

ASSIST INFERM RIC 2015; 34: 149-153

Paola Di Giulio,¹ Anna Castaldo,² Ermellina Zanetti³

¹Istituto Mario Negri e Università di Torino

²Istituto Piccolo Cottolengo don Orione, Milano

³Gruppo ricerca Geriatrica Brescia

a nome del gruppo di lavoro RSA-Terapie*

Anziani, farmaci e RSA: pro memoria per quando i contesti pesano più dei problemi

Summary. *Elderly, drugs, Nursing homes: when settings matter more than problems.* A focus group was organized to explore the main problems and open questions of Nursing Home nurses in the administration of drug therapies. The majority of problems did not involve the drug itself but the problems for whom it is administered and the administration problems. The administration of drugs is also a time consuming task as most drugs need to be crushed for patients (the vast majority in some settings) with swallowing problems. The rules for a correct administration cannot be easily respected, especially with dementia patients that are not able to take a deep breath (nebulized treatments cannot be administered) or may suddenly refuse the food (and to avoid hypoglycemia insulin is administered after lunch). The list of problems, questions and cases produced will be the basis for a setting-tailored update on drug administration.

Key words: Nursing homes, drug administration.

QUADRO DI RIFERIMENTO

Tra le diverse aree di possibile interesse per una riflessione-proposta di aggiornamento – ricerca per e da parte del mondo infermieristico, il primo capitolo è quello che riguarda l'insieme dei contenuti e delle pratiche dell'assistenza alle popolazioni delle RSA, ed in modo indiretto di quelle che, in contesti più o meno comparabili di permanenza-degenza possono essere loro assimilate.¹⁻²

L'interesse culturale, assistenziale, metodologico di questa situazione può essere riassunto in due osservazioni importanti:

1. L'area RSA rappresenta – concretamente e simbolicamente – il contenitore nel quale finiscono (inevitabilmente, in un mondo che vede nelle novità scientificamente ed economicamente attraenti
2. È chiaro che questa situazione – variamente documentata nei sempre più frequenti, periodici, ripetitivi esercizi di epidemiologia descrittiva delle prescrizioni e delle pratiche – corrisponde di

fatto anche ad una “diagnosi” di che cosa è diventata la medicina negli ultimi decenni.³ Gli obiettivi di tutte le discipline sono quelli di *migliorare* quantità e qualità di vita, con risultati misurabili, e vendibili, come economicamente compatibili con le risorse disponibili e la *soddisfazione*, più che dei soggetti, dei *paganti*. Contesti come le RSA (o assimilabili) sono chiaramente all’opposto di questi scenari. La probabilità di investimenti in termini culturali ed economici è molto bassa.

Questo quadro di riferimento suggerisce che il problema da esplorare è soprattutto il contesto: le terapie ed i farmaci sono, una variabile fortemente dipendente.

METODI

Sono stati organizzati due focus group, con 13 infermiere/i di 9 RSA della provincia di Milano e 12 della provincia di Brescia. Si tratta di un campione di convenienza, che si ritiene però rappresentativo delle RSA in quanto include complessivamente più di 2500 posti letto. Gli incontri si sono tenuti nella sede dell’Istituto Don Orione di Milano e del Gruppo di Ricerca Geriatrica (GRG) di Brescia.

Per assicurare il massimo del contenuto informativo, i dati sono stati raccolti combinando tecniche sia quantitative che qualitative.

Focus group: i gruppi sono stati condotti da due coordinatrici e la richiesta fatta alle partecipanti era di elencare quali fossero i problemi legati alle terapie incontrati nella realtà quotidiana e le domande aperte. I contenuti emersi durante gli incontri sono stati raccolti con note scritte e sintetizzati collegialmente.

Narrazione di casi. Alle partecipanti è stato chiesto di inviare nel corso di 15 giorni in forma scritta 2 o 3 alcuni casi esemplari per meglio illustrare i problemi riportati.

Epidemiologia delle terapie. Per avere un quadro delle terapie effettivamente somministrate e dei relativi problemi è stato chiesto di segnalare in una giornata scelta a caso le terapie dei primi due e degli ultimi due ospiti del “giro terapia”, segnalando i farmaci assunti i dosaggi, via e orari di assunzione, le terapie che richiedevano la triturazione e gli eventuali motivi di non somministrazione.

RISULTATI

Sono emersi numerosi problemi che, come in parte atteso, non riguardano tanto il farmaco come molecola quanto i problemi per cui viene prescritto e aspetti più tecnici relativi alle modalità di somministrazione, in particolare nei pazienti con demenza che ormai rappresentano una popolazione importante nelle RSA italiane.

La somministrazione di farmaci a persone disfagiche.

Molti anziani in RSA hanno per la malattia (prevalentemente demenza, ma anche ictus, Parkinson ...) o per l’età, problemi di deglutizione. Le compresse vengono quindi triturate, in alcuni contesti fino al 60% delle terapie per os. Il problema era già stato sottolineato in un recente studio.⁴ In uno dei nuclei di una grossa RSA milanese, su 39 degenti solo 5 *non* avevano problemi di deglutizione. Capita che i farmaci triturati vengono somministrati con dello zucchero, anche ai pazienti diabetici, per coprirne il sapore, altrimenti rifiutano la terapia. I libri di testo propongono dei percorsi lineari, che sono ben lontani dalla realtà delle RSA: tritapastiglie per singolo paziente, elenco perentorio delle categorie di farmaci che non vanno triturati (gastroresistenti, somministrazioni retard), somministrazione di un farmaco per volta per evitare interazioni...

La realtà è ben diversa: mancano i tritapastiglie personalizzati, la triturazione della terapia per 10 o molti più pazienti richiede tempi lunghi, tanto che la terapia arriva a durare ore; gli infermieri si ingegnano a trovare stratagemmi per far assumere i farmaci (sciolti nel latte, nell’aranciata, aggiunti al cibo) ma gli ospiti percepiscono un sapore diverso e sputano o rifiutano il cibo, oppure al momento della terapia si rifiutano di aprire la bocca, e in alcuni casi la terapia viene somministrata solo in parte, o non viene affatto somministrata. È lecito domandarsi se e quanto l’epidemiologia delle prescrizioni nelle RSA corrisponda a quella delle terapie effettivamente somministrate.

Il rispetto del digiuno. In RSA spesso lavora un solo infermiere che deve occuparsi della terapia di 30-60 ospiti. Il primo paziente riceve la terapia alle 8.00 ma l’ultimo magari alle 10.00, dopo aver fatto colazione, e spesso non è possibile rispettare gli orari per la somministrazione dei farmaci ad intervalli, né rispettare le somministrazioni a digiuno. Sarebbe ottimale poter organizzare il giro della terapia somministrando i far-

maci che vanno dati a digiuno a tutti prima di colazione, e poi ricominciare il giro con le altre terapie, ma occorrerebbe che ci fossero meno ospiti (o più personale). Molte delle infermiere che hanno partecipato ai *focus group* sono responsabili di 30-60 ospiti (e di notte, i numeri aumentano) e in molti casi sono coadiuvate solo da Operatori Socio Sanitari (OSS).

Il rispetto degli orari e delle "regole" di corretta somministrazione. Con alcuni ospiti è complesso rispettare gli orari delle terapie, che andrebbero sempre adattate alle abitudini ed agli orari degli anziani: ad esempio ad alcuni anziani con demenza si riesce a far assumere i farmaci solo al momento dei pasti.

Gli orari delle terapie devono tenere conto ed essere adattati anche alle routine del reparto. Ad esempio le terapie delle 20.00 vengono somministrate molto prima dell'orario stabilito perché alle 20.00 gli ospiti vengono messi a letto.

L'insulina pronta dovrebbe essere somministrata mezz'ora prima del pasto. Gli anziani con demenza questo non è fattibile: se si somministra l'insulina ed il paziente non consuma il pasto (perché chiude la bocca, lo rifiuta) si rischia di provocargli un'ipoglicemia. Quindi l'insulina viene somministrata dopo il pasto.

Aereosol puff e colliri. A molti anziani con demenza è praticamente impossibile far fare aereosol, somministrare farmaci tramite puff e spesso persino i colliri. I pazienti chiudono gli occhi finché l'infermiere non si allontana. Ha senso/è efficace somministrare *una tantum* la terapia per il glaucoma? Sarebbe utile fare una riflessione sull'efficacia e l'utilità di prescrivere alcune terapie, sia per il problema dei costi che del tempo/infermiere necessario per tentare-spesso inutilmente- di somministrarle.

La gestione del sonno. Somministrare sedativi o antipsicotici a volte è una scelta forzata. Se c'è tempo si riescono a trovare strategie alternative, che hanno in molti casi successo. Ad esempio, è stato citato il caso di un ospite posizionato su una sedia basculante o portato in medicheria per evitare che agitatesse gli altri ospiti, ma nella maggior parte dei casi non è possibile fermarsi con un ospite perché si lasciano senza assistenza gli altri, e quindi lo si seda, anche per evitare che una persona che urla o ha *wandering*, agiti e mandi in subbuglio tutto il reparto. Alcuni partecipanti si sono domandati se alcuni casi sarebbe preferibile una con-

tenzione fisica o ambientale invece della sedazione che lascia strascichi e altera i ritmi

Per illustrare in parte anche i problemi sopra citati, Nel Riquadro 1 vengono riportati, senza commento, alcuni dei casi inviati. Si tratta di situazioni, non necessariamente esemplari, ma purtroppo frequenti, che completano il profilo quali-quantitativo dei problemi segnalati.

DISCUSSIONE E PROSPETTIVE

Molte domande sul senso/appropriatezza di alcune terapie, sulla possibilità di ridurre il carico di farmaci in questi contesti, sull'evitabilità di alcuni problemi richiederebbero una discussione più articolata e non vengono riportate in questo contributo. Questo è un problema purtroppo noto, lungi dall'essere risolto.⁵

Le domande più *tecniche* a cui si dovrebbe poter trovare una risposta, che coniughi la teoria (alcuni farmaci non vanno tritati) alla pratica (il paziente non deglutisce, ma ha una terapia che può essere somministrata solo per os, ad esempio il KCL retard) non pretendono di essere condotte ad una discussione immediata. Le riportiamo nel Riquadro 2 così come sono state formulate. Le domande avranno una risposta nei prossimi contributi. Questo primo rapporto rimanda però ad alcune riflessioni più generali, già richiamate in parte nella premessa:

- i principali problemi riguardano la somministrazione dei farmaci, (che è fortemente collegata alla rilevanza di alcune prescrizioni, e quindi rimanda anche alla razionalizzazione delle terapie in questi contesti, in particolare nei pazienti con demenza,⁶ ma non solo);³
- sono pochi i lavori che producono conoscenze su popolazioni complesse che, per una serie di situazioni (anziani, complessi, cronici...), sono marginali nella medicina, nella progettazione sanitaria e nella produzione di conoscenze. Un'epidemiologia del monitoraggio dei problemi deve tenere conto non solo dei dati quantitativi (cosa viene fatto, cosa è scorretto) ma anche qualitativi- perché è stata scelta questa soluzione: è il caso che deve essere al centro del problema e non il giudizio di appropriatezza;
- le domande formulate sopra potrebbero sembrare riduttive: non si tratta solo di problemi di somministrazione di farmaci ma di procedure di gestione di problemi (che hanno una risposta anche nei farmaci, ma non solo) le cui fondamenta scientifiche vanno valutate;

I CASI

Ospite di 87 anni, condizioni discrete, demente, in carrozzina, confusa e disorientata, afasica, con necessità di aiuto per alimentarsi. Deve assumerne una serie di terapie ma le sputa e le rifiuta nonostante i vari accorgimenti. Non tollera né la maschera dell'ossigeno né quella per l'aereosol, arriva a SpO₂ del 65% in aria ambiente. Ogni giorno si sperimentano nuove modalità di somministrazione delle terapie, non sempre con successo; la maschera per l'ossigeno è stata sostituita con gli occhiali, anche se meno efficaci. Nessuna soluzione per gli aereosol.

Ospite di 82 anni, con demenza, deambula. Rifiuta spesso la terapia, in qualunque forma gli venga proposta. Ha per gran parte della giornata, ha una deambulazione autonoma e stabile, ed ha accessi violenti contro chiunque cerchi di fermarlo. La sera assume neurolettici (Triazolam 0.25) per dormire, ma la deambulazione diviene incerta e difficoltosa, con il rischio di cadute. L'unica soluzione trovata finora è la contenzione in poltrona nell'ora precedente l'allettamento. Non so se il rischio di caduta e contenzione possa essere evitabile perché l'ospite non tollera il contatto fisico ed è violento contro gli altri ospiti e gli operatori che alla sera cercano di metterlo a letto. Ha già subito un intervento al ginocchio dx per rottura dei legamenti per una precedente caduta.

Ospite di 81 anni, non vuole assumere la terapia perché sostiene essere avvelenata. Dopo vari tentativi rifiuta anche di alimentarsi. I farmaci sono di cattivo sapore anche se occultati con zucchero o bevande.

Ospite di 82 anni, con demenza, deambula, a rischio caduta. Ha ripetute crisi ipotensive, probabilmente da "sovraccarico" di farmaci (Unipil 5 mg; Lasix 25 mg; bisoprololo 1,25, largactil 100 mg, Luvion 25 mg) ed è già caduto tre volte. Il medico non ritiene necessario ridurre o sospendere i farmaci in uso.

L'ospite viene trattata con farmaci gastroprotettori ed altri farmaci, tritati e somministrati per via orale, in concomitanza con i pasti principali (tranne il ferro, assunto 2 ore dopo la colazione) con succo di frutta o acquagel aromatizzato.

- Lansoprazolo (prima assumeva Esomeprazolo 40 mg) 15 mg per la gastroprotezione 1 cp h 8

- vit. B12 e calcio folinato a giorni alterni per l'anemia 1 cp h 8

- Quetiapina 25 mg per il trattamento degli stati di aggressività 1 cp h 8

- Movicol sciroppo per la stipsi 25 ml h8

- Ferro (sciroppo, prima lo assumeva in compresse) per l'anemia 8ml h 10

- Gardenale 100 mg per il trattamento delle crisi comiziali 1 cp h18

- Lorazepam 2,5mg per il trattamento dell'insonnia 1 cp h18

A causa di ricorrenti episodi di nausea prima, scialorrea, conati e poi vomito viene sospesa l'alimentazione e la somministrazione di Quetiapina e sciroppo a base di ferro e viene impostata una terapia endovena di supporto. La paziente rifiuta anche tutte le altre terapie.

- un esercizio di riflessione (come altri esercizi più articolati e pubblicati anche su questa rivista⁷) ha fatto emergere una prospettiva diversa sui problemi di somministrazione delle terapie. In quel caso i dati originavano da un protocollo predefinito di osservazione periodica dei contesti: anche in questo caso, un'osservazione periodica dovrebbe pro-

durre dati che non siano finalizzati solo a rispondere alle importanti domande tecniche generate (ci saranno sempre situazioni in cui somministrare più terapie o farmaci tritati, e che continueranno a porre problemi), ma soprattutto a discutere la gestione, anche farmacologica, dei problemi degli anziani in RSA.

LE DOMANDE FORMULATE

Quante delle raccomandazioni sulla modalità di somministrazione dei farmaci (ad esempio la somministrazione a digiuno) hanno un reale fondamento?

Quali possono essere le interazioni di terapie triturate e somministrate contemporaneamente? E quali liquidi possono alterare l'assorbimento? (si rimanda all'ultimo caso, ma in molti casi i farmaci tritati e somministrati contemporaneamente sono molti di più).

Gli inibitori di pompa in compresse triturate sono ugualmente efficaci? E la Furosemide?

Le terapie somministrate via SNG o PEG richiedono un aggiustamento della dose rispetto a quelle somministrate per os?

Quando si tritura un farmaco quale residuo rimane nel trita pastiglia? (e quanto farmaco inala chi tritura la pastiglia?)

Nei pazienti terminali la glicemia va controllata o si può evitare di somministrare l'insulina?

Se un paziente è disorientato e aggressivo (e anche diabetico) spesso è impossibile valutare la glicemia: come regolarsi per l'insulina? Si somministra ugualmente o è preferibile non farla per il rischio di ipoglicemia?

Gruppo di lavoro RSA-Terapie

Provincia Brescia. E. Aliprandi, Fondazione le Rondini, Lu-
mezzane; A. Bernardelli, Fondazione istituto Bregoli, Pezza-
ze; A. Cardoni, Azienda Speciale Comune di Concesio; C. Ce-
sari, Fondazione Guerini, Orzivecchi; N.L. Cumpanasu, Fon-
dazione Pio Ricovero Inabili, Castanedolo; A. Konci. Villag-
gio S. Francesco, Villanuova S/Clisi; A. Moniga, Fondazio-
ne Residenza degli Ulivi, Salò; S. Montorio, Casa di Soggiorno
per Anziani Onlus, Bedizzole, A. Negretti, Fondazione S.An-
gela Merici Desenzano; P. Robazzi, Fondazione Casa di Ri-
poso, Manerbio; C. Zani, Fondazione Lucini Cantù, Rovato;
M. Zanini, Fondazione di Cura, Gardone Val Trompia.

Provincia Milano. B. Castelli, RSA Maria Ausiliatrice, Milano;
S. Cassano, RSA Edos, Gorla Minore; F. De Carlo, RSA Istitu-
to Palazzolo Fondazione don Gnocchi, Milano; A. Fasolino, Isti-
tuto Martinitt e Stellite, Milano; F. Fusilli, RSA Mater Fidelis,
Milano; A. Mazon, RSA Mater Fidelis, Milano; T. Milicevic, Pro-
vincia Religiosa S.Marziano di don Orione, Milano; A. Otelli,
RSA Istituto Palazzolo Fondazione don Gnocchi, Milano; V.C.
Pailina, RSA S. Giuseppe, Milano; E. Toci, RSA S. Marta Grup-
po Segesta, Milano; M. Tupita, RSA Gianetti, Saronno.

BIBLIOGRAFIA

1. Tognoni G. Caregiver: una domanda aperta a medicina,
sanità e società. *Assist Inferm Ric* 2010;29:201-5.
2. Donne del collettivo di vita e lavoro, che operano a Ro-
ma e Bastia: Anna Maria, Daniela, Delba, Lucia, Paula,
Regina, Sabina. Il mondo degli AmA (Anziani molto An-
ziani): si può misurare l'efficacia di un intervento? *As-
sist Inferm Ric* 2013;32:46-53.
3. Onder G, Vetrano DL, Cherubini A, Fini M, Mannucci
PM, Marengoni A, et al. Prescription drug use among ol-
der adults in Italy: a country-wide perspective. *J Am Med
Dir Assoc* 2014;15:531.e11-5.
4. Boeri C, Castaldo A, Giordano A, Melo T, Bagarolo R,
Magri M. La somministrazione di farmaci tritati e ca-
muffati in RSA: prevalenza e implicazioni pratiche. *Evi-
dence* 2013;5:e1000060.
5. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couter D,
Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy.
The process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 2015;
175:827-34.
6. Tija J, Briesacher BA, Peterson D, Liu Q, Andrade SE,
Mitchell SL. Use of medication of questionable benefit
in advanced dementia. *JAMA Intern Med* 2014; 174:
1763-71.
7. Saiani L, Di Giulio P, Brolis R, Zambiasi P, Palese A. I
problemi legati a farmaci e presidi in RSA e distretto. 1°
parte. *Informazioni sui farmaci* 2007;31:116-21; 2° par-
te. *Informazioni sui farmaci* 2007; 31:137-42.