CURAVIVA

Società Svizzera dei Farmacisti
pharmaSuisse

Guida «Approvvigionamento di medicamenti nelle case di cura»

La guida fornisce una panoramica dei compiti e delle responsabilità in relazione all'approvvigionamento di medicamenti negli istituti di cura, sia con riferimento ai farmacisti che nell'ambito del personale dell'istituto di cura stesso. Inoltre, viene dato uno sguardo alle alternative non medicamentose, nonché a progetti di ricerca e attuazione attuali.

Contenuto

1. Ruoli dei farmacisti e dei loro team 2

1.1 Leggi, direttive e norme 2

1.2 Approvvigionamento di medicamenti 2

1.3 Fornitura dei farmaci 5

1.4 Distruzione dei medicamenti non utilizzati 5

1.5 Difficoltà di approvvigionamento 6

1.6 Servizi farmaceutici estesi 6

1.7 Sicurezza della farmacoterapia, polifarmacia e medicamenti potenzialmente inadeguati 7

1.8 Farmacoterapia potenzialmente inadeguata 8

2. Sominstrazione e gestione dei medicamenti da parte del personale curante 9

2.1 Competenze operative dei professionisti della salute 9

2.2 Evitare confusioni 9

2.3 Prescrizioni, guidelines, standard, direttive nella gestione di medicamenti interni dell'azienda 10

2.4 Visita e colloqui interprofessionali in merito alla farmacoterapia 10

3. Dimensione non medicamentosa delle cure e dell'assistenza 11

4. Progetti di ricerca e di attuazione 12

4.1 Indicatori medici della qualità 12

4.2 Programma nazionale di implementazione – miglioramento della qualità basato sui dati nelle cure di lungodegenza (NIP-Q-UPGRADE) 12

4.3 Programma nazionale di ricerca «Assistenza sanitaria» (PNR 74) 13

5. Fonti 13

1. Ruoli dei farmacisti e dei loro team

1.1 Leggi, direttive e norme

Le forme organizzative dell'approvvigionamento di medicamenti nelle cure di lungodegenza rientrano nell'ambito di responsabilità dei Cantoni. Manca un quadro chiaro (cantonale, federale) della legislazione su medicamenti e sistemi di approvvigionamento. La Legge sugli agenti terapeutici (LATer), la Legge sugli stupefacenti (LStup) e le relative ordinanze, nonché l'Ordinanza sull'autorizzazione dei medicamenti (OA-Med) costituiscono i fondamenti giuridici nel campo delle cure di lungodegenza. Al contempo, esistono varie raccomandazioni volte a garantire l'approvvigionamento di medicamenti e la sicurezza della farmacoterapia.[1]

1.2 Approvvigionamento di medicamenti

L'approvvigionamento di medicamenti nelle case per anziani segue di norma uno dei seguenti due modelli: il tipo «ambulatoriale» o il tipo «ospedaliero», che vengono descritti brevemente qui di seguito.

Il modello di approvvigionamento «ambulatoriale»: nell'ambito del sistema «ambulatoriale», i medicamenti vengono acquistati su prescrizione medica specifica per ciascun paziente. Ciò significa che, ogni residente dispone delle proprie confezioni di medicamenti. In teoria, vige la libera concorrenza tra i fornitori, i quali possono essere farmacie pubbliche, studi medici nella zona di dispensazione diretta o farmacie ospedaliere, considerando anche che spesso la situazione geografica gioca un ruolo importante. A tale proposito deve essere presa in considerazione anche la libera scelta del luogo di acquisto dei medicamenti per i pazienti, che in molti Cantoni è stabilita per legge.

Se i medicamenti vengono acquistati tramite una farmacia pubblica, quest'ultima convalida la ricetta e, di norma, fattura i medicamenti acquistati secondo il contratto di assicurazione individuale e la remunerazione basata sulle prestazioni (RBP). In caso di dispensazione diretta, la fatturazione avviene analogamente tramite lo studio medico con riferimento al singolo paziente. Le prestazioni per l'istituto – ad es. ispezioni annuali dei reparti, corsi di formazione e servizi clinico-farmaceutici – devono essere concordate in modo personalizzato con il singolo istituto e fatturate di conseguenza.

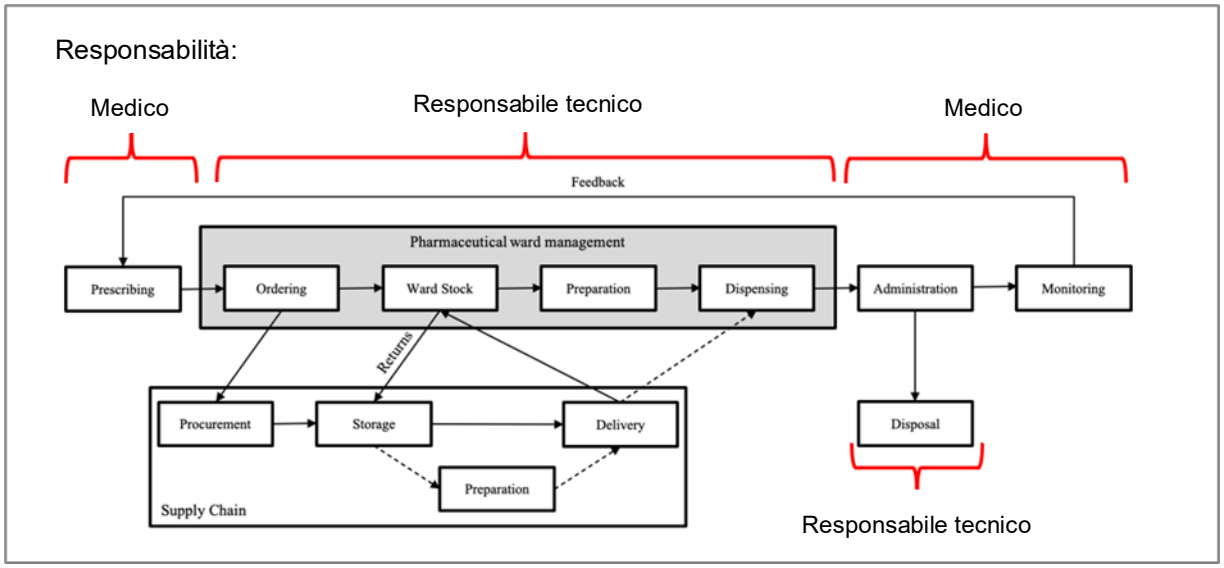
Di norma, l'istituto non dispone di un'autorizzazione (autorizzazione per il commercio al dettaglio o autorizzazione a gestire una farmacia all'interno dell'istituto). Nel modello ambulatoriale, la responsabilità del processo di medicazione all'interno dell'istituto non spetta a un responsabile tecnico, ad es. al/alla farmacista. Di conseguenza, l'istituto è responsabile dell'organizzazione del processo di medicazione e della sua mappatura nell'ambito di un sistema di gestione della qualità.

La possibilità di gestire una farmacia di emergenza è disciplinata in modo differente dai vari Cantoni. Alcuni Cantoni prescrivono un'assistenza farmaceutica consiliare.

[1] Ad esempio: Règles de bonnes pratiques de remise de médicaments [Regole per una buona prassi della dispensazione di medicamenti] (Association des pharmaciens cantonaux, APC, 2009), Directives du Service de la santé publique concernant l'utilisation des médicaments dans les institutions [Direttive per i medici che esercitano presso case per anziani medicalizzate] (Canton du Valais, 2019).

Il modello di approvvigionamento «ospedaliero»: i medicamenti prescritti dai medici vengono stoccati a livello centrale e non in modo specifico per ciascun paziente. L'istituto necessita quindi di un'autorizzazione cantonale, in base al rispettivo Cantone sotto forma di autorizzazione per il commercio al dettaglio o di autorizzazione a gestire una farmacia all'interno dell'istituto. Un responsabile tecnico – secondo la rispettiva legislazione cantonale un medico o un/una farmacista – dirige la farmacia. L'istituto è soggetto alla vigilanza da parte delle autorità cantonali. Il responsabile tecnico è responsabile dell'intero processo di medicazione dell'istituto – rispettivamente della sua organizzazione –, ad eccezione dei sottoprocessi di prescrizione, somministrazione e monitoraggio, che rientrano nell'ambito di responsabilità dei medici (e, in parte, possono essere delegati agli infermieri).

Per quanto concerne **le responsabilità del processo di medicazione**, la seguente rappresentazione secondo Mozzetti (2020) fornisce una panoramica:



Il responsabile tecnico è responsabile del sistema di gestione della qualità (QMS). Alcuni punti di riferimento in relazione ai necessari capitoli del QMS sono indicati nelle regole della buona pratica di dispensazione dell'Associazione dei farmacisti cantonali (Association des pharmaciens cantonaux, ACP, 2009).

Dato che gli ordini e le consegne non vengono effettuati in modo specifico per singolo paziente, l'istituto può ricevere forniture da grossisti, direttamente dalle industrie farmaceutiche, da una farmacia pubblica, da un ospedale o da un servizio di acquisto centrale. La fatturazione dettagliata viene effettuata dall'istituto, mentre la remunerazione viene corrisposta sotto forma di forfait. I costi interni sono a carico dell'istituto e lo stesso vale per la collaborazione con il responsabile tecnico competente.

La collaborazione con i farmacisti come responsabili tecnici è organizzata in diversi modi. Il compenso viene corrisposto sotto forma di salario orario, di forfait o nell'ambito di un'assunzione. La collaborazione viene definita in un contratto, parti integranti del quale sono, da un lato, un elenco degli obblighi e, dall'altro lato, la definizione dell'autorità professionale del responsabile tecnico che, idealmente, viene rappresentata anche nell'organigramma dell'istituto.

Di norma, l'organizzazione della collaborazione e del sistema di gestione della qualità non è presente con il necessario grado di dettaglio nelle direttive cantonali. In tali casi si raccomanda di ricorrere alle regole

della buona pratica di dispensazione e ai documenti di posizione rilevanti (vedi sotto). Nel documento di posizione P002 «Aufgaben und Verantwortlichkeit der Fachtechnisch verantwortlichen Person (FvP) einer Institution im Bereich der Heilmittel» [Compiti e responsabilità del responsabile tecnico di un istituto nel campo degli agenti terapeutici] sono indicati i requisiti nei confronti del responsabile tecnico. Il documento contiene inoltre un modello di contratto.

In genere, si presuppone una presenza regolare del responsabile tecnico all'interno dell'istituto. Le raccomandazioni di best practice per la creazione di un sistema di gestione della qualità sono descritte nel documento di posizione P006 «Anforderungen an die Qualitätssicherung in Betrieben» [Sistema di gestione della qualità nelle imprese].

Dato che le regolamentazioni nei vari Cantoni sono differenti, è necessario consultare di volta in volta le direttive regionali e tenerle in considerazione in fase di organizzazione del sistema di gestione della qualità. Il Canton Lucerna, ad esempio, richiede anche in caso di stoccaggio specifico per singolo paziente un'autorizzazione a gestire una farmacia all'interno dell'istituto qualora i medicamenti relativi al singolo paziente siano stoccati centralmente.

L'Associazione dei farmacisti cantonali ha redatto una serie di documenti di posizione sull'assistenza farmaceutica negli istituti di cura i quali possono essere utilizzati per l'organizzazione dell'approvvigionamento di medicamenti. Il seguente riepilogo riporta i documenti di posizione essenziali, ma senza alcuna pretesa di completezza:

A. Elenco dei documenti di posizione dell'Associazione dei farmacisti cantonali (KAV-AFC) rilevanti per l'assistenza farmaceutica negli istituti *(in lingua tedesca e francese)*:

1) Regeln der Guten Abgabepraxis für Heilmittel GAP V01, 14.09.2009 / Règles de bonnes pratiques de remise de médicaments V01, 14.09.2009
2) P0006 Anforderungen an die Qualitätssicherung in Betrieben V01, 29.10.2015 / Interprétation technique 0006 – Système d'assurance de qualité dans les entreprises V01, 29.10.2015
3) P0024 Lagerung von Heilmitteln: Überwachung der vorgegebenen Temperaturen V01, 16.11.2022 / P0024 – Stockage de produits thérapeutiques: surveillance des températures prescrites V01, 29.06.2023
4) P0019 Umgang mit Arzneimitteln in Spitälern und Institutionen mit Fokus auf das Stationsmanagement V01, 10.11.2020 / P0019 – Gestion des médicaments dans les hôpitaux et les institutions en mettant l'accent sur la gestion dans les unités de soins V01, 10.11.2020
5) P0007 Empfehlungen zum Off label use von Arzneimitteln V02, 01.06.2016

B. Elenco dei documenti di posizione dell'Associazione dei farmacisti della Svizzera nordoccidentale e centrale (KAV-AFSNC) rilevanti per l'assistenza farmaceutica negli istituti *(solo in lingua tedesca)*:

1) P 002.02 Aufgaben und Verantwortlichkeit der fachtechnisch verantwortlichen Person (FvP) einer Institution im Bereich der Heilmittel V02, 23.05.2016
2) H 013.01 Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln aus einer "Notfallapotheke" in Schulen, Betrieben (z.B. Hotels, Ladengeschäften), Ferienlagern, Vereinen etc. V01, 08.09.2014

1.3 Fornitura dei farmaci

La fornitura dei farmaci avviene tramite dispenser riutilizzabili o monouso, manualmente, in modo semiautomatico (ad es. tramite codice a barre) o automatico (ad es. blister tubolari) presso la struttura o in farmacia, per uno o più giorni.

Negli ultimi anni, per quanto concerne l'organizzazione si è delineato un «task-shifting» (cessione di compiti a un altro gruppo professionale) o un «task-splitting» (ripartizione dei compiti): se prima negli istituti i medicamenti venivano somministrati principalmente da infermieri e operatori sociosanitari, ora viene impiegato sempre più personale farmaceutico. Può trattarsi di Assistenti di farmacia AFC all'interno dell'istituto (a livello centrale nella farmacia dell'istituto o decentrato nei reparti) oppure nella farmacia stessa.

Per i residenti lungodegenti, di norma i costi del confezionamento in blister sono a carico dell'istituto, almeno secondo l'attuale remunerazione basata sulle prestazioni (RBP IV). Inoltre, l'Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali (GSASA) ha elaborato una guida sulla gestione farmaceutica dei reparti che è disponibile su richiesta presso la GSASA.

Le diverse opzioni per la messa a disposizione presentano differenti vantaggi e svantaggi ed è opportuno che il responsabile tecnico ne discuta in modo approfondito con l'istituto considerando le esigenze concernenti l'organizzazione del processo di medicazione, il mix di competenze e grado del personale, gli aspetti economici, nonché l'efficienza e la sicurezza.

1.4 Distruzione dei medicamenti non utilizzati

Secondo le linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization, WHO), i medicamenti non utilizzati devono essere distrutti (cfr. WHO, 1999). Stabilire le modalità per la distruzione spetta ai Cantoni e vi sono differenze tra i vari Cantoni (Ordinanza sui rifiuti – OPSR, art. 13).

Con riferimento alle case di cura e per anziani, non esiste un'esplicita regolamentazione a livello federale riguardo alla gestione dei medicinali prescritti a un/una residente, ma non utilizzati a seguito di un cambiamento del trattamento, della scadenza del periodo di validità o di decesso del/della paziente. In una presa di posizione, l'Associazione dei farmacisti cantonali (Association des pharmaciens cantonaux, APC) spiega *che «les médicaments propres aux patients sont la propriété du patient (même dans le cas de personnes décédées) et ne peuvent être transmis sans consentement explicite. Ils ne peuvent pas non plus être remis à des proches, car le médecin les a prescrits au patient en tenant compte de sa maladie (sauf médicaments en vente libre)»*[2] (APC, 2020, cf. 9. Retours de médicaments). Gestire la restituzione dei medicamenti è compito del/della farmacista responsabile all'interno della casa di cura o per anziani.

Nell'ambito delle loro competenze legislative, alcuni Cantoni stabiliscono le responsabilità per i medicamenti non utilizzati negli istituti di cura, come ad esempio il Canton Vaud: *«les médicaments prescrits nominativement pour des patients et non utilisés en raison d'un changement de traitement, de décès ou de*

[2] [«i medicamenti dei pazienti (anche deceduti) sono di loro proprietà e non possono essere ceduti ad altri senza il loro esplicito consenso. Non è nemmeno consentito cederli a familiari, in quanto il medico li ha prescritti al/alla paziente tenendo in considerazione la sua malattia (ad eccezione dei farmaci a vendita libera)»]

péremption sont restitués au pharmacien fournisseur»[3] (cf. Règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le Canton de Vaud, art. 30 al.6).

1.5 Difficoltà di approvvigionamento

Nel contesto di una carenza a livello mondiale di determinati medicamenti (cfr. UFSP, 2023), i team delle farmacie sono quotidianamente alla ricerca di alternative a farmaci usuali momentaneamente non disponibili o a farmaci di nuova prescrizione. L'alternativa trovata può rendere necessario un adeguamento nel trattamento, ad esempio un cambiamento della classe di antiipertensivo o della forma di somministrazione dell'antidolorifico. In tali casi è necessaria una collaborazione con il team addetto alle cure e il medico curante, al fine di garantire la sicurezza del/della paziente.

Le difficoltà di approvvigionamento rappresentano non solo una problematica di carattere logistico, ma anche un rischio per la sicurezza della medicazione dal momento che i continui cambiamenti concernenti i prodotti, le forme di somministrazione e i dosaggi aumentano il rischio di errori. Un/una farmacista, in qualità di referente, può sgravare il personale specializzato dell'istituto incaricato della gestione della medicazione ed effettuare gli accertamenti con i medici.

1.6 Servizi farmaceutici estesi

Diverse pubblicazioni hanno mostrato che servizi farmaceutici estesi, che vadano al di là della semplice consegna di medicamenti, possono aumentare la sicurezza della medicazione. La collaborazione interprofessionale è un fattore determinante per un processo di medicazione sicuro.

Per questo le attività di personale farmaceutico specializzato all'interno degli istituti stessi stanno assumendo sempre più importanza. Tali attività comprendono compiti logistici estesi (ordini, stoccaggio, controllo delle date di scadenza, controllo degli stupefacenti ecc.), nonché servizi clinico-farmaceutici, ivi inclusi i corsi di formazione. Questo aspetto è sottolineato dal documento di posizione «Gestion des médicaments dans les hôpitaux et les institutions en mettant l'accent sur la gestion des unités de soins» [Gestione dei medicamenti negli ospedali e negli istituti, con focalizzazione sulla gestione nelle unità di cura] (APC, 2020). L'Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali (GSASA) ha redatto una guida di accompagnamento «Direttive per la gestione dei farmaci delle unità di cura» disponibile su richiesta.

Mentre i servizi clinico-farmaceutici – come la riconciliazione sistematica dei medicamenti nelle interfacce (Materiali per i pazienti, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera, s.d.) e le analisi della medicazione (La sécurité de la médication en EMS, Fondation Sécurité des patients Suisse, s.d.) – con il coinvolgimento di farmacisti nel team interprofessionale, sono affermati negli ospedali acuti, nel settore delle cure di lungodegenza si sviluppano con una certa lentezza. Una delle principali problematiche a tale riguardo è la remunerazione di tutti i gruppi professionali coinvolti.

Nei Cantoni di Friburgo, Vallese e Vaud esiste già da molti anni un'innovativa collaborazione tra personale addetto alle cure, medici e farmacisti. Tale collaborazione ha prodotto non solo un effetto di

[3] [«i medicamenti prescritti nominalmente ai pazienti che non vengono utilizzati per un cambiamento del trattamento, il decesso del/della paziente o la scadenza del periodo di validità vanno restituiti al/alla farmacista che li ha forniti»]

risparmio sui costi, ma anche miglioramenti per quanto concerne la sicurezza ed efficacia delle terapie. Il/La farmacista responsabile per l'istituto ne analizza il consumo annuale di medicamenti e, attraverso un rapporto annuale, fornisce raccomandazioni per il miglioramento delle terapie. Tale rapporto funge da base per l'organizzazione di circoli di qualità interprofessionali con rappresentanti dei tre gruppi professionali al fine di migliorare la sicurezza ed efficacia delle terapie all'interno dell'istituto. Questi progetti cantonali comprendono anche l'organizzazione di giornate di aggiornamento continuo interprofessionale, nelle quali vengano trasmesse e attuate raccomandazioni per migliorare la qualità delle terapie.

1.7 Sicurezza della farmacoterapia, polifarmacia e medicamenti potenzialmente inadeguati

A causa di cambiamenti psicologici, le persone anziane sono particolarmente soggette a problemi correlati ai medicamenti. Una riduzione della funzione renale, ad esempio, può causare un aumento della concentrazione di principi attivi nel corpo e, di conseguenza, effetti collaterali indesiderati e interazioni farmacologiche.

Nel 2016, Tox Info Suisse ha ricevuto 500 chiamate da case per anziani, concernenti per la maggior parte casi di confusione tra farmaci ed errori di dosaggio (Alder, 2017). La complessità e l'ampiezza dei piani terapeutici portano il personale infermieristico ai limiti delle proprie capacità, aumentando i rischi correlati alla farmacoterapia.

Qui di seguito viene analizzata la sicurezza della farmacoterapia nelle cure di lungodegenza da diversi punti di vista, tra cui la polifarmacia e la farmacoterapia potenzialmente inadeguata (FPI).

Polifarmacia

Nella letteratura, la polifarmacia viene definita unanimemente come assunzione contemporanea di almeno cinque medicamenti cronici (Masnoon et al., 2019). Essa riguarda in particolare i pazienti geriatrici, in quanto la polifarmacia aumenta con l'avanzare dell'età parallelamente alla multimorbilità. A partire dai 60 anni, il 50% della popolazione soffre di almeno tre malattie croniche. Tra i pazienti svizzeri con più di 85 anni, oltre l'85% è affetto da polimorbidità.

Il 20% della popolazione soffre di cinque o più comorbidità (Boudon et al., 2017). Da un caso ipotetico è emerso che la terapia, conforme alle direttive, di una persona in età geriatrica che soffra di cinque tipiche malattie della terza età, comporta l'assunzione di dodici diversi medicamenti (Breil, 2016). Il numero di potenziali interazioni aumenta esponenzialmente insieme al numero di medicamenti. Per questo ogni medicamento aggiuntivo aumenta il rischio di effetti collaterali dell'8,6% (Viktil, 2007).

Secondo uno studio sulla prescrizione di medicamenti a persone con più di 65 anni che nel 2016 erano assicurate presso Helsana, la quota di persone con polifarmacia era pari all'85,5% dei residenti delle case di cura o per anziani. Ciò corrisponde a una media di 9,3 medicamenti al giorno – cioè ca. 4 in più rispetto alla popolazione di ultra 65enni che vivono a casa (Schneider et al., 2019).

Tale differenza può essere spiegata attraverso diverse cause:

1) la multimorbilità, che è più frequente nei pazienti di case di cura o per anziani (e spesso è il motivo dell'ingresso);

2) prescrizioni a cascata, cioè nuovi medicamenti vengono prescritti per contrastare i gli effetti collaterali dei medicamenti originariamente prescritti (Locca et al., 2008);

3) prescrizioni contro patologie acute, che dovrebbero essere sospese, ma vengono mantenute anche dopo la fine della fase acuta (Leendertse, 2013);

4) più possibilità di prescrivere medicamenti indicati per la prevenzione primaria e secondaria (Haefeli, 2011);

la polifarmacia non resta senza conseguenze per il paziente e aumenta in particolare il rischio di ricoveri ospedalieri a causa di effetti collaterali (Wastesson et al., 2023).

1.8 Farmacoterapia potenzialmente inadeguata

Per migliorare la sicurezza del trattamento, sono stati creati elenchi di medicazioni potenzialmente inadeguate (FPI) (Holt, 2010). La lista Priscus (Germania) e la lista Beers (Stati Uniti) contengono medicamenti che dovrebbero essere evitati nelle persone anziane. Esistono anche altri elenchi come la lista NORGEP-H (Norvegia) o i criteri STOPP/START (Irlanda). I medicamenti inadeguati hanno un rapporto vantaggirischi sfavorevole e dovrebbero pertanto essere sostituiti con alternative più sicure. La prescrizione di medicamenti potenzialmente inadeguati può avere notevoli conseguenze negative, tra cui l'insorgenza di disturbi cognitivi, confusione mentale e vertigini, nonché il rischio di cadute.

Uno studio con dati di Helsana ha evidenziato che il 22,5% delle persone con più di 65 anni trattate ambulatorialmente, ha ricevuto almeno una FPI (Reich et al., 2014). Da un altro studio con più di 2000 persone ultra 70enni, affette da più di 3 malattie e che assumevano più di cinque medicamenti è risultato che l'86% di loro assumeva medicamenti potenzialmente inadeguati, con una media di 2,75 FPI per persona (Blum et al., 2021).

Bisogna partire dal presupposto che la quota di FPI nelle case di cura e per anziani sia ancora più elevata. Secondo dati di Helsana, in Svizzera nel 2016 al 79,1% dei residenti di case di cura e per anziani è stato prescritto almeno una volta un medicamento potenzialmente inadeguato. Ancora più preoccupante è il fatto che la ripetuta prescrizione di medicamenti inadeguati è stata osservata almeno tre volte per più della metà dei residenti di case di cura e per anziani (Schneider et al., 2019). Uno studio del 2018 ha analizzato le dosi giornaliere di FPI (Defined Daily Dose, DDD) assunte da residenti di case di cura e per anziani. Ne è emerso che la quota dei FPI era pari a quasi un terzo del totale delle dosi di medicamenti assunte quotidianamente (Cateau et al., 2021). Oltre alla polifarmacia, le prescrizioni di medicamenti potenzialmente inadeguati sono considerate il fattore di rischio principale dei problemi associati a farmaci (Leendertse et al., 2013). Esse possono aumentare la mortalità e la morbilità, ma anche avere effetti negativi sui costi del sistema sanitario (Breil, 2016). Si stima che il 20% dei costi del sistema sanitario evitabili siano riconducibili a eccesso di trattamento (Barber, 2009).

2. Sominstrazione e gestione dei medicamenti da parte del personale curante

2.1 Competenze operative dei professionisti della salute

Le competenze operative dei professionisti della salute formati nella gestione dei medicamenti sono chiaramente regolamentate e documentate nei relativi Piani di formazione (Operatrice sociosanitaria /operatore sociosanitario AFC, Operatrice/operatore socioassistenziale AFC Assistenza agli anziani e programma quadro d'insegnamento Cure infermieristiche SSS).

Gli/Le infermieri/e diplomati/e a livello di scuola specializzata superiore (SSS)/scuola universitaria professionale (SUP) sono tra gli altri responsabili specializzati dell'esecuzione di mansioni medico-tecniche loro delegate sulla base di una prescrizione medica. Le competenze operative a livello di AFC (attestato federale di capacità) comprendono la preparazione e la somministrazione di medicamenti.

Alcune aziende affidano ai propri collaboratori la responsabilità per atti medico-tecnici anche se dal punto di vista meramente formale non sono qualificati in materia. In questo contesto rientra pure la gestione di medicamenti.

Affinché la situazione giuridica sia inequivocabile, i collaboratori devono essere impiegati nel quadro delle competenze che hanno acquisito durante formazioni regolamentate e riconosciute in Svizzera o all'estero.

Delegare ed eseguire atti medico-tecnici non appresi nel corso di una formazione regolamentata è illegale. Gli istituti che si basano solamente su corsi di perfezionamento si muovono in una zona d'ombra giuridica, anche se il perfezionamento è stato compiuto in un corso di perfezionamento presso un operatore della formazione. Ciò vale pure quando l'ampliamento delle competenze è accompagnato da misure fiancheggiatrici.

Le direzioni dei settori sono responsabili dell'attribuzione delle competenze. Se la direzione del settore non agisce in conformità con la legge, la direzione dell'istituto o il gestore dell'istituto sono responsabili.

Sul sito Web di ARTISET (s.d.) sono documentati informazioni specializzate e strumenti di lavoro sul tema «Ampliamento delle competenze nelle procedure di tecnologia medica» (in tedesco e francese).

2.2 Evitare confusioni

Sono assolutamente da evitare le confusioni, CURAVIVA raccomanda dunque sempre di applicare **la regola delle 6G** durante la preparazione, la distribuzione e la somministrazione di medicamenti:

1. Giusto/a paziente
2. Giusto medicamento
3. Giusto dosaggio (o giusta concentrazione)
4. Giusta applicazione (pure tipo di applicazione)
5. Giusta ora (giusto momento)
6. Giusta documentazione

2.3 Prescrizioni, guidelines, standard, direttive nella gestione di medicamenti interni dell'azienda

Per la gestione dei medicamenti nelle case di cure per anziani valgono direttive rigide per tutto il personale sanitario tramite prescrizioni interne dell'azienda.

Quale esempio di un indice di una direttiva interna (VIVA Lucerna SA, 2013) si possono elencare i contenuti seguenti:

1. Introduzione con obiettivi, campo d'applicazione e qualificazioni necessarie
2. Definizione di medicamenti
3. Prassi dell'Ordinanza sui medicamenti
4. Documentazione
5. Ordinazione di medicamenti
6. Conservazione di medicamenti in reparto
7. Conservazione di stupefacenti in reparto
8. Controllo e pulizia dell'armadietto dei medicamenti compreso il comparto per gli stupefacenti
9. Preparazione di medicamenti
10. Controllo dei medicamenti preparati
11. Somministrazione di medicamenti
12. Procedura in caso di irregolarità, somministrazioni errate
13. Letteratura
14. Allegato dei documenti pure vigenti:
    a) Notifica di incidente nella gestione di medicamenti
    b) Notifica di unità mancanti dei medicamenti
    c) Preparare e controllare il foglio di controllo dei medicamenti
    d) Prescrizioni per la conservazione di medicamenti una volta aperta la confezione
    e) Controlling nella gestione di medicamenti

Le prescrizioni si rifanno alla Legge federale sugli stupefacenti, all'Ordinanza sui medicamenti, alla raccolta sistematica delle leggi dei cantoni e alle regole dell'Associazione dei farmacisti cantonali relative alla buona pratica della dispensazione di medicamenti.

2.4 Visita e colloqui interprofessionali in merito alla farmacoterapia

Oltre all'osservanza delle qualificazioni necessarie e delle prescrizioni aziendali nella gestione di medicamenti, un ruolo importante spetta alla comunicazione tra servizio medico e servizio di cure infermieristiche. La collaborazione interprofessionale e il dialogo inerente alla farmacoterapia fanno parte delle responsabilità di entrambi i gruppi professionali. La qualità di vita dei residenti dipende in modo determinante da una farmacoterapia ottimale.

3. Dimensione non medicamentosa delle cure e dell'assistenza

La cura e l'assistenza di persone bisognose di assistenza nelle case di cura per anziani sono strettamente legate al mantenimento e alla promozione della qualità di vita individuale dei residenti. CURAVIVA ha sviluppato un concetto di qualità di vita che evidenzia le molteplici dimensioni della qualità di vita. L'assistenza e la cura si orientano dunque alla persona, alle sue esigenze e ai suoi desideri e tenendoli in considerazione ponderano i singoli provvedimenti (CURAVIVA Svizzera, 2014).

Gli approcci e le forme terapeutiche non medicamentose per incrementare il benessere, la salute e la partecipazione alle attività della vita quotidiana costituiscono negli istituti di cura odierni degli elementi importanti nella quotidianità delle cure e dell'assistenza. In tale contesto si pensi alla fisioterapia, alla terapia di attivazione o all'ergoterapia, al sostegno psicologico e a quello spirituale. Per aumentare la qualità di vita vengono altresì impiegate tra le altre la musicoterapia, l'aromaterapia, gli impacchi e la cinestetica. Un ulteriore settore tematico è costituito da provvedimenti relativi alla costruzione e all'architettura d'interni che strutturano l'ambiente fisico delle persone bisognose di assistenza in maniera accogliente e corrispondente alle loro esigenze. Un esempio è l'impiego di concetti di luce specifici che stimolano il ritmo naturale giorno-notte dei residenti.

L'adozione di approcci non medicamentosi e impiego di terapie non medicamentose sono di grande importanza soprattutto per le persone affette da demenza, le quali spesso presentano un comportamento problematico che viene descritto con l'espressione «sintomatologia psichica e comportamentale associata alla demenza» o, in inglese, «behavioral and psychological symptoms of dementia» (BPSD). Ansia, agitazione, depressione e aggressività ne sono alcuni esempi. L'impiego prioritario di misure non medicamentose nella gestione di sintomi non cognitivi è generalmente riconosciuto nel mondo scientifico. Dato che l'insorgenza della BPSD è multifattoriale, i fattori scatenanti sistematici possono essere localizzati nella persona con BPSD stessa, in chi la assiste o nel suo ambiente. A questo proposito è utile la diagnostica cognitiva per approfondire le cause e i fattori scatenanti del comportamento. Per quanto concerne le misure non medicamentose, analogamente ai fattori rilevanti è possibile suddividerle in misure rivolte direttamente alla persona con BPSD, volte e modificare l'ambiente (ad es. evitando un eccesso di stimoli e compiti, stabilendo un ritmo giornaliero) o concernenti le persone addette all'assistenza (ad es. formazione nella comunicazione con le persone con demenza, procedure strutturate per la risoluzione dei problemi, diagnostica cognitiva, discussioni di casi). La guida «Évaluation et traitement des symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence» [Valutazione e terapia di sintomi comportamentali e psicologici nelle persone affette da demenza] (CURAVIVA Suisse 2021; in tedesco e francese, attualmente in fase di rielaborazione) contiene non solo aiuti per un modo di procedere strutturato nell'accertamento e nel trattamento della BPSD, ma anche un riepilogo delle misure non medicamentose più frequentemente adottate per le persone con BPSD, nonché dell'evidenza scientifica esistente.

4. Progetti di ricerca e di attuazione

4.1 Indicatori medici della qualità

Sulla base dell'art. 59a della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), gli istituti di cura della Svizzera sono tenuti a comunicare alle competenti autorità federali i dati di cui necessitano per vigilare sugli indicatori medici di qualità (IMQ).

La misurazione degli IMQ è il risultato di una preparazione pluriennale. Facendo parte di una commissione interdisciplinare e interprofessionale, CURAVIVA è stata coinvolta in questo processo in modo determinante.

Dal 2019, vengono rilevati a livello svizzero sei IMQ in quattro campi: malnutrizione, contenzioni fisiche, polifarmacia, dolore. Ulteriori informazioni sono contenute nelle schede informative relative ai singoli IMQ che sono disponibili sul sito Web di CURAVIVA (vedi CURAVIVA, s.d.). Il tema dell'approvvigionamento di medicamenti viene trattato in particolare nella scheda informativa «polifarmacia».

L'Ufficio federale di statistica (UST) raccoglie i dati e li mette a disposizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), il quale nel 2022 ha iniziato a pubblicare i primi dati (2019/2020). Nel febbraio 2024, l'UFSP ha pubblicato per la prima volta i dati a livello delle aziende (2021; vedi UFSP, 2024). L'UFSP prevede di pubblicare i dati con cadenza annuale.

4.2 Programma nazionale di implementazione – miglioramento della qualità basato sui dati nelle cure di lungodegenza (NIP-Q-UPGRADE)

Il programma nazionale (NIP-Q-UPGRADE) sostiene attivamente le case di cura e per anziani, nello sviluppo continuo della qualità delle cure sulla base di dati solidi. Gli indicatori di qualità rafforzano la qualità delle cure in modo duraturo, aumentando il benessere dei residenti. Il programma è focalizzato sugli IMQ misurati a livello nazionale. Il programma viene attuato sulla base di approcci scientifici.

ARTISET, con l'associazione di categoria CURAVIVA e senesuisse, ne hanno assunto la direzione generale su incarico della Commissione federale per la qualità (CFQ). L'attuazione ha preso il via nel febbraio 2023 e avviene in stretta collaborazione con l'Istituto di Infermieristica (INS, direzione scientifica del programma) dell'Università di Basilea, l'Institut et Haute École de la Santé La Source (La Source) e la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI). Inoltre, esperti nel campo dell'implementazione degli IMQ seguono la fase di attuazione e supportano l'affermazione a livello nazionale dei risultati del programma.

Nell'ambito di NIP-Q-UPGRADE vengono sviluppate, in collaborazione con le aziende, soluzioni sostenibili per la prassi. In tale contesto, l'attenzione è focalizzata sui seguenti obiettivi:

- miglioramento della qualità dei dati;
  - valutazione e adeguamento dei processi di registrazione e gestione dei dati attraverso il dialogo;
- supporto alla qualità delle cure;
  - sviluppo congiunto di misure efficaci, utilizzabili dalle aziende per sviluppare e migliorare la propria qualità sulla base dei dati;

- integrazione dei nuovi Indicatori;
  - analisi dei nuovi indicatori per lo sviluppo della qualità delle cure e preparazione della loro introduzione.

4.3 Programma nazionale di ricerca «Assistenza sanitaria» (PNR 74)

Nel presente contesto è interessante in particolare il progetto di ricerca «I circoli di qualità interprofessionali migliorano la gestione della medicazione nelle case di cura e per anziani» del programma nazionale di ricerca PNR 74 «Assistenza sanitaria», nel frattempo terminato: obiettivo di questo studio era lo sviluppo e la convalida di un approccio interprofessionale alla deprescrizione che consenta di ottimizzare la farmacoterapia dei residenti di case di cura e per anziani. Gli effetti di tale approccio sulla farmacoterapia, nonché sullo stato di salute generale e la qualità della vita dei residenti sono stati valutati. I dettagli del progetto e dei risultati della ricerca sono disponibili sul relativo sito Web (FNS, senza anno).

5. Fonti

ARTISET (s.d.). Formation: Extension des compétences médico-techniques (informations spécialisées et instruments de travail) (8.5.2025).

Association des pharmaciens cantonaux (APC, 2009). Règles de bonnes pratiques de remise de médicaments (8.5.2025).

Association des pharmaciens cantonaux (APC, 2020). Gestion des médicaments dans les hôpitaux et les institutions en mettant l'accent sur la gestion des unités de soins (8.5.2025).

Alder, K. (2017). Vergiftungsrisiko in Altersheimen steigt, in NZZ am Sonntag vom 29. Januar 2017 (8.5.2025).

Barber, ND. et al. (2009). Care homes' use of medicines study: prevalence, causes and potential harm of medication errors in care homes for older people. In Qual Saf Health Care. 2009 Oct;18(5):341-6. doi: 10.1136/qshc.2009.034231 (8.5.2025).

Blum, M.R. et al. (2021). Optimizing Therapy to Prevent Avoidable Hos pital Admissions in Multimorbid Older Adults (OPERAM): cluster randomised controlled trial. In BMJ 2021;374:n1585. doi: 10.1136/bmj.n1585 (8.5.2025).

Boudon, A. et al. (2017). Polymorbidität und Polypharmazie. In Schweiz Med Forum 2017;17(13):306-312. doi: 10.4414/smf.2017.02899 (8.5.2025).

Breil, D., Conzelmann, M. (2016). Arzneicocktail im Alter: Was macht Sinn? In Praxis 105(9):509-516. doi: 10.1024/1661-8157/a002347 (8.5.2025).

Canton du Valais (2019). Directives du Service de la santé publique sur l'utilisation des médicaments dans les institutions.

Cateau, D., Bugnon, O., Niquille, A. (2021). Evolution of potentially inappropriate medication use in nursing homes: Retrospective analysis of drug consumption data. In Res Social Adm Pharm. 2021 Apr;17(4):701-706. doi: 10.1016/j.sapharm.2020.05.032. Epub 2020 Aug 12. PMID: 32798051.

Coutaz, M. (2022). Syndromes gériatriques et polypharmacie prescrire ou proscrire, il faut choisir. In Rev Med Suisse, 2022/802 (Vol.8), p. 2048–2052. DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.802.204 (8.5.2025).

CURAVIVA (s.d.). Indicatori medici di qualità (8.5.2025).

CURAVIVA Svizzera (2014). Concetto della qualità di vita. Per persone bisognose di sostegno (8.5.2025).

CURAVIVA Suisse (2021; éd.). Guide: Évaluation et traitement des symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence (8.5.2025).

Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS, s.d.). Les cercles de qualité interprofessionnels améliorent la médication dans les établissements médico-sociaux (8.5.2025).

Haefeli, W. E. (2011). Polypharmazie. In Schweiz Med Forum 2011;11(47):847–852. doi: 10.4414/smf.2011.07686 (8.5.2025).

Holt, S. et al. (2010). Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS- Liste. In Dtsch Arztebl Int. 2010 Aug;107(31-32):543-51. doi: 10.3238/arztebl.2010.0543 (8.5.2025).

Leendertse, AJ et al. (2013). Preventing Hospital Admissions by Reviewing Medication (PHARM) in Primary Care: An Open Controlled Study in an Elderly Population. In J Clin Pharm Ther. 2013 Oct; 38(5):379-87. doi: 10.1111/jcpt.12069 (8.5.2025).

Locca, JF et al. (2008). Pharmacological Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Nursing Homes: Development of Practice Recommendations in a Swiss Canton. In J Am Med Dir Assoc. 2008 Jul;9(6):439-48. doi: 10.1016/j.jamda.2008.04.003 (8.5.2025).

Mozzetti, A. (2020). Guideline Pharmaceutical Ward Management, PSM. Masterarbeit. ETH Zürich.

Neuner-Jehle, S. (2016). La polypharmacie: une nouvelle épidémie. In Rev Med Suisse 2016; 12: 942-7 (8.5.2025).

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP, 2024): Indicatori medici di qualità (8.5.2025).

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP, 2023). Assicurare l'approvvigionamento di medicamenti (8.5.2025).

Reich, O. et al. (2014). Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization. In PLoS One. 2014 Aug 19;9(8):e105425. doi: 10.1371/journal.pone.0105425 (8.5.2025).

Schneider, R. et al. (2019). Drug prescription patterns, polypharmacy and potentially inappro-priate medication in Swiss nursing homes: a descriptive analysis based on claims data. Swiss Med Wkly. 2019 Sep 30;149:w20126. doi: 10.4414/smw.2019.20126. PMID: 31568557 (8.5.2025).

sécurité des patients suisse (s.d.). La sécurité de la médication en EMS (8.5.2025).

sicurezza dei pazienti svizzera (s.a.). Materiali per i pazienti (8.5.2025).

Viktil, K. et al. (2007). Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drugrelated problems. In Br J Clin Pharmacol. 2007 Feb; 63(2): 187–195. doi: 10.1111/j.1365-2125.2006.02744.x (8.5.2025).

VIVA Luzern AG (2013). Handbuch. Beispiel eines Inhaltsverzeichnisses, angelehnt an die Richtlinie Umgang mit Arzneimitteln. Non publié.

Wastesson et al. (2017). An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. In Expert Opinion on Drug Safety, 17:12, 1185-1196 (8.5.2025).

World Health Organization (WHO, 1999). Essential Drugs and Medicines Policy, United Nations (19.8.2024).

Editore
CURAVIVA, associazione di categoria dei fornitori di servizi per persone anziane

Autrici
1. **Ruoli dei farmacisti e dei loro team**

1) Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse, Berna: Martine Ruggli e Anja Schmutz, farmaciste
2) Farmacia Unisanté, Losanna: Dr. Anne Niquille Charrière, Vice Capo Farmacista, responsabile del re parto Ricerca
3) Università di Basilea, Dipartimento di Scienze farmaceutiche: Prof. Dr. phil. II Carla Meyer-Massetti, Farmacista specializzata in farmacia ospedaliera FPH, Research Associate in Farmacia clinica ed epidemiologia

2. Sominstrazione e gestione dei medicamenti da parte del personale curante
Ursula Arn, ARTISET
Marianne Geiser, CURAVIVA Svizzera (oggi ARTISET)

3. Dimensione non medicamentosa delle cure e dell'assistenza
Anna Jörger, CURAVIVA

4. Progetti di ricerca e di attuazione
Verena Hanselmann, CURAVIVA

Citazioni
CURAVIVA (2025), Guida: Approvvigionamento di medicamenti nelle case di cura. Ed.: CURAVIVA

Online: curaviva.ch

Informazioni
E-Mail: info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2025