
Scheda informativa «Approvvigionamento di medicinali nelle case di cura»

La scheda informativa «Approvvigionamento di medicinali nelle case di cura» offre una panoramica sugli argomenti «Prescrizione», «Somministrazione e gestione dei medicinali da parte del personale curante», «Dimensione non medicamentosa delle cure e dell'assistenza» e sugli attuali progetti di ricerca e di attuazione in Svizzera nei settori della farmacoterapia potenzialmente inadeguata e della polifarmacia.

1. Prescrizione

Autrici: Martine Ruggli e Anja Schmutz, pharmaSuisse

Leggi, direttive e standard

I cantoni sono responsabili delle forme organizzative dell'approvvigionamento dei medicinali nelle cure di lunga durata. Non esiste alcuna panoramica chiara (cantonale, federale) sulla legislazione concernente i medicinali e i sistemi di approvvigionamento. Per quanto concerne le cure di lunga durata, le basi legali vigenti sono la Legge sugli agenti terapeutici, la Legge sugli stupefacenti e le Ordinanze corrispondenti, come pure l'Ordinanza sull'autorizzazione di medicinali. In aggiunta fanno parte della base legale le leggi e le ordinanze sanitarie cantonali. Vi sono inoltre diverse raccomandazioni per la garanzia del corretto approvvigionamento dei medicinali e della farmacoterapia sicura come ad esempio «Regole per una buona prassi della dispensazione di medicinali dell'Associazione svizzera dei farmacisti cantonali» (KAV/APC, 2009, in d e f), «Direttive per i medici che esercitano presso case per anziani medicalizzate» della Società professionale svizzera di geriatria (SPSG, 2013, in d e f) oppure le «Direttive dell'Ufficio della sanità pubblica relative alla gestione di medicinali nelle istituzioni» (Canton Vallese, 2017).

La maggior parte dei cantoni per le cure di lunga durata applica il sistema ambulatoriale classico: il medico prescrive i medicinali e l'istituto viene rifornito da una farmacia pubblica, dalla farmacia ospedaliera oppure direttamente dal medico che effettua la dispensazione diretta (SD-Arzt). L'istituto non dispone di un'autorizzazione per il commercio al dettaglio e dunque neppure di una farmacia dell'istituto. Ogni ospite ha il proprio medico che emette le ricette individualmente. La fatturazione avviene a seconda del contratto assicurativo individuale del paziente da parte della farmacia (secondo «l'indennizzo orientato alle prestazioni» LOA) oppure del medico che effettua la dispensazione diretta.

In altri cantoni, alcune o tutte le case di cura conoscono la cosiddetta «forma ospedaliera». Tali istituti dispongono di un'autorizzazione per il commercio al dettaglio e soggiacciono al dovere di vigilanza delle autorità cantonali (controllo dei medicinali). La fornitura ha luogo direttamente da parte di grossisti, dell'industria farmaceutica, di farmacie, ospedali o centrali di distribuzione. Pure la fatturazione dei medicinali viene effettuata tramite la casa di cura. La conduzione e la direzione della farmacia della casa di cura spetta a un farmacista con diploma riconosciuto o a un medico che effettua la dispensazione diretta.

Sicurezza

La complessità e l'estensione dei piani terapeutici porta anche il personale infermieristico ai limiti. Nel 2016 *Tox Info Suisse* ha ricevuto 500 chiamate da case di cura. Nella maggior parte dei casi si è trattato di confusioni tra medicinali o di dosaggi errati (Alder, 2017). La sicurezza della farmacoterapia nelle cure di lunga durata viene affrontata in contesti diversi. Secondo nuovi studi una medication review da parte del farmacista ha un impatto essenziale su diversi parametri sanitari, quale ad esempio il ricovero all'ospedale in particolare nei casi di pazienti anziani con rischi accresciuti (Leendertse et al., 2013).

Già da anni nei cantoni di Friburgo, Vallese e Vaud vi è una collaborazione innovativa tra infermiere, medici e farmacisti. Tale collaborazione ha permesso non solamente di provare l'esistenza di una ripercussione significativa sui costi, bensì anche di affrontare l'argomento degli aspetti della sicurezza e dell'efficacia delle terapie. Il farmacista responsabile dell'istituto analizza il consumo annuo dei medicinali nella casa di cura e in un rapporto annuo formula raccomandazioni per migliorare le terapie. Ciò serve quale base all'organizzazione di circoli interprofessionali della qualità con rappresentanti di tutte e tre le professioni, per migliorare la sicurezza e l'efficacia delle terapie all'interno dell'istituto. Grazie a questi progetti cantonali è pure possibile organizzare delle giornate interprofessionali di perfezionamento che permettono di fornire e attuare raccomandazioni specifiche e dunque migliorare la qualità delle terapie, come ad esempio l'inoltro di *guidelines* per farmacoterapie per il trattamento di pazienti con disturbi psichici o demenza (Locca et al., 2008). Il progetto del Fondo nazionale intitolato «Ottimizzare la farmacoterapia nelle case di cura per anziani» intende andare oltre e stabilire se sia possibile ridurre la farmacoterapia in tali istituzioni e offrire verifiche individuali della farmacoterapia per i casi più complessi (PNR, 2017).

Numerosi istituti decidono di conferire mandati esterni per la preparazione dei sistemi di dosaggio settimanali dei medicinali (dosette) per migliorare le terapie. Nella gestione dei medicinali il potenziale di errori risiede in diverse tappe: prescrizione, trasmissione della prescrizione, preparazione, somministrazione al paziente. Il rischio maggiore è nel settore della prescrizione e della trasmissione della prescrizione alla cartella del paziente tramite il personale infermieristico, come pure più tardi a livello di somministrazione al paziente (Barber et al., 2009)

È possibile evitare un numero sostanziale di errori, se il medico registra direttamente la medicazione in formato elettronico nella cartella del paziente, evitando così evidentemente gli errori di trascrizione da parte del personale curante. Una cartella farmaceutica impiegata in comune permette al farmacista di verificare l'adeguatezza delle terapie. Essa permette inoltre – se richiesto – di attribuire un mandato esterno per la preparazione dei sistemi di dosaggio settimanali. Già ora sono disponibili numerosi sistemi parzialmente o totalmente automatizzati.

Grazie a sistemi totalmente automatizzati è possibile evitare quasi il 100 per cento di tutti gli errori nella preparazione di medicinali. Essi hanno però uno svantaggio decisivo: non offrono praticamente nessuna flessibilità quando una terapia viene modificata un giorno diverso da quello in cui viene preparato il sistema settimanale di dosaggio.

Polifarmacia

La letteratura definisce la polifarmacia come l'assunzione a lungo termine di più di quattro medicinali. Ciò riguarda in particolare i pazienti geriatrici, visto che con l'avanzare dell'età, parallelamente alla multimorbilità pure la polifarmacia aumenta (Neuner-Jehle, 2016). A partire dai 60 anni di età, il 50 per cento della popolazione soffre di almeno tre malattie

croniche, nel 20 per cento si tratta addirittura di cinque o più comorbidità (Boudon et al., 2017). Un caso ipotetico ha rivelato che la terapia conforme alle *guidelines* di una paziente geriatrica con cinque malattie tipiche della sua età porta all'assunzione di 12 medicinali differenti (Breil, 2016). Con l'aumento del numero di medicinali aumenta in maniera esponenziale la quantità di potenziali interazioni. Ogni medicamento supplementare aumenta dell'8,6 per cento il rischio di soffrire di effetti collaterali indesiderati (Viktil, 2007).

Nelle case per anziani medicalizzate gli ospiti assumono in media 12,8 medicinali al giorno, vale a dire tra 2 e 27 medicinali al giorno (Rodondi & Nanchen, 2016). I motivi sono i seguenti: (1) oltre alla multi morbidità, ad esempio (2) cascate di prescrizioni, ove a causa di effetti collaterali causati dalle terapie esistenti vengono impiegati ulteriori medicinali (Locca, et al., 2008), (3) prescrizioni contro patologie acute che spesso proseguono oltre la fase acuta (Leendertse, 2013) e anche (4) le opportunità farmacologiche crescenti nella prevenzione primaria e secondaria (Haefeli, 2011).

Medicamenti potenzialmente inadeguati (MPI)

A causa di cambiamenti fisiologici i pazienti geriatrici sono particolarmente soggetti a problemi associati ai medicinali. Il calo delle funzioni renali ad esempio può comportare un'accresciuta concentrazione di principi attivi nel corpo e dunque un numero maggiore di effetti collaterali e interazioni. Per migliorare la sicurezza della farmacoterapia nei pazienti geriatrici sono stati allestiti degli elenchi di medicinali potenzialmente inadeguati (MPI) (Holt, 2010). L'elenco di Priscus (Germania) e quello di BEERS (USA) comprendono medicinali da evitare nei pazienti geriatrici. Vi sono ulteriori elenchi, come ad esempio l'elenco NORGEP-H (Norvegia) o i criteri START/STOP (Irlanda). Medicamenti inadeguati presentano un profilo utili-rischi negativo e dovrebbero essere sostituiti da alternative meglio tollerate. La prescrizione di medicinali potenzialmente inadeguati può sortire conseguenze gravose. Tra i sintomi degli effetti collaterali vi sono disturbi cognitivi, confusione e vertigini.

Uno studio retrospettivo effettuato sulla base di dati della banca dati Helsana ha mostrato che al 22,5 per cento dei pazienti ambulatoriali di età superiore ai 65 anni è stato prescritto almeno un MPI (Reich et al., 2014). Nelle case per anziani medicalizzate occorre partire dal presupposto che questa cifra sia ancora più elevata.

Le prescrizioni potenzialmente inadeguate, oltre alla polifarmacia, sono considerate fattori maggiori di rischio per problemi associati ai medicinali (Leendertse et al., 2013). Esse possono inoltre incrementare la mortalità e la morbidità, con conseguenti influssi negativi sui costi del sistema sanitario (Breil, 2016). Si presume che le terapie eccessive generano il 20 per cento dei costi evitabili nel sistema sanitario (Barber, 2009).

2. Somministrazione e gestione di medicinali da parte del personale infermieristico

Autrice: Marianne Geiser, CURAVIVA Svizzera

Competenze operative dei professionisti della salute

Le competenze operative dei professionisti della salute formati nella gestione dei medicinali 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).

Le infermiere diplomate e gli infermieri diplomati 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 medicinali.

Il «[HR BOX](#)» di CURAVIVA Svizzera nel factsheet «[Kompetenzen](#)» (competenze) contiene le fonti e le informazioni dettagliate relative al profilo di qualificazione, alle competenze operative, ai confronti di diverse professioni e una tabella relativa all'attribuzione di mansioni e agli atti medico-tecnic (CURAVIVA Svizzera, 2017a).

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

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-tecnic 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.

Il «[HR BOX](#)» di CURAVIVA Svizzera nel factsheet «[Kompetenzerweiterung](#)» (ampliamento delle competenze) documenta molte informazioni dettagliate sull'argomento (CURAVIVA Svizzera, 2017b).

Evitare confusioni

Sono assolutamente da evitare le confusioni, CURAVIVA Svizzera raccomanda dunque sempre di applicare la **regola delle 5G, rispettivamente delle 6G** durante la preparazione, la distribuzione e la somministrazione di medicinali:

1. Giusto 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

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

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

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

Visita e colloqui interprofessionali in merito alla farmacoterapia

Oltre all'osservanza delle qualificazioni necessarie e delle prescrizioni aziendali nella gestione di medicinali, 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 degli ospiti dipende in modo determinante da una farmacoterapia ottimale.

3. Dimensione non medicamentosa delle cure e dell'assistenza

Autrice: Anna Jörger, CURAVIVA Svizzera

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 delle e degli ospiti. CURAVIVA Svizzera 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 degli ospiti.

Perseguire approcci non medicamentosi e adottare terapie non medicamentose è molto importante pure per le persone affette da una malattia legata alla demenza: la demenza pregiudica da una parte le capacità cognitive, dall'altra il vissuto e il comportamento. In quest'ultimo aspetto si parla anche di «comportamento provocatorio o di sfida» (sintomi non cognitivi). Quali esempi si possono citare la paura, la depressione o l'aggressione. L'ambiente specializzato riconosce generalmente l'impiego di approcci non medicamentosi (vale a dire che non fanno capo a medicinali nel senso stretto del termine) quali misure prioritarie nella gestione di sintomi non cognitivi. Gli esempi sopra citati di approcci e terapie non medicamentosi sono rilevanti pure per l'assistenza e la cura di persone affette da demenza. Vi si aggiungono ulteriori approcci e forme terapeutiche specifici, quali ad esempio la stimolazione basale (Snoezelen), la validazione o il lavoro biografico. Nel quadro dell'attuazione della Strategia nazionale i settori specializzati Persone anziane e Adulti portatori di handicap di CURAVIVA Svizzera assieme a INSOS Svizzera stanno elaborando una panoramica relativa agli approcci, ai modelli e ai concetti più importanti per l'assistenza di persone affette da demenza nelle istituzioni svizzere. Il risultato sarà disponibile a fine 2017 sul sito web di CURAVIVA Svizzera quale offerta d'informazione (Box demenza).

4. Progetti di ricerca e di attuazione

Indicatori medici della qualità

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) è tenuto per legge a pubblicare gli indicatori medici della qualità (Legge federale sull'assicurazione malattie LAMal, artt. 58-59). È previsto che a partire dal 2019 in tutte le case di cura in Svizzera vengano rilevati quattro [indicatori medici della qualità](#) (perdita di peso, misure che limitano la libertà di movimento, farmacoterapia/principi attivi, dolore). CURAVIVA Svizzera quale parte di una commissione interdisciplinare era coinvolta in maniera determinante nell'elaborazione di questi ultimi. A partire dal 2020 essi saranno rilevati tramite la «Statistica degli istituti medico-sociali» (SOMED) e pubblicati in seguito dall'UFSP, dunque pure resi accessibili al pubblico.

Con l'indicatore «farmacoterapia/principi attivi» in futuro sarà rilevata la parte percentuale di abitanti che negli ultimi 7 giorni hanno assunto 9 e più principi attivi (CURAVIVA Svizzera, 2017c).

Programmi «Farmacoterapia sicura» di Sicurezza dei pazienti Svizzera

La Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera nel 2017 conclude il programma pilota «Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia» (2014-2017). La fondazione ha avviato il nuovo programma pilota «[Farmacoterapia sicura nelle case di cura](#)» (2017-2019), per sviluppare anche per le case di cura degli aiuti vicini alla pratica, al fine di poter ridurre la polimedicazione. CURAVIVA Svizzera è rappresentata nel gruppo di pilotaggio del programma pilota sulla farmacoterapia nelle case di cura, il settore specializzato Persone anziane a sua volta nel gruppo di accompagnamento specializzato è rappresentato da specialisti delle case di cura. CURAVIVA Svizzera sostiene inoltre l'inchiesta online delle case di cura svizzeri prevista per l'autunno 2017. Tramite l'inchiesta s'intendono rilevare le soluzioni già adottati, la necessità d'azione e i dati per la Svizzera. I risultati offrono una panoramica sui processi di farmacoterapia nelle case di cura e servono quale base per lo sviluppo di raccomandazioni.

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

Lo scopo del programma PNR 74 Assistenza sanitaria è ottenere delle informazioni sulla struttura e l'impiego dell'assistenza sanitaria svizzera per far fronte alle sfide concrete nel trattamento di malati cronici. Nel quadro del progetto di ricerca «[Ottimizzazione della farmacoterapia nelle case di cura per anziani](#)» (direzione: Prof. Olivier Bugnon, Università di Ginevra e Losanna) viene sviluppato un modello di collaborazione esteso su più professioni per il *deprescribing* nelle case di cura per anziani. Si esamina la modalità di ripercussione del modello sulla farmacoterapia, lo stato di salute e la qualità di vita delle persone interessate. Sono inoltre oggetto di analisi la fattibilità finanziaria e organizzativa e l'accettazione da parte delle persone interessate (FNS, 2017).

5. Fonti

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

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. 10.1136/qshc.2009.034231.

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

Breil, D. (2016). [Arzneicocktail im Alter: Was macht Sinn?](#) In Prim Hosp Care 2016;16(1):17–20. doi: 10.4414/phc-d.2016.01139.

CURAVIVA Schweiz (2014). [Lebensqualitätskonzeption](#). Für Menschen mit Unterstützungsbedarf. Zugriff am 14.07.2017 unter www.curaviva.ch.

CURAVIVA Schweiz (2017a). [Kompetenzen](#). Factsheet der «HR-Box» von CURAVIVA Schweiz - Bereich Bildung. Zugriff am 14.07.2017 unter www.curaviva.ch.

CURAVIVA Schweiz (2017b). [Kompetenzerweiterung](#). Factsheet der «HR-Box» von CURAVIVA Schweiz - Bereich Bildung. Zugriff am 14.07.2017 unter: www.curaviva.ch.

CURAVIVA Schweiz (2017c). [Medizinische Qualitätsindikatoren](#). Themendossier. online: www.curaviva.ch/Fachinformationen (-> Qualität / Lebensqualität). Zugriff am 18.08.2017 unter: www.curaviva.ch.

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

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.

Kanton Wallis (2017). [Richtlinien der Dienststelle für Gesundheitswesen zur Handhabung von Arzneimitteln in Institutionen](#). Hrsg. vom Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur Dienststelle für Gesundheitswesen am 15. März 2017. Zugriff am 13.07.2017 unter www.vs.ch.

Kantonsapothekervereinigung Schweiz KAV (2009). [Regeln der guten Abgabepaxis für Heilmittel](#). 14. September 2009, Version 1. Zugriff am 13.07.2017 unter www.kantonsapotheker.ch.

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.

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.

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

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.

Rodondi, N., Nanchen, D. (2016). [Peut-on réduire la polypharmacie chez les patients multimorbides?](#) In Rev Med Suisse 2016; volume 12. 427-428.

Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG (2013). [Richtlinien für in Alters- und Pflegeheim tätige Ärztinnen und Ärzte](#). Zugriff am 13.07.2017 unter www.sfgg.ch.

Schweizerischer Nationalfonds SNF (2017). [Optimierung der Medikation in Alters- und Pflegeheimen](#). Forschungsprojekt im Rahmen des NFP 74 «Gesundheitsversorgung». Zugriff am 13.07.2017 unter www.nfp74.ch.

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

VIVA Luzern AG (2013). Handbuch. Beispiel eines Inhaltsverzeichnisses, angelehnt an die «Richtlinie Umgang mit Arzneimitteln». Nicht veröffentlicht.

Editrice

CURAVIVA Svizzera, Settore Persone anziane
Zieglerstrasse 53
Casella postale 1003
3000 Berna 14

Autrici

- Martine Ruggli, farmacista, responsabile Collaborazione interprofessionale, pharmaSuisse
- Anja Schmutz, farmacista, settore Collaborazione interprofessionale, pharmaSuisse
- Marianne Geiser, responsabile di progetto HR cure e assistenza, unità Formazione, CURAVIVA Svizzera
- Anna Jörger, collaboratrice scientifica, settore specializzato Persone anziane, CURAVIVA Svizzera

Modalità per le citazioni

Ruggli, M., Schmutz, A., Geiser, M., Jörger, A. (2017). Approvvigionamento di medicinali nelle case di cura, ed. CURAVIVA Svizzera, Settore specializzato Persone anziane, online: www.curaviva.ch.

© CURAVIVA Svizzera, agosto 2017