



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences



Misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza caduta e decubito

Rapporto sulla pubblicazione misurazione 2012

Gennaio 2014 / versione 1.0

Indice

1	Introduzione	1
2	Obiettivi	1
3	Metodo	1
4	Etica e protezione dei dati	2
5	Risultati descrittivi	2
5.1	Ospedali partecipanti	2
5.2	Pazienti partecipanti	2
5.3	Prevalenza decubito	3
5.4	Prevalenza caduta	3
6	Risultati dopo aggiustamento secondo il rischio	4
6.1	Decubito nosocomiale	4
6.2	Decubito nosocomiale, esclusa la categoria 1	5
6.3	Caduta in ospedale	6
7	Discussione e conclusioni	7
7.1	Partecipanti	7
7.2	Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali	8
7.3	Indicatori di struttura per il decubito	9
7.4	Tassi di prevalenza cadute in ospedale	10
7.5	Indicatori di struttura delle cadute	10
7.6	Confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio	11
7.7	Punti di forza e punti deboli	12
8	Raccomandazioni	12

1 Introduzione

L'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) si occupa delle misurazioni della qualità negli ospedali svizzeri. Lo scopo è quello di documentare e sviluppare la qualità. Nel quadro del contratto nazionale di qualità, gli ospedali aderenti sono tenuti a partecipare a misurazioni della qualità svolte a scadenze periodiche. Nel 2012, è stata organizzata per la seconda volta una misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza dei decubiti manifestatisi e delle cadute verificatesi in ospedale.

L'ANQ ha incaricato la Scuola universitaria professionale di Berna (BFH) dell'organizzazione della misurazione e dell'elaborazione dei dati nazionali 2012. 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.

Si è fatto ricorso al metodo «International Prevalence Measurement of Care Problems» (LPZ International) dell'Università di Maastricht, nei Paesi Bassi. La misurazione comprendeva gli indicatori caduta e decubito, sensibili per le cure, che rilevano aspetti parziali della qualità della cura e dell'assistenza. In Svizzera, fino alla prima misurazione nel 2011 non erano disponibili dati sulla caduta e il decubito a livello nazionale. Essi venivano stimati a livello di istituto sulla scorta dei tassi sulle complicanze riportati dagli specialisti.

Nel presente rapporto, vengono presentati i principali risultati dell'analisi dei dati a livello nazionale. Il rapporto finale dettagliato è consultabile all'indirizzo <http://www.anq.ch/it/patologia-somatica-acuta/>.

2 Obiettivi

Dai risultati si evincono le caratteristiche del paziente legate alla caduta e al decubito, come pure quelle delle strutture e dei processi. Deve inoltre essere possibile un confronto di questi indicatori tra istituti simili. Questo obiettivo sostiene gli ospedali e le cliniche svizzeri a migliorare continuamente la qualità delle cure nel settore somatico acuto.

Per la seconda misurazione degli indicatori di prevalenza, erano rilevanti i fattori seguenti:

- tassi di prevalenza del decubito nosocomiale di categoria 1-4¹;
- tassi di prevalenza del decubito nosocomiale di categoria 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 degli indicatori outcome dei diversi ospedali, aggiustati secondo il rischio.

3 Metodo

Gli strumenti impiegati si basano essenzialmente sulla «International Prevalence Measurement of Care Problems» (LPZ International), da diversi anni svolta regolarmente in Olanda e in altri paesi. La misurazione,

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.

sviluppata dall'Università di Maastricht e nel frattempo diffusa anche in diversi altri paesi europei, consente di ottenere vari tipi di confronto.

Dopo una lunga fase di preparazione e la formazione dei collaboratori degli ospedali, il 6 novembre 2012 si è proceduto al rilevamento dei dati. Sono stati inclusi tutti i pazienti a partire dai diciotto anni ricoverati negli ospedali acuti in Svizzera e nel Liechtenstein (incl. cure intense, passaggio cure intense/reparto e puerperio). Erano esclusi le sale risveglio, le cliniche diurne, il settore ambulatoriale, il pronto soccorso, la pediatria, i neonati del reparto di neonatologia e i pazienti che non hanno dato il loro consenso. Al contrario del 2011, nel 2012 la partecipazione delle puerpere alla misurazione era obbligatoria. Dalla misurazione 2013, vengono rilevati anche i decubiti tra i bambini.

I decubiti sono stati rilevati in un giorno di riferimento. Per le cadute, invece, si trattava di una misurazione periodica riferita agli ultimi trenta giorni, rispettivamente al lasso di tempo tra l'ammissione e il momento della misurazione. Due infermieri per reparto si sono occupati delle misurazioni. Oltre a cadute e decubiti, sono stati rilevati dati riguardanti il paziente, l'ospedale e il reparto. I dati sono stati dapprima analizzati da un punto di vista descrittivo, poi con aggiustamento secondo il rischio².

Un coordinatore si è occupato del controllo della qualità delle misurazioni e dei dati in loco. Per il rilevamento dei dati era disponibile anche un manuale. L'LPZ Maastricht ha inoltre controllato la plausibilità dei dati immessi, cercando modelli di errore sistematici, per esempio valori che non avrebbero dovuto manifestarsi, particolarmente anomali o mancanti.

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 seconda misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza hanno partecipato 132 ospedali e gruppi di ospedali, ripartiti in 186 sedi e dei tipi cure primarie (ospedali per cure generali), presa a carico centralizzata (ospedali universitari/ospedali per cure generali) e cliniche specializzate, con il 75,3-75,8% dei loro pazienti.

5.2 Pazienti partecipanti

Al momento della misurazione, erano ricoverati negli ospedali partecipanti 18'105 pazienti maggiori di

² Per questa misurazione degli indicatori di prevalenza, gli ospedali vengono confrontati in riferimento alla qualità delle cure. Nel quadro di tali confronti, lo stato di salute generale del paziente e il grado dell'affezione trattata rivestono un ruolo cruciale, in quanto i pazienti potrebbero fornire risultati diversi pur avendo ricevuto prestazioni di cura della stessa qualità. Un risultato peggiore non significa quindi automaticamente che la qualità delle cure è inferiore. Per operare un confronto, è quindi importante considerare i fattori di rischio dei pazienti ricorrendo a una procedura statistica, chiamata aggiustamento secondo il rischio.

diciotto anni, di cui 13'651 hanno preso parte alla misurazione (tasso di risposta del 75,4%). Gli uomini erano il 45,8%, le donne il 54,2%. L'età media era di 64,4 anni. La durata media della degenza fino al giorno del rilevamento era di 9,1 giorni, la durata più frequente era di sette giorni. Il 39,4% dei partecipanti aveva subito un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione. Secondo le priorità nel campo dell'assistenza e le specializzazioni dei nosocomi, a livello di quadri clinici si sono delineate differenze. Le affezioni cardiache e vascolari sono le più frequenti (47,6%), seguite dalle malattie del sistema locomotorio (32%). Quasi il 20% dei pazienti partecipanti dipendeva da aiuti nella vita quotidiana o almeno a casa.

5.3 Prevalenza decubito

5.3.1 Pazienti con decubito

Rispetto all'anno precedente, la frequenza dei decubiti nosocomiali delle categorie 1-4 è calata dell'1,4% (4,4% nel 2012, 5,8% nel 2011). Su 234 pazienti sono stati rilevati decubiti delle categorie 2-4, il che corrisponde a una percentuale dell'1,7% (anno precedente: 2,1%).

Nel complesso, sono state osservate lesioni da decubito delle categorie 1-4 nel 6,9% dei 13'651 pazienti partecipanti (contro il 9,4% l'anno precedente). Sul totale di 945 pazienti, gli uomini sono colpiti tanto quanto le donne. Questo tasso comprende la prevalenza complessiva, ossia i pazienti che già presentavano un decubito al momento del ricovero in ospedale e quelli che ne hanno sviluppato uno durante la degenza. L'età media è di 74,6 anni e il 38% dei pazienti in questione ha subito un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione (+ 4,7% rispetto all'anno precedente).

Con l'eccezione delle cliniche specializzate, si notano poche differenze a livello di percentuale di decubiti. La maggior parte dei decubiti della categoria 1 è stata rilevata negli ospedali universitari. I decubiti delle categorie 2 e 3 sono stati più frequenti nelle cure primarie, quelli della categoria 4 negli ospedali universitari (presa a carico centralizzata) e nelle cure primarie.

5.3.2 Misure preventive

Per i pazienti a rischio sono state adottate diverse misure: cambio di posizione, materassi e rivestimenti antidecubito, diversi tipi di cuscino. Per i pazienti con decubito, in tutti i tipi di ospedale l'attenzione è stata focalizzata sulla promozione della capacità di movimento, la cura della pelle e la decompressione delle parti del corpo in questione.

5.4 Prevalenza caduta

5.4.1 Pazienti vittime di cadute

Nel 2012, sono state rilevate meno cadute verificatesi nel corso della degenza (valore medio del 20,6%, - 1% rispetto all'anno precedente). Il tasso di prevalenza medio delle cadute avvenute in ospedale misurato in rapporto al totale dei pazienti partecipanti per tutti i tipi di ospedale è del 3,8% (-0,5% rispetto all'anno precedente).

Nei trenta giorni prima della misurazione, il 18,2% (-1,6% rispetto all'anno precedente) dei partecipanti era caduto almeno una volta prima o durante la degenza. Circa tre quarti delle cadute si sono verificati prima dell'ammissione. Le donne (58,2%) cadono più spesso degli uomini. In media, i pazienti in questione avevano 72,4 anni e nel 31,5% dei casi erano stati operati nelle due settimane precedenti la misurazione. Il 21,5% dei pazienti caduti ha indicato più cadute (due o più), principalmente nel settore extraospedaliero.

Le cadute fuori dall'ospedale si sono verificate più di frequente all'aperto, nella camera da letto, in sog-

giorno o in bagno. All'interno dell'ospedale, i luoghi in cui più spesso sono avvenute le cadute sono la stanza del paziente e il bagno. Tra le cause principali delle cadute, le più menzionate sono i problemi fisici (41,1%) e i fattori ambientali esterni (35,3%). Spesso, le cause delle cadute fuori dall'ospedale non sono note. Il 74,8% dei pazienti partecipanti ha subito ferimenti di gravità minima (31,5%), media (17,3%), elevata (39,9%) e fratture delle anche (11,3%). Le fratture delle anche quali conseguenze di una caduta erano più frequenti prima della degenza che non durante e, molto probabilmente, erano la ragione del ricovero.

5.4.2 Misure preventive

La misura più spesso adottata per la prevenzione primaria è l'informazione dei pazienti, seguita dagli esercizi di allenamento e di rinforzo muscolare, e dall'accompagnamento nella deambulazione. Le altre misure attuate si differenziano secondo il tipo di ospedale.

Per i pazienti caduti prima o dopo l'ammissione, sono state adottate tendenzialmente più misure preventive, spesso più di una alla volta. La scelta o la combinazione delle misure sembra variare secondo l'ospedale. Le misure generali per la prevenzione dei ferimenti sono più rare: esse non vengono adottate per quattro quinti dei pazienti caduti.

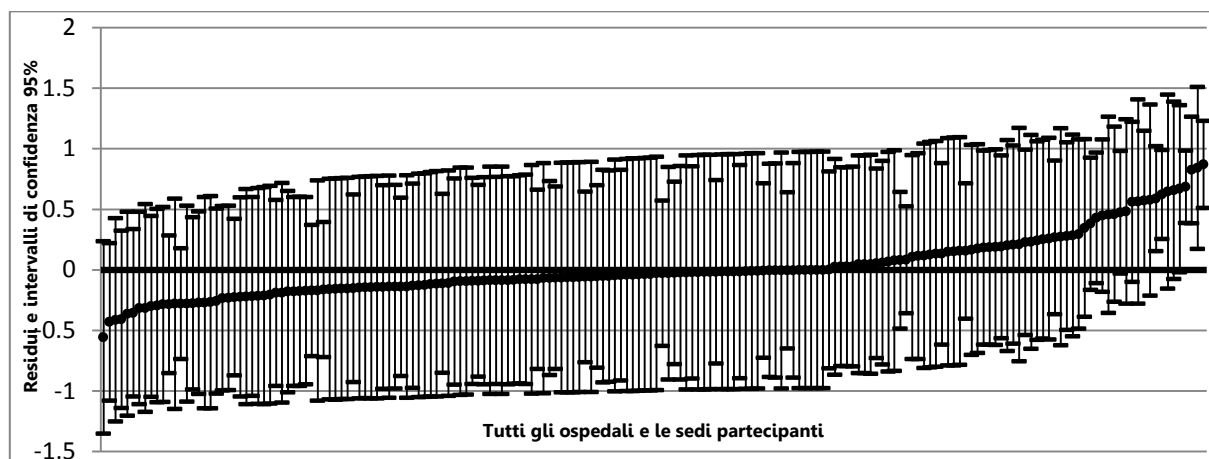
6 Risultati dopo aggiustamento secondo il rischio

Come l'anno scorso, 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. Le divergenze significative sono poche.

6.1 Decubito nosocomiale

La valutazione del rischio di decubito secondo la procedura LPZ prevede l'impiego della scala di Braden. I pazienti valutati con uno score di 20 o meno sulla scala di Braden corrono un rischio di decubito di quasi tre volte maggiore rispetto a quelli con un valore superiore a 20. La scala di dipendenza assistenziale mostra una crescita quasi lineare del rischio di decubito con l'aumento della dipendenza. Anche la durata della degenza è rilevante: più è lunga, maggiore è il rischio. I pazienti ricoverati da oltre 28 giorni corrono un rischio di decubito 3,1 volte maggiore di quelli con una degenza fino a sette giorni. L'età influisce a sua volta sui decubiti: a partire dai 75 anni, il rischio è quasi il doppio di quello corso da chi ha meno di 55 anni. Diversi quadri clinici hanno pure un influsso reciprocamente indipendente sull'aumento del rischio di decubito. Sono rilevanti per esempio i tumori, gli infortuni e le protesi dell'anca.

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 presenza maggiore di decubiti nosocomiali dopo aggiustamento secondo il rischio, quelli negativi una frequenza minore di decubiti rispetto alla media (linea dello zero) di tutti i nosocomi. Solo sei istituti si differenziano dall'insieme degli ospedali svizzeri 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 del grafico: se si osservano i nove punti dato od ospedali sull'estrema destra, si nota che per sei ospedali i punti dato (= residui) si trovano sopra la linea dello zero. La differenza sta nell'intervallo di confidenza: quello di questi sei ospedali non taglia tale linea, quello degli altri tre sì. Tutti i nove ospedali hanno più decubiti della media generale, ma solo per questi sei istituti ciò è corroborato da una significatività statistica; per gli altri tre ospedali, l'incertezza statistica è maggiore, principalmente a causa del minor numero di casi di pazienti partecipanti.

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 di categoria 1 verificatosi in ospedale eseguiamo un'analisi separata.

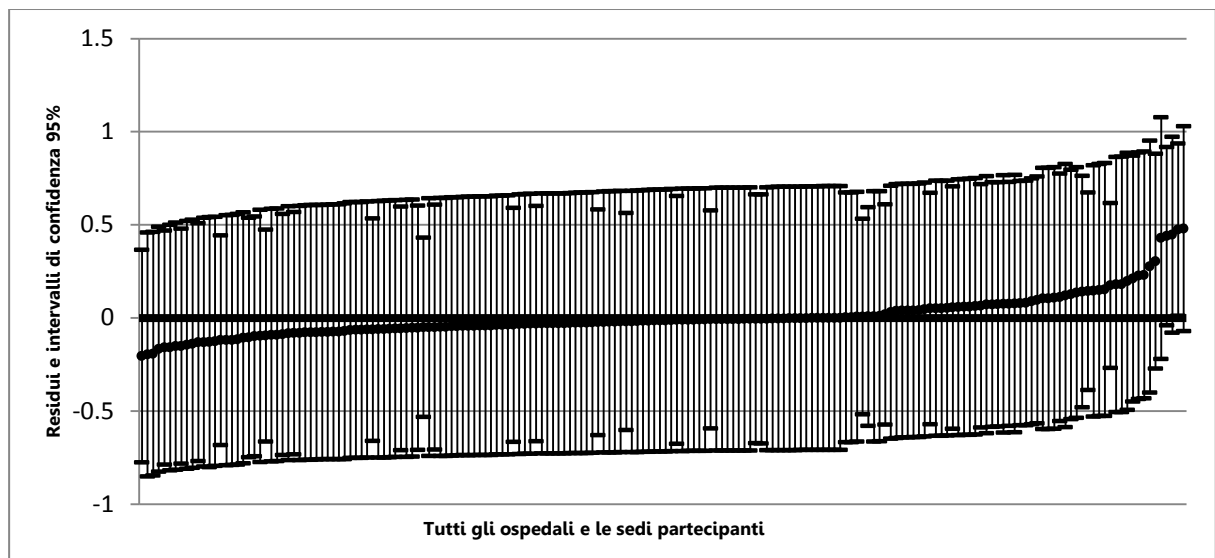
La differenza tra decubiti inclusa ed esclusa la categoria 1 si manifesta nella diversa struttura del rischio. Anche in questo caso, uno score Braden inferiore a 20 è una caratteristica rilevante, ma ancora più incisiva

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.

è una lunga degenza: i pazienti ricoverati per più di 28 giorni corrono un rischio di oltre cinque 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. I quadri clinici con una relazione significativa con il decubito sono i tumori, il diabete, le affezioni cardiache e vascolari, le malattie del sistema locomotore e un'affezione dovuta a un infortunio.

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

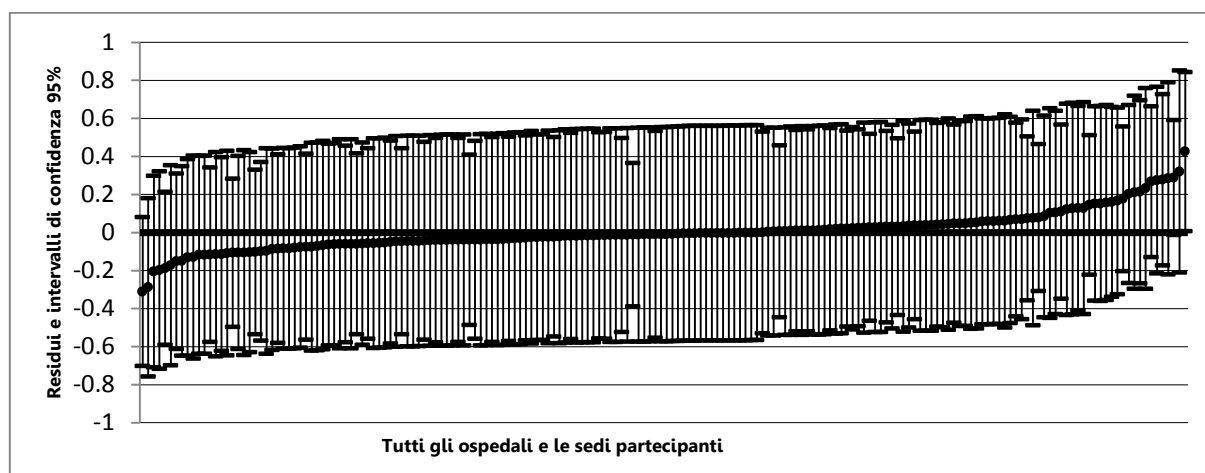


L'analisi globale mostra che un solo istituto si differenzia in modo significativo dalla media. Anche in questo caso, vige un'omogeneità considerevole, determinata però dal numero di casi ancora più basso di quello del punto 6.1.

6.3 Caduta in ospedale

Analogamente al decubito, la stessa procedura statistica è stata utilizzata per individuare le caratteristiche di rischio delle cadute. Con l'aumento della durata della degenza, il rischio di caduta aumenta in modo netto. Rispetto ai pazienti ricoverati fino a una settimana, quelli con una degenza di 8-28 giorni corrono un rischio di 3,8 volte superiore e quelli degenti da oltre 29 giorni di quasi 4,7 volte superiore. Il rischio aumenta inoltre con l'avanzare dell'età, ma solo a partire dai 75 anni. Rispetto al decubito, non si constata un incremento graduale con l'aumento della dipendenza assistenziale. I quadri clinici presentati comportano un aumento o una diminuzione reciprocamente indipendente del rischio di caduta. In particolare, malattie psichiche e cognitive, ma anche limitazioni degli organi sensoriali e tumori costituiscono fattori di rischio. Un intervento chirurgico vale invece come fattore di protezione, riducendo di quasi la metà il rischio di caduta. Il rischio sale infine con la necessità di aiuto nelle attività della vita quotidiana.

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



Si nota che un ospedale si differenzia sostanzialmente dalla media in senso clinicamente negativo, poiché il suo intervallo di confidenza non taglia la linea dello zero. Per il resto, anche qui si constata una certa omogeneità tra gli ospedali.

7 Discussione e conclusioni

Nel confronto diretto con misurazioni LPZ di altri paesi e con dati della letteratura internazionale, si constata che il numero di decubiti nosocomiali delle categorie 1-4 e 2-4 è relativamente basso. La frequenza delle cadute in ospedale è invece relativamente elevata.

I risultati della misurazione nazionale 2012 degli indicatori di prevalenza caduta e decubito consentono per la seconda volta di esprimersi sulla frequenza di cadute e decubiti, e possono essere utilizzati come base comparativa tra gli ospedali. I nosocomi hanno di nuovo l'opportunità di rivalutare e perfezionare la salvaguardia della qualità a livello strutturale, nonché le misure adottate e le strategie preventive a livello di processi.

7.1 Partecipanti

Alla misurazione 2012 hanno preso parte 132 ospedali e gruppi di ospedali, ripartiti in 186 sedi in Svizzera e nel Liechtenstein. I reparti partecipanti sono rappresentativi di tutti i reparti degli ospedali acuti in Svizzera.

Rispetto ad altri paesi, la partecipazione dei pazienti (75,4%) è stata piuttosto bassa. La partecipazione agli ultimi tre rilevamenti LPZ (con dichiarazione di consenso orale) nei Paesi Bassi è stata in media del 93,4%. In media, però, vi hanno partecipato solo 43 ospedali.

La procedura per l'ottenimento del consenso orale è stata ritenuta molto più semplice di quella per l'ottenimento dello scritto, previsto per la misurazione 2011, ma a conti fatti l'informazione ai pazienti e la richiesta del consenso orale si sono rivelati tutt'altro che facili. La formazione dei team di misurazione è quindi importante ed è fondamentale che l'opinione pubblica sia meglio informata sull'obbligo degli ospedali in materia di salvaguardia della qualità, affinché i pazienti capiscano quanto sia importante la misurazione per i nosocomi e, in definitiva, per loro stessi.

I dati sociodemografici dei pazienti partecipanti rispecchiano la popolazione di pazienti presente negli ospedali svizzeri. La misurazione, tuttavia, rileva la durata della degenza fino al giorno del rilevamento, non quella complessiva. La durata media della degenza, pari a 9,1 giorni, è, secondo la statistica degli ospedali 2011 (UST) vicina alla media svizzera di 9,52 giorni. Quasi il 40% dei pazienti ricoverati si trovava in un ospedale acuto per un intervento chirurgico. I gruppi di diagnosi più frequenti sono le affezioni cardiache e vascolari, dell'apparato motorio, renali e delle vie urinarie, dell'apparato digerente e delle vie respiratorie. Nella statistica medica degli ospedali 2011 (UST), i gruppi di diagnosi più presenti sono le lesioni, il sistema muscolo-scheletrico, il sistema circolatorio, il sistema digerente e le neoplasie. Si osserva pertanto una certa corrispondenza, anche se non completa, con i dati rilevati.

Un buon quinto dei pazienti partecipanti dipende da aiuti nella vita quotidiana e a casa. Quasi un quarto è almeno in parte dipendente dalle cure.

7.2 Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali

7.2.1 Caratteristiche dei pazienti con decubito nosocomiale

I pazienti colpiti da decubito nosocomiale sono in media più frequentemente di sesso maschile e circa dieci anni più vecchi dell'intero campione. Il tasso di pazienti sottoposti a intervento chirurgico nelle ultime due settimane è simile a quello dell'intero campione.

Confrontando i quadri clinici di tutti i pazienti ricoverati partecipanti e dei pazienti colpiti da decubito nosocomiale, si nota che per questi ultimi sono molti di più. I pazienti con decubito nosocomiale sono inoltre molto più dipendenti dagli aiuti, il che corrisponde con quanto traspare dalla scala di dipendenza assistenziale.

L'influenza dell'età sul rischio di decubito si conferma anche nell'analisi dopo aggiustamento secondo il rischio, ma solo includendo la categoria 1. Se si esclude la categoria 1, questo fattore non è più così significativo. In entrambe le analisi sul decubito, la dipendenza assistenziale è un fattore tangibile. Il rischio cresce in modo lineare con l'aumento della dipendenza assistenziale.

7.2.2 Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali

Se riferiti ai tassi di prevalenza, i risultati degli ospedali sono ripartiti in modo relativamente uniforme. Anche nel 2012, la prevalenza nosocomiale rilevata in Svizzera è bassa (4,4%) rispetto a quella riscontrata sul piano internazionale (tra il 5% e l'11,6%). Escludendo la categoria 1, la misurazione in Svizzera fornisce un valore medio tra tutti i tipi di ospedale dell'1,7%, un tasso di nuovo più basso di quello riportato nelle pubblicazioni internazionali, che si situa tra il 3,1% e il 6,3%. In seno ai singoli reparti, i pazienti più spesso colpiti da decubiti nosocomiali (esclusa la categoria 1) sono nei reparti sorveglianza/monitoraggio cardiaco, seguiti dai reparti chirurgico e non chirurgico, e dalle cure intense. Questi risultati corrispondono a quelli della letteratura internazionale e a quelli di uno studio svizzero.

Decubito nosocomiale, esclusa la categoria 1: tra i pazienti a rischio, i risultati concernenti la prevalenza complessiva negli ospedali svizzeri (6,4%) sono in linea con i valori più bassi riportati nelle pubblicazioni internazionali (tra il 6,1% e il 27,6%).

Se si confrontano i risultati 2011 e 2012, si nota un leggero calo dei tassi di prevalenza descrittivi, sia per i decubiti sia per le cadute. Nel complesso, però, i cambiamenti sono minimi. I risultati dell'analisi dopo aggiustamento secondo il rischio, distribuiti omogeneamente come l'anno precedente, non confermano questa tendenza al ribasso. La loro affidabilità andrà invece valutata in base al tasso di risposta e agli effetti di una più ampia prova a campione. Non è pertanto ancora possibile trarre nuove conclusioni e raccomandazioni sulla scorta del confronto con la misurazione 2011.

Considerando invece la prevalenza di decubito nosocomiale (esclusa la categoria 1) tra i pazienti a rischio, il risultato degli ospedali svizzeri (3,3%) è al di sotto dei valori indicati nella letteratura specializzata (tra il 5,3% e l'11,2%). Questo risultato potrebbe essere riconducibile ai tassi di risposta bassi o al fatto che i pazienti a rischio sono sottorappresentati.

Nella categoria del decubito verificatosi in ospedale, si nota che la categoria 1 è la più frequente (52,1%), seguita dalla categoria 2 (32,2%). Questi dati sono in linea con quanto rilevato a livello internazionale.

Come l'anno scorso, l'osso sacro, i talloni e i glutei sono la localizzazione più frequente del decubito. Anche questi risultati corrispondono ai dati internazionali.

A livello nazionale, si constata che 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.

Il tasso di risposta è un fattore importante per l'interpretazione dei risultati complessivi della misurazione 2012. Tale tasso lascia supporre che il tasso di prevalenza dei decubiti nosocomiali potrebbe essere più elevato (vedi punto 7.1). È infatti molto probabile che una parte dei pazienti a rischio non abbia partecipato alla misurazione. Si tratta di pazienti con limitazioni cognitive e di persone gravemente malate, con un elevato rischio di decubito.

7.3 Indicatori di struttura per il decubito

I risultati sugli indicatori di struttura a livello di ospedale mostrano differenze in alcuni settori tra i diversi tipi di ospedale in Svizzera in fatto di disponibilità di questi indicatori. La disponibilità di standard e di direttive negli ospedali svizzeri è inferiore (78,6%) a quella riscontrata in altre misurazioni LPZ degli ultimi tre anni, segnatamente nei Paesi Bassi (100%).

L'indicatore delle informazioni standardizzate in caso di trasferimento dà invece un vantaggio alla Svizzera, mentre la presenza di specialisti e di un gruppo specialistico è in linea con i risultati austriaci del 2010 e leggermente inferiore a quelli degli ultimi due anni nei Paesi Bassi. La disponibilità di corsi di aggiornamento è tendenzialmente al di sotto dei valori internazionali. Infine, la presenza di opuscoli informativi è lievemente superiore rispetto all'Austria (2010), ma decisamente inferiore a quella degli ultimi due anni nei Paesi Bassi.

L'analisi degli indicatori di struttura a livello di reparto mostra differenze moderate tra i tipi di ospedale. Nel confronto internazionale, si rilevano risultati analoghi o leggermente superiori a quelli dei Paesi Bassi per quanto riguarda le informazioni standardizzate in caso di trasferimento, la disponibilità di materiale di prevenzione e il rilevamento del rischio. Gli opuscoli informativi sono invece molto meno disponibili che nei Paesi Bassi, così come lo svolgimento di colloqui multidisciplinari.

7.4 Tassi di prevalenza cadute in ospedale

7.4.1 Caratteristiche dei pazienti vittime di una caduta

Nel confronto con l'intero campione, si rileva che la quota di donne è superiore del 4% e i pazienti sono in media circa 8 anni più vecchi. La quota di pazienti vittime di una caduta sottoposti a un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione è dell'8% più bassa. Questi risultati sono simili a quelli dell'anno precedente.

Confrontando i quadri clinici di tutte le persone ricoverate con quelli dei pazienti vittime di una caduta, si nota che la quota di infortuni (8,1%) e di affezioni cardiache e vascolari (9,8%) è più alta che nell'intero campione. Anche le patologie renali, delle vie urinarie e degli organi genitali (+ 7,7%), le patologie psichiche (+ 2,1%), i tumori (+ 9,1%), le demenze (+ 26,6%) e il diabete mellito (+ 8,3%) sono più frequenti. Questi pazienti sono inoltre più dipendenti dagli aiuti rispetto all'intero campione.

Nell'analisi dopo aggiustamento secondo il rischio, questi risultati descrittivi sono in parte diversi. Il sesso non è più determinante. I fattori età, anche se solo dai 75 anni, e intervento chirurgico sono invece significativi anche nell'analisi dopo aggiustamento secondo il rischio.

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 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 numerosi quadri clinici sono associati a un rischio di caduta. Un intervento chirurgico ha un effetto "positivo": il fatto che dopo l'operazione si è meno mobili si trasforma in un fattore di protezione. Le caratteristiche identificate nell'analisi corrispondono in gran parte ai fattori di rischio indicati nella letteratura internazionale.

7.4.2 Tassi di prevalenza dei pazienti caduti in ospedale

Nel confronto internazionale, la quota delle cadute negli ospedali svizzeri è relativamente elevata. Ciò vale anche per il confronto con rilevamenti secondo il metodo LPZ. In Svizzera, il tasso medio per tutti i tipi di ospedale è pari al 3,8%, mentre gli ultimi tassi disponibili riferiti ai Paesi Bassi e all'Austria si fermano all'1,5%, rispettivamente al 3,2% (2010).

Le indicazioni sulle conseguenze delle cadute ricavate dalla misurazione svizzera sono ripartite diversamente rispetto agli ultimi due rilevamenti LPZ nei Paesi Bassi. Vengono notificate più conseguenze leggere (33,8%) e medie (20,6%) rispetto all'LPZ (circa 18,7%, rispettivamente 14%). Il tasso di ferimenti gravi (37,7%) è invece simile, mentre quello delle fratture delle anche (7,9%) è sensibilmente inferiore (30,5-46%, rispettivamente 20-33% per l'LPZ). Solo per circa un terzo delle cadute avvenute in ospedale sono disponibili dati sulle conseguenze. Resta pertanto il dubbio se questo risultato sia stato determinato dalla documentazione incompleta concernente le cadute verificatesi in ospedale o dalla struttura del questionario LPZ. Per gli indicatori di struttura, è stato dichiarato che le cadute vengono rilevate nella maggioranza degli ospedali. Dalla misurazione 2013, verranno rilevati dati dettagliati sull'evento e sulle conseguenze soltanto per le cadute avvenute in ospedale. La logica del questionario verrà inoltre adeguata nell'ottica del rilevamento delle conseguenze della caduta.

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 fatto di disponibilità.

Confrontando i risultati con le ultime tre misurazioni LPZ, si nota che nei Paesi Bassi il campione (sei-nove

istituti partecipanti) è più piccolo. Il rilevamento delle cadute negli ospedali svizzeri è analogo a quello riscontrato nelle misurazioni LPZ degli ultimi tre anni nei Paesi Bassi e in Austria (2010), anche se nel 2012 nei Paesi Bassi è stato constatato un calo del 20% per questo indicatore. L'inoltro di informazioni in caso di trasferimento (80,7%) è più frequente rispetto ai Paesi Bassi (40% in media) e un po' meno rispetto all'Austria (2010). La disponibilità di uno standard o di una direttiva per la prevenzione delle cadute (61,5%) è paragonabile ai risultati internazionali (40-77,8% LPZ).

A livello di reparto, negli ospedali svizzeri la discussione delle misure di prevenzione con i pazienti e le informazioni standardizzate in caso di trasferimento hanno una disponibilità paragonabile a quella dei nosocomi olandesi e austriaci (2010). Con l'eccezione dell'elevata disponibilità di mezzi ausiliari per la prevenzione degli infortuni (70,2% vs. 55,6% LPZ), ciò vale anche per gli altri indicatori di struttura.

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 alla scelta del modello gerarchico, un metodo che corrisponde allo stato attuale della scienza. Vi si fa ricorso per compiti complessi e tende notoriamente a fornire risultati "conservativi". Con questo metodo, insomma, ci si deve aspettare poche divergenze statistiche. Un motivo importante per la scelta di questo metodo è anche il numero esiguo di casi nei singoli ospedali. Per una misurazione degli indicatori di prevalenza, occorre sempre considerare che più il numero di casi per ogni nosocomio è basso, più gli indicatori vengono influenzati dalle casualità.

Come illustra per esempio il confronto dei grafici degli ospedali universitari con gli altri tre tipi di ospedale, anche gli intervalli di confidenza del 95% dei residui sono influenzati dal numero di casi dei pazienti partecipanti. Gli ospedali universitari con un numero relativamente elevato di casi presentano intervalli di confidenza più stretti degli altri.

Lo stesso vale per il confronto tra singoli ospedali in seno a un tipo di ospedale. Se si osservano i confronti riguardanti il decubito tra gli ospedali universitari, gli ospedali con una divergenza negativa in senso clinico presentano i tassi di prevalenza senza aggiustamento secondo il rischio più alti e, al contempo, il numero di casi di gran lunga più elevato. Questa combinazione rende più probabile una divergenza statistica. Detto altrimenti, 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.

Le differenze con la misurazione 2011 sono minime. Soltanto nelle categorie di decubito 1-4 un numero maggiore di ospedali ha presentato particolari anomalie, mentre nelle categorie 2-4 ciò valeva soltanto per un nosocomio, come l'anno precedente. Per le cadute, un solo ospedale presenta anomalie, contro i due del 2011. I motivi sono verosimilmente di natura metodica. Il fatto che si siano riscontrate più anomalie includendo la categoria 1 dipende probabilmente dalla maggiore incertezza legata alla classificazione di questa categoria.

Un altro motivo potrebbe essere il modello di rischio leggermente cambiato a livello di paziente in seguito all'inclusione della scala di dipendenza assistenziale (SDA). Infine, va ricordato che l'adeguamento del livello di analisi dai gruppi di ospedali alle sedi ha ridotto il numero di casi per unità analizzata, benché il tasso di partecipazione sia aumentato. La diminuzione del numero di casi per ogni unità amplia gli intervalli di confidenza decisivi. Per gli ospedali ciò comporta un rischio inferiore di essere identificati come anomalie.

7.7 Punti di forza e punti deboli

La misurazione 2012 è stata la seconda 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 ovviare a questo inconveniente, 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 scendeva fin nei dettagli. Alla vigilia e il giorno della misurazione, inoltre, era attiva una hotline.

Un punto di forza della misurazione è rappresentato dagli strumenti confrontabili a livello internazionale. Le loro poche lacune saranno colmate con le successive misurazioni. Il rilevamento di dati clinici al cospetto del paziente aumenta inoltre l'affidabilità dei risultati.

La bassa partecipazione dei pazienti può compromettere la rappresentatività della prova a campione. La seconda misurazione prevedeva soltanto il consenso orale, laddove l'anno precedente occorreva invece chiedere quello scritto. Ciò nonostante, il tasso di partecipazione presenta notevoli differenze. 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.

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. Per la misurazione 2012, sono stati apportati miglioramenti linguistici a livello di formulazione delle domande e sono state inserite le categorie di risposta suggerite dai partecipanti. Nel complesso, nel 2012 l'organizzazione della misurazione e la misurazione in sé sono state giudicate positivamente dai partecipanti alla valutazione.

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 secondo la sede. I loro risultati, di conseguenza, saranno assegnati a tipi di ospedale diversi anche per l'analisi. È quindi potuto succedere 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, e va accettata come conseguenza inevitabile.

Il principale punto di forza di questa seconda misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza caduta e decubito sta nelle dimensioni della prova a campione, ancora superiore rispetto al 2011, che aumenta ulteriormente la rappresentatività dei dati e consente complesse procedure statistiche, necessarie per un aggiustamento adeguato.

8 Raccomandazioni

La discussione, i punti di forza e i punti deboli della misurazione dimostrano che questo secondo rilevamento nazionale non basta per fornire raccomandazioni approfondite. Ripetere la misurazione consentirà sicuramente agli ospedali di monitorare la loro qualità in riferimento alle cadute e ai decubiti e, all'occorrenza, di migliorarla.

Le analisi delle tendenze di misurazioni ripetute nel contesto internazionale rilevano 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.

Per lo sviluppo e l'attuazione di misure di questo genere un solo anno però non basta. È pertanto ancora

troppo presto per discutere tendenze o effetti del valore di riferimento nazionale. I risultati della misurazione 2013 dovrebbero consentire di trarre conclusioni più chiare. 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. Ci sono per esempio indizi di errori di assistenza o di assistenza eccessiva nell'impiego di materiale per la fasciatura di lesioni nella categoria di decubito 1, e di assistenza carente a livello di informazione del paziente. Il fatto che per un quinto dei pazienti caduti non siano state adottate misure di prevenzione delle cadute può essere interpretato come indizio di un'assistenza insufficiente.

Nel confronto internazionale, i tassi di prevalenza hanno dimostrato che in caso di decubito la qualità in riferimento agli indicatori sensibili per la cura può essere considerata buona. Meno positive sono invece le misure adottate nel quadro della prevenzione delle cadute. Qui sembra necessaria un'ulteriore diminuzione delle cadute.

Rispetto ad altri paesi, la partecipazione dei pazienti è stata piuttosto bassa. Per analizzare in modo approfondito la mancata partecipazione, sarebbe opportuno avere informazioni più precise sui pazienti che non hanno voluto o potuto partecipare: dati sociodemografici, indicazioni sulla morbilità, motivo e durata della degenza, motivi personali della rinuncia a partecipare.

Nel campo della cura delle lesioni da decubito, i risultati 2012 sono paragonabili a quelli del 2011. Ci si chiede quanto le misure preventive e le cure del decubito corrispondano allo stato attuale delle conoscenze scientifiche e alla situazione attuale. Nel caso del decubito di categoria 1, per esempio, si fa anche quest'anno 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.

Quasi un quinto dei pazienti caduti non beneficia di alcuna misura di prevenzione delle cadute e per oltre quattro quinti di loro non vengono adottate misure di prevenzione delle ferite. Se si considera che nell'anamnesi una caduta è ritenuta il predittore più importante per altre cadute, appare evidente che qui si cela un grande potenziale di sviluppo della qualità.

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. Fino a quando non sarà possibile formulare raccomandazioni certe e approfondite, gli istituti possono seguire le direttive e le raccomandazioni vigenti e la recente letteratura specializzata, al fine di confrontare il loro operato con gli standard riconosciuti. Si raccomanda inoltre di combinare i risultati del valore di riferimento con analisi interne dei processi (analisi dei casi dei pazienti in questione). Ciò consente un confronto concreto del livello di qualità teorico ed effettivo dal quale trarre importanti indicazioni per i processi interni di sviluppo della qualità.

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.