



Misurazione prevalenza Decubito Medicina somatica acuta, bambini

Rapporto comparativo nazionale | Versione breve

Misurazione 2016

Giugno 2017, versione 1.0

Introduzione

L'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) si occupa delle misurazioni della qualità negli ospedali svizzeri. Gli istituti aderenti al contratto nazionale di qualità sono tenuti a partecipare a tali misurazioni. La frequenza (prevalenza) dei decubiti manifestatisi in ospedale rappresenta importanti aspetti della qualità delle cure.

Dal 2013, la Scuola universitaria professionale di Berna (BFH) svolge su incarico dell'ANQ la misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza decubito tra i bambini nella medicina somatica acuta stazionaria, occupandosi dell'organizzazione della misurazione 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.

Nel 2016, per la misurazione ci si è di nuovo avvalsi del metodo dell'Università di Maastricht «LPZ International» (International Prevalence Measurement of Quality of Care). Su mandato dell'ANQ, la BFH aveva concepito il modulo di misurazione del decubito tra i bambini. Il metodo è stato completamente rielaborato per la misurazione tra gli adulti (LPZ 2.0). Per quella tra i bambini, ci si è per il momento limitati ad adeguamenti sul piano degli indicatori di struttura.

I decubiti sono stati rilevati il giorno della misurazione (prevalenza puntuale), calcolandone i tassi di prevalenza complessiva e i tassi di prevalenza nosocomiale. Con l'introduzione del metodo LPZ 2.0, si fa ricorso alla classificazione NPUAP-EPUAP-PPPIA con sei, e non più quattro, categorie di decubito.

La presente versione breve contiene i risultati tra i bambini a livello nazionale. Il rapporto dettagliato è consultabile [online](#).

Domande

Nel complesso, la misurazione mira a rispondere alle domande seguenti.

- Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali: tutte le categorie,¹ rispettivamente categoria 2 e superiore
- Confronto tra ospedali aggiustato secondo il rischio in relazione ai decubiti
- Descrizione degli indicatori di struttura e di processo in relazione ai decubiti

Rilevamento dei dati

I dati sono stati rilevati l'8 novembre 2016. Sono stati inclusi tutti i bambini e gli adolescenti tra gli 0 e i 16 anni che il giorno del rilevamento erano ricoverati in ospedali acuti con reparti pediatrici o in cliniche pediatriche specializzate. Sono invece stati esclusi i neonati sani nel reparto puerperio e i bambini degenti in un reparto somatico acuto per adulti. I bambini, gli adolescenti, i loro genitori o le persone con diritto di rappresentanza dovevano fornire il loro consenso orale alla partecipazione. I dati sono stati rilevati da due infermieri per reparto.

¹ Il decubito nosocomiale è classificabile come segue. Categoria 1: arrossamento della cute intatta che non sparisce alla digitopressione | Categorie 2-6: perdita parziale della cute-perdita completa della cute o dei tessuti, nonché profondità sconosciuta.

Partecipanti

Alla misurazione hanno partecipato 31 sedi (ospedali acuti con reparti pediatrici e cliniche pediatriche specializzate). Si trattava di 7 ospedali universitari/pediatrici e di 24 ospedali generali con presa a carico centralizzata, per un totale di 101 reparti.

Il giorno della misurazione, negli istituti partecipanti erano degenti 905 bambini e adolescenti, 734 dei quali (81,1%) hanno partecipato alla misurazione.

Risultati

Tassi di decubito

A livello nazionale, il tasso di prevalenza complessiva (tutte le categorie) è dell'11,4%, mentre il tasso di prevalenza dalla categoria 2 è del 3,3%. Entrambi i tassi includono anche i pazienti che già presentavano un decubito al momento del ricovero in ospedale.

Il tasso di prevalenza complessiva nosocomiale (tutte le categorie) è pari al 9,9% (anno precedente: 11,7%), in calo dell'1,8% rispetto all'anno precedente. Il tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2 è del 2,6% (anno precedente: 1,7%), in aumento dello 0,9%. Si tratta di oscillazioni riconducibili al caso.

Confronto pluriennale

Tasso di decubito	2016	2015	2014	2013
Decubito nosocomiale, tutte le categorie	9,9	11,7	13,5	15,1
Decubito nosocomiale, dalla categoria 2	2,6	1,7	3,0	2,5

Nel *confronto internazionale*, i tassi di prevalenza svizzeri si collocano nell'intervallo dei tassi pubblicati in altri paesi fino al 2011. Studi più recenti con campioni pediatrici misti rilevano invece tassi più bassi. Per quanto riguarda la prevalenza dalla categoria 2, per campioni pediatrici misti si constatano valori un po' più bassi. Il tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2 è analogo a quelli riportati dalla scarsa letteratura specializzata, dove si trova anche un valore molto più basso.

Rispetto all'anno precedente, i tassi di prevalenza nosocomiale tra i partecipanti con un *rischio di decubito* sono leggermente aumentati. Il tasso di prevalenza complessiva nosocomiale è pari al 18,3% (aumento del 3,4%), il tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2 del 4,8% (aumento dell'1,3%). L'individuazione di pazienti a rischio diverge secondo il metodo di valutazione. Ai sensi della scala di Braden,² quasi due terzi dei partecipanti erano a rischio. Secondo la valutazione clinica soggettiva da parte del personale infermieristico, invece, lo erano quattro quinti abbondanti dei pazienti.

A livello di reparto, i tassi di prevalenza complessiva nosocomiale sono più elevati in terapia intensiva, in neonatologia e nei reparti di chirurgia pediatrica, in particolare nel gruppo «Ospedali universitari/ospedali pediatrici». Ciò coincide con i dati rilevati in altri paesi.

² Per la valutazione del rischio di decubito si fa ricorso alla cosiddetta scala di Braden, composta di sei sottoscale.

L'analisi per *fasce d'età* mostra che i tassi di prevalenza complessiva nosocomiale sono più alti nel gruppo dei bambini fino a un anno. I più colpiti sono i bimbi fino a un mese, il che è in linea con i dati nazionali e internazionali.

Le *localizzazioni* più frequenti sono la categoria «Altro», il metatarso e l'osso sacro.

Per il 97,6% dei pazienti con decubito, sono stati utilizzati *presidi sanitari*. La prevalenza complessiva nosocomiale in seno a questo gruppo è calata leggermente rispetto all'anno precedente. Nel confronto con la letteratura specializzata, i tassi concernenti i presidi sanitari restano tuttavia elevati.

Aggiustamento secondo il rischio³

Nel *confronto aggiustato secondo il rischio*, solo il *tasso di prevalenza complessiva nosocomiale* di un ospedale diverge dal totale di tutti i nosocomi. Per quanto riguarda il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2*, tale divergenza si osserva in due ospedali.

I fattori di rischio seguenti (ai sensi della sottoscala di Braden) si sono dimostrati rilevanti per il *decubito nosocomiale (tutte le categorie)*: pelle spesso o permanentemente molto umida, valutazione clinica soggettiva del rischio di decubito, intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione.

Per quanto riguarda i *decubiti nosocomiali dalla categoria 2*, invece, sono rilevanti altri fattori di rischio: due gruppi di diagnosi ICD (neoplasie e tumori, lesioni/avvelenamenti), durata della degenza superiore ai quattordici giorni e, con la sottoscala di Braden, pelle spesso o permanentemente molto umida.

Indicatori di processo e di struttura

Come l'anno precedente, tra gli *indicatori di processo* figurano sia misure di prevenzione generali (ispezione della cute, promozione mirata della capacità di movimento e la mobilitazione, cambio di posizione da sdraiato), sia misure specifiche per l'infanzia (imbottitura/fissaggio in caso di presidi sanitari, cambio di posizione di elettrodi e sensori).

Anche l'analisi degli *indicatori di struttura* riporta un quadro analogo a quello dell'anno precedente. Rispetto a quanto avviene tra gli adulti, questi indicatori sono molto meno disponibili a livello di ospedale e tendenzialmente meno disponibili a livello di reparto.

Conclusioni e raccomandazioni

Partecipazione alla misurazione

Alla misurazione partecipano ospedali e cliniche di tutti i Cantoni con un mandato di prestazioni per bambini e adolescenti. I reparti partecipanti sono rappresentativi di tutti i reparti pediatrici degli ospedali acuti in Svizzera.

Rispetto all'anno precedente, il tasso di partecipazione è aumentato del 2,7% e ha superato di nuovo l'80%, il che rende più rappresentativa la misurazione.

Nel 2016, per la prima volta è stato rilevato il numero di persone che non hanno partecipato alla misurazione a causa di difficoltà linguistiche: si tratta del 7% di chi non ha partecipato. La redazione delle

³ Questa misurazione pone a confronto la qualità delle cure in seno agli ospedali. Lo stato di salute generale dei pazienti, il grado dell'affezione curata e le dimensioni del campione rivestono un ruolo decisivo. Un trattamento dello stesso livello qualitativo può infatti fornire risultati diversi secondo il paziente. Un esito negativo, insomma, non significa automaticamente una qualità inferiore. Per un confronto equo è pertanto importante considerare i fattori di rischio dei pazienti adottando una particolare procedura statistica, chiamata aggiustamento secondo il rischio.

informazioni ai pazienti e ai familiari nelle principali lingue migratorie potrebbe contribuire ad aumentare ulteriormente la partecipazione.

Indicatori di qualità e sviluppo della qualità

Il decubito nosocomiale colpisce in particolare i bimbi minori di un anno ricoverati in neonatologia e in terapia intensiva e con un elevato numero di presidi sanitari. Sta dunque qui il maggiore potenziale di miglioramento della qualità. Il tema dei presidi sanitari resta rilevante. Negli ultimi anni, è stato sviluppato un maggior numero di standard o direttive (internazionali) sul tema decubito e prevenzione del decubito tra bambini e adolescenti, il che favorisce la creazione di indicatori di struttura per la prevenzione e la cura a livello di ospedale. È inoltre stato pubblicato un maggior numero di studi sulla qualità che illustrano come ridurre i tassi di decubito mediante un approccio basato su più interventi, la ricerca e l'implementazione di ottimizzazioni strutturali e processuali. Si consiglia di procedere a formazioni sui fattori di rischio specifici dell'infanzia, sui decubiti e sulla loro prevenzione, adeguate secondo il settore.

I tassi di prevalenza rilevati in Svizzera sono paragonabili ai valori di riferimento internazionali. Il quadro è tuttavia eterogeneo. Da un lato, si assiste a una tendenza calante statisticamente non significativa dei tassi di prevalenza complessiva nosocomiale (incl. pazienti a rischio secondo la valutazione clinica soggettiva) e dei tassi di prevalenza tra i pazienti con presidi sanitari. Dall'altro, i tassi di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2 e i tassi di prevalenza nosocomiale in caso di rischio di decubito sono aumentati. Ciò riguarda in particolare il gruppo «Ospedali universitari/ospedali pediatrici».

Resta potenziale di sviluppo a livello di indicatori di struttura e di processo (direttive/standard, opuscoli informativi, formazione, sensibilizzazione), in particolare in presenza di presidi sanitari e tra i bambini della prima infanzia a rischio di decubito. Un primo passo nella valutazione dei risultati di benchmarking può essere il confronto con analisi di processi interni (analisi di casi di bambini e adolescenti colpiti), dal quale trarre importanti indicazioni per lo sviluppo interno della qualità.

Raccomandazioni metodiche

Sulla scorta dei riscontri sulla sottopopolazione neonatologica, si raccomanda di perfezionare il questionario per i bambini. I fattori di rischio specifici dovrebbero essere meglio integrati nel questionario, coinvolgendo esperti di questo settore. Si consiglia altresì di elaborare i questionari per i pazienti conformemente al metodo LPZ 2.0: si tratta di valutare quali indicatori di processo possono essere ridotti e di parificare il rilevamento a quello effettuato tra gli adulti.

Raccomandazioni sulla misurazione degli indicatori di prevalenza

La misurazione nazionale consente un confronto concreto del livello di qualità teorico ed effettivo dal quale trarre importanti indicazioni per la definizione delle priorità dei processi interni di sviluppo della qualità. Considerata la fluttuazione dei tassi nel periodo 2013-2016, sarebbe consigliabile svolgere anche in futuro le misurazioni a scadenze regolari. Gli attestati effetti positivi di misurazioni ricorrenti sullo sviluppo della qualità contribuiscono alla sensibilizzazione duratura.

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.