



Decubito

Medicina somatica acuta, bambini

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 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 13 novembre 2018. 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 910 bambini e adolescenti, 763 dei quali (83,8%) hanno partecipato alla misurazione.

Risultati

Tassi di decubito

A livello nazionale, il *tasso di prevalenza complessiva (tutte le categorie)* è dell'8,5%, mentre il *tasso di prevalenza dalla categoria 2* è del 2,4%. 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 7,9%, in calo dello 0,1% rispetto all'anno precedente (8,0%). Il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2* è del 2,1%, in aumento quindi dello 0,8% (anno precedente: 1,3%). Se nell'arco degli ultimi tre anni di misurazione la prevalenza complessiva nosocomiale è calata continuamente, il tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2 oscilla in modo statisticamente non significativo.

Confronto pluriennale

Tasso di decubito	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Decubito nosocomiale, tutte le categorie	7,9	8,0	9,9	11,7	13,5	15,1
Decubito nosocomiale, dalla categoria 2	2,1	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 leggermente superiore ai valori di riferimento internazionali, il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2* si trova nella media.

Il *tasso di prevalenza complessiva nosocomiale tra i pazienti con un rischio di decubito* continua a manifestare una tendenza calante e scende dell'1,4%, attestandosi all'11,6%. Il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2* è aumentato dell'1,0% rispetto all'anno precedente e ha raggiunto il 3,2%, ma resta al di sotto del valore del 2016.

Il *tasso di prevalenza complessiva nosocomiale tra bambini e adolescenti con presidi sanitari* (8,8%) è a sua volta diminuito ulteriormente, mentre il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2* (2,3%) è leggermente superiore all'anno precedente, ma inferiore al 2016.

Un terzo abbondante dei partecipanti con un decubito nosocomiale era degente in un *reparto di neonatologia o di terapia intensiva*. Rispetto ai partecipanti senza decubito nosocomiale, quelli colpiti da decubito si trovavano più spesso nel periodo neonatale e/o in un'incubatrice.

Le localizzazioni più frequenti sono la categoria «Altro», il viso/naso, l'alluce/il malleolo e il tallone.

Aggiustamento secondo il rischio²

Nel confronto aggiustato secondo il rischio, il tasso di prevalenza complessiva nosocomiale di due ospedali diverge negativamente dalla media di tutti i nosocomi. Per quanto riguarda il tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2, nessun ospedale diverge in senso positivo o negativo dagli altri.

Le variabili seguenti influenzano il rischio di *decubito nosocomiale (tutte le categorie)*: valutazione clinica soggettiva da parte del personale infermieristico, incubatrice e gruppo di diagnosi «Malattie del sistema circolatorio».

Le variabili seguenti influenzano il rischio di *decubito nosocomiale dalla categoria 2*: incubatrice, fascia d'età 8-16 anni, quattro e più gruppi di diagnosi ICD, intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione.

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. Un grande potenziale di sviluppo sembra celarsi nell'implementazione sistematica di una valutazione del rischio standardizzata.

Conclusioni e raccomandazioni

Partecipazione alla misurazione

Alla misurazione ha partecipato il 97,1% 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'83,8%, 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

Nelle ultime misurazioni, i tassi di prevalenza nosocomiale sono tendenzialmente calati e si distinguono in parte in misura significativa dai risultati degli anni precedenti. Ciò potrebbe essere riconducibile alla crescente sensibilizzazione.

Occorre garantire, consolidare e, laddove necessario, incrementare il buon livello di qualità in seno alle cliniche e agli ospedali svizzeri. Nel quadro degli indicatori di struttura e di processo, continua a sussistere potenziale di sviluppo. In particolare, investimenti nel settore dei presidi sanitari e della documentazione della valutazione del rischio potrebbero rivelarsi atti a ridurre ulteriormente il tasso di prevalenza. In tal senso, pare indicato focalizzare l'attenzione sulle sottopopolazioni ad alto rischio, come i bambini in incubatrice, in neonatologia o in terapia intensiva.

Nuovi approcci nello sviluppo della qualità sottolineano l'importanza di combinare metodi di miglioramento della qualità con interventi specialistici, nonché a livello organizzativo e sistemico. Ciò comporta

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.

l'implementazione durevole di più interventi specifici con il coinvolgimento attivo degli specialisti nella prassi, nonché di misure a livello di struttura (p.es. adeguamento dei materiali).

Da alcuni anni, acquisiscono viepiù importanza approcci a livello macro, ossia cooperazioni a livello interospedaliero tese al miglioramento della qualità (cosiddette *quality improvement collaboratives*). Unendo risorse scientifiche (programmi di intervento, supporto tecnico, riscontri sui dati, scambio) e clinico-tecniche (interlocutori nella prassi, responsabili di determinati temi, coaching, leadership, conoscenze specifiche secondo il contesto), esse permettono di superare ostacoli nel quadro di complessi programmi di miglioramento.

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.

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, nell'ottica di un monitoraggio. La misurazione dovrebbe continuare a essere offerta su base facoltativa nel set di indicatori LPZ (con coordinamento della BFH), benché dal 2019 l'indicatore decubito tra i bambini non sarà più parte del piano di misurazione dell'ANQ nella medicina somatica acuta. 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».