



# Caduta e decubito

## Medicina somatica acuta, adulti

---

Rapporto comparativo nazionale | Versione breve

Misurazione 2018

Agosto 2019, versione 1.0

## Introduzione

---

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

Dal 2011, la Scuola universitaria professionale di Berna (BFH) svolge su incarico dell'ANQ la misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza caduta e decubito tra gli adulti 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). I decubiti vengono rilevati il giorno della misurazione (prevalenza puntuale), calcolandone i tassi di prevalenza complessiva e i tassi di prevalenza nosocomiale. Le cadute sono invece monitorate nell'arco di un periodo retroattivo di trenta giorni (prevalenza periodica). Vengono rilevate le conseguenze delle cadute e calcolati i tassi di caduta e i tassi di lesione complessivi.

La presente versione breve contiene i risultati tra gli adulti 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,<sup>1</sup> rispettivamente categoria 2 e superiore
- Tassi di prevalenza delle cadute verificatesi in ospedale
- Confronto tra ospedali aggiustato secondo il rischio in relazione a cadute e decubiti
- Descrizione degli indicatori di struttura e di processo in relazione a cadute e decubiti

## Rilevamento dei dati

---

I dati sono stati rilevati il 13 novembre 2018. Sono stati inclusi tutti i pazienti maggiori di diciotto anni che nel giorno in questione hanno ricevuto cure stazionarie. Sono invece stati esclusi le puerpere e i pazienti in pronto soccorso, negli ospedali di giorno, nelle sale risveglio e nel settore ambulatoriale. I pazienti 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, rispettivamente registrando eventuali cadute in ospedale

---

<sup>1</sup> 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.

nei trenta giorni precedenti. Per tutte le altre domande era possibile avvalersi della documentazione del paziente.

## Partecipanti

L'analisi comprende i dati di 196 sedi ospedaliere (115 istituti singoli e trenta gruppi di ospedali). Si trattava di cinque ospedali universitari, 73 ospedali generali con presa a carico centralizzata, 69 ospedali delle cure primarie e 49 cliniche specializzate.

Il giorno della misurazione, negli istituti partecipanti erano degenti 17'250 pazienti maggiori di diciotto anni, 13'227 (76,7%) dei quali hanno consentito a partecipare alla misurazione.

## Risultati indicatore decubito

### Tassi di decubito

A livello nazionale, il *tasso di prevalenza complessiva (tutte le categorie)* è del 5,8%, mentre il *tasso di prevalenza dalla categoria 2* è del 3,0%. 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 sceso al 3,6% (anno precedente: 4,3%), mentre il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2* è calato all'1,5% (anno precedente: 2,0%). Quest'ultima riduzione è statisticamente significativa.

#### Confronto pluriennale

Tasso di decubito	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Decubito nosocomiale, tutte le categorie	3,6	4,3	4,4	4,1	4,3	4,6	4,4	5,8
Decubito nosocomiale, dalla categoria 2	1,5	2,0	2,0	1,9	1,8	2,0	1,7	2,1

Nel *confronto internazionale*, il *tasso di prevalenza complessiva nosocomiale* rilevato in Svizzera si situa nella fascia inferiore dei valori di riferimento riportati dalla letteratura specializzata. Rispetto ai risultati di altre misurazioni LPZ, i tassi registrati in Svizzera sono paragonabili, rispettivamente leggermente inferiori a quelli in Turchia e in Olanda, ma più alti di quelli in Austria.

I *tassi di prevalenza nosocomiale tra i pazienti a rischio* sono di nuovo leggermente calati. Il tasso di prevalenza complessiva nosocomiale è sceso dell'1,9% al 10,8%, il tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2 dell'1,5% al 4,6%.

*Localizzazione dei decubiti:* come l'anno precedente, le localizzazioni più frequenti dei decubiti sono l'osso sacro e i talloni.

### Aggiustamento secondo il rischio<sup>2</sup>

Nel *confronto aggiustato secondo il rischio*, il *tasso di prevalenza complessiva nosocomiale* di cinque ospedali diverge in modo significativamente negativo dalla media di tutti i nosocomi. Per quanto riguarda invece il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2*, nessun istituto diverge dalla media.

Le variabili seguenti influenzano il rischio di *decubito nosocomiale (tutte le categorie)*: valutazione clinica soggettiva positiva da parte del persona infermieristico o mediante scala di Braden, durata crescente della degenza, dipendenza assistenziale crescente, un'operazione nelle due settimane precedenti e/o un numero crescente di gruppi di diagnosi ICD.

Le variabili seguenti influenzano il rischio di *decubito nosocomiale dalla categoria 2*: valutazione clinica soggettiva positiva da parte del persona infermieristico o mediante scala di Braden, durata crescente della degenza, dipendenza assistenziale completa, fascia d'età 75 anni e più e/o determinati gruppi di diagnosi ICD.

### Indicatori di processo e di struttura

I risultati concernenti la *qualità dei processi* possono essere considerati un indizio della buona qualità della prevenzione e della cura dei decubiti. Potrebbe esserci fabbisogno di sviluppo per quanto riguarda il coinvolgimento attivo dei pazienti colpiti. A *livello di struttura*, occorrerebbe verificare in che misura il fattore formazione dei collaboratori possa contribuire a risultati ancora migliori.

## Risultati indicatore caduta in ospedale

### Tassi di caduta

Il *tasso di caduta*, pari al 3,5%, è leggermente inferiore a quello dell'anno precedente (3,8%).

*Confronto pluriennale*

Tasso di caduta	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
In ospedale	3,5	3,8	3,8	3,0	3,6	4,1	3,8	4,3

Nel *confronto con la letteratura internazionale*, i tassi in Svizzera si situano nel terzo inferiore. In circa la metà degli studi consultati, tuttavia, si constatano valori inferiori a quelli rilevati in Svizzera. Rispetto alle misurazioni LPZ di altri paesi, questo valore è più basso di quello rilevato in Austria e in Turchia, ma più alto di quello registrato in Olanda.

Nell'anamnesi di quasi un terzo dei partecipanti sussisteva un rischio di caduta come conseguenza di una caduta. Il *tasso di caduta tra i pazienti a rischio* è del 6,1%, in calo dell'1,1% rispetto all'anno precedente.

Quasi un terzo delle persone cadute in ospedale presenta conseguenze: ne deriva un *tasso di lesione complessivo* del 30,4% (anno precedente: 30,1%), un risultato inferiore a quello rilevato in Austria e in Turchia, ma nella fascia superiore nel confronto con la letteratura internazionale.

<sup>2</sup> 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.

### **Aggiustamento secondo il rischio**

Nel *confronto aggiustato secondo il rischio*, nessun ospedale diverge dalla media di tutti i nosocomi in modo statisticamente significativo.

Le variabili seguenti influenzano il rischio di caduta: durata crescente della degenza e/o età crescente, caduta nell'anamnesi, assunzione di sedativi e/o farmaci che influenzano il comportamento e/o dipendenza assistenziale crescente (la dipendenza completa non comporta un rischio significativo di caduta, il che è probabilmente riconducibile alla limitata mobilità del paziente). In più, determinati gruppi di diagnosi ICD aumentano o riducono il rischio di caduta. Il rischio di cadere in ospedale cala in modo sostanziale in caso di operazione nelle due settimane precedenti la misurazione.

### **Indicatori di processo e di struttura**

La *documentazione del rischio di caduta* (caduta nell'anamnesi) mancava per un quarto dei pazienti a rischio e per quasi un settimo delle persone cadute in ospedale. Per quattro quinti dei partecipanti sono state adottate misure di prevenzione. Il numero decisamente più elevato di misure adottate per le persone cadute lascia supporre che una caduta attivi un processo di sensibilizzazione.

Alcuni risultati descrittivi mostrano che negli ospedali sono state attuate altre misure di sviluppo. Nell'arco delle ultime misurazioni, ci sono segnali di sviluppi positivi nell'implementazione degli *indicatori di processo* (rilevamento del rischio). Nel quadro dello sviluppo di misure di miglioramento della qualità, resta valido il consiglio di dare la priorità all'individuazione dei pazienti a rischio, alla creazione di un approccio basato su più interventi nell'ambito della prevenzione, all'informazione dei pazienti e alla formazione dei collaboratori. Per quanto riguarda l'indicatore caduta, inoltre, pare centrale l'aspetto multidisciplinare.

## **Conclusioni e raccomandazioni**

---

### **Partecipazione alla misurazione**

Alla misurazione ha partecipato il 96,1% degli ospedali acuti aderenti al contratto nazionale di qualità. 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. Purtroppo, però, la quota mirata dell'80%, che incrementerebbe la rappresentatività della misurazione, non è stata raggiunta. Il rifiuto è il motivo principale di una mancata partecipazione.

### **Indicatori di qualità e sviluppo della qualità**

Per quanto riguarda il *decubito nosocomiale*, i tassi sono in leggero calo e si situano nel terzo inferiore dei valori di riferimento internazionali. Le analisi confermano che, dal punto di vista dei costi, i programmi di prevenzione sono più efficienti del finanziamento delle cure di un decubito.

Il confronto pluriennale dei tassi di *caduta in ospedale* denota una notevole stabilità. Nel confronto internazionale, tuttavia, i valori rilevati in Svizzera continuano a essere piuttosto elevati. Il tasso di lesioni gravi dopo una caduta, in particolare, è il doppio. Qui sussiste sicuramente potenziale di miglioramento. A livello di processi, vengono adottate misure di prevenzione soltanto dopo una caduta in ospedale. Uno screening sistemico del rischio potrebbe portare i necessari miglioramenti.

Guardando alle *tendenze della ricerca sulla qualità* negli ultimi anni, ci si accorge della crescente importanza dell'indirizzamento e della rete di contatti tra i vari livelli (da micro a macro). Emergono in particolare tre temi: concentrazione sul paziente/co-design, riscontro sui dati della qualità, cooperazioni in materia di miglioramento della qualità.

### **Raccomandazioni metodiche**

Nel quadro del perfezionamento del questionario LPZ 2.0, si consiglia di verificare in che misura le domande inerenti agli indicatori di struttura e di processo a livello di ospedale e di reparto consentano di soddisfare le attuali raccomandazioni basate sull'evidenza.

Per il controllo della plausibilità dei dati, occorre valutare se una parte dell'esame standardizzato non possa essere integrata già nei processi dell'LPZ nell'ottica di un'ottimizzazione dei processi e della salvaguardia a lungo termine della qualità dei dati.

Per quanto concerne l'autodichiarazione degli istituti partecipanti, occorre altresì 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.

Al fine di favorire il riscontro sui dati della qualità, in occasione delle formazioni annuali è consigliabile approfondire approcci legati all'utilizzo e alla comunicazione dei dati, segnatamente l'impiego effettivo dei risultati nel dashboard LPZ 2.0 a livello di istituto e di reparto.

### **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.

Considerata la fluttuazione dei tassi nel periodo 2011-2018, in particolare per quanto concerne le cadute in ospedale, 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.

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».