



Decubito

Medicina somatica acuta, bambini

Rapporto comparativo nazionale | Versione breve

Misurazione 2017

Agosto 2018, 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'analisi dei dati a livello nazionale. Per il rilevamento dei dati nella Svizzera italiana e romanda, 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.

Per la misurazione, si ricorre alla procedura dell'Università di Maastricht International Prevalence Measurement of Quality of Care (LPZ International) e al modulo concepito appositamente per l'ANQ per il rilevamento dei decubiti tra i bambini. Nel 2017, tale modulo è stato completamente rielaborato e adeguato alla nuova versione del metodo (LPZ 2.0). I decubiti vengono rilevati il giorno della misurazione (prevalenza puntuale), calcolandone i tassi di prevalenza complessiva e i tassi di prevalenza nosocomiale.

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 il 14 novembre 2017. 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 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.

Due infermieri hanno effettuato il rilevamento direttamente al letto del paziente annotando la presenza di un decubito e/o di un rischio di decubito. Per tutte le altre domande era possibile avvalersi della documentazione del paziente.

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 33 sedi (ospedali acuti con reparti pediatrici e cliniche pediatriche specializzate). Si trattava di sette ospedali universitari/pediatrici e di 26 ospedali generali con presa a carico centralizzata.

Il giorno della misurazione, negli istituti partecipanti erano degenti 934 bambini e adolescenti, 779 dei quali (83,4%) hanno partecipato alla misurazione.

Risultati

Tassi di decubito

A livello nazionale, il *tasso di prevalenza complessiva (tutte le categorie)* è dell'8,9%, mentre il *tasso di prevalenza dalla categoria 2* è dell'1,5%. 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 all'8,0% (anno precedente: 9,9%), il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2* è dell'1,3% (anno precedente: 2,6%).

Confronto pluriennale

| Tasso di decubito | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 |
|------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Decubito nosocomiale, tutte le categorie | 8,0 | 9,9 | 11,7 | 13,5 | 15,1 |
| Decubito nosocomiale, dalla categoria 2 | 1,3 | 2,6 | 1,7 | 3,0 | 2,5 |

Nel *confronto internazionale*, i tassi di prevalenza complessiva svizzeri si collocano nell'intervallo di quelli pubblicati fino al 2011. Studi più recenti con campioni pediatrici misti rilevano invece tassi più bassi. Il tasso di prevalenza complessiva nosocomiale è superiore ai valori di riferimento internazionali, il tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2 si trova nella media.

Rispetto all'anno precedente, i tassi di prevalenza nosocomiale tra i partecipanti con un *rischio di decubito* sono calati. Il tasso di prevalenza complessiva nosocomiale è sceso del 3,1% e si attesta al 13,0%, il tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2 è diminuito del 2,0% ed è ora pari al 2,2%.

Il tasso di prevalenza complessiva nosocomiale tra bambini e adolescenti *con presidi sanitari* è del 9,5%, il tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2 dell'1,5%. Questi valori sono calati rispetto al 2015 e al 2016, ma restano alti nel contesto della letteratura internazionale.

Oltre la metà dei bambini e degli adolescenti con un decubito nosocomiale era degente in *neonatologia* o *in terapia intensiva*. Questi pazienti si trovavano più sovente nel periodo neonatale (fino a 28 giorni dalla nascita) e/o in un'incubatrice.

Le *localizzazioni* più frequenti sono la categoria «Altro», il viso/naso e il metatarso.

Aggiustamento secondo il rischio²

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

Le variabili seguenti influenzano il rischio di *decubito nosocomiale (tutte le categorie)*: valutazione clinica soggettiva da parte del personale infermieristico, periodo neonatale, intervento chirurgico nelle due settimane precedenti, sesso femminile e/o numero di gruppi di diagnosi ICD.

Le variabili seguenti influenzano il *rischio di decubito nosocomiale dalla categoria 2*: durata crescente della degenza e/o determinati gruppi di diagnosi ICD. I bambini in incubatrice presentano a loro volta un rischio molto elevato.

Indicatori di processo e di struttura

Mancano linee guida nazionali sul decubito tra i bambini e quelle internazionali sono ancora poco diffuse. Le misure standardizzate per la prevenzione e/o la cura a livello micro sono invece implementate in modo eterogeneo. Rispetto all'anno precedente, il grado di adempimento dei due indicatori è pressoché invariato.

Conclusioni e raccomandazioni

Partecipazione alla misurazione

Alla misurazione ha partecipato il 97% degli ospedali acuti aderenti al contratto nazionale di qualità con mandato di prestazioni per bambini e adolescenti. Le sedi partecipanti sono rappresentative degli ospedali acuti in Svizzera.

Negli ultimi tre anni, le dimensioni del campione e il tasso di partecipazione sono rimasti relativamente costanti. Con un tasso di partecipazione dell'83,4%, è stato superato il livello mirato dell'80%, il che rende la misurazione più rappresentativa. Il rifiuto è il motivo principale di una mancata partecipazione.

Indicatori di qualità e sviluppo della qualità

Dall'inizio della misurazione, i tassi svizzeri sono calati continuamente e in parte in misura considerevole. Ciò dimostra una crescente sensibilizzazione in seno agli ospedali per questo indicatore/fenomeno legato alle cure. Ora si tratta di consolidare questa buona qualità e, dove necessario, di incrementarla ulteriormente. Dal confronto con la misurazione tra gli adulti, si delinea ancora potenziale di sviluppo a livello di indicatori di struttura e di processo. In particolare, investimenti nel settore dei presidi sanitari, della documentazione del rilevamento del rischio e dell'ispezione periodica e sistematica della cute potrebbero ridurre ulteriormente il tasso di prevalenza. L'attenzione dovrebbe essere focalizzata sui bambini nel periodo neonatale ricoverati in neonatologia e in terapia intensiva.

Studi internazionali sottolineano l'importanza di combinare metodi di miglioramento della qualità con azioni specialistiche, nonché a livello organizzativo e sistemico. Ciò comporta l'implementazione di più azioni specifiche coinvolgendo attivamente nella prassi gli specialisti e di misure a livello di struttura, per esempio l'adeguamento dei materiali.

² 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 quindi importante considerare i fattori di rischio dei pazienti adottando una particolare procedura statistica, chiamata *aggiustamento secondo il rischio*.

Da alcuni anni, sta acquisendo viepiù importanza la collaborazione transistituzionale. L'unione di risorse scientifiche (esterne) e risorse clinico-specialistiche (interne) permette di superare determinati ostacoli nel quadro di programmi di miglioramento complessi.

Raccomandazioni metodiche

Il questionario adattato per la misurazione 2017 permette di formulare conclusioni più precise sui pazienti in neonatologia. I dati possono essere utilizzati in modo più dettagliato e meglio interpretati. Si raccomanda pertanto di confermare anche in futuro questi adeguamenti.

Occorre valutare se un corso di aggiornamento di almeno due ore per l'intero personale sia ancora adeguato. Nel questionario LPZ 2.0 lo si chiede e una verifica consentirebbe di meglio rappresentare nuove forme di formazione nel questionario.

Infine, occorre chiarire in che misura sia ragionevole e possibile sviluppare una procedura di verifica indipendente del rispetto del metodo LPZ 2.0 da parte degli ospedali e così della necessaria qualità dei dati.

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. I risultati possono inoltre essere utilizzati per confronti interni ed esterni, e per la redazione di rapporti sulla qualità.

In considerazione dei tassi tendenzialmente calanti dall'inizio della misurazione, si raccomanda di svolgere con regolarità i rilevamenti anche in futuro. L'attenzione dovrebbe essere incentrata sulla valutazione del rischio, sull'ispezione della cute e sui pazienti più vulnerabili. Gli attestati effetti positivi di misurazioni ricorrenti sullo sviluppo della qualità contribuiscono alla sensibilizzazione duratura.

Secondo l'OCSE, i dati trasparenti sulla qualità sono uno strumento chiave per rendere conto all'opinione pubblica e per individuare il potenziale di miglioramento (efficacia, efficienza) nel settore sanitario. 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, ciò alla luce delle aree di intervento «Garantire e migliorare la qualità dell'assistenza» e «Creare trasparenza, migliorare la direzione strategica e il coordinamento» identificate dal Consiglio federale nel rapporto «Sanità 2020».