



Zurigo, 31 gennaio 2019

Sintesi delle interviste ai medici

Appendice alla relazione finale sul progetto di base progress! Farmacoterapia sicura nelle case di cura (dicembre 2016 - dicembre 2018)



Autori: Dr. Lea Brühwiler; Andrea Niederhauser, MPH; Charlotte Vogel; Dr. med. Liat Fishman, Sicurezza dei pazienti Svizzera



Appendice alla relazione finale

Indice

1	Obiettivo e tematiche	2
2	Metodologia	3
2.1	Esecuzione delle interviste	3
2.2	Analisi	4
3	Risultati	4
3.1	Problematica e necessità d'intervento (non in ordine di priorità)	4
3.2	Possibili soluzioni (non in ordine di priorità)	6
4	Limitazioni	8

Nota: le definizioni utilizzate nel presente testo possono essere espresse nel genere maschile o femminile a seconda delle circostanze. In tutti i casi il riferimento riguarda entrambi i generi.

1 Obiettivo e tematiche

I medici di famiglia e i medici interni delle case di cura si fanno carico di una quota di responsabilità fondamentale nella farmacoterapia dei residenti presso le case di cura. Per tale ragione essi devono essere coinvolti nella definizione e implementazione di misure di miglioramento in questo ambito.

Obiettivo delle interviste era approfondire le informazioni ottenute dal sondaggio online tra le persone responsabili del settore infermieristico sotto la prospettiva medica e sollevare il problema della polimedicazione inadeguata nonché dei PIM. A ciò si aggiungeva l'intento di esplorare in quali ambiti e con quali misure il progetto di approfondimento progressivo dovesse essere avviato.

Nello specifico occorre fornire risposta ai seguenti quesiti:

Problematica e necessità d'intervento

- In che misura è necessario intervenire per ottimizzare la polimedicazione e i PIM nei confronti dei residenti delle case di cura?
- Per quale ragione ai residenti delle case di cura si prescrivono polimedicazione e PIM?
- Fino a che punto i medici sono a conoscenza e sono sensibilizzati verso questa problematica?

Possibili soluzioni

- In quali campi d'intervento e con quali misure concrete è possibile ottimizzare il problema della polimedicazione inadeguata e dei PIM?
- Dove vengono poste le priorità?



Appendice alla relazione finale

2 Metodologia

2.1 Esecuzione delle interviste

Il gruppo target era costituito da medici (uomini e donne) che assistono residenti in case di cura svizzere. Gli intervistati sono stati reclutati selezionandoli fra i medici vicini al team di progetto, optando così per un approccio pragmatico che considerasse regioni e modelli di assistenza diversi. È stato così possibile intervistare 12 medici, di cui 7 provenienti dalla Svizzera tedesca, 4 dalla Svizzera romanda e 1 dal Ticino (intervista in tedesco).

Tabella 1: Caratteristiche dei medici intervistati. SDD = Cantone senza dispensazione diretta, CDD = Cantone con dispensazione diretta, SM = Sistema misto

Cantone	Ubicazione ambulatorio	Tipo di medico	Formazione supplementare	Assistenza in più case di cura	Posti letto (casa di cura principale)	Residenti assistiti
AG (SDD)	urbano	Medico di famiglia con servizio ospedaliero aggiuntivo (curriculum medico di famiglia)	No	Sì, 2	60	4
AG (SDD)	urbano	Medico interno, specialista	MSc Geriatria	No	200	200 (responsabilità principale)
BE (SM)	urbano	Medico di famiglia, medico interno	No	Sì, 3	30	30
BL (CDD)	extraurbano	Medico di famiglia, medico di fiducia	No	Sì, 3	45	45
GE (SDD)	urbano	Medico interno, medico di famiglia	No	No	235	100
JU (SDD)	entrambi	Medico di famiglia	Medicina palliativa	Sì, 2	80, 100	130
NE (SDD)	extraurbano	Medico interno	No	Sì, 2	130	110
SG (CDD)	extraurbano	Medico di famiglia	Sì, 8 mesi durante la specializzazione	Sì (numero sconosciuto)	175	17
SG (CDD)	entrambi	Medico di famiglia, medico di fiducia (della casa di cura, senza pazienti), con servizio ospedaliero aggiuntivo (curriculum medico di famiglia)	No	Sì, 4	60	60-70
TI (SDD)	extraurbano	Medico interno,	No	Sì, 3	100	100



Appendice alla relazione finale

		medico di famiglia				
VD (SDD)	urbano	Medico di famiglia	No	No	135	22
ZH (CDD)	urbano	Medico interno, specialista	Neurologia, psichiatria e psicoterapia (psichiatria e psicoterapia geriatrica)	Sì, 8 unità residenziali assistiti	100	100 (responsabilità principale)

Per l'intervista si è ricorsi a linee guida semistrutturate. Le linee guida sono state elaborate sulla base della tematica, discutendole all'interno del team di progetto e rinunciando al test preliminare per mancanza di risorse.

Le interviste sono state compiute al telefono o personalmente da una delle due collaboratrici scientifiche nel periodo compreso tra febbraio e marzo 2018. Ogni intervista è durata da 30 a 75 minuti circa. Per le interviste in lingua tedesca sono state effettuate delle registrazioni audio successivamente trascritte, quelle in lingua francese sono state opportunamente sintetizzate prendendo degli appunti, senza trascrivere il testo integrale.

2.2 Analisi

L'analisi è stata eseguita utilizzando Atlas.ti (versione 8, ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlino), procedendo da un lato alla codifica tematico-induttiva di tutte le trascrizioni ovvero degli appunti. Due collaboratrici scientifiche hanno creato a tal fine un albero di codifica tematico, che è servito come ausilio per la categorizzazione e la denominazione di diversi temi. La codifica di quattro interviste è stata elaborata dalle due collaboratrici mediante l'albero di codifica, fino a raggiungere l'unanimità. Gli appunti che presentavano delle incertezze sono stati chiariti con il rispettivo intervistatore. Le altre otto interviste sono state codificate da un solo soggetto mediante l'albero di codifica.

Dall'altro si è proceduto ad aggregare, riepilogandole, le risposte alle singole domande di tutte le interviste, creando così una sintesi per ogni singola domanda. L'aggregazione è stata compiuta da una collaboratrice e controllata a campione da una seconda collaboratrice.

Nella sinossi così ottenuta sono presentate la necessità d'intervento e le possibili soluzioni.

3 Risultati

3.1 Problematica e necessità d'intervento (non in ordine di priorità)

- Rispetto alla polimedicazione e ai farmaci potenzialmente inappropriati (PIM) i medici ritengono che vi sia una notevole e urgente necessità d'intervento. Grande importanza riveste la riduzione della quantità di farmaci, anche se l'impiego di PIM – in particolare – è stato già ridotto nel corso dello scorso anno. È



Appendice alla relazione finale

stato fatto notare che talvolta la prescrizione di PIM è necessaria e giustificata, ad esempio in caso di residenti gestibili con difficoltà o di pazienti che versano in altre situazioni complesse. In tal caso si dovrebbe essere consapevoli dei rischi legati all'impiego di PIM e monitorare attentamente la situazione (ad es. controllando l'intervallo QT).

- b. Secondo i medici intervistati, problematiche importanti che hanno contribuito finora all'impossibilità di gestire meglio la polimedicazione e i PIM sono rappresentate da situazioni complesse di residenti colpiti da malattie croniche multiple. Inoltre le possibilità di diagnosi aumentano, i professionisti spesso trattano «l'invecchiamento», con l'intenzione di trattare tutto. Inoltre i medici sono sottoposti a una pressione dovuta ai tempi stretti tale da impedire loro un'osservazione adeguata dei residenti. Secondo gli intervistati, in ospedale i residenti vengono sottoposti a farmacoterapie estese (tendenzialmente conformi alle linee guida e caratterizzate dalla somministrazione di numerosi principi attivi). Anche gli specialisti per le proprie raccomandazioni seguono le linee guida specifiche. Lo stato dell'evidenza farebbe pressione sui medici professionisti, malgrado le linee guida tratte dall'evidenza non siano né armonizzate tra loro né adatto ai pazienti molto anziani e polimorbosi. Una delle difficoltà consisterebbe nello stabilire le priorità fra i farmaci, perché quasi sempre ogni impiego di sostanze attive si ritiene giustificato. È difficile fare un paragone tra queste ultime per stabilire l'importanza delle une rispetto alle altre. È stato inoltre citato il fatto che i medici sarebbero responsabili delle conseguenze cliniche legate alla sospensione di un principio attivo, se tale sospensione è causa di malessere. Inoltre si ha paura di peccare di omissione scegliendo il cosiddetto «sottotrattamento», per questo si preferirebbe agire all'insegna del motto «se non serve a nulla, non fa alcun danno».
- c. L'interazione fra discipline diverse complica la gestione della polimedicazione e dei PIM, ad esempio nel passaggio che il paziente compie quando viene ammesso direttamente da casa o in uscita dall'ospedale. Diverse discipline operano con differenti approcci terapeutici, priorità e linee guida specifiche. Catalogare le raccomandazioni in ordine di priorità può essere un compito impegnativo per i medici generici.
- d. Secondo quanto indicato dai medici, il desiderio di assumere farmaci può contribuire a diffondere la polimedicazione e i PIM. Queste richieste di nuove prescrizioni o di ulteriori prescrizioni di farmaci verrebbero dai residenti o dal personale curante: i primi, ad esempio, desiderano i farmaci (ad es. gli antidolorifici) o non vogliono sospendere un medicinale che gli è stato raccomandato di assumere vita natural durante. I residenti creano in parte un profondo legame personale con i propri farmaci (vedi effetto placebo della benzodiazepina). Il personale curante, dal canto suo, incoraggia ad esempio la prescrizione di un farmaco alternativo per poter contrastare situazioni in fase acuta oppure perché è la via più semplice per affrontare un problema (ad es. un comportamento fastidioso e importuno). I medici sarebbero «tentati» di prescrivere



Appendice alla relazione finale

qualcosa di subottimale. Inoltre ordinare un farmaco all'assistente di ambulatorio è più semplice che organizzare una visita medica in tempi brevi. Spesso la prescrizione di un farmaco ha quindi luogo in maniera eccessivamente facilitata.

- e. Ad ostacolare un corretto processo prescrittivo vi sarebbero sia un'insufficiente conoscenza e sensibilizzazione, sia la mancanza di ausili adeguati per i processi farmacoterapeutici soprattutto nel caso dei PIM. I medici intervistati, e fra loro proprio quelli più giovani, giudicano buono o ottimo il livello di sensibilizzazione, mentre quello della conoscenza viene valutato da pessimo a ottimo. Tale circostanza ha trovato tanto più riscontro nel fatto che alcuni medici non conoscerebbero o non utilizzerebbero i termini «PIM» o «farmaci potenzialmente inappropriati». Secondo i medici intervistati, ausili come la lista Beers o PRISCUS sono poco conosciuti e diffusi.
- f. Secondo gli intervistati l'assistenza prestata ai residenti di case di cura da parte di diversi medici di famiglia, rispetto al sistema che prevede un medico interno, può incidere in modo subottimale sulla collaborazione con il personale curante e sull'assistenza dei residenti: il personale curante, ad esempio, avrebbe molti interlocutori diversi e potrebbe non riuscire a raggiungerli facilmente, mentre i medici di famiglia dovrebbero percorrere lunghi tragitti per giungere a destinazione. La prassi della visita individuale da parte del medico di famiglia può interrompere il lavoro del personale curante e interferire nella programmazione. Inoltre può venire a mancare un piano comune di trattamento («unité de doctrine»).

3.2 Possibili soluzioni (non in ordine di priorità)

- a. Un'importante soluzione, secondo i medici, è rappresentata dalla revisione periodica delle liste dei farmaci individuali. Tale revisione rientrerebbe fra le responsabilità del medico e può essere estesa ulteriormente. Potrebbe avere luogo ad esempio dopo l'ammissione, non appena il residente si è acclimatato e il team di assistenza ha approfondito la sua conoscenza. La revisione può essere attivata anche dal personale curante, facendo un promemoria periodico per i medici e compiendo accertamenti sui farmaci. La revisione dovrebbe aver luogo in maniera sistematica, ad esempio sempre durante la visita insieme al personale curante, e può contemplare il coinvolgimento istituzionalizzato dei farmacisti, ad es. attraverso consulti clinico-farmaceutici periodici.
La revisione potrebbe essere coadiuvata dall'utilizzo di appositi strumenti ausiliari. A tal proposito occorrerebbe sostenere in particolare l'attribuzione di una priorità a determinati farmaci rispetto ad altri. Le reti mediche o i circoli di qualità interprofessionali potrebbero essere maggiormente sfruttati per la trasmissione di informazioni su gruppi di farmaci.
- b. Secondo i medici intervistati l'assistenza medica di base nelle case di cura dev'essere ottimizzata. A ciascun residente va messo a disposizione un medico referente. I residenti non solo vanno assistiti in



Appendice alla relazione finale

base al problema da risolvere (in caso di sintomi acuti), ma visitati periodicamente. A tal fine sarebbe necessario ricorrere anche a un numero maggiore di medici che abbiano una formazione geriatrica.

- c. Inoltre vi è la necessità di far conoscere e implementare ausili per i processi farmacoterapeutici. Tali ausili possono essere supportati da sistemi IT e devono contenere informazioni sui PIM e sulla riduzione dei farmaci. Come già menzionato, occorre diffondere gli ausili per la prioritizzazione dei farmaci e le liste PIM. Per il team curante sarebbe utile disporre di una griglia per la documentazione di importanti indicazioni mediche, ad es. una documentazione comune su ciò che occorre tenere presente di un determinato farmaco o su quando una terapia dev'essere sottoposta a nuova valutazione. Richieste sono anche le banche dati sull'interazione dei farmaci, fermo restando che queste non possono sostituire la competenza personale. Sembra essere importante che gli ausili tengano conto delle esigenze del gruppo target e che nell'elaborazione siano coinvolti esperti a livello pratico e specialistico.
- d. La collaborazione interdisciplinare e interprofessionale andrebbe promossa, in particolar modo con il personale curante ma anche con specialisti, colleghi e farmacisti. Una collaborazione basata sul rispetto e una comunicazione diretta e personale sono considerate importanti per il successo delle cure. I medici dovrebbero essere aperti allo scambio interprofessionale, anche perché le infermiere possiedono spesso soluzioni di trattamento alternative e conoscono da vicino i residenti. Sembra esservi il desiderio da parte dei medici di avere degli interlocutori competenti, vale a dire che gli infermieri devono poter svolgere bene la propria attività di osservazione e rendicontazione; altrettanto apprezzati sono anche i farmacisti competenti. L'interlocutore dovrebbe però poter raggiungere il medico con una certa facilità. Canali e meccanismi di feedback consolidati per una discussione comune sono considerati fattori molto promettenti.
- e. Gli intervistati ritengono altresì che la trasmissione del sapere e la sensibilizzazione dei medici e del personale curante costituiscano degli importanti approcci risolutivi. Ciò riguarderebbe soprattutto i rischi legati ai farmaci, le alternative e l'attenta osservazione dei residenti. Il personale curante dovrebbe essere reso idoneo a partecipare alla valutazione e del monitoraggio sulla sicurezza dei farmaci, accertandone gli effetti collaterali ovvero i nuovi sintomi. Sarebbe importante impiegare consapevolmente meno farmaci possibile, nonché conoscere ed eventualmente considerare le possibili terapie alternative. Bisognerebbe essere attentamente favorevoli alla possibilità di avere una buona terapia e qualità di vita con un numero inferiore di farmaci, anziché aumentarne il consumo, e sapere che anche l'uso delle linee guida può avere dei rischi. I medici avrebbero bisogno di recuperare terreno anche nella capacità di utilizzare gli ausili, come ad esempio il Medication Appropriateness Index.
- Le conoscenze possono essere sviluppate nel team o elaborate all'interno di reti (mediche). Anche le visite compiute in modo condiviso contribuiscono allo scambio di conoscenze e al dialogo di



Appendice alla relazione finale

sensibilizzazione. Un altro interessante strumento a tal fine è il benchmarking, in parte già utilizzato: un benchmarking comparativo tra i medici o le case di cura potrebbe incidere sulla condotta del medico rispetto alle prescrizioni. Tuttavia l'efficacia dipenderebbe al carattere del medico. Per il benchmarking potrebbero servire gli indici dell'accertamento sul fabbisogno di cure (ad es. RAI) o le cifre sul consumo di farmaci.

4 Limitazioni

Obiettivo del sondaggio era registrare attraverso colloqui esplorativi il punto di vista dei medici sulla polimedicazione e sui PIM, ottenendo delle indicazioni su problematiche fondamentali e possibili soluzioni. In questo modo occorrerebbe creare, in aggiunta alle conoscenze esistenti, una base decisionale più ampia per le ulteriori attività in programma. Nell'interpretare i risultati occorre tener conto delle seguenti limitazioni:

La selezione degli intervistati è stata compiuta secondo un approccio pragmatico. Gli intervistati erano in gran parte medici esperti, quindi forse non rappresentativi dell'intera comunità medica. È ipotizzabile che i medici più giovani abbiano ricevuto una formazione approfondita nel campo della medicina geriatrica o che alcuni dei medici in interessati da questo ambito progettuale si siano già confrontati in modo più intensivo con il tema delle interviste. I risultati esposti rispecchiano le opinioni di singole persone, inoltre non è da escludersi che in altre interviste emergeranno ulteriori campi d'intervento o aspetti essenziali.

La tipologia semistrutturata delle interviste racchiude in sé il pericolo che i chiarimenti spontaneamente richiesti dagli intervistatori siano stati influenzati dalle risposte dell'intervistato o da interviste precedenti. Per tale ragione determinati argomenti potrebbero risultare sovrarappresentati nei risultati. Nell'analisi occorre tener presente che gli appunti dei colloqui non sono stati presi seguendo uno schema unitario. È pertanto possibile che le interviste in lingua tedesca trascritte letteralmente abbiano contribuito in misura maggiore alla rappresentazione dei risultati rispetto agli appunti in lingua francese. Le impressioni personali degli intervistatori potrebbero aver portato a conclusioni soggettive nell'ambito dell'analisi. Per minimizzare questo effetto, è stata coinvolta nell'analisi una persona aggiuntiva che non ha compiuto alcuna intervista.

I risultati vanno intesi come esplorazione e, sulla base delle precedenti argomentazioni, non hanno alcuna pretesa di esaustività, rappresentatività o generalizzazione.