
Misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza caduta e decubito

Versione breve rapporto comparativo nazionale 2013 | adulti

Luglio 2014 / versione 1.0

Indice

1.	Introduzione	3
2.	Obiettivi.....	3
3.	Metodo	3
4.	Etica e protezione dei dati	4
5.	Risultati descrittivi	4
5.1	Ospedali partecipanti.....	4
5.2	Pazienti partecipanti.....	4
5.3	Prevalenza decubito	4
5.3.1	Pazienti con decubito	4
5.3.2	Misure di prevenzione	5
5.4	Prevalenza caduta.....	5
5.4.1	Pazienti vittime di cadute	5
5.4.2	Misure di prevenzione	5
6.	Risultati dopo aggiustamento secondo il rischio	5
6.1	Decubito nosocomiale.....	5
6.2	Decubito nosocomiale, esclusa la categoria 1.....	7
6.3	Caduta in ospedale	7
7.	Discussione e conclusioni	8
7.1	Partecipanti	8
7.2	Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali.....	9
7.2.1	Caratteristiche dei pazienti	9
7.2.2	Tassi di prevalenza	9
7.3	Indicatori di struttura per il decubito	10
7.4	Tassi di prevalenza cadute in ospedale	10
7.4.1	Caratteristiche dei pazienti	10
7.4.2	Tassi di prevalenza	11
7.5	Indicatori di struttura delle cadute.....	11
7.6	Confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio	11
7.7	Punti di forza e punti deboli	12
8.	Raccomandazioni	13
	Istruzione per la lettura dei grafici.....	14

1. Introduzione

L'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) si occupa delle misurazioni della qualità negli ospedali svizzeri. Nel quadro del contratto nazionale di qualità, gli ospedali e le cliniche aderenti sono tenuti a partecipare a misurazioni della qualità svolte a scadenze periodiche ai sensi del piano di misurazione dell'ANQ. Tale piano di misurazione comprende le lesioni da decubito sviluppate durante la degenza e le cadute verificatesi in ospedale, che costituiscono aspetti parziali della qualità della cura e dell'assistenza.

Dal 2011, la Scuola universitaria professionale di Berna (BFH) svolge su incarico dell'ANQ la misurazione degli indicatori di prevalenza caduta e decubito nel settore somatico acuto degli ospedali svizzeri, e si occupa dell'organizzazione del rilevamento e dell'elaborazione dei dati a livello nazionale. Per il rilevamento dei dati in Ticino e in Romandia, la BFH coopera con la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) di Manno e con la Haute école de santé (HEdS-FR) di Friburgo.

Questo rapporto, basato sulla misurazione 2013, presenta brevemente l'analisi a livello nazionale dei dati degli adulti. Il rapporto dettagliato è disponibile all'indirizzo www.anq.ch/de/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus. Per la misurazione separata del decubito 2013 tra i bambini verrà pubblicato verosimilmente a primavera 2015 un rapporto specifico.

2. Obiettivi

Dai risultati della misurazione si dovranno ricavare, oltre ai tassi di prevalenza, conoscenze sulle caratteristiche dei pazienti, delle strutture e dei processi. Lo scopo è inoltre quello di operare un confronto dei risultati tra istituzioni simili.

Ne derivano gli obiettivi seguenti.

- Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali: categorie 1-4¹
- Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali: categorie 2-4
- Tassi di prevalenza delle cadute verificatesi in ospedale
- Descrizione degli indicatori di struttura e di processo in relazione con cadute e decubiti
- Confronti tra i risultati dei diversi ospedali, aggiustati secondo il rischio

In aggiunta, nei risultati descrittivi vengono riportati anche i tassi di prevalenza complessivi. Ciò significa che in questa parte vengono rappresentati anche i risultati prima dell'ammissione. La misurazione deve consentire di acquisire conoscenze a livello di singolo ospedale e a livello nazionale.

3. Metodo

I dati sono stati rilevati il 5 novembre 2013. Sono stati inclusi tutti i pazienti che il giorno di riferimento hanno ricevuto cure stazionarie. Sono invece stati esclusi i neonati sani del reparto di neonatologia e le puerpere.

Gli strumenti impiegati per la misurazione si basano sulla International Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ International), da diversi anni svolta regolarmente in Olanda e in altri paesi. La misurazione è stata sviluppata dall'Università di Maastricht.

¹ Il decubito nosocomiale è classificabile come segue: categoria 1: arrossamento della cute intatta che non sparisce alla digitopressione | categoria 2: perdita parziale della cute | categoria 3: perdita della cute | categoria 4: perdita completa della cute o dei tessuti.

Il decubito è stato rilevato il giorno di riferimento (misurazione puntuale). Le cadute riguardavano invece un periodo massimo di trenta giorni (prevalenza periodica). Sono state considerate solo le cadute verificatesi in ospedale, in quanto i nosocomi possono influenzare solo questi eventi. I dati sono stati dapprima analizzati in modo descrittivo, poi sottoposti a un aggiustamento secondo il rischio.² Sono inoltre stati calcolati tassi di prevalenza per ogni tipo di reparto e un indice delle ferite da caduta.

4. Etica e protezione dei dati

La condizione per la partecipazione era una dichiarazione di consenso orale del paziente o di una persona autorizzata a rappresentarlo, informato/a in anticipo e per iscritto sul rilevamento e sul suo scopo. Il desiderio del paziente di non partecipare è stato rispettato. Tutti i dati riferiti ai pazienti sono stati rilevati in forma pseudonimizzata. Solo gli ospedali possono decodificarli.

5. Risultati descrittivi

5.1 Ospedali partecipanti

Alla terza misurazione degli indicatori di prevalenza hanno partecipato 133 ospedali e gruppi di ospedali, ripartiti in 187 sedi e dei tipi cure primarie (ospedali per cure generali), presa a carico centralizzata (ospedali universitari/ospedali per cure generali) e cliniche specializzate, per un totale di 1208 reparti. I reparti chirurgici (46%) sono i più rappresentati, seguiti da quelli non chirurgici (32%).

5.2 Pazienti partecipanti

Il giorno del rilevamento, negli ospedali partecipanti erano ricoverati 17'486 pazienti a partire dai diciotto anni, di cui 12'903 hanno preso parte alla misurazione, il che corrisponde a un tasso di risposta del 73,8%. L'età media dei partecipanti era di 66,2 anni, le donne erano il 50,4%. La durata media della degenza fino al momento della misurazione è stata di 8,6 giorni. Il 40,9% dei partecipanti aveva subito un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione. In proporzione, nelle cure primarie (ospedali per cure generali) e nelle cliniche specializzate si è operato di più che negli altri tipi di ospedale. Secondo le priorità nel campo dell'assistenza e le specializzazioni, si delineano differenze a livello di diagnosi. Le malattie del sistema circolatorio (49,4%) sono le più frequenti, seguite da quelle del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (36,4%).

Il motivo più frequente per la mancata partecipazione è stato il rifiuto, seguito da «non disponibile», il che significa che il paziente al momento del rilevamento era assente, per esempio per sottoporsi a una visita di controllo. «Stato cognitivo troppo grave» è stata la terza risposta più indicata.

5.3 Prevalenza decubito

5.3.1 Pazienti con decubito

La frequenza dei decubiti nosocomiali delle categorie 1-4 è pari al 4,6% (anno precedente 4,4%). Se si esclude la categoria 1, il tasso scende al 2,0% (anno precedente 1,7%).

La maggior parte dei decubiti nosocomiali della categoria 1 è stata rilevata nelle cliniche specializzate e nelle cure primarie. I decubiti della categoria 2 sono più frequenti negli ospedali per cure generali (presa a

² Questa misurazione confronta la qualità delle cure tra gli ospedali. In tale contesto, lo stato di salute generale del paziente, il grado dell'affezione curata e le dimensioni del campione sono decisivi. I risultati delle cure possono infatti essere diversi anche a parità di qualità del trattamento. Un risultato peggiore non significa quindi automaticamente una qualità inferiore. Per operare un confronto equo, è dunque fondamentale considerare i fattori di rischio dei pazienti attraverso una determinata procedura statistica, chiamata aggiustamento secondo il rischio.

carico centralizzata), quelli della categoria 3 negli ospedali universitari (presa a carico centralizzata). La categoria 4, infine, è stata rilevata più spesso nelle cliniche universitarie.

Il tasso di prevalenza complessivo include anche i pazienti che già presentavano un decubito al momento del ricovero in ospedale. In totale, per il 7,6% (anno precedente 6,9%) dei 12'903 partecipanti è stato rilevato almeno un decubito delle categorie 1-4. Escludendo la categoria 1, il tasso è pari al 3,8% (anno precedente 3,3%). La maggior parte delle persone colpite presentava uno (72,5%) o due (18,6%) decubiti. Le localizzazioni più frequenti sono l'osso sacro e i talloni. In media, questi pazienti avevano 74,9 anni. Il 35,8% di loro aveva subito un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione.

5.3.2 Misure di prevenzione

Per i pazienti a rischio decubito o con un decubito, le misure di prevenzione più adottate sono state la promozione del movimento e la cura della pelle. I materassi antidecubito più utilizzati sono stati quelli in schiuma fredda. Per circa un terzo dei pazienti a rischio decubito o con un decubito non sono state adottate misure di prevenzione in posizione seduta. Per i decubiti della categoria 1, si è fatto ricorso a un ampio ventaglio di medicazioni, mentre per le categorie 2-4 si è spesso rinunciato.

5.4 Prevalenza caduta

5.4.1 Pazienti vittime di cadute

Nel 2013, il tasso di prevalenza delle cadute verificatesi in ospedale è stato del 4,1% (anno precedente 3,8%). Questo valore varia dal 3,7% al 5,7%. Il più alto è stato riscontrato nelle cliniche specializzate.

All'interno dell'ospedale, i luoghi in cui più spesso sono avvenute le cadute sono la stanza del paziente (70,1%) e il bagno (19,6%). La maggior parte delle cadute si è verificata camminando o stando in piedi senza mezzi ausiliari. Tra le cause principali delle cadute in ospedale, le più menzionate sono i problemi fisici (51,5%) e i fattori ambientali esterni (17,6%).

5.4.2 Misure di prevenzione

Le misure più spesso adottate per la prevenzione primaria sono l'informazione ai pazienti, gli esercizi di allenamento e di rinforzo muscolare, e l'accompagnamento nella deambulazione.

Per i pazienti già caduti almeno una volta si tende ad adottare più misure di prevenzione e spesso una loro combinazione. La scelta o la combinazione di queste misure sembra variare secondo il tipo di ospedale. Circa tre quarti dei pazienti caduti non avevano beneficiato di alcuna misura di prevenzione.

6. Risultati dopo aggiustamento secondo il rischio

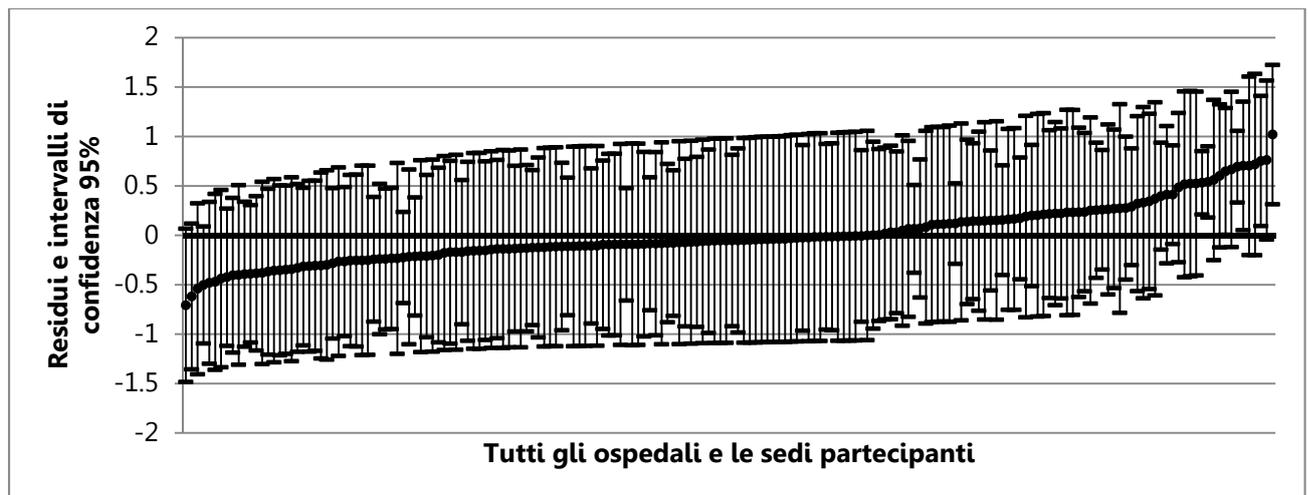
Come i due anni precedenti, dai confronti dei tre indicatori decubiti categorie 1-4, decubiti categorie 2-4 e cadute dopo aggiustamento secondo il rischio si riscontra una grande omogeneità degli ospedali. Sono pochi i nosocomi che si distinguono in modo statisticamente significativo dalla media complessiva e rispetto agli anni precedenti si riscontrano unicamente lievi differenze.

6.1 Decubito nosocomiale

Per la valutazione del rischio di decubito si fa ricorso alla cosiddetta scala di Braden. I pazienti valutati con un valore di rischio di 20 o meno corrono un rischio di decubito di oltre tre volte superiore rispetto a quelli con un valore maggiore a 20. La scala di dipendenza assistenziale mostra una crescita quasi lineare del rischio di decubito con l'aumento della dipendenza. Rispetto alla completa indipendenza, la categoria «Prevalentemente indipendente» comporta già un rischio doppio. In caso di completa dipendenza, tale rischio è più di sette volte superiore.

Più la degenza è lunga, maggiore è il rischio di decubito. I pazienti ricoverati per più di 28 giorni corrono un rischio 4,8 volte superiore rispetto a quelli con una degenza fino a sette giorni. Anche l'età influisce: a partire dai 75 anni, il rischio è quasi doppio di quello corso da chi ha meno di 55 anni. Diverse diagnosi hanno pure un influsso reciprocamente indipendente sull'aumento del rischio di decubito. Sono in particolare rilevanti le malattie del sistema respiratorio e muscolo-scheletrico, nonché cause esterne come gli infortuni.

Figura³: residui del livello di ospedale e intervalli di confidenza 95%,⁴ tutti gli ospedali e le sedi partecipanti - decubito nosocomiale categorie 1-4



Il riferimento è costituito dall'insieme degli ospedali partecipanti. In questo modo, viene raggiunta una maggiore rappresentatività statistica, dato che viene presa in conto la struttura del rischio di un campione consistente.

I valori positivi indicano una maggiore insorgenza di decubiti nosocomiali dopo aggiustamento secondo il rischio. I valori negativi indicano una frequenza inferiore di decubiti rispetto alla media di tutti i nosocomi (linea dello zero). Solo sette istituti si differenziano dall'insieme degli ospedali in maniera statisticamente significativa con intervalli di confidenza che non tagliano la linea dello zero. Tenendo conto delle caratteristiche dei pazienti summenzionate, si può affermare che tra gli ospedali vige una relativa omogeneità. Un fattore che certamente vi contribuisce è l'esiguo numero di casi in molti ospedali, il che determina intervalli di confidenza molto ampi. Gli intervalli di confidenza illustrano il grado di (in)certezza statistica con cui vanno interpretati i risultati.

Esempio di lettura di questo grafico: se si osservano i tredici ospedali (punti dato) sull'estrema destra, si nota che sette (residui) si trovano sopra la linea dello zero. La differenza sta nell'intervallo di confidenza: quello di questi sette ospedali non taglia tale linea, quello degli altri sei sì. Tutti i tredici ospedali hanno più decubiti della media generale, ma solo per questi sette istituti ciò è corroborato da una significatività statistica; per gli altri sei ospedali, l'incertezza statistica è maggiore, principalmente a causa del minor numero di casi di pazienti partecipanti.

³ Alla fine del rapporto si trova un'istruzione per la lettura del grafico.

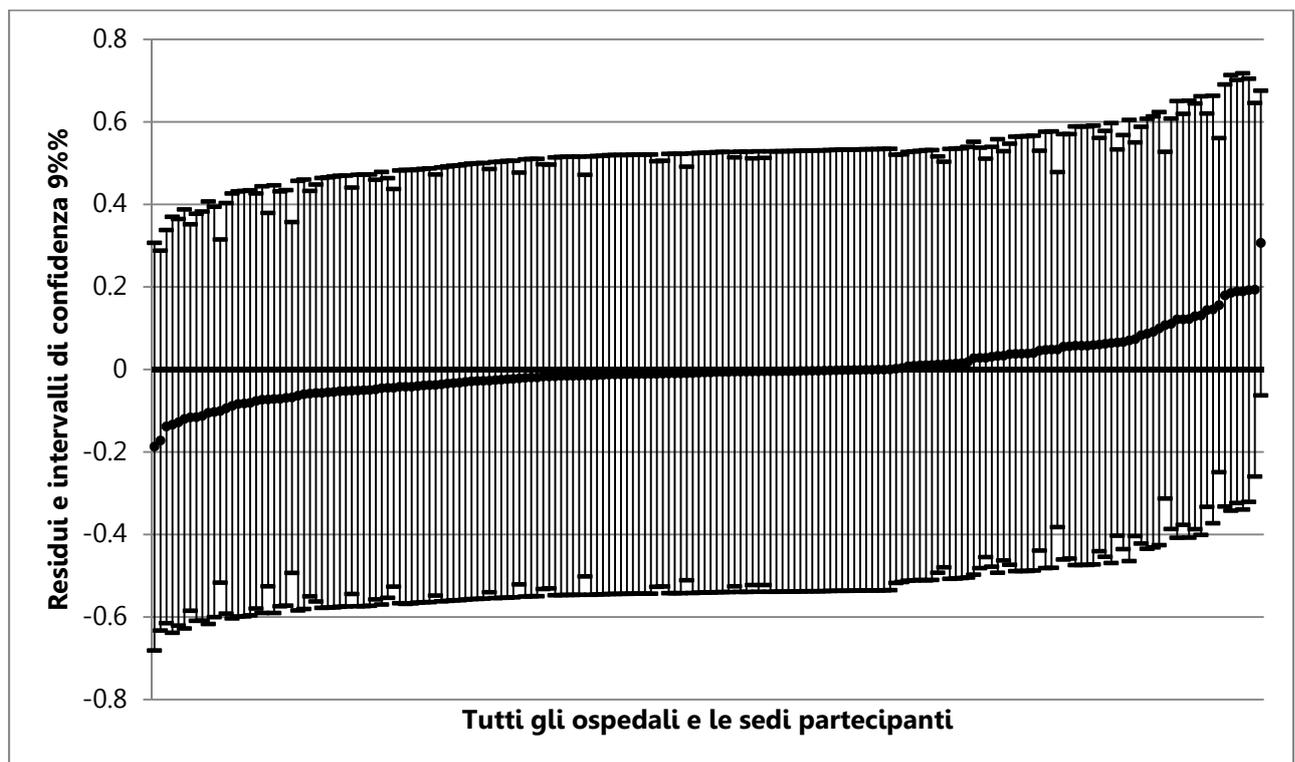
⁴ Un intervallo di confidenza del 95% è una stima statistica e descrive l'intervallo in cui si trova il valore vero con una probabilità di errore del 5%. Le misurazioni sono sempre influenzate anche da casualità, p.es. i pazienti presenti durante il rilevamento, le oscillazioni stagionali, gli errori di misurazione ecc. I valori misurati, di conseguenza, rispecchiano solo approssimativamente il valore vero, che si trova appunto con una probabilità di errore del 5% all'interno dell'intervallo di confidenza.

6.2 Decubito nosocomiale, esclusa la categoria 1

La diagnosi inequivocabile del decubito di categoria 1 è difficile. Tuttavia, con una buona prevenzione tali lesioni sono per lo più evitabili. Per questo, per il decubito (esclusa la categoria 1) contratto in ospedale eseguiamo un'analisi separata.

La differenza tra decubiti inclusa ed esclusa la categoria 1 si manifesta nella diversa struttura del rischio. Anche in questo caso, uno score Braden inferiore a 20 è una caratteristica rilevante, ma ancora più incisiva è una lunga degenza: i pazienti ricoverati per più di 28 giorni corrono un rischio di oltre otto volte superiore rispetto a quelli con una degenza fino a sette giorni. La dipendenza assistenziale si fa sentire in modo ancor più tangibile: il rischio cresce anche in questo caso in modo quasi lineare, ma raggiunge un livello più elevato rispetto al decubito inclusa la categoria 1. In confronto ai pazienti completamente indipendenti, quelli completamente dipendenti corrono un rischio di oltre dieci volte superiore. Un intervento chirurgico durante la degenza aumenta il rischio di decubito di oltre il 60%, indipendentemente da tutti gli altri fattori. Tra le diagnosi mediche, si sono dimostrate rilevanti soltanto le malattie del sistema muscolo-scheletrico.

Figura 2: residui del livello di ospedale e intervalli di confidenza (95%), tutti gli ospedali e le sedi partecipanti - decubito nosocomiale senza categoria 1

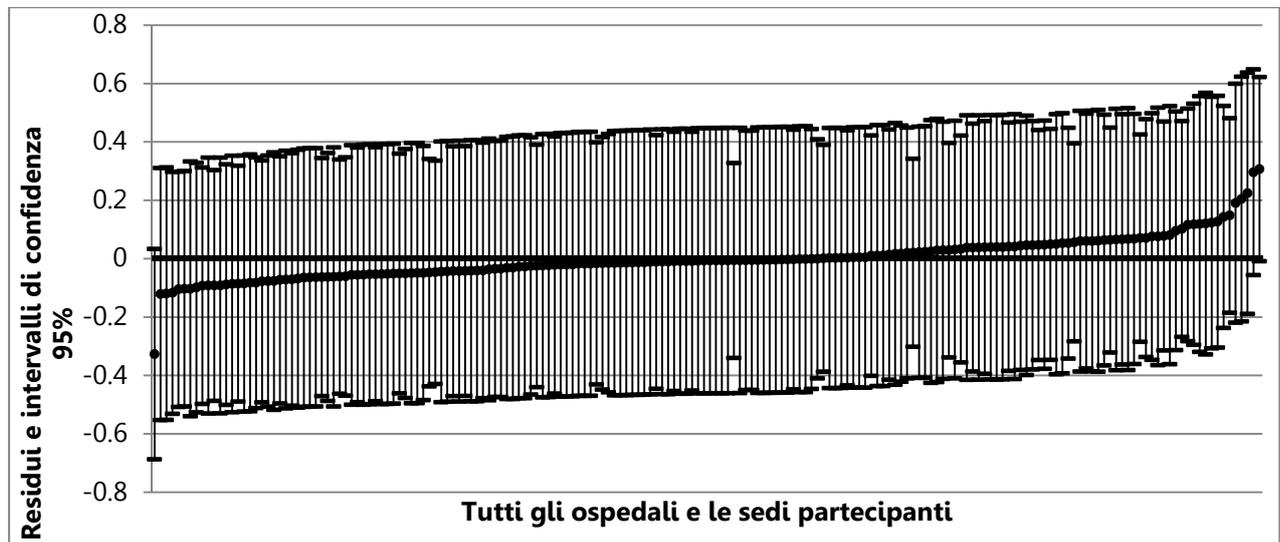


Nell'analisi globale, nessun ospedale si distingue in modo significativo dalla media. Anche in questo caso si constata una notevole omogeneità, determinata però da un numero di casi ancora più contenuto, visto che è stata esclusa la categoria 1.

6.3 Caduta in ospedale

Analogamente al decubito, la stessa procedura statistica è stata utilizzata per individuare le caratteristiche di rischio delle cadute. Rispetto al decubito, tuttavia, non si constata un incremento graduale con l'aumento della dipendenza assistenziale. Le diagnosi mediche presentate sono legate a un aumento o a una diminuzione del rischio di caduta. In particolare, i disturbi psichici e comportamentali, la demenza, il diabete e i tumori costituiscono fattori di rischio. Un intervento chirurgico vale invece come fattore di protezione, riducendo di oltre la metà il rischio di caduta.

Figura 3: residui del livello di ospedale e intervalli di confidenza (95%), tutti gli ospedali e le sedi partecipanti - cadute in ospedale



Nessun ospedale diverge in modo significativo dalla media. Anche in questo caso, si constata dunque una grande omogeneità tra gli ospedali e le sedi.

7. Discussione e conclusioni

I risultati 2013 consentono per la terza volta di esprimersi a livello nazionale sulla frequenza di cadute e decubiti e di operare confronti con quelli di altri nosocomi dello stesso tipo, così da individuare potenziale di ottimizzazione e da migliorare la qualità delle cure.

7.1 Partecipanti

Alla terza misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza hanno partecipato 133 ospedali e gruppi di ospedali (in totale 187 sedi) di tutti i Cantoni, il che corrisponde circa all'81,3% degli ospedali acuti in Svizzera, rispettivamente all'85,3% degli ospedali che hanno sottoscritto il contratto nazionale di qualità dell'ANQ. I reparti partecipanti alla misurazione sono rappresentativi di tutti i reparti degli ospedali acuti in Svizzera. Il restante 15% scarso di ospedali che hanno aderito al contratto nazionale di qualità ma che non hanno preso parte alla misurazione ha fatto valere motivi di ordine organizzativo oppure il giorno di riferimento non disponeva di pazienti disposti a partecipare. Si tratta per lo più di cliniche di piccole dimensioni con pochi letti.

Rispetto ad altri paesi, la partecipazione dei pazienti (73,8%) è stata piuttosto bassa. La partecipazione agli ultimi tre rilevamenti LPZ (con dichiarazione di consenso orale) in Olanda è stata in media del 94,3%. In media, però, vi hanno partecipato su base volontaria solo 33 ospedali. Il personale di cura svizzero si considera molto sollecitato dalla necessità di informare nei dettagli il paziente e di chiederne il consenso orale. L'ulteriore formazione del team di misurazione può essere di aiuto in questo senso. Anche lo scetticismo o l'ignoranza della popolazione riguardo al senso e allo scopo del rilevamento possono influenzare negativamente la disponibilità a partecipare. In generale, è importante che l'opinione pubblica sia meglio informata sull'obbligo degli ospedali in materia di tutela della qualità, per esempio con prospetti esposti dai nosocomi, informazioni trasmesse dai medici di famiglia ecc.

Per analizzare approfonditamente il problema della mancata partecipazione, nel 2013 la BFH ha condotto per la prima volta un'analisi supplementare facoltativa delle caratteristiche dei pazienti in questione. Da

tale analisi emerge che probabilmente una parte consistente dei pazienti a rischio (anziani) non ha preso parte al rilevamento. Per ottenere indicazioni ancora più dettagliate, in futuro converrà ripetere tale analisi e, a medio termine, integrarla direttamente nella misurazione LPZ.

I dati sociodemografici dei pazienti partecipanti rispecchiano la popolazione di pazienti presente negli ospedali svizzeri. Va tuttavia ricordato che la misurazione considerava il ricovero fino al giorno del rilevamento, non tutta la durata della degenza. La durata media della degenza, pari a 8,6 giorni, è vicina alla media svizzera di 9,58 giorni. Il 41% dei pazienti ricoverati si trovava in un ospedale acuto per un intervento chirurgico. Le diagnosi più frequenti erano le malattie del sistema circolatorio, del sistema osteomuscolare, del sistema genitourinario, dell'apparato digerente e delle vie respiratorie. Nella statistica medica degli ospedali 2012, i gruppi di diagnosi più presenti sono le lesioni, il sistema muscolo-scheletrico, il sistema circolatorio, il sistema digerente e le neoplasie (tumori). Si osserva pertanto una certa corrispondenza, anche se non completa, con i dati rilevati.

7.2 Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali

7.2.1 Caratteristiche dei pazienti

Secondo l'*analisi descrittiva*, i pazienti colpiti da decubito nosocomiale sono in media più frequentemente di sesso maschile (53,2%) e circa sei anni più anziani dell'intero campione. Nelle ultime due settimane prima della misurazione, questi pazienti sono stati operati più spesso rispetto all'intero campione (il 7,1% in più). Essi presentano inoltre molti più quadri clinici e hanno maggiormente bisogno di aiuto.

L'*analisi dopo aggiustamento secondo il rischio* ha confermato l'influsso dell'età sul rischio di decubito, tuttavia solo includendo la categoria 1. Se si esclude la categoria 1, questo fattore non è più così significativo. La dipendenza assistenziale è particolarmente percettibile: il rischio cresce in modo lineare con l'aumento della dipendenza assistenziale.

7.2.2 Tassi di prevalenza

Se riferiti ai tassi di prevalenza, i risultati degli ospedali sono ripartiti in modo relativamente uniforme. Anche nel 2013, la prevalenza nosocomiale rilevata in Svizzera (4,6%) è bassa rispetto a quella riscontrata sul piano internazionale (tra il 5,0% e l'11,6%).

Escludendo la categoria 1, la misurazione in Svizzera fornisce un valore medio tra tutti i tipi di ospedale del 2,0%, un tasso di nuovo più basso di quello riportato nelle pubblicazioni internazionali, che si situa tra il 3,1% e il 6,3%. Tale constatazione è confermata dal confronto con le ultime tre misurazioni LPZ in Olanda. Costituisce un'eccezione il confronto con l'Austria, dove i tassi di prevalenza nosocomiali delle categorie 1-4 sono nettamente più bassi. I tassi più elevati di decubito nosocomiale esclusa la categoria 1 sono stati rilevati nei reparti di cure intense.

Se si confrontano i risultati della misurazione 2013 con quelli dell'anno precedente, si constata un leggero aumento, segnatamente negli ospedali universitari e per cure generali (presa a carico centralizzata e cure primarie). Nelle cliniche specializzate, invece, la prevalenza di decubito nosocomiale (esclusa la categoria 1) è leggermente calata. Nel complesso, però, i cambiamenti sono minimi. Rispetto al 2011, i tassi di prevalenza della misurazione di quest'anno sono più bassi, una tendenza che potrebbe confermarsi anche in futuro. Nel periodo 2011-2013, l'oscillazione dei tassi di prevalenza era legata al caso. Sul piano internazionale, sono relativamente bassi, mentre a livello nazionale i risultati delle cliniche specializzate talvolta divergono da quelli degli altri tipi di ospedale. Ciò è dovuto probabilmente al basso numero di casi e alla popolazione di pazienti più specifica di questi istituti.

I risultati mostrano che la categoria di decubito 1 è la più frequente con il 50,5%, seguita dalla categoria 2 con il 32,1%. Questi dati sono in linea con quanto rilevato a livello internazionale. Il 10,4% dei decubiti nosocomiali rientra nelle categorie 3 e 4. Si è concordi sul fatto che non tutti i decubiti siano evitabili, ma ciò nonostante potrebbe ancora esserci potenziale di miglioramento.

Come l'anno scorso, l'osso sacro e i talloni sono la localizzazione più frequente del decubito. Anche questi risultati corrispondono a quanto rilevato a livello internazionale e agli esiti LPZ in Olanda.

Il tasso di partecipazione è un fattore importante per l'interpretazione dei risultati complessivi della misurazione 2013. Esso lascia supporre che il tasso di prevalenza dei decubiti nosocomiali potrebbe essere più elevato (vedi punti 5.2 e 7.1). È infatti molto probabile che una parte dei pazienti a rischio non abbia partecipato alla misurazione, un sospetto suffragato dall'analisi della mancata partecipazione.

7.3 Indicatori di struttura per il decubito

I risultati sugli indicatori di struttura del decubito a *livello di ospedale* mostrano differenze tra i diversi tipi di ospedale in Svizzera in materia di disponibilità di questi indicatori. La disponibilità di standard e di direttive negli ospedali svizzeri è inferiore a quella riscontrata in altre misurazioni LPZ degli ultimi tre anni in Olanda. L'indicatore delle informazioni standardizzate in caso di trasferimento è analogo. La presenza di specialisti e di un gruppo specialistico è in linea con i risultati austriaci degli ultimi tre anni e sensibilmente inferiore a quelli degli ultimi due anni in Olanda. La disponibilità di formazioni in Svizzera è paragonabile a quella in Austria, ma inferiore a quella in Olanda. Infine, la presenza di opuscoli informativi è lievemente inferiore all'Austria, e decisamente al di sotto di quella degli ultimi due anni in Olanda.

L'analisi degli indicatori di struttura a *livello di reparto* mostra differenze moderate tra i tipi di ospedale. Nel confronto internazionale, in materia di informazioni standardizzate in caso di trasferimento, di disponibilità di materiale di prevenzione e di rilevamento del rischio gli ospedali svizzeri ottengono negli ultimi tre anni risultati simili all'Olanda e all'Austria. Gli opuscoli informativi sono invece molto meno disponibili che in Olanda e in Austria. Considerato che gli opuscoli informativi sono molto importanti per la promozione dell'autodeterminazione e del coinvolgimento dei pazienti, un miglioramento in questo ambito è raccomandato. Pure lo svolgimento di colloqui multidisciplinari è meno frequente negli ospedali svizzeri e anche in questo settore un miglioramento consentirebbe di raggiungere obiettivi importanti, tanto più che la collaborazione interdisciplinare è una delle priorità di politica sanitaria identificate dal Consiglio federale nel rapporto «Sanità 2020».

7.4 Tassi di prevalenza cadute in ospedale

7.4.1 Caratteristiche dei pazienti

Secondo l'*analisi descrittiva*, la quota di donne è più bassa del 2,0% e i pazienti vittime di una caduta sono in media 8,6 anni più anziani rispetto all'intero campione. Il tasso di pazienti vittime di una caduta sottoposti a un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione è del 18,9% più basso rispetto all'intero campione. I pazienti vittime di una caduta in ospedale presentano un tasso di ICV/emiparesi e di malattie del sistema circolatorio più alto. Anche le malattie del sistema genitourinario, degli occhi e la demenza sono un po' più frequenti. Queste persone hanno inoltre maggiormente bisogno di aiuto rispetto all'intero campione.

Nell'*analisi dopo aggiustamento secondo il rischio*, il sesso non risulta più un fattore decisivo per il rischio di caduta.

Come per il decubito, anche per le cadute la dipendenza assistenziale ha un ruolo relativamente importante. In questo caso, però, si nota solo in parte una relazione lineare. Fino alla dipendenza parziale, il rischio di caduta cresce, per poi diminuire di nuovo con la dipendenza completa. Ciò è riconducibile verosimilmente alla ridotta mobilità dei pazienti completamente dipendenti.

Numerosi quadri clinici sono associati a un rischio di caduta. Un intervento chirurgico ha un effetto "positivo", dato che la necessità di restare immobili dopo l'operazione si trasforma automaticamente in un fattore di protezione. Le caratteristiche menzionate nell'analisi corrispondono in gran parte a quelle indicate nella letteratura internazionale.

7.4.2 Tassi di prevalenza

Se si confrontano i risultati (4,1%) con quelli dell'anno precedente, i tassi di prevalenza denotano un leggero aumento, ma sono più bassi rispetto a quelli del 2011. Questa tendenza al ribasso potrebbe confermarsi anche in futuro. Nel complesso, i cambiamenti sono minimi e possono essere legati al caso. I tassi di prevalenza delle cadute verificatesi negli ospedali svizzeri in tutti i tre anni di misurazione sono relativamente alti rispetto ai dati internazionali, che si situano tra l'1,5% e il 3,8%. Lo stesso vale anche in particolare per il confronto con rilevamenti secondo il metodo LPZ. Gli ultimi tassi disponibili riferiti all'Olanda e all'Austria si fermano allo 0,4-1,6%, rispettivamente al 2,1-3,0%. A livello di miglioramento della qualità, quindi, sussiste necessità di intervento (vedi anche punto 7.5).

Le indicazioni sulle conseguenze delle cadute ricavate dalla misurazione svizzera sono ripartite diversamente rispetto all'Olanda e all'Austria. In Svizzera, vengono indicate più conseguenze leggere e medie, mentre le dichiarazioni in merito alle ferite gravi sono analoghe. Il tasso di fratture delle anche in Olanda è sensibilmente più elevato, ma in Austria è più basso che in Svizzera.

7.5 Indicatori di struttura delle cadute

I risultati sugli indicatori di struttura delle cadute a *livello di ospedale* mostrano differenze tra i diversi tipi di ospedale in Svizzera in materia di disponibilità. Operando un confronto internazionale con le ultime tre misurazioni LPZ, occorre considerare che in Olanda il campione (cinque-nove istituti) è più piccolo e che la misurazione è facoltativa. In Austria, invece, nell'ultimo triennio hanno partecipato tra i 21 e i 36 ospedali.

Il rilevamento delle cadute negli ospedali svizzeri è paragonabile alle misurazioni LPZ degli ultimi tre anni in Olanda. Risulta invece più basso delle ultime tre misurazioni in Austria. L'inoltro di informazioni in caso di trasferimento è più frequente rispetto all'Olanda e un po' meno rispetto all'Austria. La disponibilità di uno standard o di una direttiva per la prevenzione delle cadute è paragonabile a quella rilevata in Olanda, ma nettamente più bassa che in Austria. Anche le formazioni sulla prevenzione delle cadute e gli esercizi di mobilitazione sono offerti molto meno in Svizzera rispetto all'Olanda e all'Austria. Gli opuscoli informativi sono molto più disponibili in Olanda rispetto alla Svizzera e all'Austria.

Per quanto riguarda gli indicatori di struttura delle cadute a *livello di reparto*, i nosocomi svizzeri presentano tendenzialmente valori del 20-25% inferiori alle ultime tre misurazioni in Olanda e in Austria. Per l'indicatore sorveglianza dell'osservanza dello standard, in particolare, i valori sono molto più bassi. Il divario è invece meno marcato per quanto riguarda la valutazione del rischio di caduta all'ammissione, le informazioni standardizzate in caso di trasferimento e il materiale di prevenzione. Gli specialisti della prevenzione delle cadute a livello di reparto sono più frequenti in Svizzera rispetto all'Austria, ma molto meno rispetto all'Olanda. La disponibilità di opuscoli informativi in Svizzera è analoga all'Olanda, mentre in Austria è inferiore.

Nel complesso e analogamente a quanto si constata a livello internazionale, in Svizzera gli indicatori di struttura delle cadute sono meno disponibili di quelli del decubito. In considerazione del fatto che il tasso di prevalenza delle cadute riscontrato negli ospedali svizzeri è elevato nel confronto internazionale, qui sussiste terreno fertile per programmi di miglioramento della qualità. Per ottenere risultati migliori, sarebbe consigliabile avviare provvedimenti sia a livello di processi sia a livello di strutture.

7.6 Confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio

I risultati denotano una notevole omogeneità per tutti i tre indicatori. Sono molto pochi gli ospedali che si distinguono marcatamente dal campione totale, il che può essere ricondotto a diverse cause, una delle quali va ricercata nella scelta del modello gerarchico, un metodo che tende notoriamente a fornire risultati "conservativi". Con questo metodo, insomma, ci si deve aspettare poche divergenze statistiche. Un'altra causa è rappresentata dal basso numero di casi nei singoli ospedali.

Lo stesso vale per il confronto tra singoli ospedali in seno a un tipo di ospedale. Con questo metodo gli ospedali piccoli non presenteranno praticamente mai anomalie, una circostanza che può essere considerata un punto debole, ma anche interpretata come una protezione per gli ospedali di minori dimensioni. Questi istituti corrono un rischio sensibilmente maggiore di rilevare tassi di prevalenza casualmente elevati il giorno di riferimento. Se non si considerasse questa circostanza, la confrontabilità ne risulterebbe compromessa.

Nel confronto con gli anni precedenti, le differenze sono minime. Soltanto nelle categorie di decubito 1-4 il numero degli ospedali identificati come "anomali" oscilla, mentre nel 2013 nelle categorie 2-4 nessun nosocomio viene identificato come tale (negli anni precedenti solo uno). Lo stesso vale per le cadute: nessun ospedale presenta anomalie. Negli anni precedenti, erano uno, rispettivamente due. I motivi sono verosimilmente di natura metodica.

7.7 Punti di forza e punti deboli

La misurazione 2013 è stata la terza a livello svizzero, il che, secondo le esperienze dei partner LPZ, può influire positivamente sulla qualità dei dati in quanto gli ospedali hanno acquisito maggiore dimestichezza nello svolgimento dei rilevamenti.

Per favorire la qualità dei dati, tutti i coordinatori degli ospedali hanno seguito formazioni unitarie organizzate dalla BFH e dai suoi partner di cooperazione. La documentazione era uguale per tutti a livello di contenuti e di struttura, e il relativo manuale era dettagliato. Alla vigilia, inoltre, era attiva una hotline in italiano, tedesco e francese. Un punto di forza della misurazione è rappresentato dagli strumenti confrontabili a livello internazionale.

Il rilevamento di dati clinici al cospetto del paziente da parte di specialisti appositamente formati aumenta, rispetto ai dati tratti dalla documentazione del paziente o dalla routine, che spesso comportano una sottovalutazione del problema, l'affidabilità dei risultati.

La bassa partecipazione dei pazienti può compromettere la rappresentatività della prova a campione (vedi punto 7.1). Dalla seconda misurazione, con la rinuncia al consenso scritto a favore di quello orale è stato eliminato un importante fattore causa della bassa partecipazione. Ciò nonostante, il tasso di partecipazione non è aumentato e presenta notevoli differenze tra i vari istituti. Per la misurazione degli indicatori di prevalenza bisognerebbe puntare a una partecipazione di almeno l'80%, al fine di aumentare la confrontabilità dei dati con rilevamenti LPZ e internazionali. C'è da chiedersi se un'informazione più attiva tra l'opinione pubblica possa essere utile per motivare a partecipare i pazienti e le persone autorizzate a rappresentarli. Per la misurazione 2014, quindi, si prevede di integrare nelle formazioni il tema del tasso di partecipazione, rispettivamente della mancata partecipazione. Secondo l'analisi della mancata partecipazione, "rifiuto" e "non disponibile" sembrano essere i motivi principali. Si tratta dunque di ragioni facilmente influenzabili da team che sanno motivare.

Un altro punto di forza è la procedura di valutazione dopo la rispettiva misurazione, i cui risultati conducono ad adeguamenti dell'organizzazione della misurazione e degli strumenti di rilevamento d'intesa con il gruppo di ricerca internazionale LPZ.

A causa dell'analisi per sedi ai sensi della tipologia dell'UST, gli istituti con un mandato misto di prestazioni possono essere classificati in tipi di ospedale diversi secondo la sede. Questi risultati, di conseguenza, saranno assegnati a tipi di ospedale diversi anche per l'analisi. È quindi successo che mandati di prestazioni diversi siano stati considerati a livello di sede e non di istituto nel suo complesso. Ciò influenza negativamente il valore di riferimento. Un confronto a livello di istituto globale non è possibile. Questa inesattezza, vincolata alla classificazione UST, non può essere evitata e va accettata come conseguenza inevitabile.

8. Raccomandazioni

Le misurazioni ripetute nel contesto internazionale rivelano che spesso i tassi di prevalenza continuano a diminuire, mentre la sensibilizzazione nei confronti dei temi rilevati, come pure la scelta mirata della cura e l'adozione di misure preventive aumentano.

Anche in Svizzera, le misurazioni finora effettuate (2011-2013) delineano nel complesso una leggera tendenza calante dei tassi di prevalenza. Se si confrontano i risultati delle misurazioni 2012 e 2013, si constata un leggero incremento dei tassi di prevalenza nosocomiali della caduta e del decubito, ma in generale si tratta di cambiamenti minimi privi di rilevanza statistica. Rispetto al 2011, invece, i tassi di prevalenza 2013 sono più bassi, una tendenza che potrebbe confermarsi anche in futuro. Nel confronto internazionale, i tassi di decubito in Svizzera sono relativamente bassi. Non si può dire la stessa cosa analizzando la situazione delle cadute avvenute all'ospedale. I risultati aggiustati secondo il rischio sono ripartiti in modo molto omogeneo tra i nosocomi svizzeri, ma nel confronto internazionale sono elevati. In questo ambito, esiste dunque potenziale di miglioramento.

Gli indicatori di struttura e di processo rilevati nel quadro delle misurazioni 2011-2013 sono un buon punto di partenza per futuri miglioramenti della qualità. La contraddizione tra l'omogeneità dei risultati dopo aggiustamento secondo il rischio nel confronto tra ospedali e la differenza delle misure adottate e degli indicatori di struttura fa dubitare dell'efficacia e dell'efficienza delle misure preventive e delle cure. Dai risultati traspare che per il 24,8-49,2% dei pazienti non caduti non sono state adottate misure di prevenzione delle cadute, e che per l'88,0-88,9% dei partecipanti non sono state adottate misure per la prevenzione dei ferimenti. Per circa tre quarti dei pazienti caduti (prima/dopo l'ammissione) non sono state adottate misure di prevenzione dei ferimenti. Recenti studi indicano che nel contesto ospedaliero risulta efficace un approccio basato su molteplici interventi. Visto che dopo tre anni i tassi di prevalenza delle cadute continuano a essere troppo alti nel confronto internazionale, in questo ambito gli interventi in seno agli ospedali svizzeri a livello di sviluppo della qualità dovrebbero essere prioritari.

Nel campo della cura delle lesioni da decubito, i risultati 2013 sono paragonabili a quelli delle misurazioni 2011 e 2012. Ci si chiede quanto le misure di prevenzione e le cure del decubito corrispondano allo stato attuale delle conoscenze scientifiche e alla situazione attuale. Per circa due terzi dei pazienti a rischio, quasi il doppio dell'anno precedente, non sono state adottate misure di prevenzione per sedersi. Nel caso del decubito di categoria 1, inoltre, come già nel 2012 si fa ricorso a un ventaglio inaspettatamente ampio di materiale per la cura delle ferite. Dato che nella categoria 1 la pelle è intatta, le direttive internazionali raccomandano di adottare misure volte a ridurre la pressione e a curare la cute. Per i decubiti delle categorie 2-4, spesso non vengono effettuate medicazioni, una procedura che non rispecchia l'attuale stato delle conoscenze. Anche in questo ambito, dunque, esiste dunque potenziale di miglioramento.

La misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza dà di nuovo agli ospedali l'opportunità di rivalutare e perfezionare gli elementi della salvaguardia della qualità a livello strutturale, nonché l'evidenza e l'efficienza delle misure adottate e delle strategie preventive a livello di processi. Ciò consente un confronto concreto del livello di qualità teorico ed effettivo dal quale trarre importanti indicazioni per lo sviluppo della qualità.

Non da ultimo, la misurazione degli indicatori di prevalenza caduta e decubito va valutata anche alla luce delle aree di intervento tre (garantire e migliorare la qualità dell'assistenza) e quattro (creare trasparenza, migliorare la direzione strategica e il coordinamento) identificate dal Consiglio federale nel rapporto «Santità 2020». Il rilevamento sistematico e unitario di dati contribuisce a livello nazionale al miglioramento della base di dati nell'ottica della qualità delle cure e crea trasparenza.

Istruzione per la lettura dei grafici

I pazienti corrono rischi diversi di sviluppare un decubito o di cadere durante la degenza in ospedale (p.es. età, durata della degenza, affezione ecc.). Di conseguenza, gli ospedali hanno a che fare con una composizione eterogenea di pazienti (struttura del rischio). Affinché i risultati degli ospedali possano essere confrontati, questi rischi vengono equilibrati (aggiustati) mediante una speciale procedura statistica. La linea dello zero segnala il valore di tutti i nosocomi partecipanti alla misurazione se la struttura del rischio fosse identica. Ogni punto rosso (residuo) rappresenta il valore calcolato di un ospedale, sempre in considerazione della struttura del rischio. I valori al di sopra della linea dello zero indicano un numero più alto di decubiti, rispettivamente di cadute, quelli al di sotto un numero più basso di decubiti, rispettivamente di cadute rispetto alla media di tutti gli ospedali.

La linea verticale sulla quale è posizionato il punto è il cosiddetto intervallo di confidenza (95%) di un ospedale. Esso rappresenta anche la ripartizione dei valori dei pazienti e il numero di pazienti partecipanti alla misurazione. Se questa linea interseca quella dello zero, non si può parlare di divergenza statistica significativa.