



Misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza caduta e decubito | adulti

Versione breve rapporto comparativo nazionale 2015

Settembre 2016 / versione 1.0

Indice

1.	Introduzione.....	3
2.	Obiettivo.....	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.....	5
5.3.1	Pazienti con decubito.....	5
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.....	6
5.4.3	Indicatori di struttura delle cadute.....	6
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.....	10
7.2.1	Caratteristiche dei pazienti.....	10
7.2.2	Tassi di prevalenza.....	10
7.3	Tassi di prevalenza cadute in ospedale.....	11
7.3.1	Caratteristiche dei pazienti.....	11
7.3.2	Tassi di prevalenza.....	11
7.4	Confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio.....	12
7.5	Punti forti e punti deboli.....	12
8.	Conclusioni e raccomandazioni.....	13
8.1	Partecipazione alla misurazione.....	13
8.2	Decubito nosocomiale.....	13
8.3	Caduta in ospedale.....	13
8.4	Altre 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 ai rilevamenti di dati 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 2015, presenta brevemente l'analisi a livello nazionale dei dati degli adulti. Il rapporto dettagliato è disponibile all'indirizzo <http://www.anq.ch/it/risultati-di-misurazione/risultati-somatica-acuta/>.

2. Obiettivo

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
- Confronto tra ospedali aggiustato secondo il rischio 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 il 10 novembre 2015. 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. Nel 2015, è stato utilizzato un questionario LPZ ottimizzato con nel modulo per il decubito una domanda sulla valutazione clinica soggettiva del rischio di decubito e nel modulo per le cadute la categoria di risposta «Letto al suolo».

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 di non partecipare è stato rispettato. Tutti i dati riferiti ai pazienti sono stati rilevati in forma pseudonimizzata. Solo gli ospedali possono decodificarli.

Per la misurazione 2015, l'ANQ ha chiarito con Swissethics una procedura ottimizzata per la richiesta della dichiarazione di consenso. L'obiettivo era di incrementare il tasso di partecipazione e ridurre l'onere di lavoro legato alla richiesta. Il team di misurazione poteva chiedere la disponibilità ai pazienti in grado di intendere anche direttamente prima del rilevamento. In alcuni ospedali, inoltre, al momento dell'ammissione viene chiesta una dichiarazione di consenso all'utilizzo successivo di materiale biologico e/o di dati sanitari per la ricerca biomedica. Anche questi pazienti sono stati precedentemente informati e avevano la possibilità di rifiutare la partecipazione il giorno della misurazione.

5. Risultati descrittivi

5.1 Ospedali partecipanti

Alla misurazione hanno partecipato 147 ospedali e gruppi di ospedali, ripartiti in 195 sedi e dei tipi presa a carico centralizzata (ospedali universitari), presa a carico centralizzata (ospedali generali), cure di base (ospedali per cure generali) e cliniche specializzate, per un totale di 1185 reparti. I reparti chirurgici (46%) sono i più rappresentati, seguiti da quelli non chirurgici (33%).

5.2 Pazienti partecipanti

Il giorno del rilevamento, negli ospedali partecipanti erano ricoverati 17'233 pazienti a partire dai diciotto anni, di cui 13'163 hanno preso parte alla misurazione (76,4%).

L'età media dei partecipanti era di 66,2 anni, i maschi erano il 50%. La durata media della degenza fino al momento della misurazione è stata di 7,9 giorni. Il 43,7% 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 sono le più frequenti, seguite da quelle del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo.

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.

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.

5.3 Prevalenza decubito

5.3.1 Pazienti con decubito

La *frequenza dei decubiti nosocomiali* delle categorie 1-4 è pari al 4,1% (anno precedente 4,3%). Considerando le categorie 2-4, il tasso passa all'1,9% (anno precedente 1,8%).

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 generali (presa a carico centralizzata), quelli delle categorie 3 e 4 negli ospedali universitari (presa a carico centralizzata).

Il *tasso di prevalenza complessivo* include anche i pazienti che già presentavano un decubito al momento del ricovero in ospedale. In totale, nel 6,5% (anno precedente 7,2%) dei partecipanti è stato rilevato almeno un decubito delle categorie 1-4. Senza la categoria 1, il tasso è pari al 3,5% (anno precedente 3,7%). La maggior parte delle persone colpite presentava uno (71,4%) o due (19,5%) decubiti. Le localizzazioni più frequenti sono l'osso sacro e i talloni. In media, questi pazienti avevano 74,4 anni. Il 39,3% 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 oltre tre quarti dei pazienti a rischio decubito non sono state adottate misure di prevenzione in posizione seduta. Lo stesso vale per quasi tre quarti dei pazienti con decubito.

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, un professionista per la sorveglianza e l'aggiornamento dello standard e uno standard sulla prevenzione e il trattamento del decubito. 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. Dal 2011, tranne poche eccezioni tale disponibilità è leggermente aumentata in tutti i tipi di ospedale.

5.4 Prevalenza caduta

5.4.1 Pazienti vittime di cadute

Il *tasso di prevalenza delle cadute verificatesi in ospedale* è stato del 3,0% (anno precedente 3,6%). Questo valore varia dal 2,7% al 3,3%. 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 (19,9%). La maggior parte delle cadute si è verificata camminando o stando in piedi senza mezzi ausiliari. Tra le cause principali delle cadute, le più menzionate sono i problemi di salute (55,8%).

Il *tasso complessivo* comprende anche i pazienti già caduti prima dell'ammissione: nei trenta giorni prima della misurazione, il 17,6% (anno precedente 18,7%) era caduto almeno una volta. Come l'anno precedente, gran parte delle cadute (circa quattro quinti) si è verificata prima dell'ammissione. L'età media delle persone cadute è di 73,6 anni. La fascia d'età più colpita è quella tra i 75 e gli 84 anni. Il 33% è stato sottoposto a un intervento nelle due settimane precedenti la misurazione.

5.4.2 Misure di prevenzione

Le misure più spesso adottate per la prevenzione primaria sono l'informazione ai pazienti, il controllo delle calzature e gli esercizi di allenamento e di rinforzo muscolare. 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. Quasi tre quarti dei pazienti caduti non avevano beneficiato di alcuna misura di prevenzione.

Dalla misurazione 2011, il tasso dei pazienti caduti in ospedale per i quali non sono state adottate misure di prevenzione è diminuito del 5,9% in tutti i tipi di ospedale.

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 l'opuscolo informativo per i pazienti e il gruppo multidisciplinare per la tematica delle cadute.

Anche l'analisi degli indicatori di struttura a *livello di reparto* mostra 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, la disponibilità di materiale a *livello di ospedale* è aumentata, con un'eccezione. La stessa tendenza al rialzo si riscontra anche a *livello di reparto*. Dal 2011, la disponibilità degli indicatori di struttura a *livello di ospedale* è rimasta costante, pur con qualche oscillazione, in tutti i tipi di ospedale.

6. Risultati dopo aggiustamento secondo il rischio

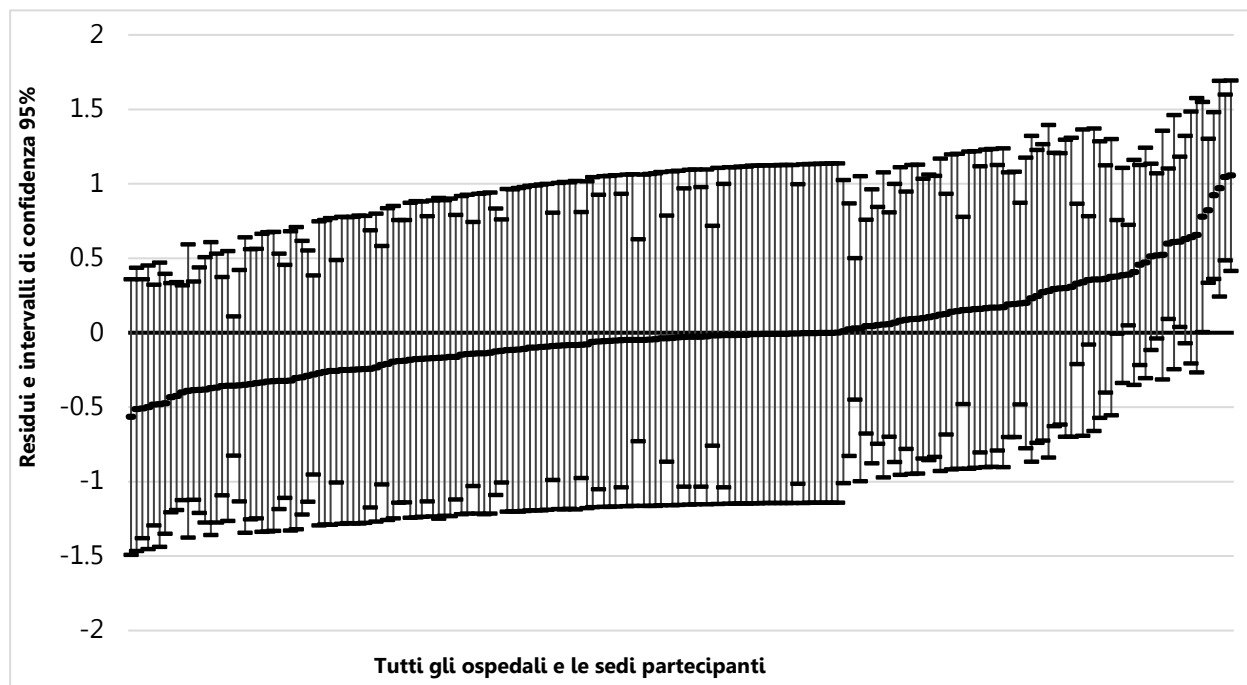
Dai confronti dopo aggiustamento secondo il rischio emerge di nuovo una grande omogeneità degli ospedali. Sono pochi i nosocomi che si distinguono in modo statisticamente significativo dalla media complessiva e rispetto agli anni precedenti si riscontrano unicamente lievi differenze.

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 due volte superiore rispetto a quelli con un valore maggiore di 20. Secondo la scala di dipendenza assistenziale, la dipendenza completa comporta un rischio di decubito del 70% superiore rispetto alla completa indipendenza.

Più la degenza è lunga, maggiore è il rischio di decubito. I pazienti ricoverati per più di 28 giorni corrono un rischio di oltre quattro volte superiore rispetto a quelli con una degenza fino a sette giorni. Diverse diagnosi hanno pure un influsso reciprocamente indipendente sull'aumento del rischio di decubito. In questo caso, risultano rilevanti le malattie infettive, le malattie del sistema respiratorio, le lesioni e altre cause esterne, nonché i sintomi clinici anormali.

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. 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 svizzeri in maniera statisticamente significativa: i loro intervalli di confidenza non tagliano la linea dello zero. Tenendo conto delle caratteristiche dei pazienti, 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.

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.

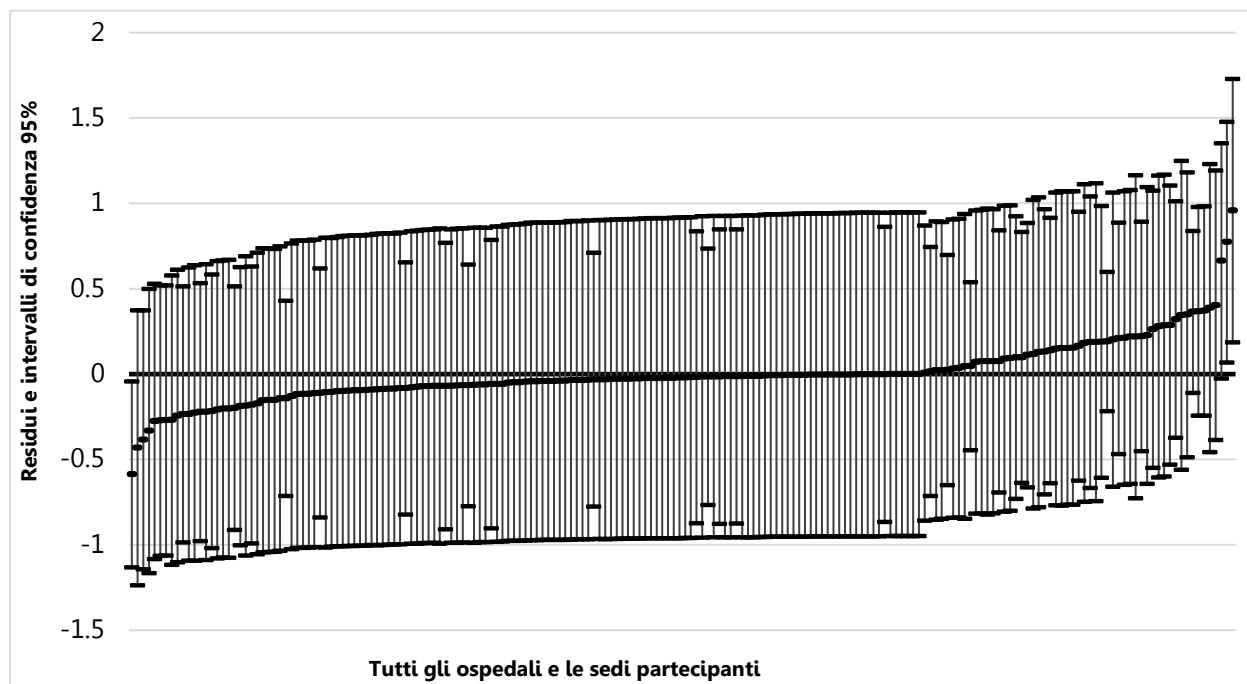
I fattori di rischio specifici secondo il paziente (categorie 2-4) coincidono essenzialmente con quelli delle categorie 1-4 (vedi punto 6.1). Una valutazione positiva sulla scala di Braden comporta un rischio addirittura 7,5 volte superiore a quello corso con una valutazione negativa. La durata della degenza è ancora più rilevante: se supera i 28 giorni, il rischio si moltiplica per sette. Ciò significa che più si protrae il ricovero più è importante il rischio di decubito nelle categorie più gravi (2-4). Escludendo la categoria 1, la dipendenza assistenziale svolge un ruolo più importante. Si constata inoltre uno spettro di diagnosi diverso: fanno in-

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.

fatti la loro apparizione il diabete mellito e gli eventi cerebro-vascolari.

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



L'analisi globale mostra che tre ospedali si differenziano 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. L'età, la durata della degenza e la dipendenza assistenziale sono determinanti. I primi due fattori incrementano il rischio di caduta, mentre la completa dipendenza assistenziale non comporta un rischio maggiore, verosimilmente a causa dell'immobilità del paziente.

Le diagnosi mediche presentate comportano un aumento o una diminuzione del rischio di caduta. In particolare, i disturbi psichici, le malattie cerebro-vascolari e la demenza 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

I risultati 2015 consentono per la quinta 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

Alla misurazione ha partecipato il 92% degli ospedali acuti aderenti al contratto nazionale di qualità dell'ANQ. I reparti partecipanti sono rappresentativi di tutti gli ospedali acuti in Svizzera.

Il tasso di partecipazione dei pazienti è pari al 76,4%, in aumento dello 0,5% rispetto all'anno precedente. Può avervi influito la procedura ottimizzata per l'ottenimento della dichiarazione di consenso. Purtroppo, però, non è ancora stato possibile raggiungere la quota mirata dell'80%, che incrementerebbe la rappresentatività della misurazione. Non si dispone di indicazioni inequivocabili che spieghino il tasso di partecipazione.

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 7,9 giorni, è vicina alla media svizzera di 9,3 giorni. I gruppi di diagnosi più frequenti erano le malattie del sistema circolatorio, del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, del sistema genitourinario, dell'apparato digerente, delle vie respiratorie, come pure le malattie endocrine, alimentari e del metabolismo. Nella statistica medica degli ospedali 2014, i gruppi di diagnosi più presenti sono le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, le lesioni, gli avvelenamenti

e altre conseguenze di cause esterne, le malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente, e le neoplasie. 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 circa otto anni più anziani dell'intero campione. I pazienti con decubiti delle categorie 2-4 presentano inoltre molti più gruppi di diagnosi e una maggiore dipendenza assistenziale. I dati descrittivi rivelano altresì che la valutazione del rischio clinico soggettiva identifica meno pazienti come a rischio rispetto alla valutazione con la scala di Braden. Questa variabile è stata rilevata per la prima volta nel 2015.

L'*analisi aggiustata secondo il rischio* ha dimostrato la notevole rilevanza della valutazione clinica soggettiva del personale specialistico. Pure in questo caso, la dipendenza assistenziale è un fattore determinante, anche se solo la dipendenza completa è rilevante.

7.2.2 Tassi di prevalenza

Rispetto all'anno precedente, i tassi descrittivi sono calati dello 0,2% (categorie 1-4), rispettivamente aumentati dello 0,1% (categorie 2-4). Questo cambiamento riguarda tutti i tipi di ospedale, ma non è significativo dal punto di vista statistico. Rispetto al 2011, i tassi sono calati dell'1,7% (categorie 1-4), rispettivamente dello 0,2% (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	2015	2014	2013	2012	2011
Decubito nosocomiale, categorie 1-4	4.1	4.3	4.6	4.4	5.8
Decubito nosocomiale, categorie 2-4	1.9	1.8	2.0	1.7	2.1

Nel confronto internazionale (0,6-15%), il 4,1% rilevato in Svizzera nel 2015 per i decubiti delle categorie 1-4 si situa nel terzo inferiore. Lo stesso si può dire dell'1,9% misurato in Svizzera nelle categorie 2-4 (pubblicazioni internazionali 1,2-5,9%). Rispetto al 2011, il ventaglio dei valori è calato anche a livello internazionale, il che spiega come mai i valori svizzeri per la prima volta non sono più considerevolmente più bassi di quelli riportati nella letteratura internazionale. 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		
	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015*	2014*	2013
Decubito nosocomiale, categorie 1-4	4.1	4.3	4.6	1.7**	1.1**	0.9**	***	6.6	5.0
Decubito nosocomiale, categorie 2-4	1.9	1.8	2.0	---	---	---	***	2.8	2.4

** Nessun ospedale universitario (mancata partecipazione)

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

*** Rapporto non ancora pubblicato

I decubiti nosocomiali della categoria 1 (52,7%) sono i più frequenti, seguiti da quelli della categoria 2 (37,1%). Questi dati sono in linea con quanto rilevato a livello internazionale. Il 10,2% dei decubiti nosoco-

miali 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 6,7% e i pazienti vittime di una caduta sono in media 7,4 anni più anziani rispetto all'intero campione. Il tasso di pazienti caduti affetti da malattie circolatorie e da demenza è nettamente superiore a quello dell'intero campione. Ciò potrebbe suggerire l'adozione di misure di prevenzione specifiche per persone affette da demenza. I pazienti caduti sono inoltre molto più dipendenti dall'assistenza.

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 dalle malattie psichiatriche e la demenza, sono significativamente associati a un rischio di caduta.

7.3.2 Tassi di prevalenza

Rispetto all'anno precedente, i tassi di caduta sono calati dello 0,6%, rispetto al 2011 dell'1,3%. In tutti i tipi di ospedale, si osserva una leggera, ma non continua diminuzione dei tassi, ma questi cambiamenti sono minimi e possono essere legati al caso.

Tabella 3: tassi di caduta svizzeri | confronto pluriennale

Tassi di prevalenza	2015	2014	2013	2012	2011
Caduta in ospedale	3.0	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 lo 0,2% e il 13,8%. Ciò vale anche per il confronto con il rilevamento secondo il metodo LPZ in Olanda (0,4-1,6%). In Austria (2,7-3,0%), i tassi sono appena inferiori o analoghi. In Svizzera permane quindi necessità di intervento.

Tabella 4: tassi di caduta svizzeri | confronto internazionale

Tassi di prevalenza	Svizzera			Austria			Olanda LPZ		
	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013*
Caduta in ospedale	3.0	3.6	4.1	2.7	2.9	3.0	***	**	0.4

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

** Nessuna analisi delle cadute secondo l'ospedale

*** Rapporto non ancora pubblicato

Le indicazioni sulle conseguenze delle cadute ricavate dalla misurazione svizzera sono ripartite diversamente rispetto ai paesi che adottano il metodo LPZ (confronto dei risultati degli ultimi tre rilevamenti). In

Svizzera, vengono indicate più conseguenze leggere e medie. Le lesioni gravi sono un po' di più (rispetto all'Olanda) o in numero simile (rispetto all'Austria). 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 2015 è stata la quinta 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. Dalla misurazione 2014, la partecipazione alle formazioni non era obbligatoria, ma caldamente raccomandata ai nuovi coordinatori. Nel 2015, solo un terzo circa dei coordinatori vi ha preso parte. Si spiega forse così l'aumento dei set con dati non plausibili, rispettivamente degli errori di immissione.

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. 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.

La partecipazione piuttosto bassa dei pazienti può compromettere la rappresentatività del campione e comportare una sottovalutazione dei tassi di prevalenza. 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.

Nel 2015, la BFH ha analizzato su mandato dell'ANQ i dati delle misurazioni per studiare come la procedura clinico-teorica di aggiustamento secondo il rischio avrebbe influenzato i risultati, constatando che le due procedure (quella attuale e quella clinico-teorica) forniscono esiti molto simili. Si è dunque deciso di confermare l'attuale procedura con l'approccio meramente statistico per il modellamento del rischio, benché finora essa abbia permesso di identificare pochissimi/nessun ospedali/e divergenti/e dalla media complessiva.

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.

Lo stesso obiettivo potrebbe essere perseguito sensibilizzando maggiormente l'opinione pubblica, organizzando altre formazioni e lavorando sulla motivazione del personale chiamato a svolgere le misurazioni.

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, per esempio focalizzando maggiormente l'attenzione sui tassi specifici di ogni reparto e sulle strategie di prevenzione.

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 massima priorità. I motivi dovrebbero essere analizzati in seno agli ospedali onde adottare misure mirate per il miglioramento della qualità.

Per un numero cospicuo di pazienti caduti in ospedale non sono state adottate misure di prevenzione. Per i programmi di prevenzione, è possibile ricorrere agli indicatori di struttura e di processo rilevati dal 2011. Si raccomanda agli ospedali di portare avanti lo sviluppo di programmi basati su molteplici interventi in considerazione di aspetti interdisciplinari legati all'organizzazione e alla conduzione, in particolare nei reparti non chirurgici con un'elevata presenza di persone a rischio. Parallelamente, occorrerebbe verificare lo stato delle conoscenze sui rischi di caduta del personale infermieristico, ed eventualmente intervenire con corsi di perfezionamento.

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 2011-2015 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

Durante la degenza in ospedale, i pazienti corrono rischi diversi di sviluppare un decubito o di cadere (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 partecipanti alla misurazione. Se questa linea interseca quella dello zero, non si può parlare di divergenza statistica significativa.