

## L'assunzione sicura dei farmaci nella Residenza comunale Cimarosa di Torino. Un modello d'integrazione tra competenze sanitarie e socio-assistenziali

Daniela Bodda<sup>1</sup>, Miriam Petti<sup>1</sup>, Franco Cirio<sup>1</sup>, Antonietta Gaeta<sup>2</sup>, Maria Cardino<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ASL Torino 2

<sup>2</sup> Comune di Torino

<sup>3</sup> Residenze "Buon Riposo" e "Cimarosa", Comune di Torino

**L**a civiltà di un Paese si misura anche da quanto e come si prende cura delle persone più deboli, come gli anziani in difficoltà, malati, o senza legami né aiuti.

Una sensibilità che è cresciuta nel tempo, e che nel XX secolo ha raggiunto un traguardo fondamentale con il definitivo superamento del sistema basato sui concetti di carità e beneficenza a favore del modello fondato sui diritti dei cittadini.

La Città di Torino, nel corso dell'ultimo secolo, ha svolto sovente un ruolo di "laboratorio" di nuove esperienze socio-assistenziali di tutela delle persone maggiormente "fragili", ruolo che dal 1978 ha visto sempre più integrare competenze e professionalità comunali con quelle sanitarie delle Aziende Sanitarie Locali.

La città si trova ad affrontare un invecchiamento della popolazione superiore al resto del territorio regionale con un indice di vecchiaia più alto del 60% di quello della cintura e dell'11% di quello regionale.

All'invecchiamento della popolazione, con la relativa frequente polipatologia e riduzione dell'autosufficienza, si aggiungono altri fenomeni sociali che concorrono a determinare fenomeni di fragilità e bisogno nella popolazione. Si considerino, ad esempio, le possibili conseguenze correlate alla solitudine sociale, all'eventuale perdita della propria abitazione, alla riduzione del proprio reddito per separazione o per perdita del posto di lavoro. Eventi che possono creare facilmente "disagio sociale".

Tutto questo ha comportato, nonostante l'incremento

degli interventi di sostegno domiciliare, un forte e progressivo aumento delle richieste di ricovero in strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali.

La Rete dei Servizi socio-assistenziali della Città di Torino prevede anche Strutture residenziali per persone, prevalentemente anziani, autosufficienti, ma che necessitano momentaneamente o permanentemente di supporto e assistenza non erogabile a domicilio. Queste Residenze ospitano cittadini anziani, singoli o in coppia, che non possono o non vogliono rimanere nella propria casa, e che sono dichiarati autosufficienti (su apposita scheda), dal medico curante. Sono strutture a carattere alberghiero con un massimo di 80-100 posti letto. I progetti di ristrutturazione in corso prevedono la loro parziale trasformazione in edifici adatti ad accogliere persone con autosufficienza limitata o che, pur mantenendo una discreta autonomia, necessitano di assistenza e supporto.

Nella Circoscrizione 6 è collocata la Residenza D. Cimarosa, gestita dal Comune di Torino, costruita alla fine degli anni '50, che è sempre stata connotata, nella sua storia, da una spiccata vocazione territoriale. La zona della città in cui è situata, Barriera di Milano, costituisce storicamente uno dei punti nevralgici per la lettura delle complesse vicende sociali e demografiche torinesi. Proprio per rispondere ad un bisogno emergente dei Servizi Sociali dei territori limitrofi (Circoscrizioni 5-6-7), da alcuni anni ha iniziato ad accogliere prevalentemente cittadini ultra

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

sessantacinquenni in situazione di emergenza abitativa (sfratto, dormitorio). Si tratta di una tipologia particolare di ospiti, tra i 65 e i 75 anni, in maggioranza di sesso maschile, anche se negli ultimi tempi vengono accolte anche donne e coppie a basso reddito. Questi ospiti sono inseriti esclusivamente tramite una procedura d'urgenza. Il loro contesto di provenienza è socialmente problematico, ma non sono tutti utenti di "lungo corso": più spesso appartengono alle cosiddette "nuove povertà". La loro situazione d'autonomia funzionale è buona, non altrettanto lo stato di salute complessivo a causa non dell'invecchiamento, quanto di stili di vita marginali. Spesso è presente un disagio psichico di tipo depressivo. Si tratta di *borderline* sociali e/o psicologici, maestri nell'arte di arrangiarsi ai limiti della legalità, con difficoltà a rispettare le regole elementari di una comunità. Immaturi dal punto di vista affettivo, profondamente maschilisti, si caratterizzano per un atteggiamento deresponsabilizzante e di scarsa elaborazione rispetto alla loro storia. Il progetto di vita è confuso, poco realistico e spesso di breve periodo. La residenza non è una scelta, ma un percorso obbligato in una situazione clamorosa come la perdita della propria abitazione per sfratto e/o sgombero coatto. L'istituzione o viene continuamente squalificata, o si rivela una soluzione vantaggiosa per riprodurre all'interno le dinamiche distorte delle loro reti sociali precedenti. In questo caso, la presenza degli altri è strumentale all'ottenimento di benefici materiali. La loro gestione finanziaria è irrazionale e decisamente poco efficace.

A questo nuovo tipo di accoglienza ha risposto un gruppo di lavoro multi-disciplinare formato da operatori socio-sanitari (OSS), istruttori, animatori del Comune di Torino e infermieri dell'ASL competente per territorio, che ha cercato e tutt'ora cerca di costruire progetti individuali socio assistenziali e sanitari con maggiore attenzione ad una valenza educativa che supporti la persona rispetto a fragilità e immaturità che sono caratteristiche dell'adulto in difficoltà piuttosto che dell'anziano.

Si consideri che la normativa che regola questa tipologia di Residenze non prevede la presenza di specifico personale sanitario, facendo riferimento, in caso di necessità, alle prestazioni del Medico di Medicina Generale del singolo ospite e dei Servizi di Cure domiciliari dell'ASL competente per territorio.

In realtà, il numero elevato degli ospiti, la loro età e le loro patologie generano, rispetto al normale contesto domiciliare, una maggiore complessità che si esprime in un numero maggiore di visite mediche e di prescrizioni di tipo diagnostico e/o terapeutico da organizzare nell'Istituto.

La risposta organizzativa, per fronteggiare tale complessità, in questi anni si è avvalsa prevalentemente dell'assistenza medica di tre Medici di Medicina Generale che si sono resi disponibili ad assistere gli ospiti della Residenza, svolgendo ciascuno un accesso settimanale in struttura per le visite diagnostiche agli ospiti, le prescrizioni terapeutiche e le eventuali richieste di consulenze specialistiche. Inoltre, considerata l'elevata concentrazione di assistiti domiciliati/residenti nell'Istituto, molti dei quali affetti dalle più diffuse patologie croniche tipiche della terza età (diabete, ipertensione arteriosa, broncopneumopatie), si è garantita anche la presenza nell'Istituto di un Infermiere della Struttura Complessa (S.C.) Cure Domiciliari e Disabilità, dal lunedì al venerdì (orario h. 8,00 – 15,42), per 7,42 ore/die.

Tali patologie infatti (ad es.: sovrappeso e dieta squilibrata in diabetici, fumo in bronconeupatici, alcool in insufficienti epatici, ecc.) richiedono, da parte dell'Infermiere e del Medico, frequenti controlli del loro compenso.

Le eventuali prestazioni infermieristiche domiciliari nelle giornate festive e prefestive (ad es.: somministrazione di terapie iniettive) sono state garantite dallo stesso personale della S.C. Cure Domiciliari, che è reperibile telefonicamente, per gli operatori socio-assistenziali, dalle ore 8 alle ore 20.

In tale contesto, si è valutato che le problematiche inerenti la salute vanno affrontate con il duplice obiettivo di rendere gli ospiti più consapevoli rispetto alla cura di sé e del proprio benessere psicofisico e, dall'altra parte, garantire supporto e monitoraggio dove l'autonomia, pur auspicabile, non è realisticamente raggiungibile nel breve periodo. Il corretto utilizzo dei farmaci è uno degli esempi più evidenti: per gli ospiti del Cimara il problema non è legato alla sfera cognitiva e alla memoria, ma alla loro difficoltà a seguire fedelmente regole e scadenze, e non alle loro passate o presenti dipendenze alcoliche, o alla presenza importante di patologie psichiatriche diagnosticate e compensate solo nel momento dell'ingresso nella nostra struttura. Vi è dunque la necessità, da parte di diversi ospiti, di un aiuto, da parte degli operatori, nell'assunzione delle loro terapie, nonché di dare più spazio ad un'assistenza infermieristica non routinaria, orientata alla continua mediazione con l'ospite rispetto alle cure e ai cambiamenti dello stile di vita necessari per migliorare e proteggere la propria salute.

Precedentemente alla sperimentazione descritta in questo articolo, tra le prestazioni erogate dall'infermiere, la preparazione e la somministrazione delle terapie,

prevalentemente per via orale, assorbiva la maggior parte del suo tempo lavoro. Peraltro, la prescrizione di terapie in orari diversi della giornata (ad es.: colazione, pranzo, cena), a fronte di una presenza infermieristica tra le ore 8.00 e le ore 16.00, non permetteva sempre una somministrazione effettuata dall'infermiere. L'infermiere preparava la terapia da somministrare nei diversi orari della giornata suddividendola in confezioni per ciascun ospite e ciascun orario di assunzione. Nei giorni e orari di presenza infermieristica la terapia era somministrata dall'infermiere, mentre in sua assenza la terapia orale, precedentemente preparata dall'infermiere, era assunta dall'assistito previo aiuto dell'operatore socio sanitario di turno. Si consideri altresì che, per la giornata di sabato e domenica, nonché per le eventuali festività infrasettimanali, tale preparazione era svolta addirittura nel precedente giorno feriale.

Suddetta procedura, che disgiungeva il momento preparatorio della terapia dal momento della somministrazione, richiedendo di modificare il confezionamento del farmaco effettuato dall'industria farmaceutica produttrice, si poteva prestare ad errori di gestione del farmaco (non adeguata conservazione) nonché di corretta somministrazione.

Inoltre, la preparazione delle terapie da somministrare nelle ore o giornate successive richiedevano molto tempo e riducevano il tempo lavoro utilizzabile dall'infermiere per altre attività sanitarie di controllo del compenso delle patologie prevalentemente croniche degli ospiti.

La necessità di adottare una procedura sicura nella gestione della terapia farmacologica prescritta agli ospiti dell'Istituto Cimarosa, oltre al bisogno di monitorare costantemente il compenso, spesso precario, delle patologie di cui sono affetti, ha indotto l'ASL TO 2 e la Divisione dei Servizi Sociali del Comune di Torino ad elaborare – nel mese di dicembre 2009 – e dare avvio, al presente progetto.

Il Gruppo di progettazione ha visto coinvolti: per l'ASL TO 2 il Dirigente della struttura complessa Cure domiciliari e disabilità Dr.ssa Daniela Bodda, la coordinatrice infermieristica della centrale delle cure domiciliari del Distretto Circ. 6 Sig.ra Miriam Petti, il Responsabile delle professioni sanitarie del Distretto Circ. 6 Dr. Franco Cirio e per il Comune di Torino, la Funzionaria delle Residenze "Buon Riposo" e "Cimarosa" Dott.ssa Maria Cardino, la Responsabile assistenziale della Residenza Cimarosa Sig.ra Maria Arena, i Coordinatori di Nucleo della Residenza Cimarosa, Sig.ra Daniela Coletta e Sig. Danilo Spampinato.

## PROGETTO PER LA GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA PRESSO L'ISTITUTO CIMAROSA DI TORINO

### Obiettivi:

- Gestione sicura della terapia prescritta con aiuto dell'ospite all'assunzione della terapia orale e applicazione di quella topica.
- Qualificazione del tempo-lavoro dell'Infermiere per rafforzare il monitoraggio delle condizioni di salute degli ospiti.

## CRONOPROGRAMMA DEGLI INTERVENTI

- Come primo intervento si è programmata la rivalutazione del livello di autosufficienza degli ospiti della Residenza. Nel mese di gennaio 2010 la Commissione di Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) della Geriatria Territoriale dell'ASL TO2, previa valutazione sanitaria e sociale, doveva individuare le persone non autonome e il loro grado di non autosufficienza.
- Successivamente, nei mesi di febbraio e marzo l'UVG, in accordo con gli eventuali familiari o tutori, ha previsto l'inserimento degli ospiti risultati parzialmente non autosufficienti in altre Residenze a maggiore valenza sanitaria, dove avrebbero potuto essere assistiti in modo più adeguato.
- Nel mese di aprile gli infermieri delle Cure domiciliari e i Responsabili Assistenziali dell'Istituto Cimarosa dovevano predisporre nuove procedure operative e nuove schede per la gestione delle prescrizioni farmacologiche, di seguito meglio descritte.
- Nel mese di maggio le infermiere delle Cure domiciliari dovevano affiancare per due settimane gli operatori socio assistenziali della Residenza, portandoli progressivamente all'autonomia nella somministrazione della terapia orale.

La sperimentazione della nuova procedura è successivamente proseguita come di seguito illustrato.

## SPERIMENTAZIONE ATTUATA

Il cronoprogramma è stato interamente rispettato sia come sequenza degli interventi, sia come tempi previsti. La Commissione UVG ha individuato n. 3 ospiti non più

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

autosufficienti, che sono stati trasferiti in altre Residenze (punti a e b).

La predisposizione delle nuove procedure operative, relative alla gestione delle prescrizioni farmacologiche e dei relativi strumenti di informazione del personale e di documentazione delle terapie prescritte e somministrate, ha richiesto un notevole lavoro congiunto tra le diverse professionalità coinvolte (mediche, infermieristiche e assistenziali), che si è realizzato attraverso 3 incontri formali per l'*équipe* allargata e attraverso circa 5-6 momenti informali con le singole fasce orarie per chiarimenti e approfondimenti.

In sintesi, le nuove procedure hanno codificato i seguenti aspetti:

- La modalità di prescrizione farmacologica da parte dei tre MMG che garantiscono l'assistenza medica agli ospiti dell'Istituto, escludendo prescrizioni effettuate telefonicamente che si possono prestare ad errori di comprensione della prescrizione stessa e richiesta nelle "terapie al bisogno" di criteri definenti il concetto di bisogno.
- La somministrazione dei farmaci è svolta dagli operatori socio sanitari che aiutano gli ospiti nella loro assunzione.
- La compilazione/aggiornamento informatizzata della "scheda pro-memoria per gli OSS per la terapia farmacologica" effettuata congiuntamente dall'infermiere e dal MMG che la firma in quanto medico prescrittore, evitando errori di successiva trascrizione o di mancato aggiornamento.

Predisposta la Procedura operativa e le relative Schede documentative (disponibili sul sito [www.grg-bs.it](http://www.grg-bs.it) -letteratura -riviste), per il personale costituito dagli OSS del Comune è stato svolto un breve incontro, della durata di 1 ora e mezza, di formazione/aggiornamento sulle possibili "criticità" relative all'assunzione di farmaci e più precisamente:

- Le diverse tipologie di preparazioni farmacologiche esistenti.
- Modalità di conservazione.
- Importanza del controllo delle scadenze e della non alterazione del formato.
- Regole per una sicura assunzione/somministrazione.
- Principali reazioni indesiderate correlate all'assunzione delle principali tipologie di farmaci prescritti per patologie croniche.

All'aggiornamento del personale del Comune è seguita una fase di circa 3 settimane di aiuto nella somministrazione della terapia orale e topica da parte degli OSS

affiancati dall'infermiere, a verifica delle competenze acquisite.

Dal 1 luglio si è passati ad una gestione autonoma da parte degli OSS, pur garantendo nei giorni feriali circa 7 ore al giorno di presenza infermieristica e reperibilità prefestiva e festiva, per una pianificazione complessiva riguardo ai bisogni sanitari degli ospiti.

## RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE

La sperimentazione, durata cinque mesi, è stata positiva. Il protocollo, inserito nel Piano Esecutivo di Gestione 2010 della Città di Torino, è diventato strumento di lavoro acquisito dagli OSS e ha consentito di rispettare le competenze normate, superando la mera esecutività a favore di una visione più ampia del proprio compito, aumentando conoscenze tecniche e abilità relazionali.

Nel periodo di sperimentazione, non solo non si sono verificati errori nella gestione della terapia farmacologica, ma gli OSS hanno dimostrato di essere capaci di prestare attenzione e responsabilizzare gli stessi assistiti allo scadere degli approvvigionamenti dei singoli farmaci loro prescritti, all'importanza della loro assunzione, alla segnalazione di effetti collaterali, ecc.

L'infermiere del Servizio di Cure domiciliari ha riqualificato la propria funzione interna all'Istituto, monitorando globalmente lo stato di benessere degli assistiti e aiutandoli, congiuntamente agli OSS a trovare migliori soluzioni di adesione alle prescrizioni, farmacologiche e non, di promozione e gestione della propria salute.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Benci L. La prescrizione e la somministrazione dei farmaci. Responsabilità giuridica e deontologica, McGraw-Hill, Milano 2007.

Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, McGraw-Hill, Milano 2007.

DM 734/1994 " Profilo professionale dell'Infermiere".

Ministero della Salute. Qualità e sicurezza delle cure nell'uso dei farmaci - Raccomandazioni, Integrazione e Formazione, Roma, settembre 2010.

Ministero della Salute. Raccomandazione n.7: Raccomandazioni per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica, Roma, marzo 2008.

Regione Piemonte, ASL TO2 - Unità di Gestione del rischio Clinico. Indicazioni per l'impiego di farmaci ad alto rischio, Torino, 18/12/2008.

Regione Piemonte. Dgr 46/5662 Recepimento dell'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni, in relazione al profilo dell'OSS.