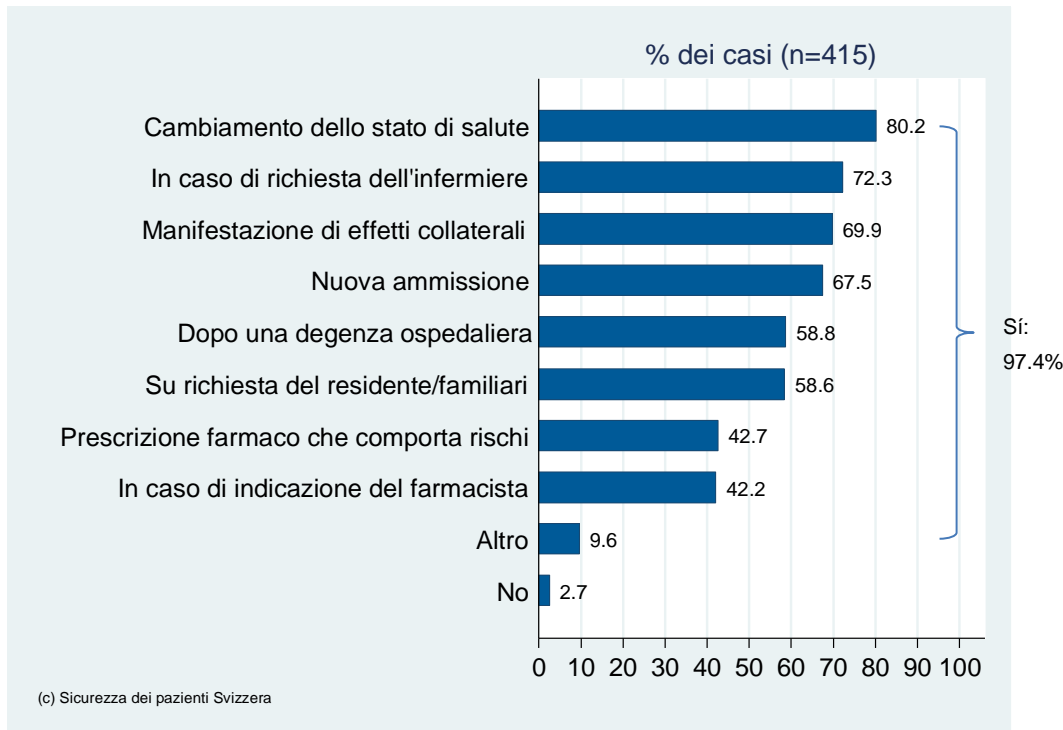
Domanda filtro (filtro per la domanda 8). All'interno del questionario le categorie di risposta sono state definite come segue: **Sempre**: oltre il 90% dei casi; **Spesso**: tra il 51 e il 90% dei casi; **Talvolta**: tra il 10 e il 50% dei casi; **Raramente/mai**: meno del 10% dei casi.

### 8.3 In quale contesto si svolge la verifica regolare? (Sono possibili più risposte)



Domanda filtro (filtro per la domanda 8).

8.4 Ci sono situazioni particolari in cui si svolge sempre una verifica sistematica della farmacoterapia? (Sono possibili più risposte)



Alla voce "Altro" i partecipanti potevano indicare quali altri canali o situazioni esistono in cui vengono effettuate delle regolari verifiche. Nel complesso 141 partecipanti hanno fornito indicazioni riassumibili nel seguente modo:

In sovrapposizione con le categorie di risposta prescritte per la domanda 8.3, i partecipanti hanno specificato che la farmacoterapia viene verificata a intervalli regolari, o nel normale processo di assistenza, per tutti i residenti e all'interno di un contesto strutturato, ad es.

- durante particolari visite mediche, in parte coinvolgendo anche i farmacisti (ad es. nell'ambito delle visite annuali o trimestrali);
- nell'ambito della definizione del fabbisogno di cure;
- nell'ambito di eventi periodici, come discussioni sui casi o circoli di qualità.
- In alcuni luoghi i medici prescriventi vengono periodicamente invitati dalla casa di cura (ad es. ogni sei mesi) a verificare la farmacoterapia dei loro pazienti.

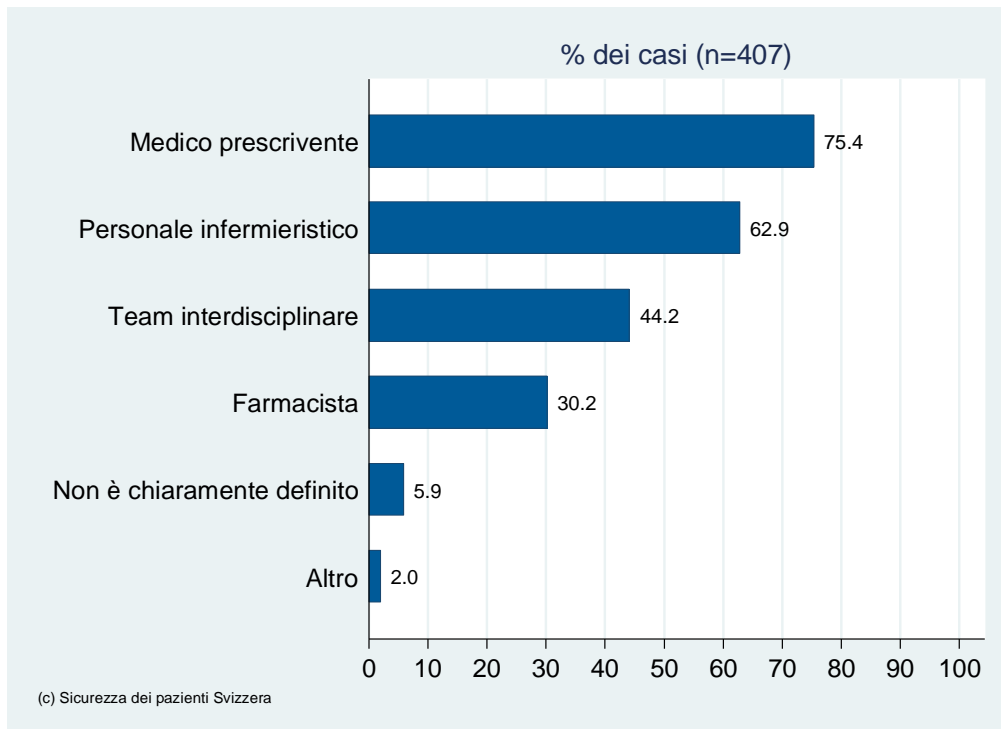
Inoltre sono state citate le verifiche periodiche che vengono compiute dal personale infermieristico o dalla farmacia al momento di ordinare o di preparare i farmaci, ad es. controlli delle interazioni o feedback automatizzati del sistema elettronico. In tale sede sono stati spesso menzionati anche i doppi controlli.

Hanno luogo inoltre delle verifiche circostanziali generate da situazioni specifiche, ad es. in caso di mutamento dello stato di salute di un paziente residente, di nuova ammissione, di polifarmacoterapia, nei casi di cure palliative e di indicazioni o domande del personale infermieristico o del farmacista. Anche in queste circostanze le risposte si sovrappongono con le categorie di risposta prescritte per la domanda 8.4.

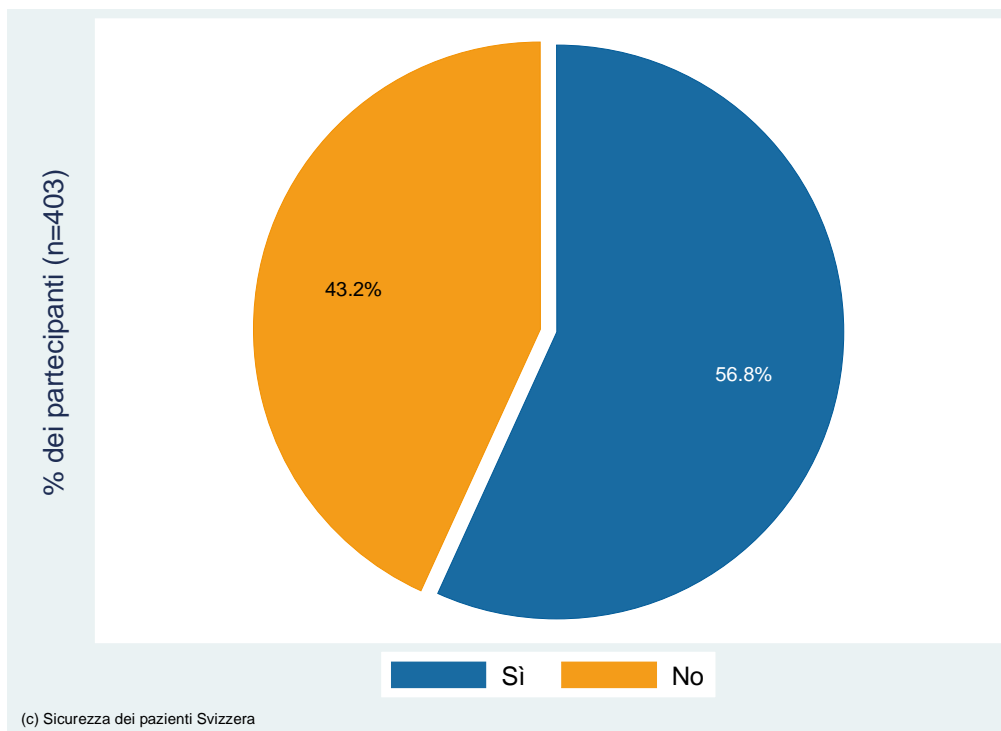
Infine sono state indicate le verifiche svolte da farmacisti o nel corso di visite mediche occasionali o periodiche, di cui tuttavia non è stato ulteriormente specificato il contenuto né l'intervallo.



9. Chi si occupa di solito della verifica della farmacoterapia? (Sono possibili più risposte)

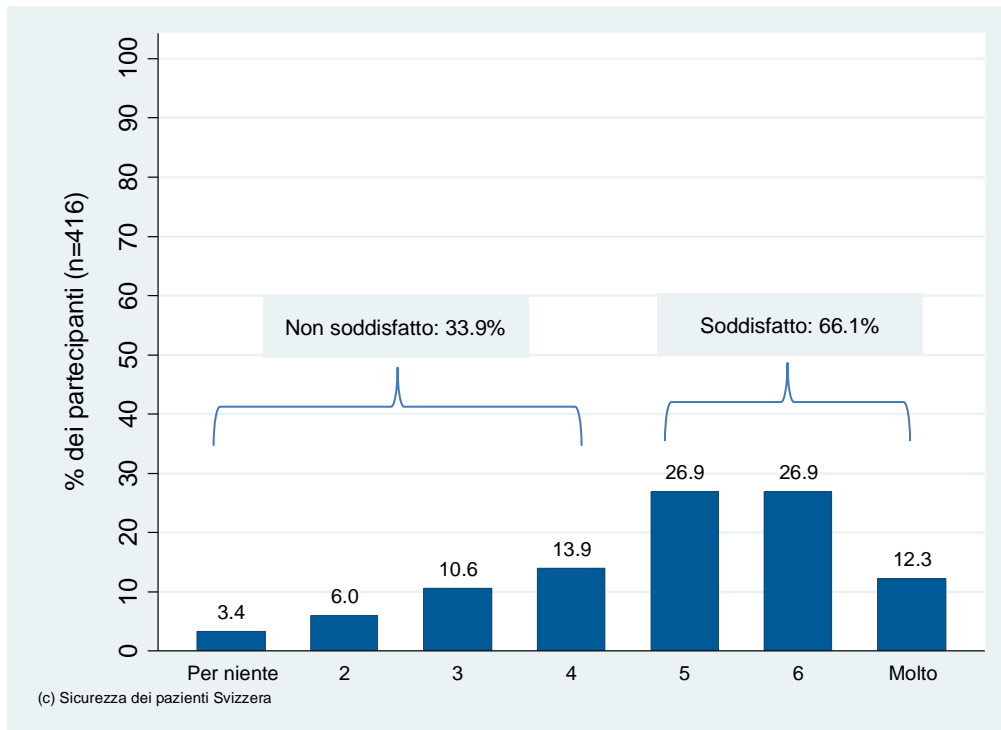


10. Il suo istituto ha accesso a soluzioni elettroniche (programmi, offerte online) per verificare le potenziali interazioni tra farmaci?





11. Su una scala da 1 a 7, quanto la soddisfano le modalità con le quali viene verificata la farmacoterapia dei residenti del suo istituto?



Alla domanda è stata fornita una risposta basata su una scala Likert a 7 livelli, dove 1=per niente soddisfatto e 7=molto soddisfatto. Il consenso medio alla domanda 11 è stato di 4.8 (intervallo di confidenza del 95%: 4.7; 5.0).



### 11.1 Che cosa funziona bene, rispettivamente che cosa potrebbe ancora essere migliorato?

181 partecipanti (43,1%) hanno risposto a questa domanda con un commento a testo libero. La seguente tabella fornisce una panoramica sugli aspetti citati e sul numero di giudizi espressi nella rispettiva categoria.

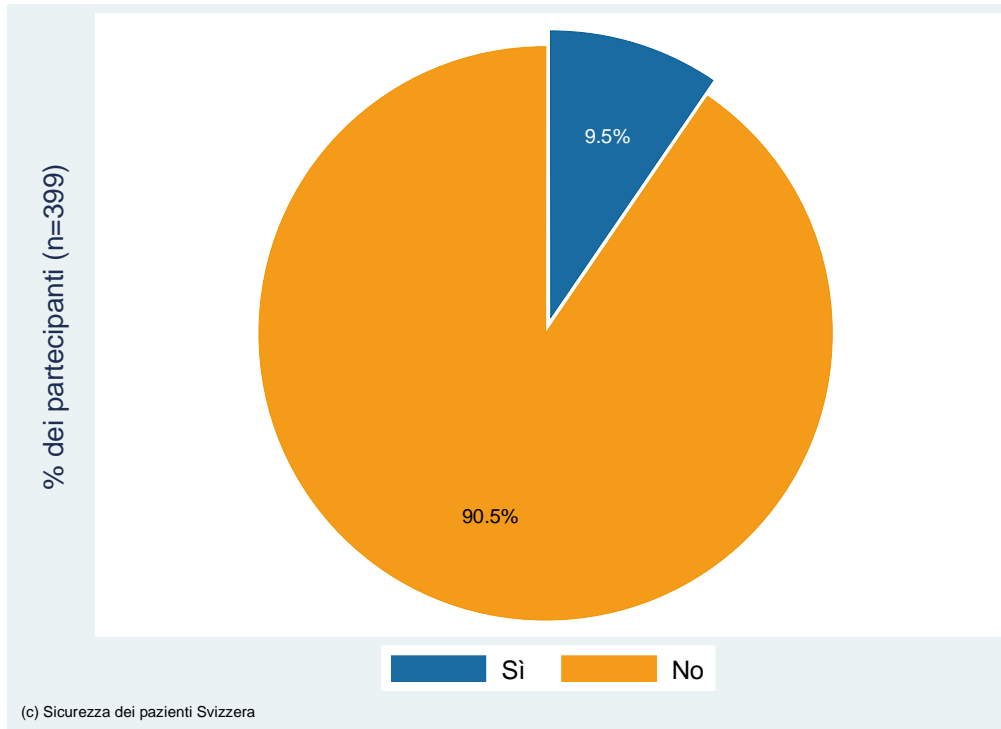
**Tabella 6: risposte libere alla domanda 11.1**

<b>Che cosa funziona bene?</b>	Numero di giudizi espressi
La verifica viene svolta regolarmente (ad es. sempre durante le visite mediche, 1 volta all'anno).	25
I professionisti sono coinvolti nel processo farmacologico (ad es. controlli della farmacia, disponibilità di medici specialisti).	20
Determinati medici svolgono la verifica in modo affidabile.	15
Viene svolta una verifica dei farmaci (senza ulteriori precisazioni).	11
Buona collaborazione tra medici e personale infermieristico.	8
La verifica si svolge solo in circostanze specifiche (ad es. riammissioni, ammissioni, casi di emergenza).	6
<b>Cosa si può migliorare?</b>	
Migliore verifica da parte di determinati medici (ad es. maggiore responsabilità, maggiore iniziativa propria, non solo su richiesta del personale infermieristico, più tempo dedicato).	42
Migliore qualità della prescrizione, maggiori accertamenti sui farmaci da parte dei medici (ad es. meno farmaci, meno farmaci /combinazioni di farmaci inappropriati).	36
Verifica dei farmaci da eseguirsi con maggiore regolarità.	33
Migliore collaborazione tra il personale infermieristico e determinati medici (ad es. maggiore comprensione reciproca, fiducia, reperibilità).	25
Procedura strutturata durante la verifica (ad es. prescrizioni chiare, sistematicità).	18
Procedura più unitaria da parte dei vari medici competenti.	18
Maggiore sensibilizzazione e assunzione di responsabilità da parte del personale infermieristico (ad es. chiedere maggiori delucidazioni sui farmaci, in caso di eventi clinici inabituali consultare il medico, rispettare le prescrizioni).	16
Maggiore coinvolgimento di altri professionisti durante la verifica farmacologica (ad es. farmacisti, medici specialisti o Advanced Practice Nurse).	16
Programmi software (ad es. il programma d'interazione installato) potrebbero essere utilizzati meglio.	7
Maggiore sensibilizzazione/informazione dei residenti/familiari (ad es. disponibilità a ridurre i farmaci).	5
<b>Affermazioni di altro tipo o non chiare</b>	35



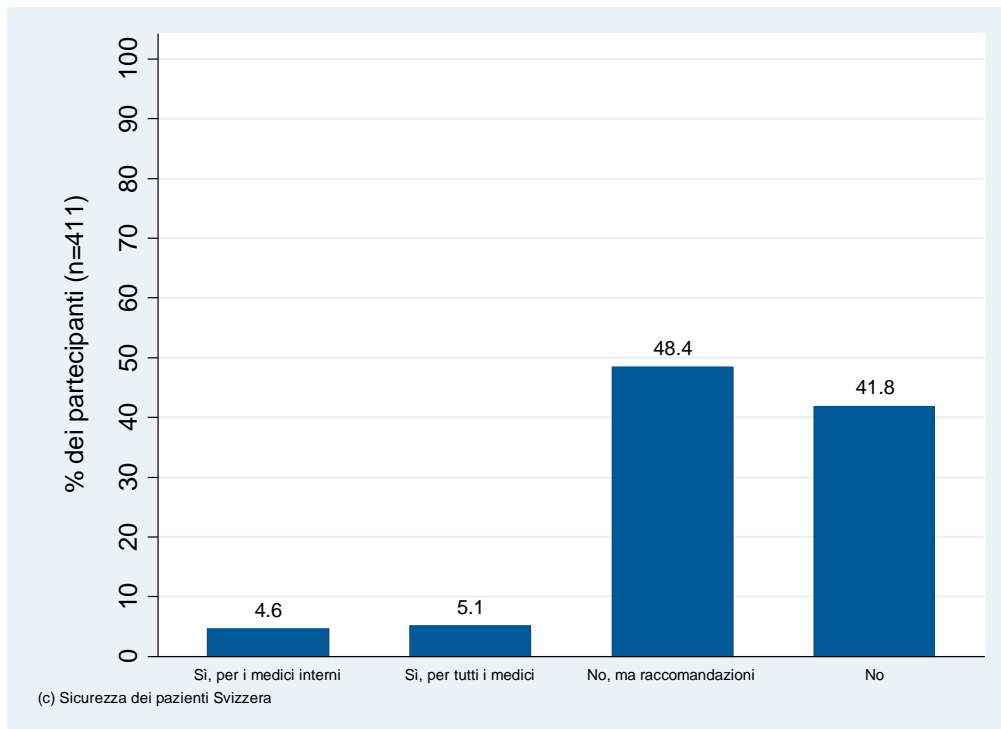
### 3.4. Polimedicazione e farmaci potenzialmente inappropriati

12. Nel suo istituto viene utilizzata una lista di farmaci potenzialmente inappropriati per residenti anziani?

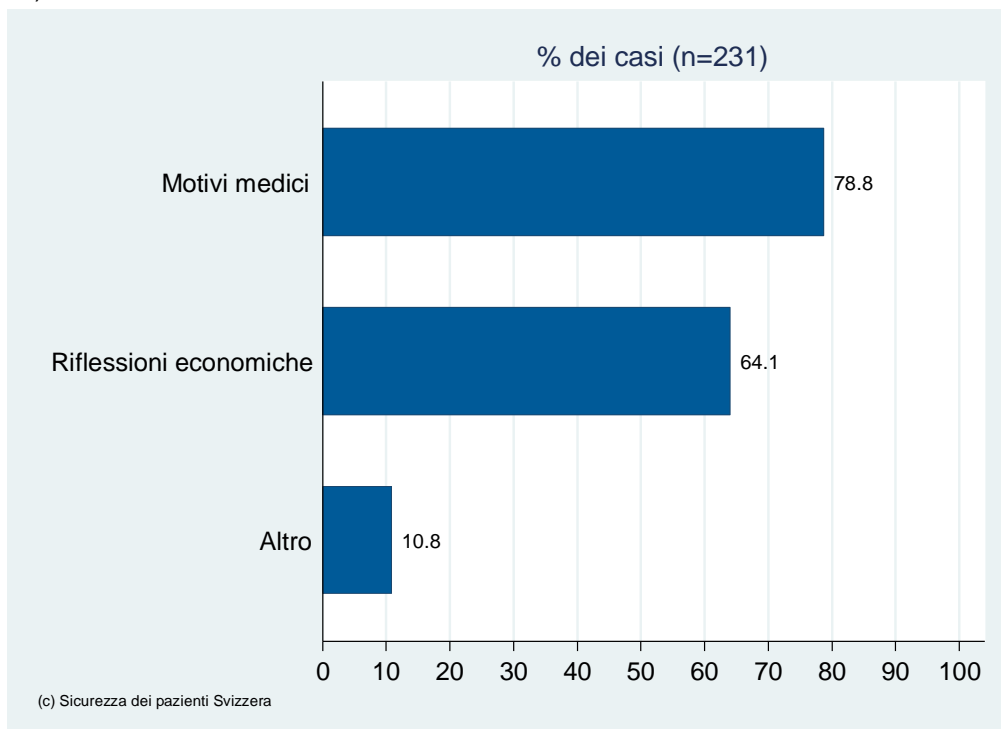


Ai 34 partecipanti che utilizzano una lista PIM è stato chiesto per quali scopi viene utilizzata tale lista (era possibile scegliere varie risposte). La lista viene impiegata in 26 case di cura come ausilio per le prescrizioni, in 18 istituti di cura viene utilizzata come strumento operativo per il personale infermieristico e in altri 8 serve a scopo di formazione continua interna.

13. Il suo istituto impartisce direttive ai medici prescriventi riguardo alla scelta dei farmaci?

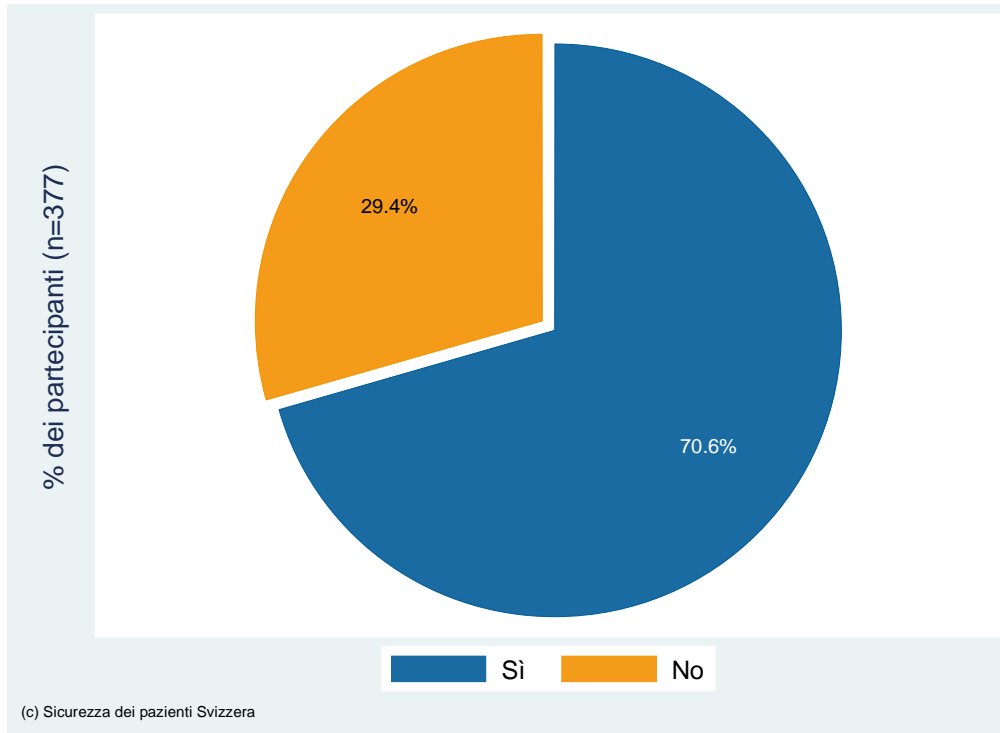


13.1 In base a quali riflessioni sono state definite tali direttive / raccomandazioni? (Sono possibili più risposte)



Domanda filtro (filtro per la domanda 13).

14. Il suo istituto si impegna a favore della riduzione della somministrazione di neurolettici e/o benzodiazepine?



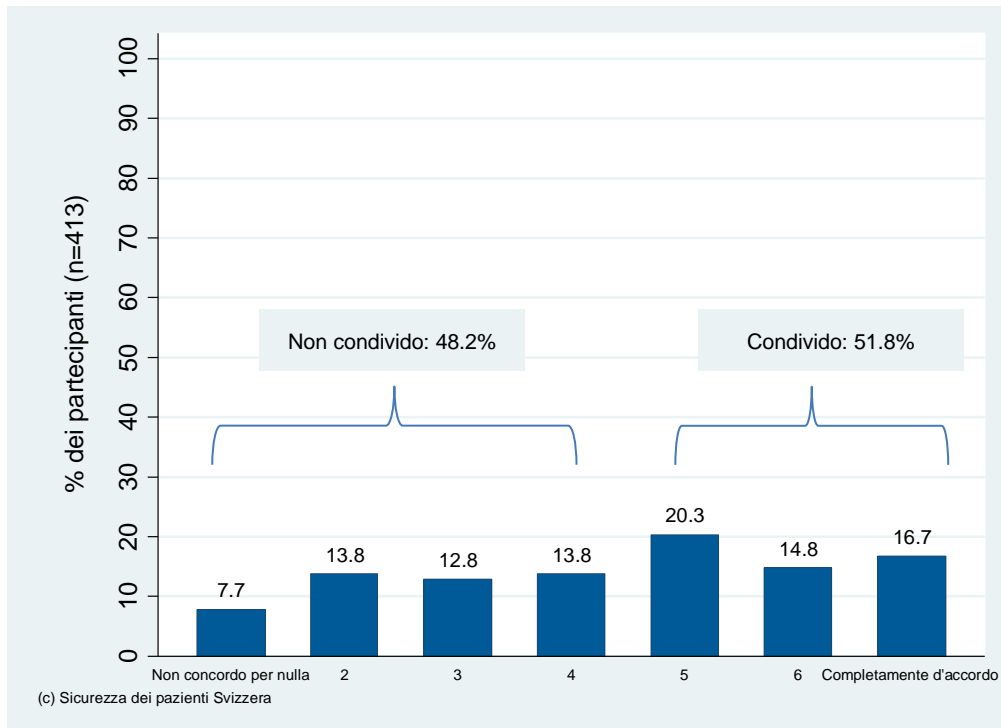
Nel campo di testo libero i partecipanti hanno potuto spiegare con maggiori dettagli quali sforzi sono stati compiuti. 242 persone hanno citato una o più misure che possono essere riassunte come segue:

- La misura più citata riguarda il fatto di aver ponderato con precisione la necessità di somministrare psicofarmaci. (ad es. omeopatia, fitoterapia, aromaterapia o tè) oppure prestazioni di cura e terapeutiche (ad es. attivazione, stimolazione basale, zooterapia).
- Vengono adottate misure in ambito organizzativo, ad esempio adeguando la dotazione del personale (nursing key), impiegando soggetti specializzati, formando e sensibilizzando il personale, adottando interventi ambientali come MSE o programmi e accordi specifici.
- Inoltre vengono menzionate situazioni particolari nelle quali l'attenzione è focalizzata sugli psicofarmaci, ad es. all'ammissione, nei pazienti a rischio (demenza, rischio di caduta) o in caso di mutamento dello stato di salute.



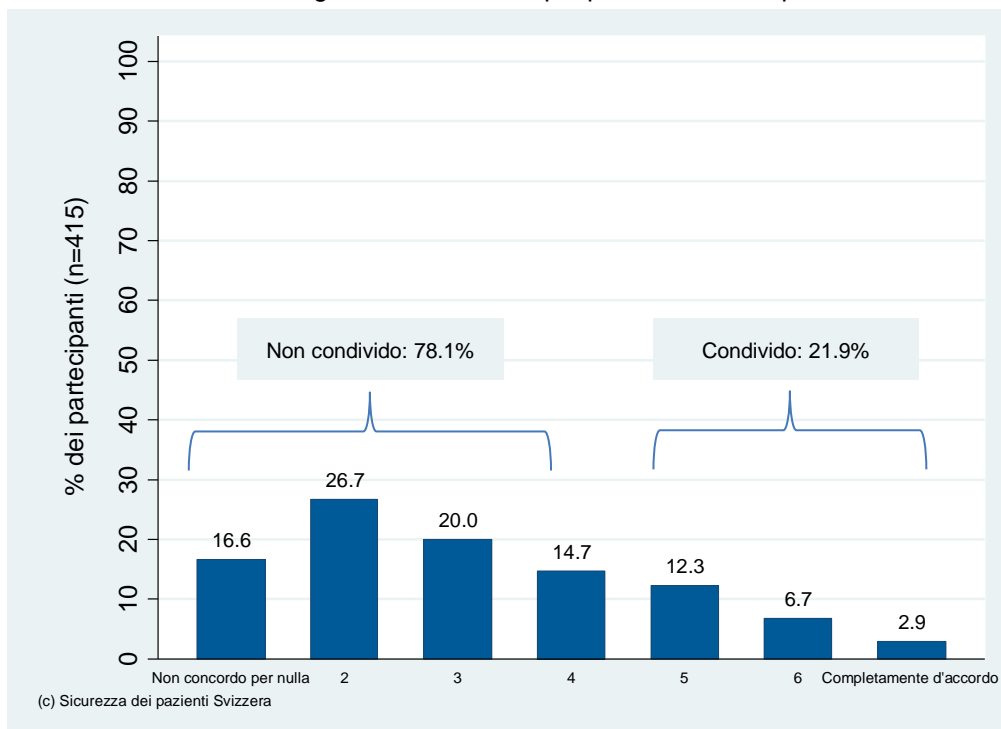
15. Ora ci interessa la sua valutazione personale. Condividi le affermazioni seguenti?

15.1 In generale, ai nostri residenti vengono somministrati più farmaci di quanto sarebbe necessario.



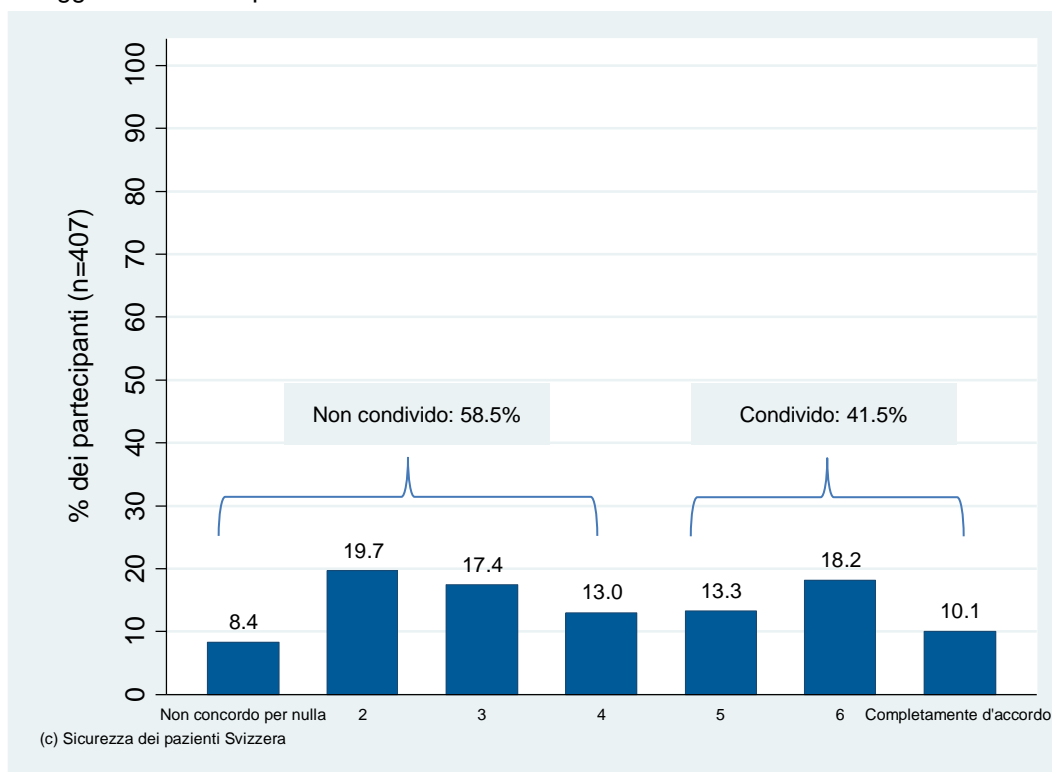
Alla domanda è stata fornita una risposta basata su una scala Likert a 7 livelli, dove 1=non concordo per nulla e 7=completamente d'accordo. Il consenso medio alla domanda 15.1 è stato di 4.4 (intervallo di confidenza del 95%: 4.2; 4.5).

15.2 Ai nostri residenti vengono somministrati più psicofarmaci di quanto sarebbe necessario.



Alla domanda è stata fornita una risposta basata su una scala Likert a 7 livelli, dove 1=non concordo per nulla e 7=completamente d'accordo. Il consenso medio alla domanda 15.2 è stato di 3.1 (intervallo di confidenza del 95%: 3.0 3.3).

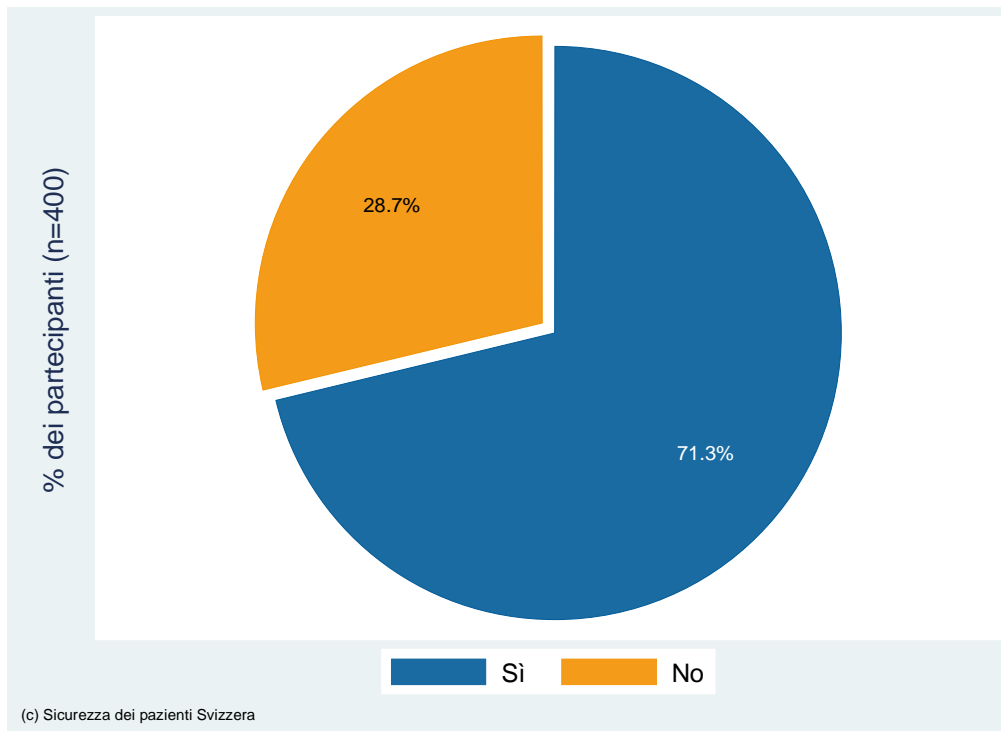
15.3 Gli esami del sangue ai quali sottoponiamo i nostri residenti sono sufficienti per verificare il corretto dosaggio dei farmaci prescritti.



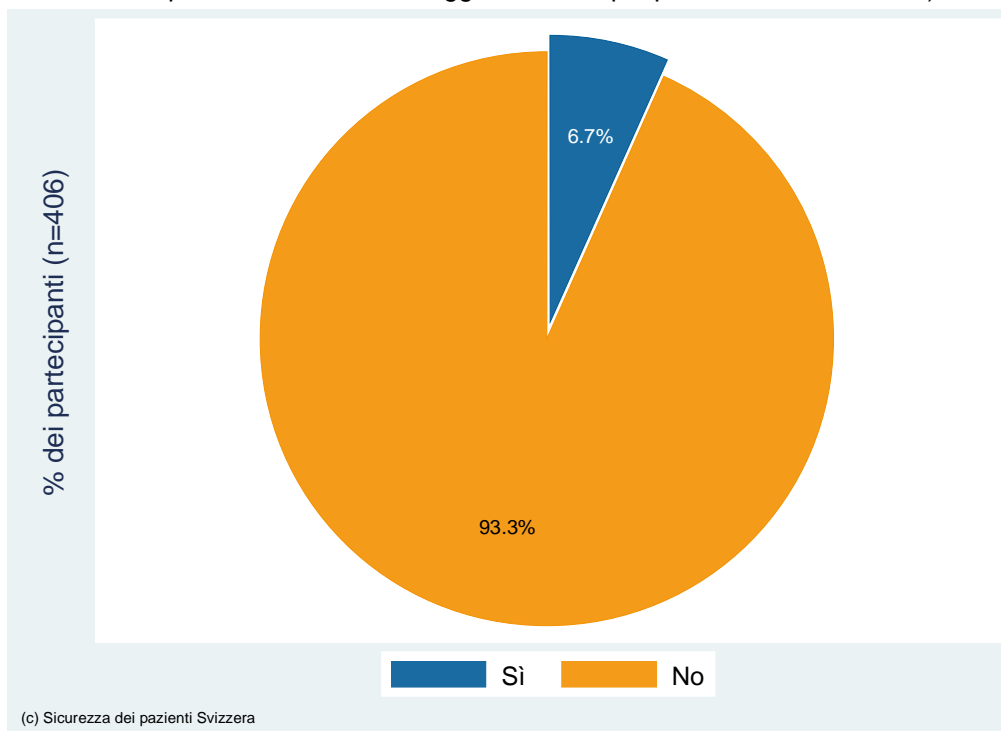
Alla domanda è stata fornita una risposta basata su una scala Likert a 7 livelli, dove 1=non concordo per nulla e 7=completamente d'accordo. Il consenso medio alla domanda 15.3 è stato di 4.0 (intervallo di confidenza del 95%: 3.8, 4.2).

### 3.5. Monitoraggio degli effetti collaterali

17. Il personale infermieristico del suo istituto viene istruito a prestare attenzione a possibili effetti collaterali specifici in caso di farmaci o malattie particolari?

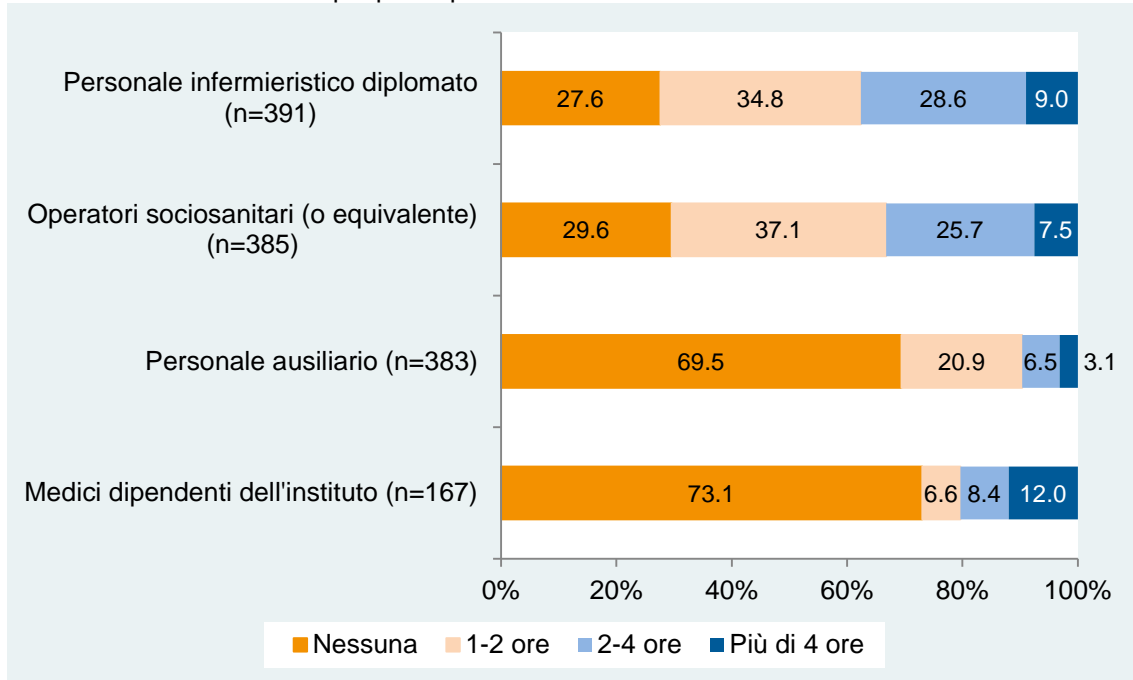


18. È previsto un processo standardizzato per verificare se si manifestano effetti collaterali (p.es. con l'ausilio di un questionario di monitoraggio della terapia per determinati farmaci)?

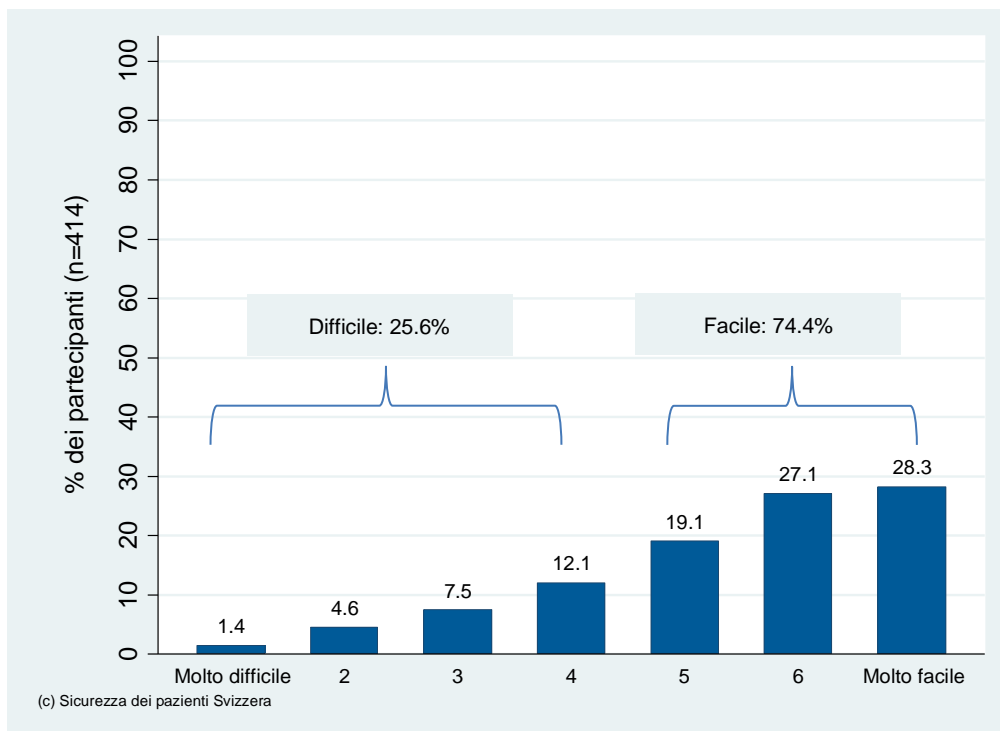




19. Quante ore (all'incirca) sono investite ogni anno nella formazioni continua del personale in materia di sicurezza della farmacoterapia per le persone anziane?

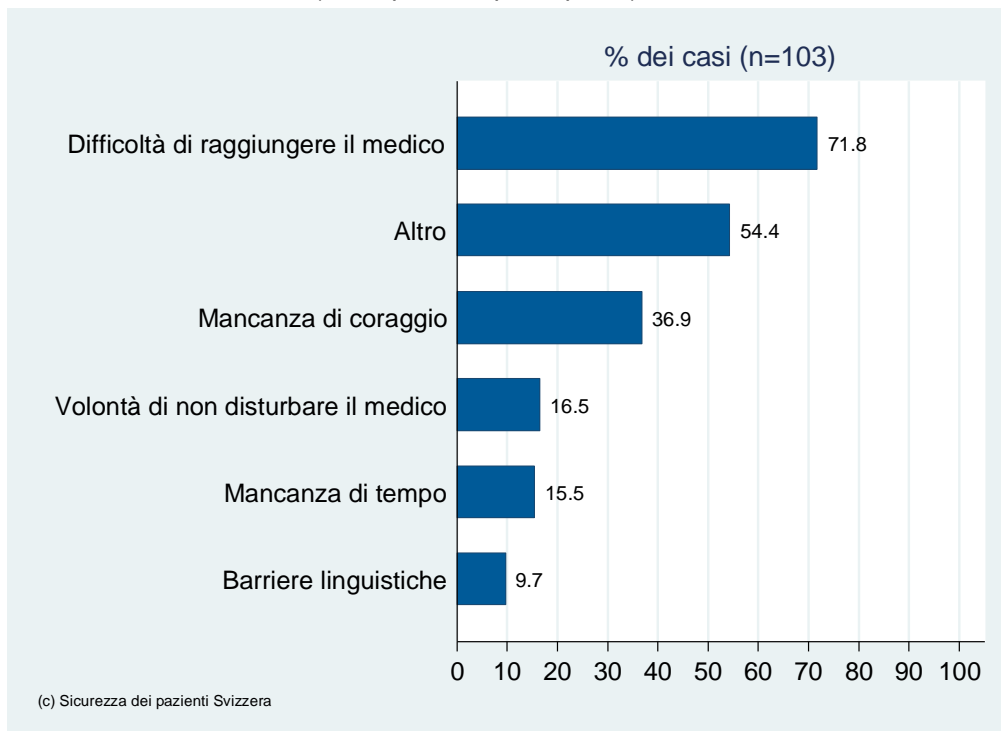


20. Secondo lei, per il personale infermieristico quanto è facile discutere con il medico di eventi clinici inabituati riscontrati tra i residenti?



Alla domanda è stata fornita una risposta basata su una scala Likert a 7 livelli, dove 1=molto difficile e 7=molto facile. Il consenso medio alla domanda 20 è stato di 5.4 (intervallo di confidenza del 95%: 5.2; 5.5).

## 20.1 Come mai è difficile? (Sono possibili più risposte)



Domanda filtro (filtro per la domanda 20).

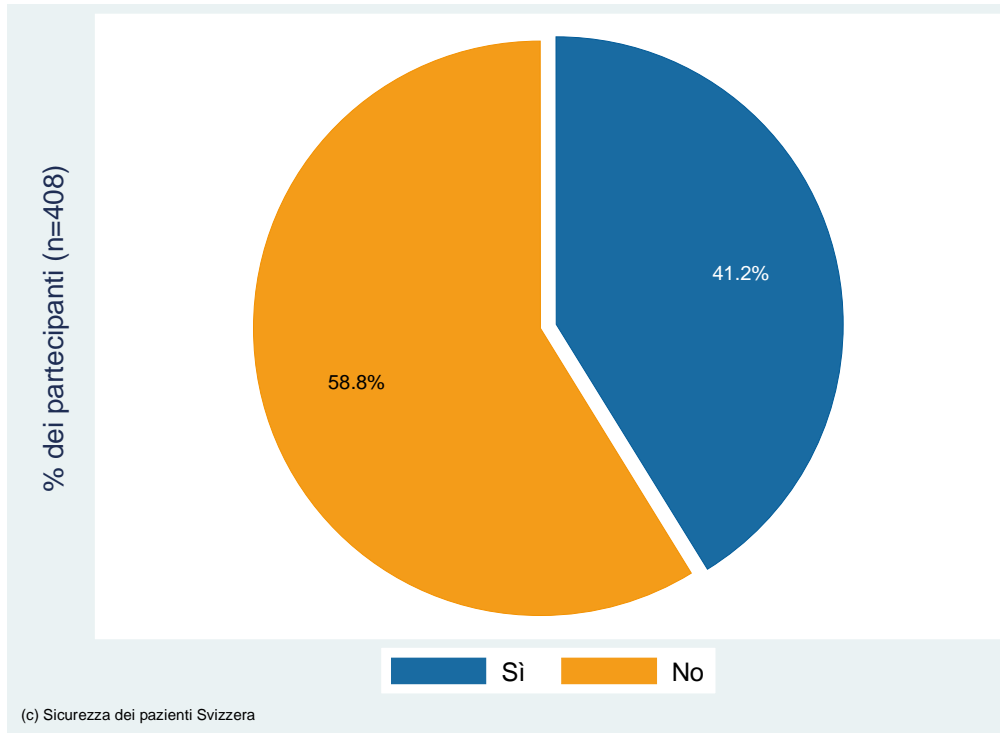
Alla voce "Altro" 56 partecipanti hanno citato uno o più aspetti che complicano il dialogo con il medico competente quando si tratta di parlare di casi clinici inabituali.

Nella maggior parte dei casi è emerso che certi medici sono poco cooperativi, non vogliono farsi coinvolgere o non entrano nel merito delle osservazioni fatte dal personale infermieristico.

Inoltre è emerso che certi medici sono difficilmente raggiungibili o hanno troppo poco tempo a disposizione. La collaborazione con molti medici di famiglia esterni all'istituto di cura viene considerata altrettanto complicata da alcuni partecipanti.

Infine è stato osservato in singoli casi che difformità di opinioni a livello specialistico complicano la discussione di eventuali casi clinici inabituali. Tra i vari aspetti è stato menzionato anche la mancanza di competenza da parte di medici e personale infermieristico.

21. Il suo istituto dispone di strutture o processi specifici per discutere la terapia farmacologica con i residenti e/o i familiari?



In un campo di testo libero i partecipanti hanno potuto spiegare di quali strutture e processi si tratta. 158 di loro hanno risposto alla domanda. Tra le indicazioni si può distinguere tra canali di discussione e momenti, durante i quali ha luogo il colloquio:

Momenti:

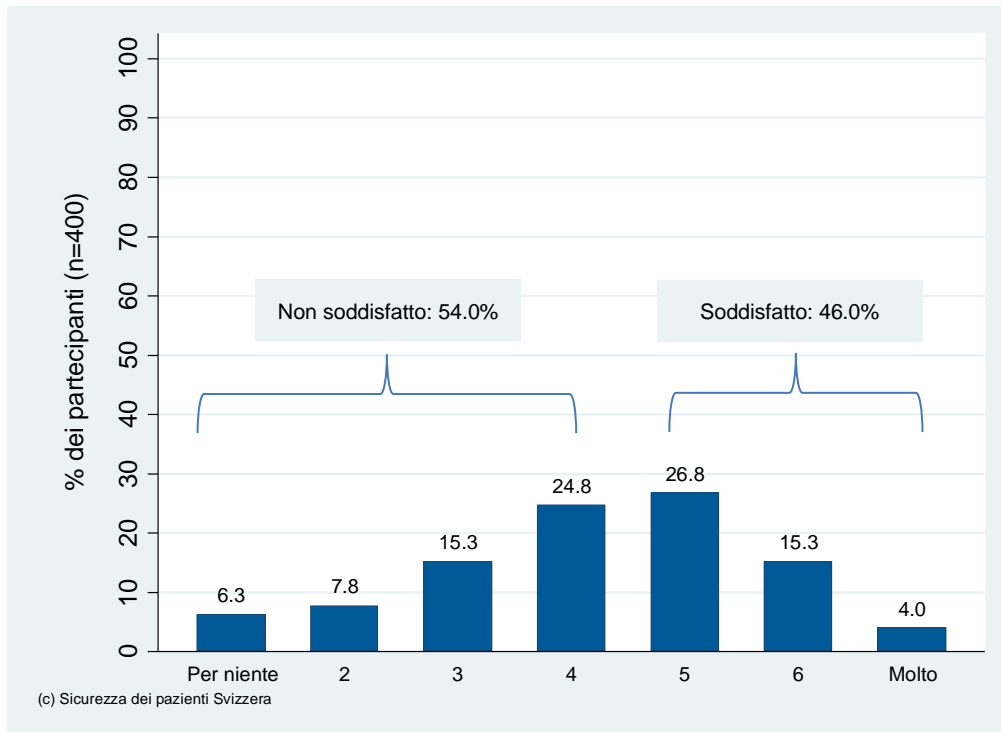
- colloqui terapeutici, che si svolgono secondo necessità ad es. se si aggrava lo stato di salute, su richiesta di un soggetto coinvolto, nel caso di stabilire un nuovo schema di somministrazione o difficoltà;
- inoltre la terapia viene spesso discussa all'ammissione o alla riammissione nell'istituto di cura, o in alcuni casi anche a intervalli regolari;
- colloqui non periodici con i residenti e i familiari si svolgono ad hoc e in diverse situazioni, ad es. quando i familiari vanno a far visita al paziente.

Canali:

- colloqui periodici e standardizzati con famiglie/familiari e tavole rotonde hanno luogo in svariati istituti di cura, anche se non sempre i partecipanti a tali colloqui sono stati citati;
- colloqui periodici sulla situazione o lo stato d'animo hanno luogo con altrettanta frequenza e possono essere collegati, ad esempio, a una definizione del fabbisogno di cure;
- colloqui con il residente hanno luogo durante le visite e nell'ambito del concetto di cure basate sulla relazione cioè nel consueto processo di assistenza;
- infine è stato citato il fatto che i colloqui terapeutici si svolgono nell'ambito di un scambio interdisciplinare, al quale tuttavia il residente o i familiari non partecipano.



22. Su una scala da 1 a 7, quanto la soddisfano le procedure volte a monitorare gli effetti collaterali dei farmaci nel suo istituto?



Alla domanda è stata fornita una risposta basata su una scala Likert a 7 livelli, dove 1=per niente soddisfatto e 7=molto soddisfatto. Il consenso medio alla domanda 22 è stato di 4.2 (intervallo di confidenza del 95%: 4.1; 4.3).



## 22.1 Che cosa funziona bene, rispettivamente che cosa potrebbe ancora essere migliorato?

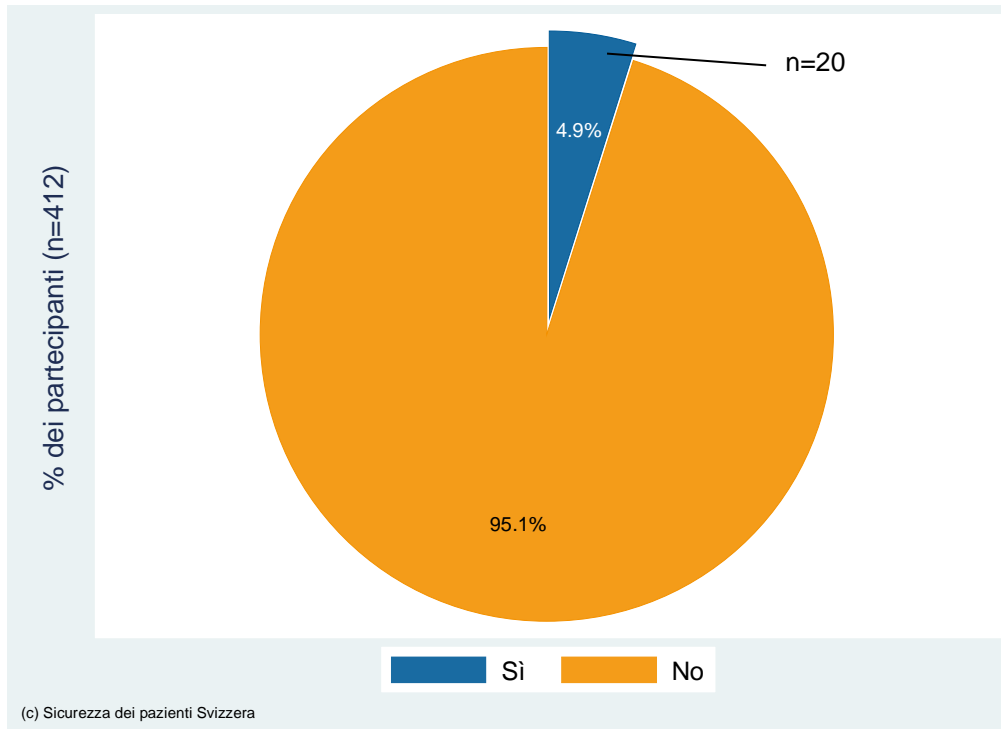
141 partecipanti (33,6%) hanno fornito un responso a questa domanda aperta. La seguente tabella 7 contiene le categorie identificate dai testi.

**Tabella 7: risposte libere alla domanda 22.1**

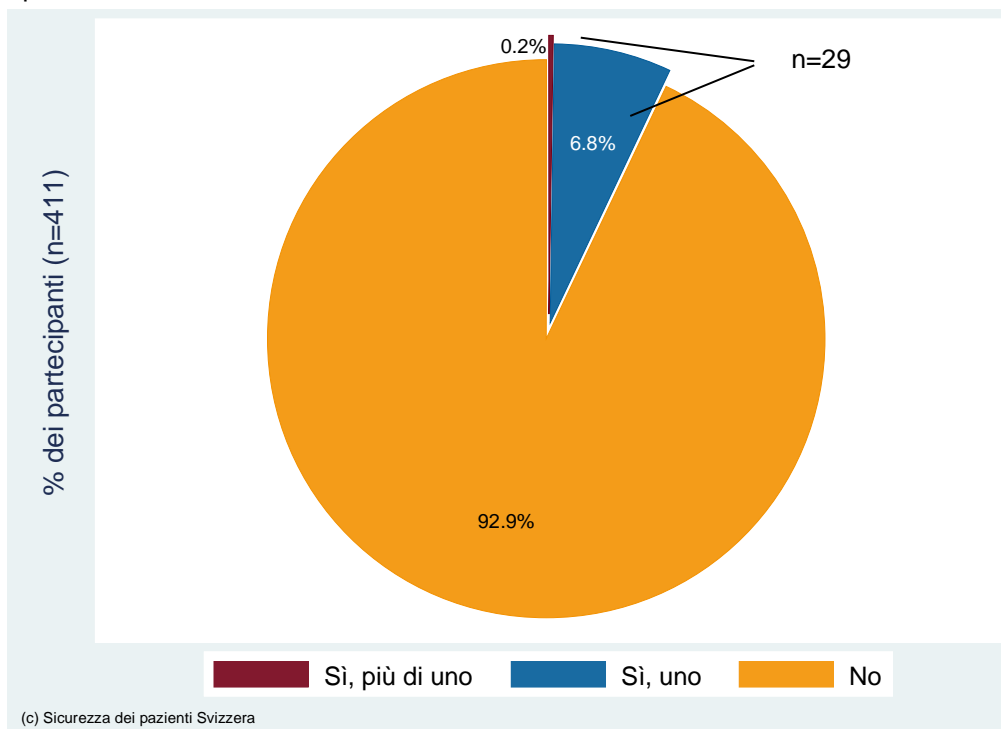
	Numero di giudizi espressi
<b>Che cosa funziona bene?</b>	
Gli attuali processi (parziali) di cura sono positivi (ad es. gli effetti collaterali vengono monitorati, documentati, segnalati, discussi).	41
(Certi) infermieri sono sensibilizzati.	17
Gli attuali processi (parziali) con il medico competente sono positivi (ad es. colloquio, adeguamento della terapia).	12
Gli attuali processi (parziali) con il farmacista sono positivi (ad es. feedback su possibili interazioni / effetti collaterali).	8
(Certi) medici sono sensibilizzati.	2
<b>Cosa si potrebbe migliorare? Dove è ancora necessario intervenire?</b>	
Procedura standardizzata (ad es. più sistematica, più strutturata, migliore nel contenuto, più vincolante, responsabilità chiaramente definite, documentata meglio).	41
Maggiore sensibilizzazione / competenza specialistica del personale infermieristico (ad es. attraverso corsi di formazione o adeguamento SkillMix).	37
Migliore collaborazione tra il medico e il personale infermieristico (ad es. attraverso una maggiore considerazione, prendendo sul serio le indicazioni del personale infermieristico, riservando più tempo al colloquio).	17
Impiego di strumenti ausiliari (ad es. elenchi, formulari, programmi software).	15
Maggiore sensibilizzazione / competenza specialistica dei medici.	10
Migliore qualità della prescrizione (ad es. meno superficiale, meno farmaci, meno neurolettici).	9
Maggiore coinvolgimento dei farmacisti (ad es. feedback su interazioni / effetti collaterali).	6
Maggiore coinvolgimento di specialisti (ad es. geriatria, psichiatria della persona anziana).	4
Migliore comunicazione con i residenti/familiari.	2
<b>Affermazioni di altro tipo o non chiare</b>	25

### 3.6. Errori legati alla farmacoterapia ed eventi farmacologici indesiderati

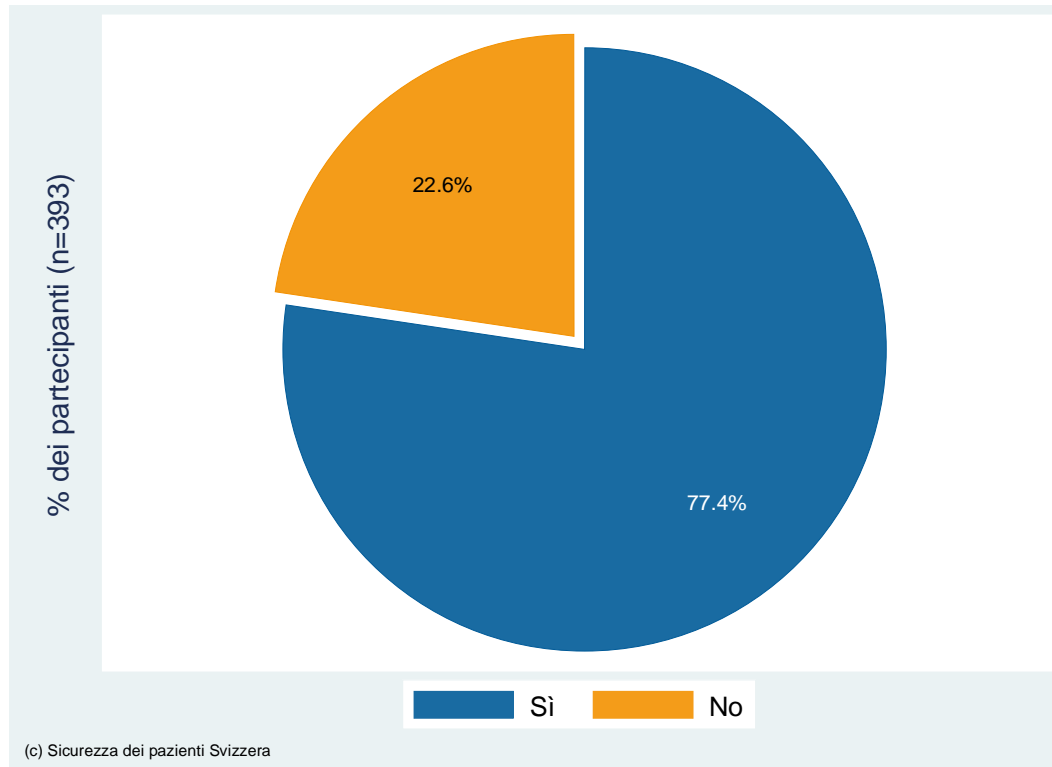
23. Nel corso delle ultime quattro settimane, un residente ha dovuto essere ricoverato in ospedale a causa di possibili effetti collaterali dei suoi farmaci?



24. Nelle ultime quattro settimane, nel suo istituto si è manifestato un grave incidente legato alla farmacoterapia?



25. Nel suo istituto, sono state adottate misure per prevenire e analizzare gli errori legati alla farmacoterapia?



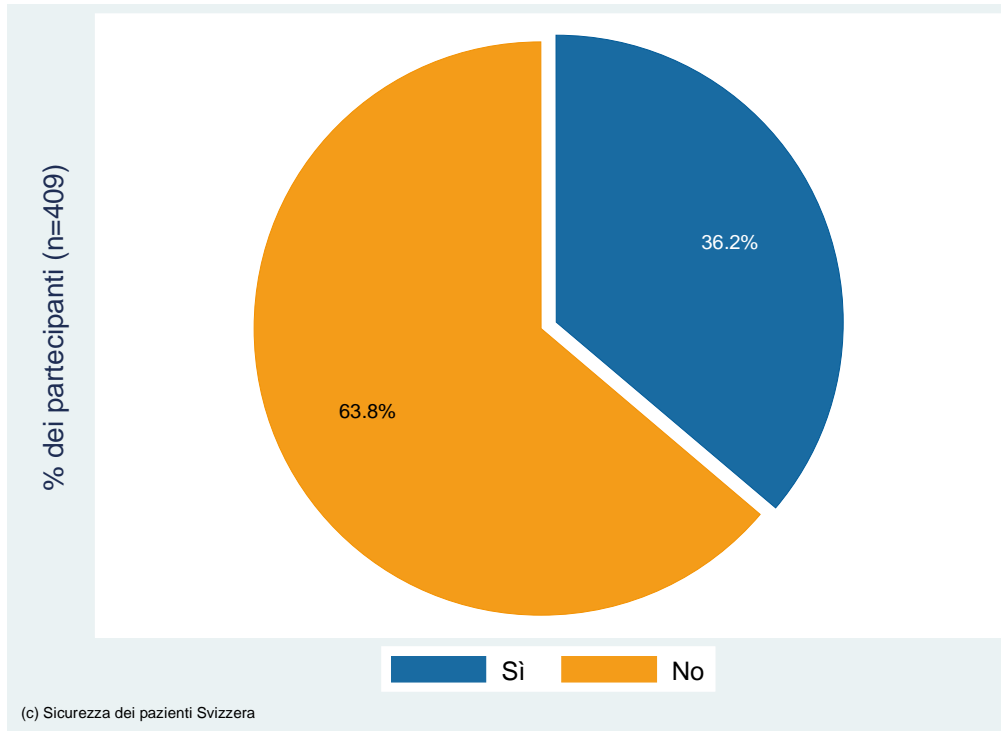
Nel complesso 289 partecipanti hanno citato misure esistenti per la prevenzione e l'analisi di errori farmacologici.

Per prevenire errori farmacologici molti istituti compiono dei controlli (ad es. doppi controlli quando si preparano i farmaci) oppure esistono standard e piani definiti. In singoli casi è stato citato il fatto che la preparazione dei farmaci è stata delegata (ad es. esternalizzando la preparazione dei blister).

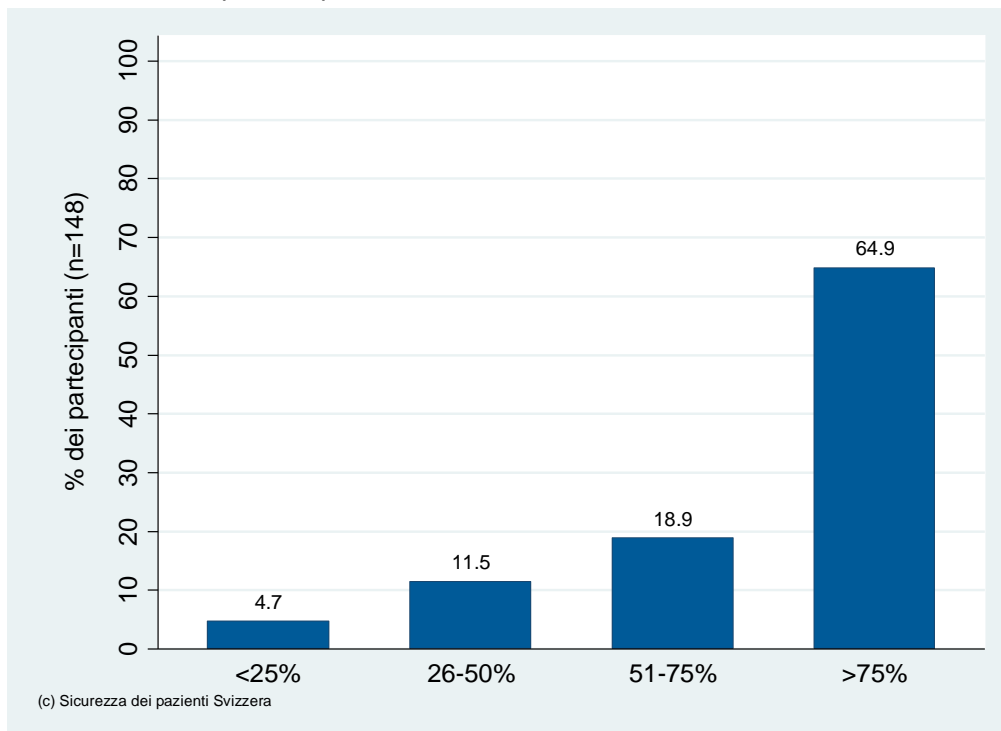
Per l'analisi degli errori farmacologici 186 partecipanti hanno complessivamente indicato di avere un sistema di segnalazione dedicato. Spesso è stato citato il fatto che il sistema di segnalazione degli errori farmacologici è legato all'analisi e alla pattuizione di misure. Gli errori vengono in parte esplicitamente discussi nell'ambito di colloqui o corsi di formazione. Un sistema globale di gestione della qualità è stato tuttavia citato solo da pochissimi partecipanti. Molti istituti hanno inoltre specificato che un reporting di indicatori qualitativi ha luogo in una sede diversa (cantone o direzione).

### 3.7. Assistenza medica

33. Il suo istituto occupa medici interni?



33.1 Secondo lei, qual è la percentuale dei residenti assistiti da **medici interni**?

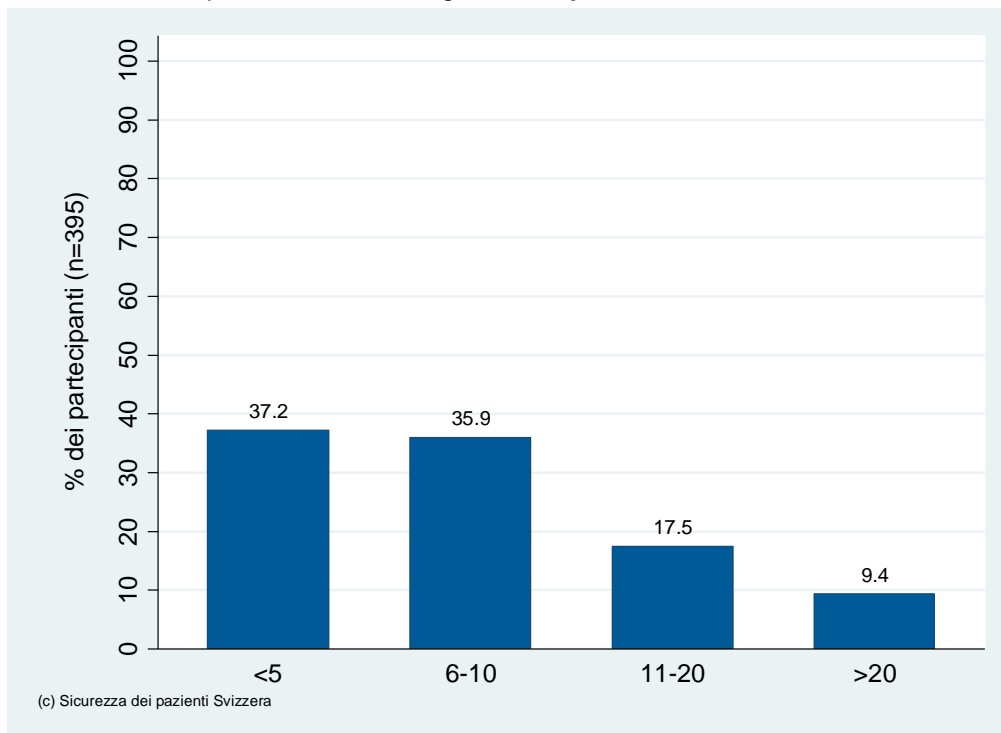


Domanda filtro (filtro per la domanda 33).

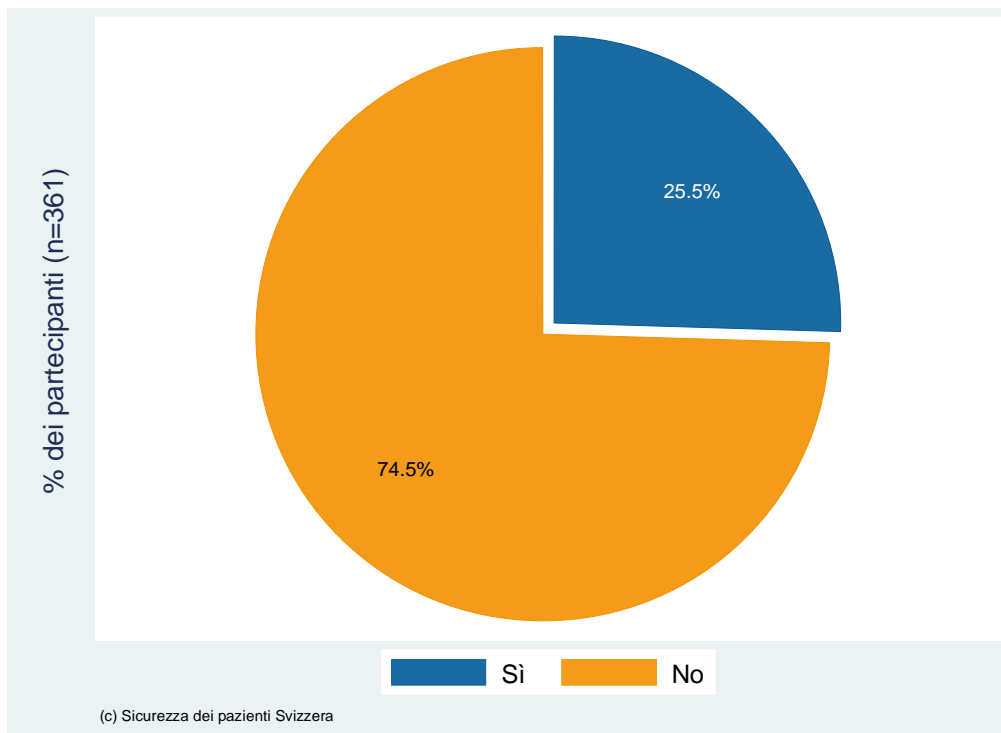




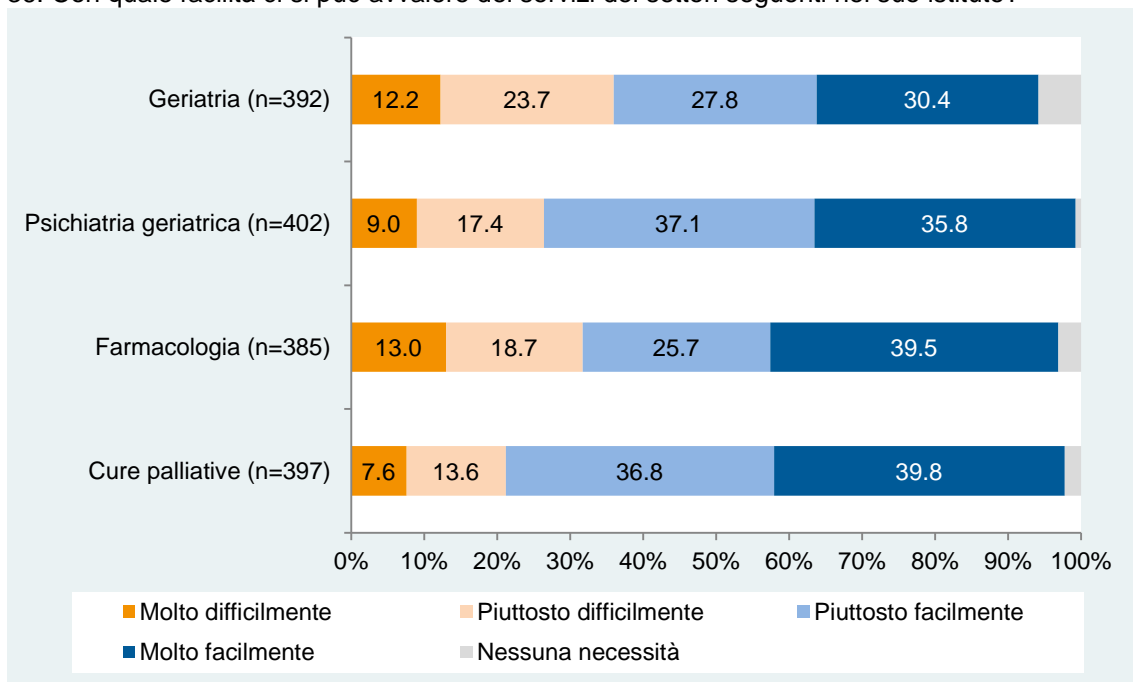
34. Secondo lei, quanti medici di famiglia **non dipendenti dell'istituto** assistono residenti dello stesso?



35. È stato stipulato un contratto tra l'istituto e i medici di famiglia che disciplina diritti e doveri?

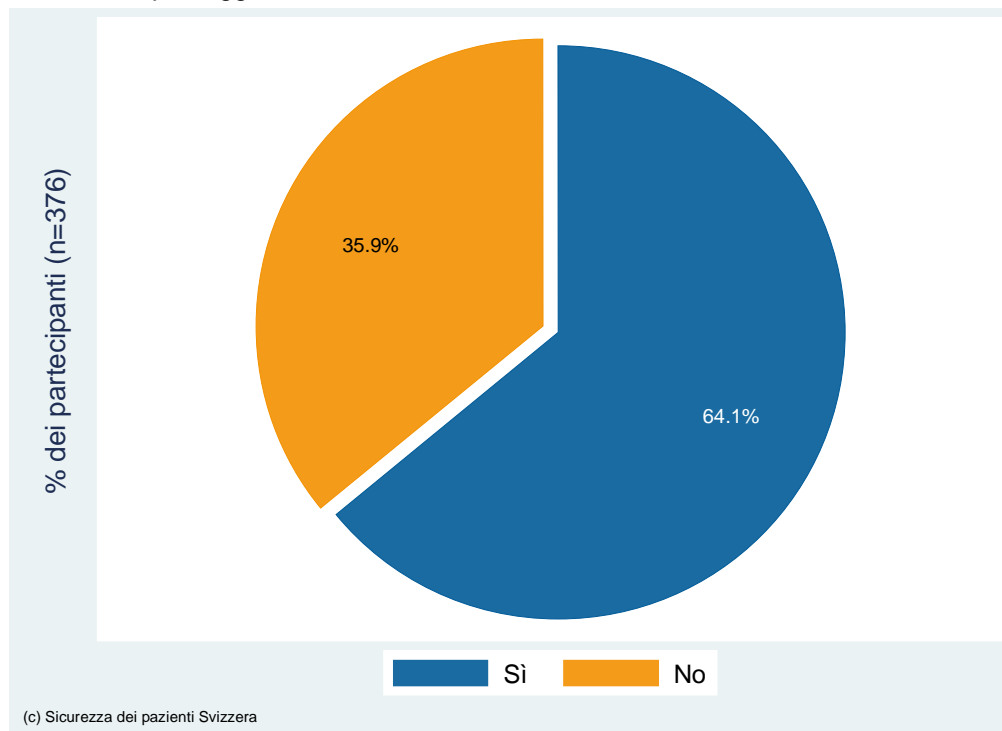


36. Con quale facilità ci si può avvalere dei servizi dei settori seguenti nel suo istituto?

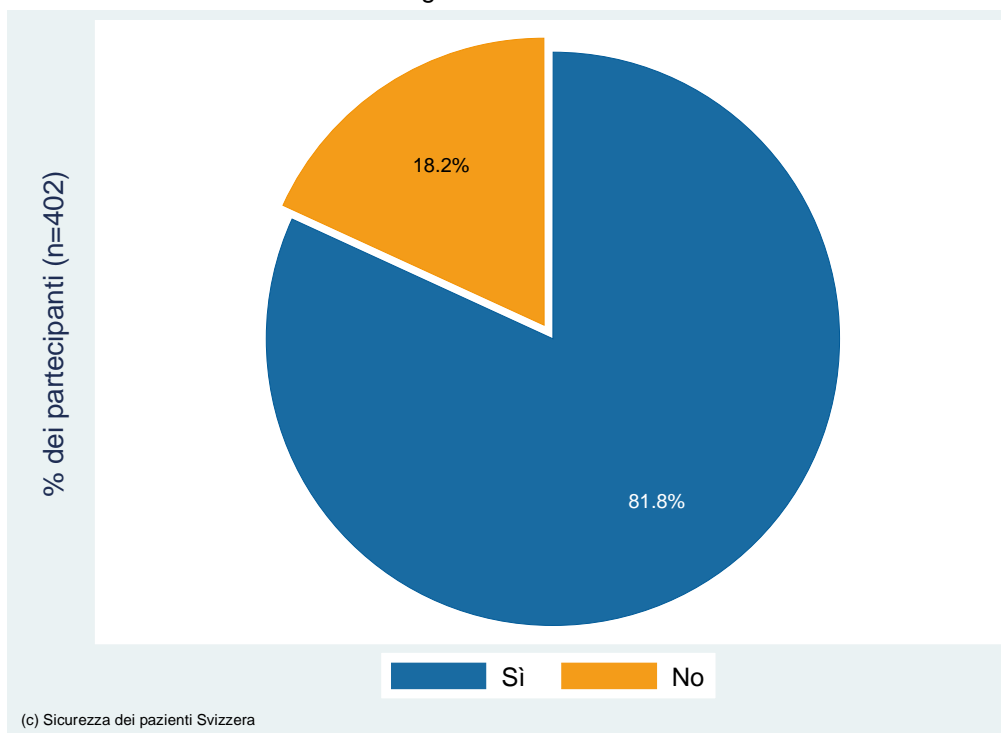


### 3.8. Assistenza farmaceutica

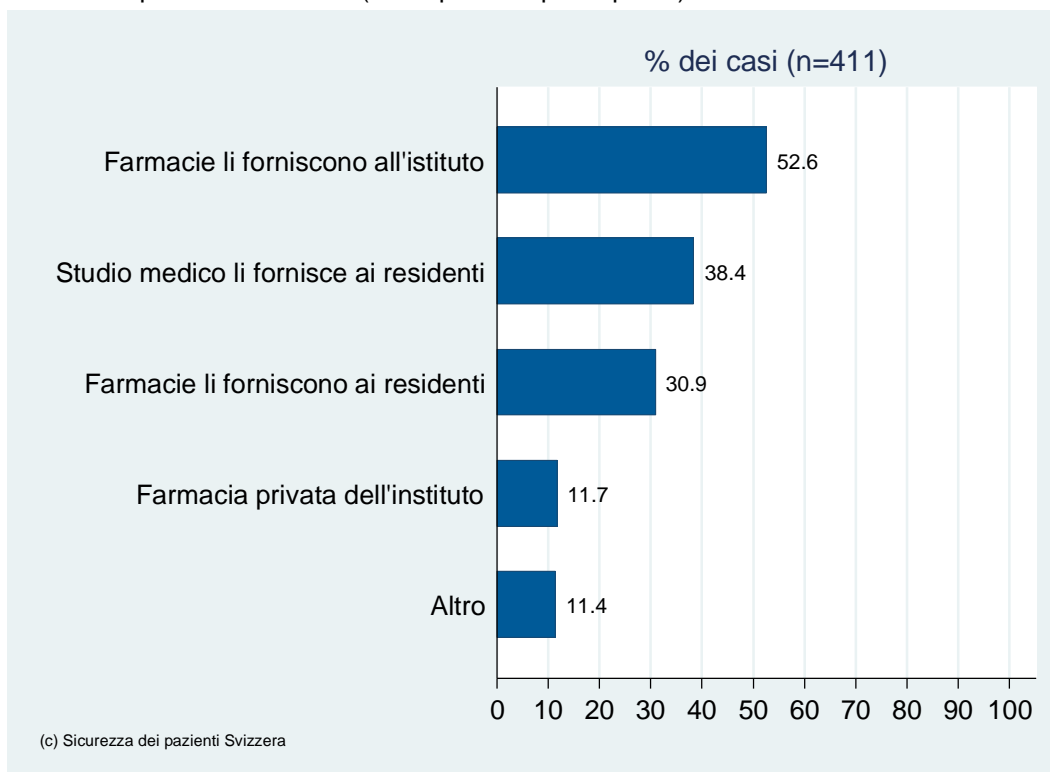
38. È tenuto per legge a collaborare con un farmacista?



39. Ha un farmacista di fiducia designato?

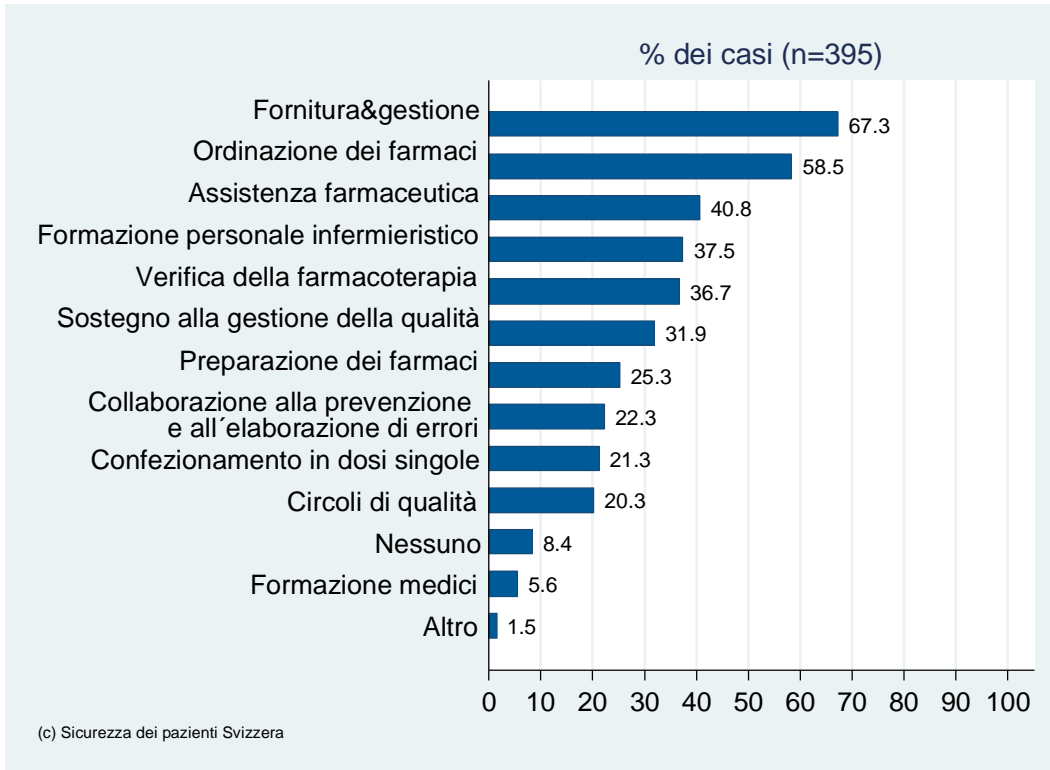


40. Dove si procura i farmaci? (Sono possibili più risposte)



Percentuale di coloro che hanno selezionato solo una categoria di risposta: 63,0%; percentuale di coloro che hanno selezionato più categorie di risposta: 37,0%.

41. A quali servizi farmaceutici ricorre? (Sono possibili più risposte)



## 4. Riepilogo e conclusione

### *Tasso di risposta e campionamento*

Nel complesso hanno partecipato al sondaggio 420 dei 1525 responsabili delle cure infermieristiche contattati (tasso di risposta: 27,5%). Poiché procurare gli indirizzi e-mail personali per un rilevamento completo sarebbe stato possibile solo a prezzo di un enorme onere, il rilevamento dati si è dovuto svolgere accettando alcune restrizioni. Gli inviti sono stati indirizzati in modo anonimo ai RCI, che dovevano inserire manualmente nel browser internet il link di collegamento al questionario online. È necessario quindi considerare che quest'ultima operazione ha rappresentato un ostacolo non indifferente alla partecipazione. Per tale ragione il tasso di risposta è da considerarsi buono. La disponibilità a partecipare dimostra il grande interesse che incontra il tema della sicurezza farmacologica nelle case di cura.

Nella prova a campione le tre regioni linguistiche sono rappresentate in modo pressoché proporzionale. Il tasso di risposta relativo è stato tuttavia più alto in Ticino e nella Svizzera Romanda leggermente più basso della media; ciò significa che nel campionamento il Ticino è leggermente sovrarappresentato, mentre la Romandia è leggermente sottorappresentata. La potenziale incidenza che questo ha sui risultati va comunque considerata marginale. Nel campionamento sono ben rappresentate tutte le fondamentali caratteristiche organizzative come la dimensione o la forma giuridica.

### *Assistenza medica*

Circa un terzo (36,2%) dei partecipanti ha dichiarato che nel proprio istituto di cura sono assunti alcuni medici (interni). Ma anche in queste aziende non tutti i residenti sono assistiti dai medici interni. In circa un terzo delle case di cura (35,1%) meno del 75% dei residenti è assistito da medici interni. Le case di cura collaborano spesso con numerosi medici diversi che non sono assunti all'interno dell'istituto. In due terzi dei casi (62,8%) più di cinque medici di famiglia diversi assistono i pazienti residenti in un istituto. Un quarto dei partecipanti (25,5%) ha dichiarato di aver stipulato un contratto con i medici che non sono dipendenti della casa di cura per disciplinare diritti e doveri. L'accesso a speciali ambiti medici è garantito in misura diversa dalle case di cura partecipanti. Circa un terzo dei partecipanti ha dichiarato che l'accesso ai geriatri (36,0%) e ai farmacologi (31,7%) in caso di necessità è abbastanza o molto difficile. Un po' più semplice sembra essere l'accesso ai medici specialisti della psichiatria per la persona anziana (26,4% piuttosto/molto difficile) e alle cure palliative (21,2% piuttosto/molto difficile).

### *Assistenza farmaceutica*

Nel complesso due terzi delle case di cura (64,1%) sono obbligati per legge a collaborare con un farmacista. La maggioranza delle case di cura (81,8%) ha inoltre designato un farmacista di fiducia. I farmaci vengono acquistati attraverso canali diversi; un terzo (37,0%) delle case di cura intervistate acquista i farmaci ricorrendo a più di una fonte. Il range di servizi farmaceutici che vengono utilizzati è ampio e non si limita solo alla fornitura e alla gestione, ma comprende in vari luoghi anche altre offerte farmaceutiche e clinico-farmacologiche.

### *Raccolta di informazioni all'ammissione del residente*

Poco più della metà dei partecipanti (55,8%) ha dichiarato che all'ammissione di un residente nel proprio istituto era sempre disponibile una documentazione di cura con la farmacoterapia aggiornata o una lettera di dimissione indicante la terapia da seguire; il 44,7% ha specificato che è sempre presente una prescrizione medica o una lettera di dimissione del medico. Altre fonti che potrebbero essere ugualmente utilizzate per la registrazione della farmacoterapia attuale, sono citate più raramente in concomitanza con l'ammissione. I farmaci vengono trascritti in quasi tutte le case di cura (92,9%) dal personale infermieristico all'interno del dossier del residente. Solo il 40,6% dei partecipanti apprezza tuttavia il fatto che la lista dei medicinali trascritta dall'istituto di cura entro la prima settimana successiva all'ammissione venga sempre convalidata anche da un medico. In molte case di cura, oltre al personale infermieristico anche altri soggetti specializzati (medici interni o medici di famiglia, personale farmaceutico) hanno accesso alla documentazione relativa ai



farmaci. La soddisfazione in merito agli iter di registrazione dei farmaci all'interno dell'istituto è relativamente elevata. Il grado di soddisfazione, tuttavia, è marcatamente più elevato in relazione agli iter di ammissione rispetto a quelli di riammissione dopo la degenza ospedaliera (media del 5.6 contro il 5.3). Nelle indicazioni a testo libero sulla soddisfazione i partecipanti hanno fatto riferimento soprattutto al potenziale di miglioramento della trasmissione di informazioni alle interfacce. In particolare nei passaggi dall'ospedale alla casa di cura le informazioni sui farmaci sarebbero spesso non chiare, incomplete o contraddittorie oppure non tempestive, con possibilità di conseguenti vuoti informativi, interruzioni nelle terapie o maggiore impegno da dedicare all'acquisizione delle informazioni e dei farmaci.

#### *Verifica della farmacoterapia*

In circa il 50% delle case di cura (53,2%) è prevista una verifica sistematica della farmacoterapia a intervalli fissi per tutti i residenti e in circa una casa di cura su dieci (11,8%) questa verifica presso i residenti avviene secondo determinati criteri (ad es. polimedicazione). La maggioranza dei partecipanti ha apprezzato il fatto che questa verifica programmata con regolarità viene effettivamente eseguita sempre o per lo meno spesso. In pressoché tutti gli istituti esistono inoltre determinate situazioni che fanno scattare sempre una verifica sistematica dei farmaci, in primis un mutamento dello stato di salute del residente così come la richiesta dell'infermiera o l'insorgenza di effetti collaterali. Oltre la metà delle case di cura (56,8%) ha accesso alle risorse elettroniche per verificare potenziali interazioni tra i vari farmaci. La soddisfazione sulla modalità con cui la farmacoterapia individuale viene verificata all'interno dell'istituto è moderata (media del 4.8). I partecipanti auspicano un maggiore impegno da parte dei medici prescrittori, una verifica più regolare e sistematica della farmacoterapia e una migliore collaborazione tra il personale infermieristico e i medici.

#### *Polimedicazione e farmaci potenzialmente inappropriati*

Solo pochissime case di cura (9,5%) utilizzano una lista dei farmaci considerati inappropriati per le persone anziane. Altrettanto poche sono le case di cura che emettono disposizioni esplicite sulla scelta dei farmaci. Tuttavia poco meno della metà dei partecipanti (48,4%) ha riferito di formulare ai medici prescrittori delle raccomandazioni sulla base di considerazioni specialistiche e/o economiche. I neurolettici e la benzodiazepina rientrano fra i farmaci legati a rischi particolarmente elevati nel caso di persone anziane. Un elevato numero di partecipanti (70,6%) ha dichiarato che il proprio istituto ha già compiuto degli sforzi per ridurre l'uso di neurolettici e/o benzodiazepina. Fra le misure è stato citato spesso il fatto che la necessità di questi farmaci viene ponderata con attenzione e in base al singolo soggetto e che le prescrizioni vengono ripetutamente verificate durante le visite mediche, le discussioni sui casi e nei circoli di qualità. Molte case di cura ricorrono alla medicina alternativa o a soluzioni non farmacologiche come misure terapeutiche o di assistenza e cura. Ciò nonostante circa un quinto dei partecipanti (21,9%) stima che i residenti ricevono una quantità di psicofarmaci superiore a quella realmente necessaria. Inoltre la metà dei partecipanti (51,8%) ritiene che per i loro residenti vengano generalmente impiegati più farmaci del necessario.

#### *Monitoraggio degli effetti collaterali*

La maggioranza dei partecipanti (71,3%) ha dichiarato che il personale è istruito affinché sia prestata attenzione a specifici effetti collaterali. Tuttavia non vi sono in pratica processi standardizzati o strumenti per il monitoraggio degli effetti collaterali nelle case di cura. Il confronto con il medico competente in relazione a casi medici inusuali è stato giudicato dai partecipanti abbastanza facile (valore medio 5.4). Le difficoltà si riscontrano soprattutto nella reperibilità dei medici esterni alla casa di cura. A ciò si aggiunge il fatto che la diversità di opinione tra i gruppi professionali, a livello gerarchico e specialistico, può comportare delle complicazioni. Il 41% delle case di cura ha dichiarato di avere strutture e processi specifici che consentono di discutere la farmacoterapia con i residenti ed i familiari. Oltre a situazioni particolari per le quali è necessario un colloquio sulla terapia (ad es. nuove prescrizioni, peggioramento dello stato di salute generale, ammissioni) sono stati indicati fra i canali regolari e standardizzati del colloquio terapeutico il consulto con i familiari, i bilanci sulla situazione o lo stato d'animo e le tavole rotonde. Inoltre i colloqui con i residenti hanno luogo durante le visite e all'occorrenza. Nel complesso la soddisfazione dei partecipanti in relazione agli iter per il



monitoraggio degli effetti collaterali nel proprio istituto è moderata (valore medio 4.2). Una vigilanza più coerente e più strutturata degli effetti collaterali, una maggiore sensibilità e formazione del personale infermieristico sugli effetti collaterali nonché una migliore collaborazione con i medici sono gli aspetti citati spesso come potenzialmente ottimizzabili.

#### *Errori farmacologici ed eventi farmacologici indesiderati*

Per categorizzare meglio la necessità d'intervento, i partecipanti sono stati invitati anche a indicare quanti eventi farmacologici indesiderati e imprevisti farmacologici hanno registrato nelle ultime quattro settimane. 20 di loro (4,9%) affermano di aver constatato che nelle ultime quattro settimane un paziente residente è stato ricoverato in un reparto di degenza ospedaliero a causa di possibili effetti collaterali (indipendentemente dal fatto che l'evento potesse essere evitato o meno). In 29 istituti (7%) si è verificato, nelle ultime quattro settimane, un grave imprevisto farmacologico. La maggioranza delle case di cura (77,4%) ha già adottato misure per la prevenzione e l'analisi di errori farmacologici. Fra le misure citate con frequenza rientrano i controlli dei farmaci preparati, i sistemi di segnalazione errori e gli standard nonché i piani farmacologici generali.

#### *Sintesi e prospettive*

Il sondaggio offre una panoramica attuale della prassi, dei processi, delle strutture e delle sfide da affrontare nella registrazione e verifica dei farmaci nonché nel monitoraggio degli effetti collaterali dal punto di vista dei RCI nelle case di cura svizzere. I risultati ottenuti dimostrano che la sicurezza farmacologica nelle cure di lunga durata è un tema centrale della sicurezza del paziente che ha bisogno di essere ulteriormente approfondito.

I risultati evidenziano che l'assistenza medica e farmaceutica nelle case di cura svizzere è organizzata in modo molto eterogeneo. Relativamente all'assistenza medica è possibile ricavare in linea di massima tre modelli che saranno utili per le ulteriori analisi dei dati. Nel "modello medico interno" i residenti vengono assistiti prevalentemente da medici interni alla casa di cura. Nel "modello medico di famiglia" le case di cura collaborano esclusivamente con medici di famiglia esterni. Infine vi sono delle case di cura con un "sistema misto", in cui i residenti sono assistiti da medici interni della casa di cura e da medici di famiglia. Anche l'assistenza farmaceutica è organizzata in modo differenziato. I farmaci vengono acquistati in molte case di cura attraverso molteplici canali, aumentando così la complessità del processo farmacologico all'interno dell'istituto. La maggior parte delle case di cura collabora inoltre con un farmacista di fiducia designato e molti acquistano servizi farmaceutici e clinico-farmaceutici che vanno oltre l'ordinazione e la fornitura dei medicinali. In una fase operativa successiva occorrerà analizzare più nel dettaglio l'attuale configurazione e il potenziale dell'assistenza farmaceutica alle case di cura. Le diverse prescrizioni cantonali per il coinvolgimento dei farmacisti e le regolamentazioni sulla dispensazione di farmaci da parte di medici di famiglia e farmacie caratterizzano in modo significativo l'assistenza farmaceutica alle case di cura e dovranno essere tenute in considerazione nell'ambito di ulteriori fasi operative.

I dati evidenziano che spesso all'ammissione di un residente in una casa di cura le informazioni non sono tempestivamente disponibili o non lo sono nella qualità ottimale, cosa che comporta non solo un maggiore carico di lavoro e l'insorgere di ritardi a livello terapeutico, ma anche un maggiore rischio di discrepanze sul piano farmacologico. Inoltre spesso sembra che, qualora la farmacoterapia venga trascritta dal personale infermieristico nel dossier del paziente residente, il medico non la convalidi subito dopo l'ammissione o non lo faccia del tutto, malgrado questo rientri fra le sue responsabilità. Le ragioni di tale circostanza non sono chiare e dovranno essere identificate in un ulteriore step operativo. Solo una piccola percentuale di case di cura utilizza ancora esclusivamente documenti cartacei; la maggior parte è già passata ai sistemi di documentazione elettronici. Il rilevamento mostra anche come, in molte case di cura, oltre al personale infermieristico anche i medici curanti abbiano accesso alla documentazione dei farmaci. Rimane da vedere in che misura l'accesso alla documentazione venga effettivamente sfruttato per consolidare in un luogo i dati dei vari fornitori di prestazioni.



La verifica dei farmaci a intervalli regolari o in determinate situazioni viene effettuata in molte case di cura. Tuttavia i risultati fanno desumere che il carattere vincolante e la regolarità nonché la sistematicità della verifica possono essere incrementati. In molti istituti la discussione della terapia con coinvolgimento del residente e dei suoi familiari non avviene ancora in un contesto strutturato. Anche nel monitoraggio degli effetti collaterali mancano spesso ausili e processi strutturati e vi è bisogno di maggiore sensibilizzazione e competenza specialistica da parte delle figure professionali coinvolte. Nella verifica dei farmaci e nel monitoraggio degli effetti collaterali sembra essenziale dirigere l'attenzione su una collaborazione ottimale tra il personale infermieristico e i medici competenti.

I risultati evidenziano anche che la riduzione della polifarmacoterapia e la gestione sicura di medicinali potenzialmente inappropriati sono aspetti da trattare in modo ancora più approfondito con tutti i professionisti coinvolti ma anche con i residenti e i loro familiari. Le stesse case di cura hanno un raggio d'azione limitato per influire sulle abitudini dei medici riguardo alle prescrizioni. Pur essendoci molti istituti che forniscono ai medici prescrittori delle raccomandazioni sulla scelta dei farmaci, sono pochi quelli che emanano delle vere e proprie disposizioni al riguardo. Alcuni di essi hanno un contratto con i medici esterni che disciplina diritti e doveri. Questi contratti possono eventualmente costituire un canale attraverso il quale regolare le aspettative reciproche e gli obblighi farmacologici. Per ottenere una panoramica completa dei processi e delle correlazioni attuali è tuttavia indispensabile ottenere, in uno step successivo, il parere dei medici che assistono i residenti nelle case di cura.

In un'ulteriore fase saranno effettuate analisi approfondite per catalogare i risultati con maggiore precisione e sulla loro base elaborare delle conseguenti raccomandazioni. Da un lato saranno compiute ulteriori valutazioni sui dati del sondaggio online, per verificare se esistono delle differenze rispetto alle regioni linguistiche e alla dimensioni delle case di cura e se la soddisfazione verso gli iter dipende da diversi fattori. Dall'altro si dovranno compiere interviste o tenere dei workshop con i medici di famiglia, i farmacisti e le altre figure professionali per discutere in modo approfondito la necessità d'intervento e gli eventuali approcci risolutivi. I risultati dell'indagine saranno resi noti anche sotto forma di pubblicazione scientifica.





## 5. Letteratura

- (1) Schneider R, Schur N, Reinau D, Schwenkglens M, Meier C. Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2017. Auswertungsergebnisse der Helsana Arzneimitteldaten aus den Jahren 2013 bis 2016. 2017. Available from: <https://www.helsana.ch/de/helsana-gruppe/unternehmen/gesundheitswissenschaften/anzneimittelreport> [cited 2017 Nov 20].
- (2) Viktil KK, Blix HS, Moger TA, et al. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol* 2007;63(2):187-95.
- (3) Rochon PA, Gurwitz JH. The prescribing cascade revisited. *Lancet* 2017 May 6;389(10081):1778-80.
- (4) Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl International* 2010 Aug 9;107(31-32):543-51.
- (5) Morin L, Laroche M-L, Texier G, et al. Prevalence of Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults Living in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(9):862-9.

