



Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza decubito nei bambini

Versione breve rapporto comparativo nazionale 2013

Luglio 2014 / versione 1.0

Indice

1.	Introduzione.....	3
2.	Obiettivi	3
3.	Metodo	4
4.	Etica e protezione dei dati	4
5.	Risultati descrittivi	4
5.1	Ospedali partecipanti.....	4
5.2	Pazienti partecipanti.....	5
5.3	Prevalenza decubito	5
5.3.1	Bambini e adolescenti con decubito	5
5.3.2	Misure di prevenzione	5
6.	Risultati dopo aggiustamento secondo il rischio	6
6.1	Decubito nosocomiale.....	6
6.2	Decubito nosocomiale, esclusa la categoria 1.....	7
7.	Discussione e conclusioni	8
7.1	Partecipanti	9
7.2	Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali.....	9
7.2.1	Caratteristiche dei pazienti	9
7.2.2	Tassi di prevalenza	9
7.3	Indicatori di struttura per il decubito	10
7.4	Confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio	10
7.5	Punti forti e punti deboli	11
8.	Raccomandazioni.....	11

1. Introduzione

L'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) si occupa delle misurazioni della qualità negli ospedali svizzeri. Nel quadro del contratto nazionale di qualità, gli ospedali e le cliniche aderenti sono tenuti a partecipare a misurazioni della qualità svolte a scadenze periodiche ai sensi del piano di misurazione dell'ANQ.

I reparti per bambini e adolescenti del settore acuto ospedaliero sono coinvolti nelle misurazioni dell'ANQ dal 2013. Il rispettivo piano di misurazione comprende anche la frequenza dei decubiti, in quanto le conoscenze su questo tipo di ferite verificatesi in ospedale permettono di trarre conclusioni sulla qualità delle cure.

Il piano di misurazione specifico per i bambini deve essere seguito dagli ospedali pediatrici e dai nosocomi che dispongono di reparti esplicitamente pediatrici. È il caso dei reparti che assistono esclusivamente bambini e adolescenti fino a 16 anni, e che dispongono del personale qualificato e dell'infrastruttura necessaria per questo particolare collettivo di pazienti.

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

Questo rapporto, basato sulla misurazione 2013, presenta brevemente l'analisi a livello nazionale dei dati dei bambini e degli adolescenti. Il rapporto dettagliato è disponibile all'indirizzo <http://www.anq.ch/it/risultati-di-misurazione/risultati-somatica-acuta/>. Per la misurazione del decubito 2013 tra gli adulti è già stato pubblicato un rapporto specifico a fine gennaio 2015.

2. Obiettivi

Dai risultati della misurazione si dovranno ricavare 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 tra i bambini: categorie 1-4¹
- Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali tra i bambini: categorie 2-4
- Descrizione degli indicatori di struttura e di processo in relazione con i decubiti nei bambini
- Confronti tra i risultati dei diversi ospedali, aggiustati secondo il rischio

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

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.

3. Metodo

I dati sono stati rilevati il 5 novembre 2013. Sono stati inclusi tutti i bambini degenti in ospedali acuti con reparti esplicitamente pediatrici e in cliniche pediatriche specializzate per pazienti tra gli 0 e i 16 anni.

Gli strumenti impiegati per la misurazione si basano sulla International Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ International) sviluppata per gli adulti quindici anni or sono dall'Università di Maastricht e svolta regolarmente in Olanda e in altri paesi.

Su incarico dell'ANQ e avvalendosi del sostegno della dr. Anna-Barbara Schlüer e di altri esperti del campo, la BFH ne ha tratto per la Svizzera il modulo di misurazione per i bambini. Esso si basa sullo strumento impiegato nel 2012 per la misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito in quattordici cliniche pediatriche svizzere e sul questionario LPZ per gli adulti, adattato agli aspetti specifici dell'infanzia.

I dati sono stati dapprima analizzati in modo descrittivo, poi sottoposti a un aggiustamento secondo il rischio.² In considerazione della limitata quantità di dati e dell'eterogeneità della popolazione, il rapporto comparativo è stato redatto per due gruppi di confronto, ciascuno dei quali comprendeva due tipi di ospedale: ospedali universitari/ospedali pediatrici e presa a carico centralizzata/cure primarie.

4. Etica e protezione dei dati

La misurazione degli indicatori di prevalenza prevedeva la sola acquisizione dei dati che nel lavoro quotidiano degli ospedali e delle cliniche vengono già rilevati nel quadro del processo di cura. Non vi sono stati interventi supplementari.

Swissethics e le Commissioni etiche cantonali hanno classificato questo rilevamento come una misurazione della qualità per la quale non è necessario un consenso scritto da parte dei bambini e degli adolescenti, rispettivamente dei genitori o delle persone con diritto di rappresentanza. I bambini e gli adolescenti, rispettivamente i genitori o le persone autorizzate a rappresentarli, devono però ricevere un'informazione scritta sulla misurazione e fornire il loro consenso orale al rilevamento. Il rilevamento dei dati non ha messo in pericolo l'integrità dei bambini e degli adolescenti e un eventuale rifiuto di partecipare non ha comportato conseguenze negative.

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 prima misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza decubito tra i bambini, hanno partecipato 35 ospedali, rispettivamente sedi, per un totale di 102 reparti. I più rappresentati sono i reparti pediatrici generali (interdisciplinari) con il 29,4%, seguiti dai reparti di chirurgia pediatrica (20,6%). Anche i reparti di medicina pediatrica e i reparti di neonatologia sono frequenti (18,6% ciascuno).

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.

5.2 Pazienti partecipanti

Il giorno della misurazione, negli ospedali partecipanti erano ricoverati 872 bambini e ragazzi fino ai sedici anni. 730 di loro (l'83,7%) sono stati coinvolti nel rilevamento. L'età media dei partecipanti era di 4,3 anni, i maschi erano il 54,1%. Oltre la metà aveva meno di un anno. Il motivo più frequente per la mancata partecipazione è stato il rifiuto.

La durata media della degenza fino al momento della misurazione era di 20,5 giorni, la più frequente fino a sette giorni. Un quarto scarso dei bambini e degli adolescenti partecipanti aveva subito un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione. Nel 79,3% dei casi erano disponibili presidi sanitari.³ Oltre alla categoria "Gravidanza, parto e puerperio" (20,4%), le diagnosi più frequenti erano le malattie del sistema respiratorio (17,7%), le malformazioni e deformazioni congenite e le anomalie cromosomiche (11,8%).

5.3 Prevalenza decubito

5.3.1 Bambini e adolescenti con decubito

Il tasso di riscontro di decubiti nosocomiali di tutte le categorie è del 15,1%. Se si esclude la categoria 1, il tasso scende al 2,5%. Tra bambini e adolescenti a rischio decubito è stato calcolato un tasso del 19,0% (tutte le categorie), tra quelli con presidi sanitari del 17,6%.

La maggior parte dei decubiti è stata rilevata nei reparti di cure intensive e in neonatologia, in particolare nel gruppo ospedali universitari/ospedali pediatrici. I bambini fino a un anno erano i più colpiti. Tre quarti di loro avevano al massimo un mese. Tra i tipi di prevalenza esclusa la categoria 1 e tra i partecipanti con presidi sanitari, i casi di decubito sono distribuiti tra tutte le fasce d'età, anche se i bimbi minori di un anno restano i più colpiti.

Il tasso di prevalenza complessivo include anche bambini e adolescenti che già presentavano un decubito al momento del ricovero in ospedale. In totale, per il 16,4% dei 730 partecipanti è stato rilevato almeno un decubito. Il numero complessivo di decubiti registrati è 164. La maggior parte dei partecipanti aveva solo un decubito, mentre tra gli altri sono state notificate due-cinque lesioni. Le localizzazioni più frequenti sono il metatarso e il naso.

Escludendo la categoria 1, il tasso complessivo è pari al 3,0%, e sale al 22,0% tra i pazienti a rischio. I pazienti con presidi sanitari presentano un tasso complessivo del 19,3%. Quasi due terzi dei bambini con decubito avevano meno di un anno. Più di un quinto dei pazienti colpiti era stato operato nelle ultime due settimane prima della misurazione e nel 90% dei casi si era fatto ricorso a presidi sanitari.

5.3.2 Misure di prevenzione

Le misure di prevenzione adottate più spesso nei bambini e negli adolescenti a rischio decubito sono l'ispezione regolare della pelle, la promozione del movimento, la mobilizzazione e il cambio di posizione da sdraiati. Seguivano misure specifiche, per esempio l'imbottitura e il fissaggio in caso di presidi sanitari, come pure il cambio di posizione di elettrodi e sensori. Quando si è fatto ricorso a materassi antidecubito, nella maggior parte dei casi si trattava di materassi in schiuma visco-elastica. In posizione seduta, i cuscini antidecubito erano per lo più poco indicati, in quanto i pazienti non potevano essere spostati.

³ Con presidi sanitari si intendono, ai sensi del manuale sulla misurazione, sonde, flebo e tubi in relazione alla ventilazione (non) invasiva, al monitoraggio, alle infusioni, all'alimentazione artificiale, alle stecche, al gesso, alle fasciature, al materiale di posizionamento ecc.

6. Risultati dopo aggiustamento secondo il rischio

Il confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio fornisce risultati unitari. Includendo la categoria 1, sono stati identificati due ospedali che dal punto di vista statistico si discostano chiaramente dalla media di tutti i nosocomi. Se invece si esclude la categoria 1, non si constata alcuna differenza.

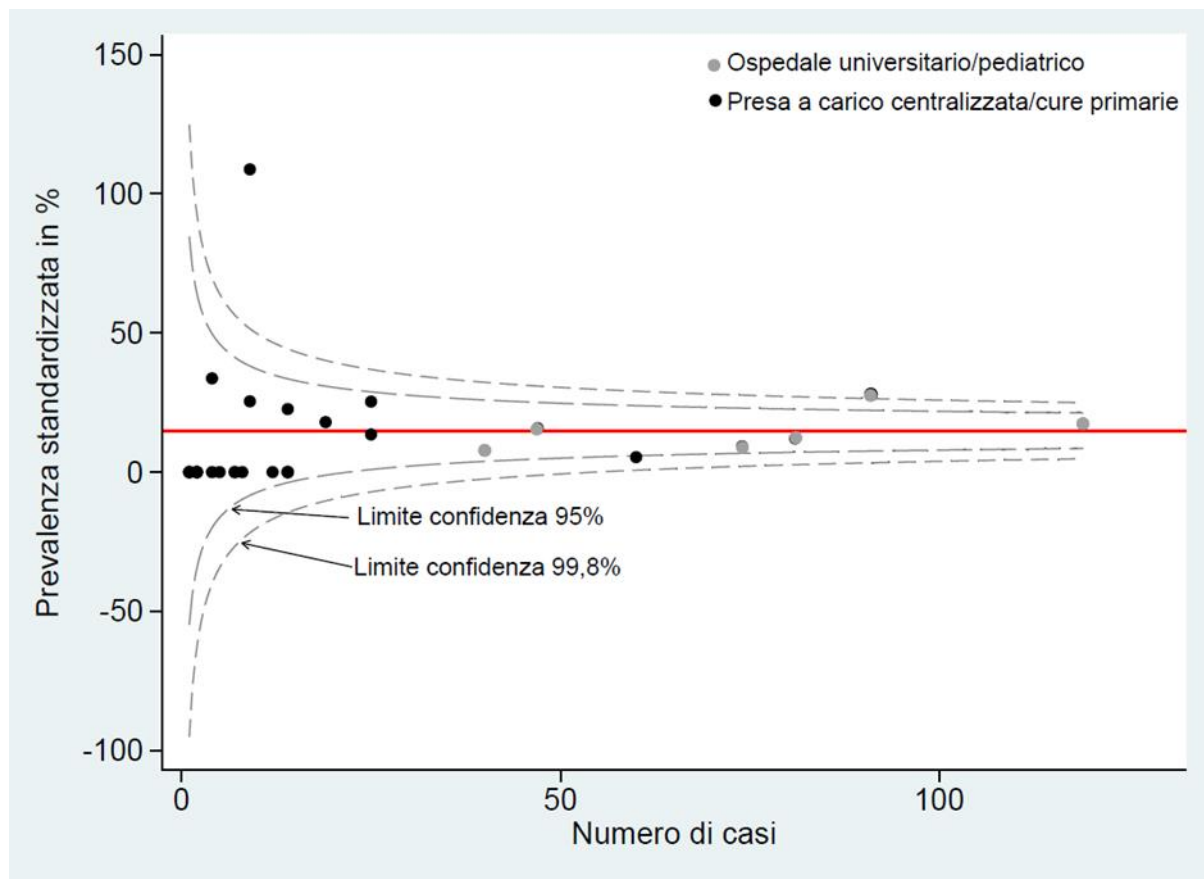
6.1 Decubito nosocomiale

I minori di un anno corrono un rischio di decubito 2,7 volte superiore rispetto ai bambini fino a otto anni. Un bambino completamente immobile corre invece un rischio quattro volte superiore di sviluppare un decubito. La presenza di frizione e scivolamento comporta un rischio doppio. La valutazione soggettiva del rischio di decubito da parte del personale infermieristico rileva un rischio oltre quattro volte superiore, indipendentemente da tutti gli altri fattori.

Infine, anche alcune diagnosi mediche sono legate al rischio di decubito. Un evento cerebrovascolare/emiparesi, per esempio, è un fattore molto rilevante. Le cosiddette cause esterne di morbilità lo sono ancora di più: ferimenti, avvelenamenti e altri danni causati da eventi ambientali, rispettivamente da circostanze esterne. Le malattie legate alla gravidanza, al parto e al puerperio comportano un rischio di decubito superiore dell'80%.

Sulla base di questi fattori di rischio, per ogni paziente è stato calcolato un valore di rischio, successivamente sommato al numero atteso di casi di decubito secondo l'ospedale. Questo valore è stato poi messo in relazione con il numero effettivo di decubiti e moltiplicato con la frequenza di decubiti non aggiustata nel campione totale. Ne è stata ricavata la prevalenza standardizzata, riportata sull'asse y (verticale).

Figura 6: grafico a imbuto – tassi di prevalenza standardizzati decubito categorie 1-4 per tutti gli ospedali partecipanti



Come si legge questo grafico? La linea tracciata parallela all'asse x (orizzontale) rappresenta il tasso di prevalenza dell'intero campione (15,1%). La maggior parte degli ospedali è raggruppata attorno a questo valore, il che significa che i rispettivi tassi non si discostano troppo dall'intero campione. Una serie di ospedali non ha dichiarato alcun caso di decubito. Questi nosocomi sono indicati sulla linea dello zero.

Le altre quattro linee rappresentano l'insicurezza statistica nell'analisi e assumono la forma di un imbuto. Le linee interne corrispondono al limite di confidenza del 95%, quelle esterne a quello del 99,8%. Gli ospedali con pochi casi si trovano sulla sinistra, nella parte arcuata dell'imbuto, in quanto un basso numero di casi comporta un'insicurezza maggiore.

Due ospedali, uno del gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici" e uno del gruppo "presa a carico centralizzata/cure primarie", si trovano al di fuori del limite del 99,8%. Ciò significa che il loro valore diverge verso l'alto in modo statisticamente significativo. La procedura per il calcolo dei valori è ben spiegabile con l'ospedale centrale che si trova sopra al 100% (a sinistra in alto nel grafico). Questo nosocomio ha notificato tre casi di decubito su nove pazienti, mentre il valore atteso era 0,42. In altre parole, questo ospedale ha notificato un numero di decubiti sette volte superiore a quanto ci si aspettava. Moltiplicato per il tasso di prevalenza del 15,1%, si ottiene una prevalenza standardizzata del 106%.

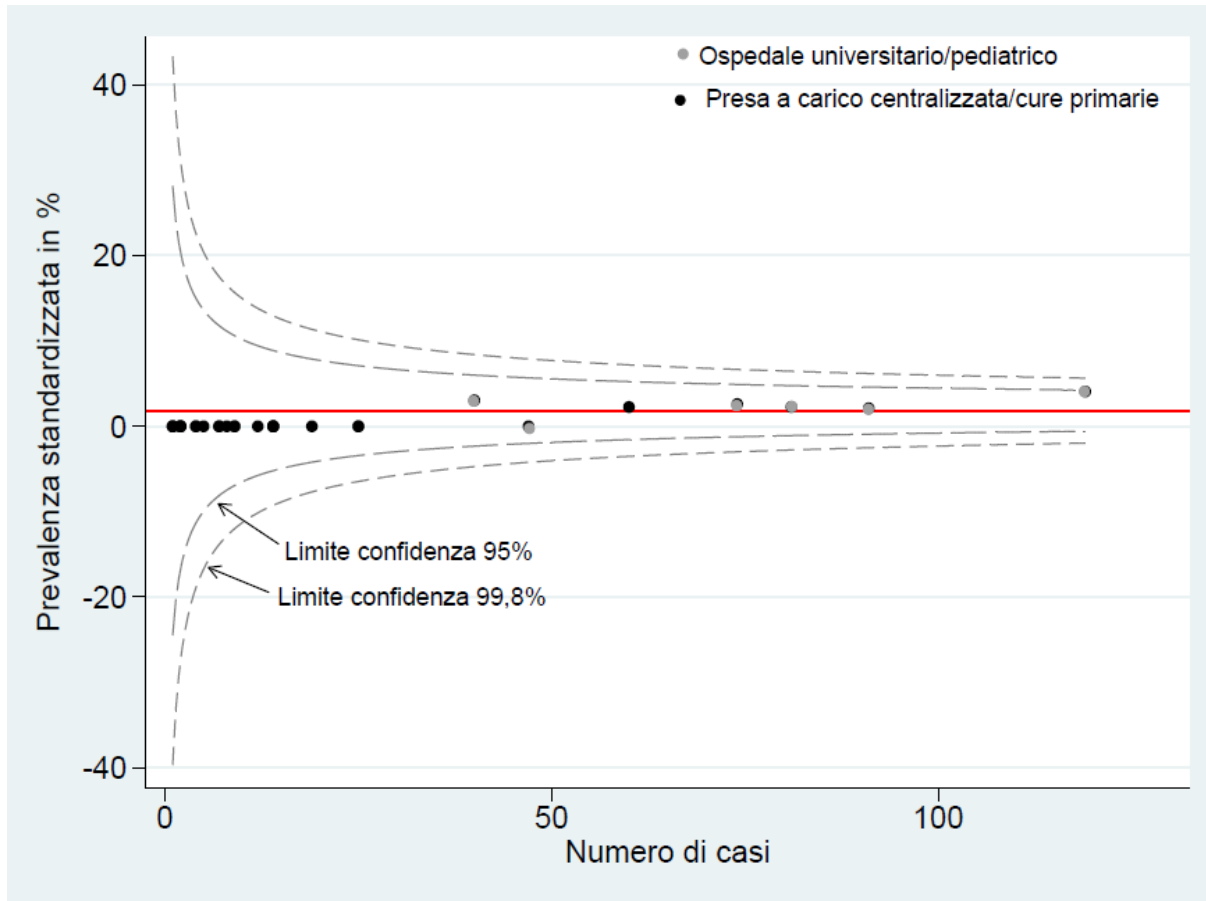
6.2 Decubito nosocomiale, esclusa la categoria 1

La diagnosi inequivocabile del decubito di categoria 1 è difficile. Per questo motivo, per il decubito delle categorie 2-4 contratto in ospedale eseguiamo un'analisi separata. L'esclusione della categoria 1 riduce notevolmente la frequenza. Questo calcolo si basa però anche su altri fattori: l'età diventa ininfluente, in compenso assume rilevanza la durata della degenza, soprattutto se è superiore a 28 giorni. Rispetto a una degenza più corta (0-7 giorni), un ricovero così lungo comporta un rischio di decubito quattro volte superiore.

Resta invece decisiva la valutazione soggettiva del rischio di decubito da parte del personale infermieristico, così come un intervento chirurgico. Tra i quadri clinici, un evento cerebrovascolare/emiparesi risulta particolarmente rilevante: il rischio di un decubito delle categorie 2-4 è undici volte superiore. Un pessimo stato alimentare comporta tendenzialmente un elevato rischio di decubito, ma non in modo statisticamente significativo.

Sulla base di questi fattori di rischio, anche nelle categorie 2-4 è stato calcolato un valore di rischio per ogni paziente. I casi di decubito attesi e osservati sono poi stati di nuovo posti in relazione.

Figura 7: grafico a imbuto – tassi di prevalenza standardizzati decubito categorie 2-4 per tutti gli ospedali partecipanti



Tutti gli ospedali si trovano entro l'intervallo di confidenza del 95%. Considerando solo i decubiti più gravi (dalla categoria 2), quindi, nessun nosocomio può essere indicato come anomalo. Va osservato che soltanto sette dei trenta ospedali considerati hanno notificato casi di decubito delle categorie 2-4. Tutti gli altri sono quindi raffigurati sulla linea dello zero.

7. Discussione e conclusioni

Questi risultati consentono per la prima volta di esprimersi sulla frequenza dei decubiti nei bambini e negli adolescenti. Si constata che in questa fascia d'età i decubiti si manifestano prevalentemente nella categoria 1 e tra i bimbi minori di un anno. Tra i pazienti a rischio, i tassi sono più elevati anche nelle altre fasce d'età, segnatamente nel gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici". I tassi più elevati sono stati rilevati in neonatologia, nei reparti di cure intensive e nelle cure continue. I decubiti nosocomiali delle categorie 2-4, più rari, sono stati constatati in diciotto bambini e adolescenti. In questo caso, il problema interessava anche bambini maggiori di otto anni. Nelle categorie 2-4, il tasso di prevalenza nosocomiale è paragonabile a quello riscontrato tra gli adulti.

I risultati sono un importante strumento per lo sviluppo della qualità nei singoli ospedali e permettono di effettuare confronti tra i nosocomi e con i dati internazionali. I risultati raffigurati secondo il gruppo di confronto ("ospedali universitari/ospedali pediatrici" e "presa a carico centralizzata/cure primarie") consentono di confrontare gli esiti specifici di un istituto con i risultati di nosocomi dello stesso gruppo, così da individuare potenziale di ottimizzazione e da migliorare la qualità delle cure.

7.1 Partecipanti

Alla prima misurazione nazionale dell'indicatore di decubito tra bambini e adolescenti hanno partecipato 35 cliniche pediatriche specializzate e ospedali acuti con reparti pediatrici integrati. I reparti partecipanti alla misurazione sono rappresentativi di tutti i reparti pediatrici degli ospedali acuti in Svizzera.

Il tasso di partecipazione alla misurazione tra bambini e adolescenti (83,7%) è più elevato rispetto al rilevamento tra gli adulti (73,8%). In alcuni ospedali, il numero di partecipanti è piuttosto limitato. Ci si chiede pertanto se questi reparti rientrano tra quelli "esplicitamente pediatrici". Un quinto dei motivi di mancata partecipazione è classificato sotto "Altro". Dal sondaggio di valutazione della misurazione 2013 non sono emerse spiegazioni inequivocabili.

La valutazione della rappresentatività del campione è complicata dalla scarsa quantità di dati su bambini e adolescenti e dall'eterogeneità determinata dall'età del campione. Un confronto delle indicazioni sociodemografiche dei partecipanti con la popolazione dei pazienti ricoverati negli ospedali svizzeri è dunque possibile solo con riserva. Salta all'occhio l'elevato numero di bambini fino a un anno.

Secondo l'UST, nella fascia d'età fino a quattordici anni si rileva una durata media della degenza di 5,95 giorni. Questi dati sono paragonabili con la mediana di sei giorni fino al giorno del rilevamento. La durata media della degenza era sì sensibilmente superiore nella misurazione, ma un ricovero di sette giorni è stato il più frequentemente indicato.

I gruppi di diagnosi mediche più frequenti sono la gravidanza, il parto e il puerperio (incl. nati prematuri), le malattie del sistema respiratorio, le malformazioni e deformazioni congenite e le anomalie cromosomiche, e le malattie infettive e parassitarie. Rispetto alla statistica dell'UST 2012, si riscontrano analogie solo per quanto riguarda le affezioni delle vie respiratorie. Va tuttavia notato che le fasce d'età considerate sono paragonabili solo con riserva.

7.2 Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali

7.2.1 Caratteristiche dei pazienti

Secondo l'*analisi descrittiva*, i pazienti colpiti da decubito nosocomiale sono in media più frequentemente di sesso maschile (53,3%) e circa 8,5 mesi più giovani dell'intero campione. Nel gruppo dei bambini fino a un anno, ciò riguarda soprattutto i piccoli fino a un mese, il che corrisponde ai rilevamenti nazionali e internazionali. Il tasso di pazienti sottoposti a intervento chirurgico nelle ultime due settimane (22,5%) è simile a quello dell'intero campione (23,4%).

Nell'*analisi aggiustata secondo il rischio*, l'età si è dimostrata una caratteristica significativa: i bambini minori di un anno presentano un rischio di decubito più elevato. Per quanto concerne le diagnosi, sono rilevanti ferimenti, avvelenamenti e altre conseguenze causate da eventi ambientali o da circostanze esterne, seguiti da eventi cerebrovascolari. Quest'ultima diagnosi comporta un rischio particolarmente elevato anche escludendo la categoria 1. Al momento, anche a causa del numero contenuto di casi non è ancora chiaro quali altre conclusioni sia possibile trarre per la prassi. Le prossime misurazioni faranno apparire verosimilmente un quadro più nitido.

7.2.2 Tassi di prevalenza

I risultati degli ospedali relativi ai tassi di prevalenza del decubito nosocomiale sono ripartiti in modo molto poco uniforme. La frequenza rilevata nel gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici" è più del doppio. Se si esclude la categoria 1, il tasso di questo gruppo è circa 9,5 volte superiore. Sicuramente ciò è riconducibile anche al fatto che in questo contesto vengono curati più bambini minori di un anno, in stato critico o gravemente malati.

Rispetto ai tassi di prevalenza complessivi pubblicati a livello internazionale (tra l'1,6% e il 33,7%), i dati rilevati in Svizzera si situano nel mezzo. Analogamente a quanto riscontrato dai dati internazionali, i bambini

nelle cure intensive, nel reparto di neonatologia e nell'IMC sono più frequentemente colpiti da decubiti nosocomiali delle categorie 1-4.

Anche se i rilevamenti precedenti in Svizzera non sono perfettamente confrontabili con questa misurazione (popolazione diversa, campione più piccolo), i tassi di prevalenza complessivi delle categorie 1-4 sono inferiori. Rispetto ai rilevamenti effettuati in Svizzera nel 2006 e nel 2009, sono dell'11,3% (2006) e del 18,6% (2009) più bassi. Si può forse parlare di effetto di sensibilizzazione causato dai rilevamenti precedenti.

Rispetto agli adulti, tra i bambini e gli adolescenti si constatano differenze minime tra i tassi di prevalenza complessivi (16,4%) e i tassi di prevalenza nosocomiale (15,1%). Analogamente a quanto riscontrato in altri studi, può trattarsi di un indizio del fatto che la maggior parte dei decubiti di questa popolazione si manifesta in ospedale. Concretamente, il 91,7% dei decubiti rilevati in questa misurazione si è sviluppato in ospedale.

Il metatarso e il naso sono le localizzazioni più frequenti del decubito nei bambini e negli adolescenti. Le ferite sono per lo più provocate da presidi sanitari (p.es. da un apparecchio per la respirazione o da un'infezione continua). Le localizzazioni anatomiche "classiche" tra gli adulti, come l'osso sacro, i glutei e i talloni, sono più rare tra i bambini, soprattutto tra quelli più piccoli.

Ci si pone la domanda se le misure di prevenzione non debbano essere intensificate e/o adottate in modo più mirato in base al rischio di decubito. Il fatto che alcuni mezzi ausiliari di prevenzione (cuscini, materassi antidecubito) siano utilizzati poco può essere legato alla carenza di materiale di prevenzione specifico per bambini. Il rischio di decubito, soprattutto nei bambini della prima infanzia, può più raramente essere influenzato da mezzi ausiliari, e gli interventi adottati tra gli adulti non sono direttamente trasferibili sui bambini.

7.3 Indicatori di struttura per il decubito

I risultati *a livello di ospedale* mostrano una differenza marcata con quelli riscontrati tra gli adulti. A parte le informazioni standardizzate in caso di trasferimento, indicatori di struttura come uno standard/una direttiva, gruppi multidisciplinari, formazioni continue od opuscoli informativi sono molto meno disponibili. Se per esempio tra gli adulti l'80% circa degli ospedali notifica la disponibilità di uno standard o di una direttiva sul decubito, tra bambini e adolescenti questa percentuale non raggiunge il 40%. Non disponiamo di dati di riferimento per un confronto internazionale.

L'analisi degli indicatori di struttura *a livello di reparto* mostra le stesse differenze, seppure più attenuate. Gli indicatori come la disponibilità di materiale di prevenzione (96,8%), la registrazione di misure di prevenzione e di cura nella documentazione (93,7%) e le informazioni standardizzate in caso di trasferimento (72,6%) raggiungono tassi paragonabili a quelli riscontrati tra gli adulti (97,2%, 95,7%, 89,6%). Indicatori di struttura rilevanti dal punto di vista clinico come la registrazione del rischio di decubito a livello di reparto o la sorveglianza sistematica dell'osservanza di una direttiva sono invece meno disponibili. Anche in questo caso, mancano dati di riferimento internazionali.

Occorre tuttavia considerare che questo campione comprende anche reparti pediatrici di piccole dimensione integrati negli ospedali acuti. In queste unità, è sicuramente più difficile mettere a disposizione le stesse risorse delle cliniche specializzate.

7.4 Confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio

Dal confronto tra ospedali spicca la differenza tra i risultati dell'analisi con e senza la categoria 1. Ciò permette di concludere che la qualità delle cure è buona, dato che non si constatano divergenze importanti per il decubito più significativo. Anche i risultati comprendenti la categoria 1 denotano una buona qualità delle cure, in quanto i casi sospetti sono stati identificati, classificati come tali e sono state adottate le misure del caso.

7.5 Punti forti e punti deboli

Si tratta della prima misurazione nazionale di questo tipo, il che può comportare insicurezze al momento del rilevamento dei dati. Per questa ragione, i team di misurazione sono stati istruiti accuratamente. La documentazione di formazione era strutturata in modo chiaro, il manuale dettagliato. In essi sono inoltre confluite le esperienze acquisite durante la fase di validazione. Alla vigilia e il giorno della misurazione, era attiva una hotline in italiano, tedesco e francese. Nonostante il questionario venisse usato per la prima volta, dopo la misurazione non sono quasi state formulate proposte di miglioramento.

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 frequenza relativamente contenuta di decubiti delle categorie 2-4 pone problemi di ordine metodico-statistico. Dato che le indicazioni si riferiscono a diciotto pazienti, le costellazioni del rischio di questi bambini sono in gran parte legate al caso. Le prossime misurazioni forniranno maggiori informazioni a tale proposito.

8. Raccomandazioni

Nel contesto internazionale e tra gli adulti, si è constatato che misurazioni ripetute possono contribuire a ridurre i tassi di prevalenza. La pubblicazione dei risultati favorisce i processi di sviluppo della qualità negli istituti. Anche se nel confronto internazionale i tassi di decubito rilevano una buona qualità delle cure, è stato comunque individuato potenziale di ottimizzazione. La pubblicazione dei risultati concernenti interventi (non) attuati o strutture (non) disponibili potrebbe stimolare la riflessione in seno agli ospedali e agli specialisti.

Gli opuscoli informativi potrebbero favorire il coinvolgimento attivo dei familiari e dei pazienti. Dal punto di vista specialistico, direttive (nazionali) specifiche e personale specializzato agevolerebbero gli interventi preventivi sistematici, mirati e non determinati dal caso.

Nelle cure intensive e in neonatologia, in particolare, si constatano tassi elevati di decubiti nosocomiali delle categorie 1-4. Ciò può essere riconducibile alle particolari condizioni cutanee (pelle immatura) dei nati prematuri. In tale contesto, l'implementazione di una direttiva a livello di ospedale o di reparto che documenti la migliore pratica (*best practice*) può condurre a un notevole calo delle lesioni della pelle evitabili. Al momento, mancano però direttive o standard specifici (internazionali) sul decubito e la prevenzione del decubito nei bambini e negli adolescenti.

La necessità di materiale specifico per l'infanzia per la riduzione della pressione, la cura della ferita e l'imbottitura/il fissaggio deve essere il punto di partenza per lo sviluppo nella prassi. Le formazioni sui fattori di rischio specifici e le misure (di prevenzione) potrebbero avere effetti positivi.

Dal punto di vista scientifico e specialistico, ci si chiede, soprattutto per quanto riguarda i bambini della prima infanzia, se e in che misura la predittibilità del rischio di decubito mediante valutazione clinica da parte del personale infermieristico sia superiore a quella mediante scala di Braden o un'altra scala di valutazione del rischio.

Non da ultimo, la misurazione tra i bambini va valutata anche alla luce delle aree di intervento tre (qualità dell'assistenza) e quattro (trasparenza) identificate dal Consiglio federale nel rapporto «Sanità 2020». Il rilevamento sistematico e unitario di dati contribuisce a livello nazionale all'ampliamento e al miglioramento della base di dati nell'ottica della qualità delle cure in un settore che, a livello nazionale, dispone di pochi dati, e crea trasparenza assicurandone l'accessibilità.