



Misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza caduta e decubito | adulti

Versione breve rapporto comparativo nazionale 2014

Dicembre 2015 / 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
5.3.3	Indicatori di struttura per il decubito	5
5.4	Prevalenza caduta.....	5
5.4.1	Pazienti vittime di cadute.....	5
5.4.2	Misure di prevenzione	5
5.4.3	Indicatori di struttura delle cadute.....	5
6.	Risultati dopo aggiustamento secondo il rischio	6
6.1	Decubito nosocomiale, categorie 1-4	6
6.2	Decubito nosocomiale, categorie 2-4	7
6.3	Caduta in ospedale	8
7.	Discussione	9
7.1	Partecipanti	9
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	Tassi di prevalenza cadute in ospedale	10
7.3.1	Caratteristiche dei pazienti	10
7.3.2	Tassi di prevalenza.....	11
7.4	Confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio	11
7.5	Punti forti e punti deboli	11
8.	Conclusioni e raccomandazioni.....	12
8.1	Partecipazione alla misurazione	12
8.2	Decubito nosocomiale.....	12
8.3	Caduta in ospedale	13
8.4	Altre raccomandazioni.....	13
	Istruzione per la lettura dei grafici.....	13

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 importanti 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 2014, presenta brevemente l'analisi a livello nazionale dei dati degli adulti. Il rapporto dettagliato è disponibile all'indirizzo www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-akutsomatik.

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

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 l'11 novembre 2014. Sono stati inclusi tutti i pazienti che nel giorno in questione 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. A parte qualche adeguamento alla logica del questionario nell'ambito delle cadute, nel 2014 sono stati utilizzati gli stessi questionari dell'anno precedente.

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 misurazione hanno partecipato 133 ospedali e gruppi di ospedali, ripartiti in 189 sedi e dei tipi presa a carico centralizzata (ospedali universitari), presa a carico centralizzata (ospedali per cure generali), cure di base (ospedali per cure generali) e cliniche specializzate, per un totale di 1203 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 17'750 pazienti a partire dai diciotto anni, di cui 13'317 hanno preso parte alla misurazione (75,9%). L'età media dei partecipanti era di 66,5 anni, le donne erano il 50,9%. La durata media della degenza fino al momento della misurazione è stata di 8,5 giorni. Il 41,5% dei partecipanti aveva subito un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione. Secondo le priorità nel campo dell'assistenza e le specializzazioni, si delineano differenze a livello di diagnosi. Le malattie del sistema circolatorio (48,9%) sono le più frequenti, seguite da quelle del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (37,3%).

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 4,3% (anno precedente 4,6%). Se si esclude la categoria 1, il tasso scende all'1,8% (anno precedente 2,0%).

Il decubito nosocomiale della categoria 1 è il più frequente in tutti i tipi di ospedale. I decubiti della categoria 2 sono più frequenti negli ospedali per cure generali (cure di base), quelli delle categorie 3 e 4 negli ospedali universitari (presa a carico centralizzata).

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.

Il *tasso di prevalenza complessivo* include anche i pazienti che già presentavano un decubito al momento del ricovero in ospedale. In totale, nel 7,2% (anno precedente 7,6%) dei partecipanti è stato rilevato almeno un decubito delle categorie 1-4. Senza la categoria 1, il tasso è pari al 3,7% (anno precedente 3,8%). La maggior parte delle persone colpite presentava uno (72,0%) o due (20,6%) decubiti. Le localizzazioni più frequenti sono l'osso sacro e i talloni. In media, questi pazienti avevano 75,5 anni. Il 35,1% 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 la metà di questi pazienti 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.

5.3.3 Indicatori di struttura per il decubito

Tra i diversi tipi di *ospedale*, ci sono notevoli differenze a livello di disponibilità degli indicatori di struttura. In generale, i più frequenti sono informazioni standardizzate in caso di trasferimento, standard sulla prevenzione e il trattamento del decubito e un professionista per la sorveglianza e l'aggiornamento dello standard. I meno disponibili sono gli opuscoli informativi per i pazienti.

Anche l'analisi degli indicatori di struttura a *livello di reparto* mostra in parte forti differenze tra i tipi di ospedale. In generale, i più frequenti sono il materiale di prevenzione, la registrazione delle misure adottate (prevenzione/trattamento), informazioni standardizzate in caso di trasferimento e la registrazione del rischio di decubito. L'opuscolo informativo e la riunione multidisciplinare sono invece i meno disponibili.

La situazione a livello di disponibilità degli indicatori di struttura è dunque analoga a quella dello scorso anno.

5.4 Prevalenza caduta

5.4.1 Pazienti vittime di cadute

Il tasso di prevalenza delle cadute verificatesi in ospedale è stato del 3,6% (anno precedente 4,1%). Questo valore varia dal 3,2% al 4,5%. 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 (71,2%) e il bagno (20,5%). 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 (61,0%). I pazienti più colpiti sono quelli tra i 75 e gli 84 anni.

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 il controllo delle calzature. 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.

5.4.3 Indicatori di struttura delle cadute

Tra i diversi tipi di *ospedale*, ci sono notevoli differenze a livello di disponibilità degli indicatori di struttura. I più disponibili erano la registrazione (de)centralizzata delle cadute e le informazioni standardizzate in caso di trasferimento, quelli meno frequenti il gruppo multidisciplinare per la tematica delle cadute e l'opuscolo informativo per i pazienti.

Anche l'analisi degli indicatori di struttura a *livello di reparto* mostra in parte differenze notevoli tra i tipi di ospedale. I più disponibili sono il materiale di prevenzione delle cadute, la registrazione delle misure di prevenzione delle cadute e l'inoltro di informazioni standardizzate in caso di trasferimento. I meno frequenti sono gli opuscoli informativi.

Rispetto all'anno precedente, è cresciuta la disponibilità di materiale, segnatamente quello per la prevenzione delle cadute e dei ferimenti. Gli indicatori sorveglianza dell'osservanza dello standard, riunione multidisciplinare e opuscolo informativo hanno invece subito un calo.

6. Risultati dopo aggiustamento secondo il rischio

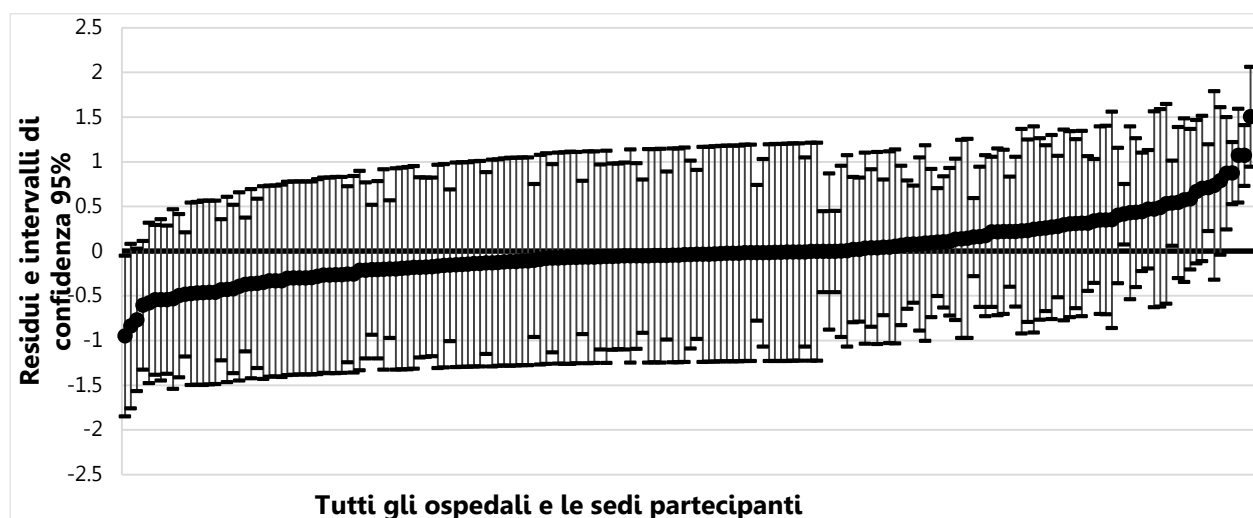
Dai confronti dopo aggiustamento secondo il rischio emerge di nuovo una grande omogeneità degli ospedali. Sono pochi i nosocomi che si distinguono in modo statisticamente significativo dalla media complessiva e rispetto agli anni precedenti si riscontrano unicamente lievi differenze.

6.1 Decubito nosocomiale, categorie 1-4

Per il rilevamento del rischio di decubito si ricorre alla scala di Braden. I pazienti con un valore di rischio di 20 o meno corrono un rischio di decubito quasi 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 «Dipendenza parziale» comporta già un rischio superiore dell'80%. In caso di completa dipendenza, tale rischio è 4,7 volte superiore.

Più la degenza è lunga, maggiore è il rischio di decubito. I pazienti ricoverati per più di 28 giorni corrono un rischio tre volte superiore rispetto a quelli con una degenza fino a sette giorni. Anche l'età influisce: a partire dai 75 anni, il rischio è il doppio di quello corso da chi ha meno di 55 anni. In caso di operazione, invece, il rischio aumenta del 40%. Diverse diagnosi hanno pure un influsso reciprocamente indipendente sull'aumento del rischio di decubito. Sono in particolare rilevanti le malattie tumorali, le infezioni, le malattie del sistema respiratorio e muscolo-scheletrico. È interessante notare che il rischio cala con l'aumento del numero di malattie diagnosticate: rispetto ai pazienti con una sola diagnosi, infatti, quelli con sei e più presentavano un rischio inferiore del 38%.

Figura 1³: 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 nove istituti si differenziano dall'insieme degli ospedali in maniera statisticamente significativa, uno con una frequenza di decubiti inferiore e otto con una frequenza superiore: i loro intervalli di confidenza 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 gli ospedali sull'estrema destra, si nota che otto (residui) si trovano sopra la linea dello zero. La differenza sta nell'intervallo di confidenza: quello di questi otto ospedali non taglia tale linea, quello degli altri sì. Molti ospedali hanno più decubiti della media generale, ma solo per questi otto istituti ciò è corroborato da una significatività statistica; per gli altri ospedali, l'incertezza statistica è maggiore, principalmente a causa del minor numero di pazienti partecipanti.

6.2 Decubito nosocomiale, categorie 2-4

La diagnosi inequivocabile del decubito di categoria 1 è difficile. Tuttavia, con una buona prevenzione tali lesioni sono per lo più evitabili. Per questo motivo, per il decubito delle categorie 2-4 verificatosi in ospedale eseguiamo un'analisi separata.

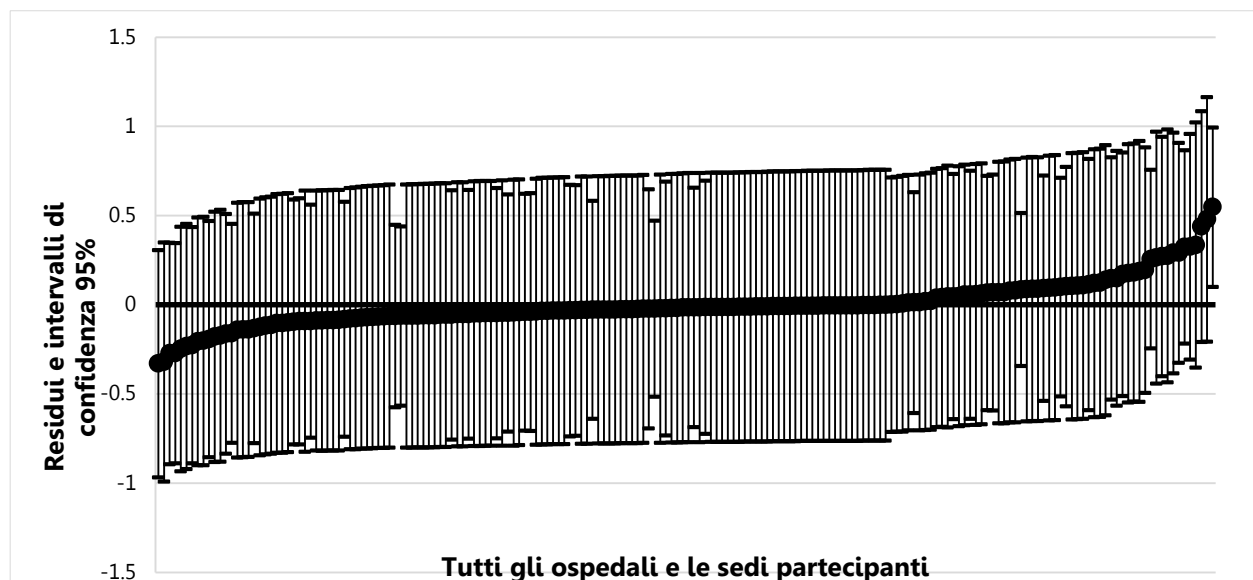
I fattori di rischio specifici secondo il paziente (categorie 2-4) coincidono essenzialmente con quelli delle categorie 1-4 (vedi punto 6.1). La durata della degenza è però ancora più rilevante: più si protrae il ricovero più è importante il rischio di decubito nelle categorie più gravi (2-4). Escludendo la categoria 1, la scala di dipendenza assistenziale svolge un ruolo più importante. Si constata inoltre uno spettro di diagnosi più

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.

ampio. Anche in questo caso, il rischio cala con l'aumento del numero di diagnosi.

Figura 2: residui del livello di ospedale e intervalli di confidenza (95%), tutti gli ospedali e le sedi partecipanti - decubito nosocomiale categoria 2-4

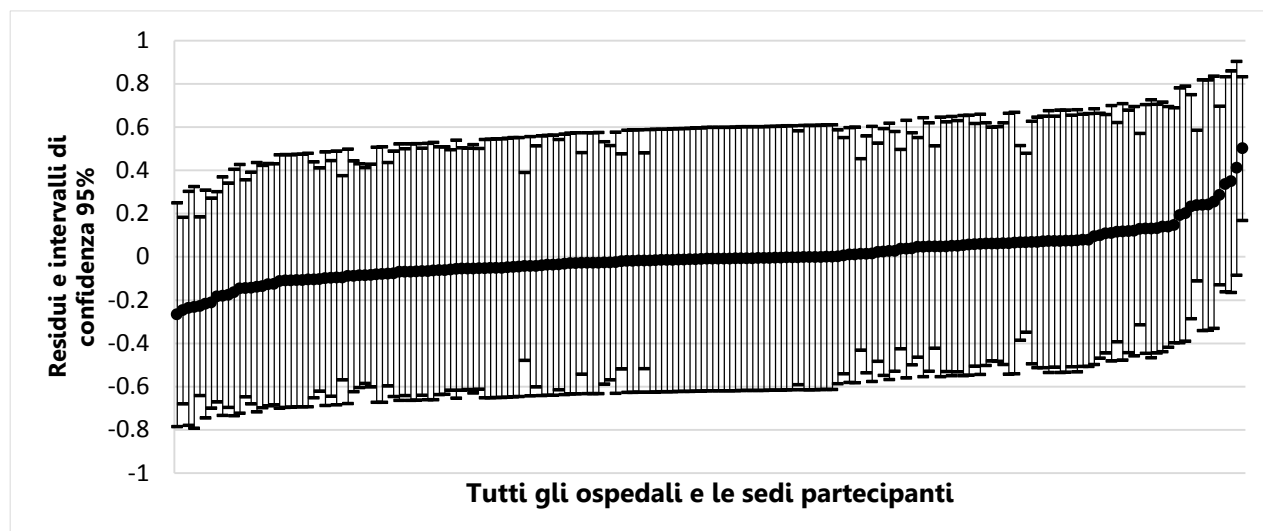


Nell'analisi globale, soltanto un ospedale si distingue in modo significativo dalla media. Anche in questo caso si constata una notevole omogeneità, determinata però da un numero di casi ancora più contenuto, visto che è stata esclusa la categoria 1.

6.3 Caduta in ospedale

Analogamente al decubito, la stessa procedura statistica è stata utilizzata per individuare le caratteristiche di rischio delle cadute. La durata della degenza e la dipendenza assistenziale sono determinanti anche in questo contesto. Rispetto al decubito, tuttavia, non si constata un incremento lineare 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, le malattie tumorali, la demenza e le malattie del sistema nervoso 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



Solo un 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

I risultati 2014 consentono per la quarta volta di esprimersi a livello nazionale sulla frequenza di cadute e decubiti e di operare un confronto tra i propri riscontri e quelli di altri nosocomi dello stesso tipo, così da individuare potenziale di ottimizzazione e migliorare la qualità delle cure.

7.1 Partecipanti

Ha rilevato dati l'86,7% degli ospedali acuti di tutti i Cantoni, rispettivamente l'88,3% degli ospedali aderenti al contratto nazionale di qualità dell'ANQ. I reparti partecipanti alla misurazione sono rappresentativi di tutti i reparti degli ospedali acuti in Svizzera.

Il tasso di partecipazione dei pazienti è pari al 75,9%, in aumento del 2,1% rispetto all'anno precedente. Vi hanno verosimilmente contribuito le formazioni per i coordinatori degli ospedali, le quali puntavano molto sulla gestione della dichiarazione di consenso. Purtroppo, però, non è ancora stato possibile raggiungere la quota mirata dell'80%, che incrementerebbe la rappresentatività della misurazione.

Resta da chiarire quali siano i fattori che influenzano la partecipazione alla misurazione. L'analisi dei pazienti non partecipanti non fornisce molte nuove conoscenze. Rispetto al 2013, quando soprattutto i reparti geriatria acuta, sorveglianza/cure continue/monitoraggio cardiaco e riabilitazione presentavano elevati tassi di rifiuto, nel 2014 il problema ha riguardato in particolare reparti chirurgici e non chirurgici. I motivi del rifiuto sono stati indicati solo per il 9,5% dei non partecipanti. In questi casi, la conoscenza della lingua assume un'importanza primaria, il che potrebbe essere rilevante per le prossime misurazioni.

Dal punto di vista sociodemografico, i partecipanti rappresentano la popolazione degente negli ospedali svizzeri. La misurazione, tuttavia, calcola la durata della degenza solo fino al giorno del rilevamento. La durata media della degenza, pari a 8,5 giorni, è vicina alla media svizzera di 9,4 giorni. I quadri clinici più frequenti erano le malattie del sistema circolatorio, del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, del sistema genitourinario, dell'apparato digerente, delle vie respiratorie, delle malattie endocrine, alimentari e del metabolismo. Nella statistica medica degli ospedali 2013, i gruppi di diagnosi più presenti sono il sistema osteomuscolare e il tessuto connettivo, le lesioni, gli avvelenamenti, il sistema circolatorio 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 femminile (51,7%) e circa nove anni più anziani dell'intero campione. I pazienti con decubiti delle categorie 2-4 presentano inoltre molti più quadri clinici e una maggiore dipendenza assistenziale.

L'*analisi dopo aggiustamento secondo il rischio* conferma l'influsso dell'età sul rischio di decubito di tutte le categorie. Anche in questo caso, la dipendenza assistenziale è particolarmente percettibile: il rischio cresce in modo lineare con l'aumento della dipendenza assistenziale.

7.2.2 Tassi di prevalenza

Rispetto all'anno precedente, i tassi descrittivi sono calati dello 0,3% (categorie 1-4), rispettivamente dello 0,2% (categoria 2-4). Questa diminuzione riguarda tutti i tipi di ospedale, ma non è significativa dal punto di vista statistico. Rispetto al 2011, il calo è dell'1,5% (categoria 1-4), rispettivamente dello 0,3% (categorie 2-4). Questi cambiamenti sono tuttavia minimi e possono essere legati al caso. Fa eccezione la diminuzione del tasso per tutte le categorie tra il 2011 e il 2012.

Tabella 1: tassi di decubito svizzeri (adulti) | confronto pluriennale

Tassi di prevalenza	2014	2013	2012	2011
Decubito nosocomiale, categorie 1-4	4.3	4.6	4.4	5.8
Decubito nosocomiale, categorie 2-4	1.8	2.0	1.7	2.1

Nel confronto internazionale (5,0-11,6%), il 4,3% rilevato in Svizzera per i decubiti delle categorie 1-4 è basso. Lo stesso vale per il tasso svizzero delle categorie 2-4 (media dell'1,8% tra tutti i tipi di ospedale), nettamente inferiore rispetto a quanto riportato nelle pubblicazioni internazionali (3,1-6,3%). 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.

Tabella 2: tassi di decubito svizzeri (adulti) | confronto internazionale

Tassi di prevalenza	Svizzera			Austria			Olanda LPZ		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014**	2013**	2012
Decubito nosocomiale, categorie 1-4	4.3	4.6	4.4	1.1*	0.9*	1.2*	6.6	5.0	9.8*
Decubito nosocomiale, categorie 2-4	1.8	2.0	1.7	---	---	---	2.8	2.4	8.7*

* Valori calcolati dalla BFH in base alle cifre riportate nel rispettivo rapporto

** Nessun ospedale universitario (mancata partecipazione)

I decubiti nosocomiali della categoria 1 (56,9%) sono i più frequenti, seguiti da quelli della categoria 2 (33,0%). Questi dati sono in linea con quanto rilevato a livello internazionale. Il 10,1% dei decubiti nosocomiali rientra nelle categorie 3 e 4. 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 in Olanda. I decubiti delle categorie 2-4 sono più frequenti nella terapia intensiva. I reparti di terapia intensiva degli altri paesi presentano meno ferite da decubito rispetto alla Svizzera.

7.3 Tassi di prevalenza cadute in ospedale

7.3.1 Caratteristiche dei pazienti

Secondo l'*analisi descrittiva*, la quota di donne è più alta del 5,1% e i pazienti vittime di una caduta sono in media 7,8 anni più anziani rispetto all'intero campione. Il tasso di pazienti caduti affetti da malattie circolatorie e da demenza è superiore a quello dell'intero campione. Le affezioni del sistema nervoso e il diabete mellito sono un po' più frequenti tra queste persone, le quali hanno maggiormente bisogno di aiuto.

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

La dipendenza assistenziale assume tuttavia un ruolo preponderante: fino alla dipendenza prevalente, 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. Anche la durata della degenza è rilevante: il rischio di caduta è particolarmente elevato tra le persone il cui ricovero si protrae oltre i 28 giorni. Numerosi quadri clinici, a cominciare dalla demenza, sono associati a un rischio di caduta. Gli interventi chirurgici hanno invece un effetto positivo, in quanto l'immobilità dopo l'operazione funge da fattore di protezione.

7.3.2 Tassi di prevalenza

Rispetto all'anno precedente, i tassi di caduta sono calati dello 0,5%, rispetto al 2011 dello 0,7%. In quattro tipi di ospedale si osserva una leggera e costante diminuzione, ma questi cambiamenti sono minimi e possono essere legati al caso.

Tabella 3: tassi di caduta svizzeri | confronto pluriennale

Tassi di prevalenza	2014	2013	2012	2011
Caduta in ospedale	3.6	4.1	3.8	4.3

I tassi di prevalenza delle cadute verificatesi negli ospedali svizzeri in tutti gli 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 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 2,7-3,0%. In Svizzera permane quindi necessità di intervento.

Tabella 4: tassi di caduta svizzeri | confronto internazionale

Tassi di prevalenza	Svizzera			Austria			Olanda LPZ		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014**	2013*	2012
Caduta in ospedale	3.6	4.1	3.8	2.9	3.0	2.7	---	0.4	1.6

** Nessun ospedale universitario e nessun ospedale acuto (mancata partecipazione)

** Nessuna analisi delle cadute secondo l'ospedale

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, nonché ferite gravi. Il tasso di fratture delle anche è molto più basso rispetto a quanto rilevato in Olanda e più alto di quanto rilevato in Austria.

7.4 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 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 più piccole 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. Nelle categorie 2-4, questo numero varia tra 0 e 1. Per quanto riguarda le cadute in ospedale, il numero di ospedali identificati come "anomali" varia, secondo l'anno, tra 0 e 2. I motivi sono verosimilmente di natura metodica.

7.5 Punti forti e punti deboli

La misurazione 2014 è stata la quarta 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. Per la prima volta, la partecipazione alle formazioni non era obbligatoria, ma caldamente raccomandata ai nuovi coordinatori. Oltre al relativo manuale, la vigilia e il giorno della misurazione era disponibile una hotline. La qualità dei dati è stata supportata dalla possibilità di immetterli online, mentre 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 l'affidabilità dei risultati, rispetto ai dati tratti dalla documentazione del paziente o dalla routine, che spesso comportano una sottovalutazione del problema.

La bassa partecipazione dei pazienti può compromettere la rappresentatività della prova a campione. Dalla seconda misurazione, si è rinunciato al consenso scritto a favore di quello orale, ma ciò nonostante il tasso di partecipazione è aumentato solo leggermente e presenta notevoli differenze tra i vari istituti.

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 (2006), gli istituti con un mandato misto di prestazioni possono essere classificati in tipi di ospedale diversi. I loro 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.

Dopo quattro misurazioni, è tempo di valutare se l'approccio meramente statistico del modello gerarchico sia valido, dato che pochissimi ospedali, se non addirittura alcuno, divergono dall'insieme dei nosocomi. Al momento, si sta ponderando se una modifica della procedura possa condurre ad altri risultati.

8. Conclusioni e raccomandazioni

8.1 Partecipazione alla misurazione

L'obiettivo resta una partecipazione di almeno l'80%, al fine di aumentare la confrontabilità dei dati con rilevamenti LPZ e altre misurazioni internazionali. Potrebbe essere utile informare più attivamente i pazienti o le persone autorizzate a rappresentarli sull'importanza della misurazione, così da motivarli a partecipare.

La procedura per l'ottenimento della dichiarazione di consenso orale potrebbe essere adattata a quella in uso in Olanda: ai pazienti capaci di discernimento si potrebbe per esempio chiedere il consenso direttamente il giorno del rilevamento. Occorrerà inoltre riflettere su come coinvolgere i pazienti che non parlano italiano, tedesco o francese.

8.2 Decubito nosocomiale

In Svizzera, si constata una lieve tendenza calante dei tassi di prevalenza, anche se nella maggior parte dei casi si tratta di cali per lo più insignificanti dal punto di vista statistico. Se però si considera che nel confronto internazionale i tassi svizzeri sono relativamente bassi, l'evoluzione è senz'altro positiva.

Non tutti i decubiti sono evitabili, su questo sono tutti d'accordo. Il potenziale di miglioramento è comunque evidente. Varrebbe quindi la pena riflettere su come ridurre in particolare i decubiti delle categorie 3 e 4. Occorre altresì ottimizzare le misure di prevenzione tra i pazienti a rischio, per esempio focalizzando maggiormente l'attenzione sui tassi specifici di ogni reparto e sulle strategie di prevenzione. Ci si chiede infine quanto le misure di prevenzione e le cure corrispondano allo stato attuale delle conoscenze scientifiche.

8.3 Caduta in ospedale

In considerazione dei tassi di prevalenza costantemente alti nel confronto internazionale, gli interventi a livello di processo di sviluppo della qualità devono avere la priorità. I motivi, per esempio la carenza di risorse o di conoscenze, dovrebbero essere analizzati in seno agli ospedali onde adottare misure mirate per il miglioramento 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 di prevenzione. Salta di nuovo all'occhio che per molti partecipanti non sono state adottate misure per la prevenzione delle cadute e che nella maggior parte dei casi non sono stati attuati provvedimenti per la prevenzione dei ferimenti. Ciò denota una necessità di intervento.

8.4 Altre raccomandazioni

Grazie a questa misurazione, gli ospedali hanno di nuovo 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.

Anche se i dati servono in primis al confronto tra ospedali, nella letteratura specializzata si trovano sempre più spesso indicazioni in merito alla concentrazione di interventi a livello di reparto. Ciò potrebbe condurre a un miglioramento a livello di ospedale.

In considerazione dei tassi di prevalenza oscillanti degli anni 2011-2014 e degli effetti positivi di misurazioni ricorrenti a ritmo annuale, si raccomanda di svolgere il rilevamento una volta l'anno anche in futuro, un approccio che permetterebbe anche di mettere costantemente a disposizione dati per la discussione DRG. Non da ultimo, la misurazione 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 «Sanità 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 (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.