

Scheda informativa sugli Indicatori di qualità per le cure stazionarie di lunga durata – Polimedicazione

Com'è definito l'indicatore di qualità polimedicazione?

L'indicatore di qualità «polimedicazione» significa che un/una residente assume 9 o più principi attivi (conformemente alla Itc-asc).

L'indicatore di qualità è definito come segue:

- percentuale di residenti che hanno assunto 9 o più principi attivi negli ultimi 7 giorni.

Criteri d'esclusione: non ci sono criteri d'esclusione

Adeguamento dei rischi: per l'adeguamento dei rischi vengono utilizzate le seguenti caratteristiche:

- livello di cure
- deficit cognitivo (misurato con la Cognitive Performance Scale CPS)
- età

Perché la polimedicazione è rilevata quale indicatore di qualità?

Grazie al progresso medico, molte persone possono oggi raggiungere un'età molto avanzata nonostante varie malattie croniche. Il trattamento di queste malattie croniche multiple (multimorbilità) comprende di regola l'assunzione di più medicinali. Questo riguarda in special modo i residenti in case di cura (case per anziani CPA).

Oltre agli effetti positivi e auspicati, l'assunzione di un medicinale può avere anche effetti collaterali.

Con l'assunzione di più medicinali aumenta sensibilmente la probabilità della comparsa di reazioni avverse ai farmaci. Possono inoltre verificarsi delle interazioni tra i farmaci, l'effetto cioè di un farmaco viene modificato dalla concomitante presenza di un altro farmaco. Questo pericolo di interazioni aumenta notevolmente con il numero di principi attivi assunti. Elenchi di medicinali poco chiari celano il rischio che non vengano prescritti i medicinali adeguati alla situazione in cui si trova la o il residente. La polimedicazione è associata a cadute, a malnutrizione e all'aumento della mortalità (v. riquadro).

La determinazione della polimedicazione e la successiva, sistematica verifica (preferibilmente standardizzata e tenendo conto delle attuali necessità dei residenti) dei medicinali da parte del team addetto al trattamento, aiuta a ottimizzare il trattamento farmacologico.

Con l'aiuto di questo processo – soprattutto se viene applicato regolarmente e sistematicamente – si riduce il pericolo di prescrivere medicinali potenzialmente inadeguati, con tutte le conseguenze a cui abbiamo fatto cenno precedentemente, senza che insorga una carenza di medicinali. La determinazione sistematica della polimedicazione può così aiutare a riconoscere reazioni indesiderate ai farmaci, a eliminare principi attivi inutili e dannosi, contribuendo nel contempo a migliorare la qualità di vita dei residenti.

Con quale frequenza i residenti delle case per anziani (CPA) sono polimedicati?

In Svizzera, tra il 21% e il 40% dei residenti in CPA assumono 9 o più medicinali. Nel 2016, il consumo medio di medicinali in una CPA era di 9,3 medicinali per abitante, l'11% assumeva più di 15 medicinali.

Quali sono le possibili pericoli della polimedicazione?

- Reazioni avverse ai medicinali
- Interazioni fra farmaci
- Ridotta aderenza (compliance) ai trattamenti farmacologici
- Accresciuta percentuale di effetti collaterali nelle persone anziane per determinati gruppi di medicinali (cfr. PIM o Lista PRISCUS)
- Aumento delle ospedalizzazioni e dei ricoveri d'urgenza a causa di effetti collaterali
- Rischio accresciuto di cadute, malnutrizione, incontinenza, delirio, capacità funzionale ridotta.
- Diminuzione della qualità di vita
- Aumento della mortalità
- Aumento del rischio di errori di terapia farmacologica (per es. nella prescrizione, preparazione e somministrazione dei medicinali)
- Incremento dei costi dei medicinali

Quali fattori influenzano la polimedicazione?

- Numero di malattie concomitanti: polimorbilità
- Residente recentemente dimesso dall'ospedale.
- Trattamento simultaneo da parte di più medici specialisti.
- Automedicazione poco chiara.

Risulta chiaramente che i residenti più giovani, che hanno un minor deficit cognitivo, minore dipendenza nelle attività della vita quotidiana e una durata del soggiorno più breve, sono quelli quasi più coinvolti dalla polimedicazione.

Di che cosa bisogna tener conto nella rilevazione degli indicatori di qualità?

In linea di principio, la raccolta di dati è regolamentata nei manuali/istruzioni per il rilevamento degli strumenti di raccolta dei dati. Di seguito, alcune osservazioni sulla rilevazione degli indicatori.

- Per l'indicatore, sono considerati solo i principi attivi e non il numero di medicinali
- I principi attivi vengono calcolati non appena hanno un rilevante effetto sistemico (p.es. somministrazione orale, sublinguale, rettale, per inalazione, per iniezioni, transcutanea)
- I medicinali di riserva, i preparati a lento rilascio e le vaccinazioni vengono calcolati se sono stati somministrati nel periodo di rilevazione analizzato di 7 giorni
- Le seguenti regole si applicano secondo il LTC-ASC (cure di lunga durata – numero di principi attivi) come base per il calcolo dei principi attivi, per es. secondo le banche dati INDEX:
 - per nessun medicamento vengono calcolati più di 2 principi attivi; i valori corretti per medicamento sono perciò:
 - 1 = un principio attivo
 - 2 = due o più principi attivi
 - Le combinazioni di principi attivi sono calcolate come 2 solo se si tratta di medicinali con un approccio farmacologico diverso, che possono anche essere somministrati singolarmente. Combinazioni di principi attivi che rafforzano l'effetto auspicato sono calcolate come 1
 - Preparati vitaminici (anche più vitamine somministrate singolarmente) e fitoterapici standardizzati (ossia è dichiarato un determinato quantitativo di principio attivo), sono ogni volta calcolati come 1 principio attivo
 - I lassativi sono calcolati come 1, anche se si tratta di diversi principi attivi che esercitano la loro azione in punti diversi dell'intestino (p.es. Paragol, sciroppo di fichi e gocce di Laxoberon)
 - Le perfusioni e i medicinali raramente utilizzati come i citostatici o gli ormoni sono considerati come 1 principio attivo
- I prodotti seguenti non sono calcolati (codifica 0):
 - soluzioni come NaCl, acqua bidistillata, soluzione di Ringer
 - disinfettanti
 - prodotti per la cura della pelle
 - prodotti fitoterapici non standardizzati (per es. tè, impacchi, essenze per aromaterapia)
 - tutti i medicinali che non sono somministrati direttamente all'organismo per via orale o parenterale (p.es. creme, unguenti, prodotti per lavaggi topici, gocce oculari, gocce auricolari)
 - principi attivi senza un chiaro effetto farmacologico (p.es. tonici)
 - preparati per medicazioni di ferite
 - omeopatici (singoli o in combinazione)

Esempi concreti sul modo di considerare alcuni medicinali possono essere trovati nei manuali/istruzioni per il rilevamento degli strumenti utilizzati.

Misure possibili per ridurre la polimedicazione

È necessario adattare la terapia ai bisogni e alle preferenze dei residenti. L'accento è messo sulla funzionalità e la qualità di vita del residente e non sul prolungamento della speranza di vita. È possibile solo in modo molto limitato seguire tutte le direttive concernenti le terapie delle varie malattie esistenti, poiché questo comporterebbe il ricorso alla polimedicazione con tutti gli svantaggi a cui abbiamo prima accennato. È opportuno invece stabilire, sulla base di un minuzioso rilevamento, quali sono i problemi sanitari prioritari per il paziente e quali di questi influiscono più negativamente sulla sua qualità di vita. La determinazione dei trattamenti appropriati necessita quindi, dopo una valutazione geriatrica multidimensionale, di interrogarsi sulle preferenze dei pazienti, di definire gli obiettivi di trattamento più importanti e la valutazione della speranza di vita. Un piano di trattamento è in seguito stabilito e discusso con i residenti.

Fattori d'influenza

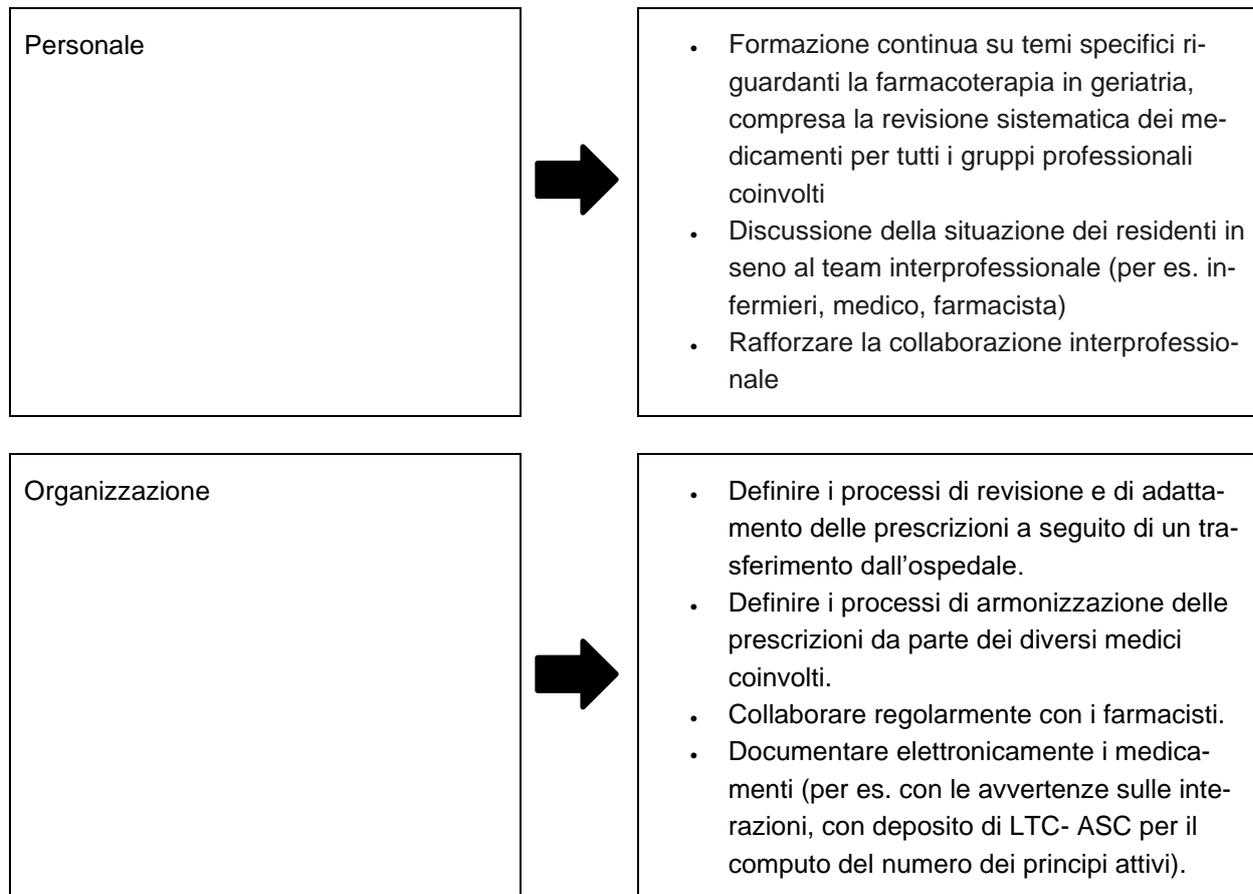
Residenti

- Numero di malattie presenti contemporaneamente: polimorbidity
- Una recente dimissione dall'ospedale
- Trattamento simultaneo da parte di più specialisti
- Automedicazione
- Residenti più giovani, deboli disturbi cognitivi, minore dipendenza nelle attività quotidiane, durata del soggiorno più corta



Misure

- Definire un processo strutturato per la pianificazione della terapia basata su una valutazione geriatrica
- Chiarire le preferenze e gli obiettivi del trattamento con il residente o, nel caso di residente incapace di discernimento, con i rappresentanti legali (cfr. Codice civile svizzero, Art. 373 e seguenti), valutazione della speranza di vita attesa
- Discutere e predisporre le direttive anticipate (Advance Care Planning) con i residenti o i loro rappresentanti legali
- Nella pianificazione della terapia tenere in considerazione i desideri dei residenti per quanto riguarda funzionalità e qualità di vita
- Utilizzazione di strumenti consolidati per la verifica dei piani dei medicinali (p.es. PRISCUS, STOPP/START, Lista FORTA)
- Esaminare i medicinali / esaminare regolarmente le liste di medicinali in seno al team interprofessionale (per esempio con l'ausilio MAI – Medication Appropriateness Index – che permette di valutare con l'aiuto di 10 domande se l'uso di un medicinale è appropriato), tenere conto dell'automedicazione
- Discutere il piano di trattamento con i residenti e i loro famigliari



Risorse supplementari

Per ulteriori informazioni sulla misurazione degli indicatori di qualità, consultare i seguenti siti web:

- CURAVIVA www.curaviva.ch > informazioni specialistiche > approvvigionamento di medicinali
- Ltc-asc : [www.patientensicherheit.ch](http://HCI Solutions SA I données de produits et eHealth - HCI Solutions > support & academy > téléchargement & support > Manuels d'utilisation > Conception LTC_ASC > Microsoft Word - LTC-ASC Concept 2019-05_fr.docx (hcisolutions.ch) (in francese e tedesco)• programmes nationaux > programmes nationaux de mises en application > La sécurité de la médication en EMS. Le rapport, accessible sur le site web, décrit toutes les listes mentionnées dans le texte ainsi que le MAI. (in francese e tedesco)
- Manuale d'uso di BESA, Q-Sys, Plaisir/Plex

Bibliografia

- Allred, D. P., Kennedy, M. C., Hughes, C., Chen, T. F., Miller, P. (2016). Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Cd009095. doi: 10.1002/14651858.CD009095.pub3
- Boudon, A., Riat, F., Rassam-Hasso, Y., Lang, P. O. (2017). Polymorbidität und Polypharmazie. *Swiss Medical Forum*, 17(13), 306–312.

- Eckardt, R., Steinhagen-Thiessen, E., Kämpfe, S., Buchmann, N. (2014). Polypharmazie und Arzneimitteltherapiesicherheit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(4), 293–301.
doi:10.1007/s00391-013-0562-0
- Jokanovic, N., Tan, E. C. K., Dooley, M. J., Kirkpatrick, C. M., Bell, J. S. (2015). Prevalence and factors associated with polypharmacy in long-term care facilities: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(6), 535.e531–535.e512.
doi:10.1016/j.jamda.2015.03.003
- Maher, R. L., Hanlon, J., Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*, 13(1), 57–65. doi:10.1517/14740338.2013.827660
- Neuner-Jehle, S. (2013). Weniger ist mehr – wie Polypharmazie vermeiden? *Praxis*, 102(1), 21–27.
doi:10.1024/1661-8157/a001161
- O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M. N., Ryan, C., Gallagher, P. (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and Ageing*, 44(2), 213–218. doi:10.1093/ageing/afu145
- Schneider, R., Schur, N., Reinau, D., Schwenkglenks, M., Meier, C. R. (2017). *Helsana- Arzneimittelreport für die Schweiz 2017*. Heruntergeladen von: <https://www.helsana.ch/docs/arzneimittelreport-2017.pdf>
- Tamura, B. K., Bell, C. L., Inaba, M., Masaki, K. H. (2012). Factors associated with polypharmacy in nursing home residents. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28(2), 199– 216.
doi:10.1016/j.cger.2012.01.004

Editore

CURAVIVA, Associazione di categoria di ARTISET,
Federazione dei fornitori de servizi per persone con bisogni di assistenza, Berna

Autori

Dott. Raphaëla-Ashley Guerbaai, Prof. Dott. Franziska Zúñiga
Institut für Pflegewissenschaft, Department of Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel
Dott. med. Gabriela Bieri-Brüning, D^r med. Thomas Häsli: Kommission für Langzeitgeriatrie der
Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)
Dott. med. Isabelle Amrhein: Pflegezentrum Lindenfeld, Suhr
Dott. med. Markus Anliker: Q-Sys
Elisabeth Schori, Laurent Zemp: BESACare

Informazioni

info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2^a ed., gennaio 2024