

MANUALE SULLA MISURAZIONE

CADUTA E DECUBITO

Autrici e autori: Niklaus S. Bernet, Karin Thomas, Cécile JeanRichard,
Silvia Thomann

Versione: 2.0

Data: novembre 2025

Legenda: **Modifiche rispetto alla versione 1.3**



Indice

Lista delle abbreviazioni	3
1. Situazione di partenza	4
2. Obiettivo e domande	5
3. Metodo	6
3.1 Organigramma della misurazione nazionale caduta e decubito	6
3.2 Panoramica della base dei dati e del periodo di osservazione	8
3.3 Popolazione di riferimento, criteri di inclusione e di esclusione	9
3.3.1 Criteri di inclusione e di esclusione ospedali e cliniche	9
3.3.2 Criteri di inclusione e di esclusione a livello dei pazienti	9
3.3.3 Definizione dei casi	10
3.4 Definizioni di caduta, caduta con conseguenze e decubito	11
4. Esportazione di dati	13
4.1 Principi di base	13
4.2 Direttive per la struttura e il formato dei dati	14
5. Trasferimento dei dati	29
6. Qualità dei dati	31
7. Protezione dei dati	33
8. Analisi dei dati e redazione del rapporto	34
8.1 Basi di calcolo per gli indicatori dei risultati	34
9. Scadenze	36
Bibliografia	37
Indice delle figure	38
Indice delle tabelle	39
Allegati	40
Impressum	47

LISTA DELLE ABBREVIAZIONI

AHRQ	Agency for Healthcare Research Quality
BFH	Scuola universitaria professionale di Berna, reparto sanità
CDS	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
CIP	Cartella informatizzata del paziente
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
Heds FR	Haute école de santé Fribourg
HRA	Human Research Act
IAD	Dermatite associata all'incontinenza
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 ^a edizione
IT	Informatica
ITD	Intertrigo
LAMAL	Legge federale sull'assicurazione malattie
MARSI	Lesioni cutanee legate ad adesivi
MASD	Danno cutaneo associato all'umidità
MLZ	Centro logistico di misurazione
NDNQI	National Database of Nursing Quality Indicators
NPIAP	National Pressure Injury Advisory Panel
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
PTA ginocchio	Protesi totale del ginocchio (PTA ginocchio)
QM	Gestione della qualità
RIS	Registro delle imprese e degli stabilimenti
SpiGes	Prestazioni sanitarie ospedaliere stazionarie: uso multiplo di dati (progetto SpiGes)
SUPSI	Scuola universitaria della Svizzera Italiana
TC	Tomografia computerizzata
UST	Ufficio federale di statistica

1. SITUAZIONE DI PARTENZA

L'ANQ si occupa della misurazione di indicatori della qualità nelle cliniche e negli ospedali svizzeri. Il 18 maggio 2011, l'ANQ, le organizzazioni H+, Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), santésuisse e gli assicuratori sociali federali hanno sottoscritto la convenzione nazionale sulla qualità al fine di disciplinare il finanziamento e l'attuazione delle misurazioni della qualità ai sensi delle direttive (piano di misurazione) dell'ANQ per gli istituti aderenti. Gli ospedali e le cliniche aderenti alla convenzione sono tenuti a svolgere le misurazioni.

Le misurazioni della qualità forniscono un'importante base comparativa per sfruttare il potenziale di miglioramento nei settori della prevenzione e della cura. Fino al 2011, in Svizzera i dati per gli indicatori caduta e decubito erano disponibili solo a livello di istituto oppure venivano stimati sulla base dei tassi delle complicanze riportati dal personale infermieristico (Schubert et al., 2009). Nel 2011, l'ANQ ha dato seguito alla raccomandazione di un'analisi bibliografica (Kuster et al., 2009) e ha integrato gli indicatori caduta e decubito tra gli adulti nel piano di misurazione.

Su mandato dell'ANQ, dal 2011 la Scuola universitaria professionale di Berna (BFH) è l'istituto di analisi per la misurazione delle cadute e dei decubiti a livello nazionale nel settore della medicina somatica acuta. 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. Fino al 2022, per la raccolta di dati è stato applicato il metodo International Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ International) dell'Università di Maastricht, nei Paesi Bassi (Bours et al., 1999; Van Nie-Visser et al., 2013). Dal 2023, invece, l'ANQ e la BFH hanno deciso di investire nello sviluppo di una misurazione delle cadute e dei decubiti basata su dati (clinici) di routine ([Caduta e decubito – ANQ](#)). Questo perfezionamento è avvenuto nel quadro del progetto di ricerca Vis(q)ual Data della BFH (Bernet et al., 2022), cofinanziato dall'ANQ. Il nuovo metodo di misurazione è caratterizzato dal fatto che i dati non vengono raccolti in senso tradizionale, ma che i dati clinici di routine, registrati come standard nel processo di cura e documentati nella cartella informatizzata del paziente (CIP), vengono utilizzati per misurare le cadute e le ulcere da pressione negli ospedali. Con il nuovo metodo, la w hoch 2 GmbH è stata incaricata dall'ANQ di occuparsi della logistica della misurazione, il che comprende l'hosting dei dati e l'elaborazione descrittiva a livello di istituto all'attenzione dei fornitori di prestazioni (dashboard).

Questo manuale di misurazione descrive l'obiettivo, il metodo di misurazione, la procedura per l'esportazione dei dati, le considerazioni sulla protezione dei dati, l'analisi e il reporting dei dati e una panoramica del calendario per. Il manuale di misurazione è rivolto alle persone responsabili della misurazione nazionale delle cadute e dei decubiti all'interno delle singole istituzioni.

2. OBIETTIVO E DOMANDE

Nel quadro di questa misurazione nazionale, negli ospedali e nelle cliniche (medicina somatica acuta) della Svizzera e del Principato del Liechtenstein vengono rilevati in modo sistematico e capillare gli indicatori – sensibili per le cure – caduta e decubito (Burston et al., 2013; Heslop & Lu, 2014; Kuster et al., 2009). La misurazione persegue in primis sulla base delle informazioni esistenti nella cartella informatizzata del paziente (CIP), l'obiettivo di calcolare i tassi di incidenza delle cadute in ospedale/clinica, delle cadute con conseguenze in ospedale/clinica e dei decubiti nosocomiali (ossia sviluppati in ospedale) di categoria 1 e superiore, rispettivamente di categoria 2 e superiore.

L'obiettivo della prima misurazione nazionale nel 2026, senza pubblicazione trasparente dei risultati, è quello di generare risultati descrittivi a livello istituzionale e nazionale.

Il rilevamento nazionale serve inoltre **in futuro** a rispondere alle domande seguenti:

- Qual è il tasso di incidenza delle cadute in ospedale/clinica?
- Come si struttura il confronto tra ospedali/cliniche aggiustato secondo il rischio dell'indicatore caduta in ospedale/clinica?
- Qual è il tasso di incidenza delle cadute con conseguenze in ospedale/clinica?
- Come è strutturato il confronto tra ospedali/cliniche aggiustato secondo il rischio basato sull'indicatore caduta con conseguenze in ospedale/clinica?
- Qual è il tasso di incidenza dei decubiti nosocomiali di categoria 1 e superiore?
- Come è strutturato il confronto tra ospedali/cliniche aggiustato secondo il rischio basato sull'indicatore decubito nosocomiale di categoria 1 e superiore?
- Qual è il tasso di incidenza del decubito nosocomiale di categoria 2 e superiore?
- Come è strutturato il confronto tra ospedali/cliniche aggiustato secondo il rischio basato sull'indicatore decubito nosocomiale di categoria 2 e superiore?

3. METODO

3.1 ORGANIGRAMMA DELLA MISURAZIONE NAZIONALE CADUTA E DECUBITO

Questo capitolo presenta l'organigramma, propone una breve descrizione delle organizzazioni coinvolte e del loro ruolo nella misurazione nazionale caduta e decubito, e fornisce i dati di contatto.

L'organizzazione e le responsabilità specifiche nel quadro della misurazione nazionale caduta e decubito sono rappresentate schematicamente nella Figura 1 e descritte di seguito.

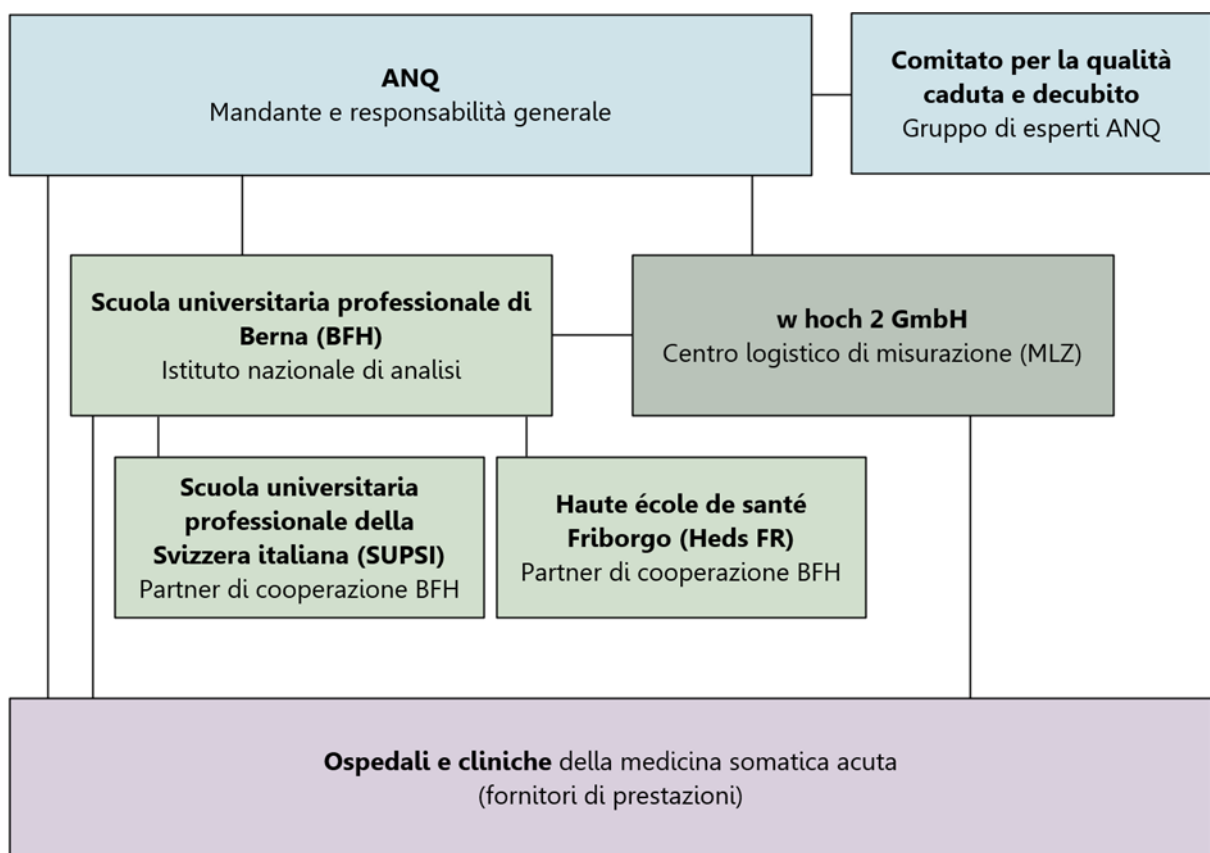


Figura 1: organigramma della misurazione caduta e decubito

La misurazione caduta e decubito viene svolta dalle organizzazioni seguenti:

- **ANQ:** l'ANQ è responsabile del coordinamento e dello svolgimento di misurazioni nazionali della qualità in cliniche e ospedali svizzeri. Il suo Segretariato generale, che funge da committente, assume la responsabilità generale della misurazione delle cadute e dei decubiti: formula i mandati per l'istituto nazionale di analisi e il centro di logistica per la misurazione, coordina e controlla l'attuazione delle misurazioni e delle analisi con tali istituti, e verifica il rispetto del Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati. Tra i compiti principali del Segretariato generale vi sono anche la conduzione dei Comitati per la qualità, incluse la preparazione e l'elaborazione successiva delle sedute, nonché la pubblicazione e la diffusione dei risultati a livello nazionale.
- **Comitato per la qualità:** il Comitato per la qualità Caduta e decubito è il gruppo di esperti dell'ANQ responsabile della valutazione specialistica e dello sviluppo di raccomandazioni e basi (vedi anche [Mansionario e profilo dei Comitati per la qualità](#)).
- **BFH:** la BFH, l'istituto nazionale di analisi della misurazione nazionale caduta e decubito, si occupa del perfezionamento del metodo della misurazione, dell'analisi (aggiustata per il rischio) comparativa e della redazione trasparente dei rapporti con i risultati a livello nazionale. Lavora dunque a stretto contatto con la direzione del progetto in seno al Segretariato generale dell'ANQ, con il Comitato per la qualità Caduta e decubito e con il centro di logistica per la misurazione (w hoch 2 GmbH).
- **SUPSI ed Heds FR:** la SUPSI e l'Heds FR sono partner di cooperazione della BFH. Sono responsabili della correttezza specialistica delle traduzioni in italiano e in francese del manuale e del concetto di analisi, e sostengono la stessa BFH nel coinvolgimento dei fornitori di prestazioni in Ticino e nella Svizzera romanda nel quadro del perfezionamento metodico della misurazione caduta e decubito.
- **w hoch 2 GmbH:** in qualità di MLZ, w hoch 2 GmbH è responsabile dell'implementazione dei processi tecnici e amministrativi relativi alla misurazione caduta e decubito. Ciò include lo sviluppo e la fornitura del software utilizzato per il caricamento dei dati, il controllo dei dati, l'elaborazione e il backup, nonché la gestione dell'accesso online. I dati vengono inoltre analizzati in modo descrittivo da w hoch 2 GmbH a livello istituzionale e visualizzati in un cruscotto (dashboard) all'attenzione dei fornitori di servizi. w hoch 2 GmbH è a disposizione delle istituzioni per domande tecniche e supporta sia la BFH sia l'ANQ nell'attuazione del progetto.
- **Fornitori di prestazioni:** gli ospedali e le cliniche della medicina somatica acuta sono responsabili dell'esportazione dei dati, controllo e trasmissione dei dati al centro di logistica per la misurazione.

La Tabella 1 riepiloga i dati di contatto dei vari istituti coinvolti.

ISTITUTO	RESPONSABILITÀ	PERSONA DI CONTATTO
ANQ (mandante e responsabilità generale)	Decisioni in merito allo svolgimento della misurazione e alla pubblicazione trasparente dei risultati	Daniela Zahnd E-Mail: daniela.zahnd@anq.ch
BFH (istituto nazionale di analisi)	Metodo della misurazione e rapporti nazionali (aggiustati per il rischio)	Niklaus Bernet, Silvia Thomann e gruppo di progetto della BFH E-Mail: qi.gesundheit@bfh.ch
w hoch 2 GmbH (centro di logistica per la misurazione)	Amministrazione, logistica, tecnica, dashboard	Roman di Francesco e gruppo di progetto di w hoch 2 GmbH E-Mail: studek@w-hoch2.ch

Tabella 1: istituti, responsabilità e persona di contatto

3.2 PANORAMICA DELLA BASE DEI DATI E DEL PERIODO DI OSSERVAZIONE

I dati da utilizzare per l'esito (**ovvero informazioni relative a caduta, caduta con conseguenze e decubito**) **provengono dalla cartella informatizzata del paziente (documentazione medica e infermieristica)**. Gli altri dati (ad es. data di ammissione o codice diagnosi) possono provenire anche da altre fonti a seconda del sistema utilizzato (ad es. sistema amministrativo o di fatturazione).

La Tabella 2 fornisce una panoramica degli indicatori, del periodo di osservazione, del periodo di esportazione e preparazione dei dati e della scadenza per la trasmissione dei dati.

INDICATORE	PERIODO DI OSSERVAZIONE	ESPORTAZIONE E PREPARAZIONE DEI DATI	TERMINE TRASMISSIONE DATI
Caduta e caduta con conseguenze	01/02/ - 30/04/	01/05/ - 31/07/	01/08/
Decubito nosocomiale (categoria 1, risp. categoria 2 e superiore)	01/02/ - 30/04/	01/05/ - 31/07/	01/08/

Tabella 2: cadenza del rilevamento dei dati

I dati clinici di routine richiesti in base ai criteri di inclusione ed esclusione (Capitolo 3.3), vengono esportati dopo il periodo di osservazione (3 mesi) una volta l'anno dai fornitori di prestazioni dalle loro cartelle informatizzate dei pazienti individuali entro una certa scadenza ed elaborati secondo i requisiti definiti in questo manuale (Capitolo 4). Solo i pazienti che hanno lasciato l'ospedale nel periodo **01/02/, 0:00 - 30/04/, 23:59** sono inclusi nell'esportazione dei dati. I dati esportati ed elaborati devono essere caricati sulla piattaforma w hoch 2 GmbH in formato elettronico entro **3** mesi dalla fine del periodo di monitoraggio o nel rispetto della scadenza per la trasmissione dei dati.

3.3 POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO, CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE

Di seguito, viene descritta la popolazione di riferimento della misurazione nazionale caduta e decubito. I criteri di inclusione ed esclusione definiti forniscono informazioni su quali ospedali/cliniche partecipano alla misurazione e su quali pazienti devono essere inclusi come casi nell'esportazione dei dati.

3.3.1 Criteri di inclusione e di esclusione ospedali e cliniche

Tutti i fornitori di prestazioni aderenti alla convenzione sulla qualità dell'ANQ ([link ANQ Contratto qualità](#)) e soggetti al piano di misurazione nella medicina somatica acuta sono inclusi nella misurazione caduta e decubito. Sono esclusi i fornitori di servizi che hanno ricevuto una dispensa autorizzata dall'ANQ. Sono esclusi dalla misurazione anche l'area ambulatoriale, la pediatria e le aree non acute (riabilitazione e psichiatria).

Per i fornitori di servizi con più siti, viene incluso ogni sito che soddisfa i criteri di inclusione.

I fornitori di prestazioni con una specializzazione (p.es. servizi in cure palliative) sono inclusi nella misurazione se le prestazioni sono conteggiate secondo SwissDRG.

3.3.2 Criteri di inclusione e di esclusione a livello dei pazienti

L'esportazione dei dati deve includere tutti i *casi stazionari* di tutte le specialità dell'ambito *somatica acuta adulti* (comprese le terapie intensive, il puerperio, ecc.) che sono *stati dimessi* dall'ospedale/clinica durante il periodo di osservazione, come mostrato nella Figura 2, **indipendentemente dal fatto che durante il ricovero si sia verificata o meno una caduta o un decubito nosocomiale. Devono essere considerati tutti i casi di degenza nell'ambito adulti, indipendentemente dall'età del paziente. Determinante non l'età, bensì il ricovero nell'ambito adulti.** I criteri di inclusione sono di conseguenza:

- **Caso stazionario:** Secondo «tarifaires suisses», sono considerati casi stazionari le degenze per esami, trattamenti e cure in ospedale/clinica
 - di una durata di almeno 24 ore;
 - di una durata inferiore alle 24 ore per le quali viene occupato un letto durante una notte (regola del censimento a mezzanotte: a mezzanotte il paziente si trova in un letto);
 - in ospedale in caso di trasferimento in un altro ospedale;
 - in caso di decesso.(Maggiori informazioni e i criteri di delimitazione tra stazionario e ambulatoriale si trovano nel documento di «tarifaires suisses» (pagg. 4-5): [link](#))
- **Residenza:** in Svizzera o all'estero.
- **Dimissioni durante il periodo di osservazione:** paziente dimesso nel periodo **01/02/, 0:00 – 30/04/, 23:59.**

Sono esclusi dalla misurazione i pazienti di tutte le aree specialistiche i cui servizi non sono fatturati attraverso il sistema tariffario DRG e quindi non sono assegnati alle cure acute o ricoverati in pediatria. Ciò significa che i casi delle seguenti aree *non* devono essere esplicitamente inclusi nell'esportazione dei dati:

- Settore ambulatoriale (cliniche diurne)
- Psichiatria
- Riabilitazione
- Pediatria (il che comporta i pazienti che, pur avendo più di diciotto anni, sono stati ricoverati in un reparto pediatrico).

L'utilizzo dei dati di routine per la misurazione caduta e decubito non richiede alcun consenso specifico da parte dei pazienti (vedi capitolo 7 «Protezione dei dati»).

3.3.3 Definizione dei casi

Un caso corrisponde sostanzialmente a una degenza, la quale viene rilevata come caso a sé stante anche se si tratta di una riammissione che secondo SwissDRG non costituisce un nuovo caso. Non si procede dunque ad un'aggregazione di casi. In caso di trasferimenti all'interno di un gruppo di ospedali, il giorno del trasferimento vale come data di dimissione da una sede e di ammissione nell'altra. Per ogni ospedale/sede, tutti i casi che soddisfano i criteri di inclusione ed esclusione sono inclusi nell'esportazione dei dati. Vengono inclusi i dati dell'intero caso, cioè indipendentemente dal fatto che il ricovero sia avvenuto prima o durante il periodo di osservazione. La Figura 2 illustra i casi (non) da includere a seconda dell'ora di ingresso e di uscita.

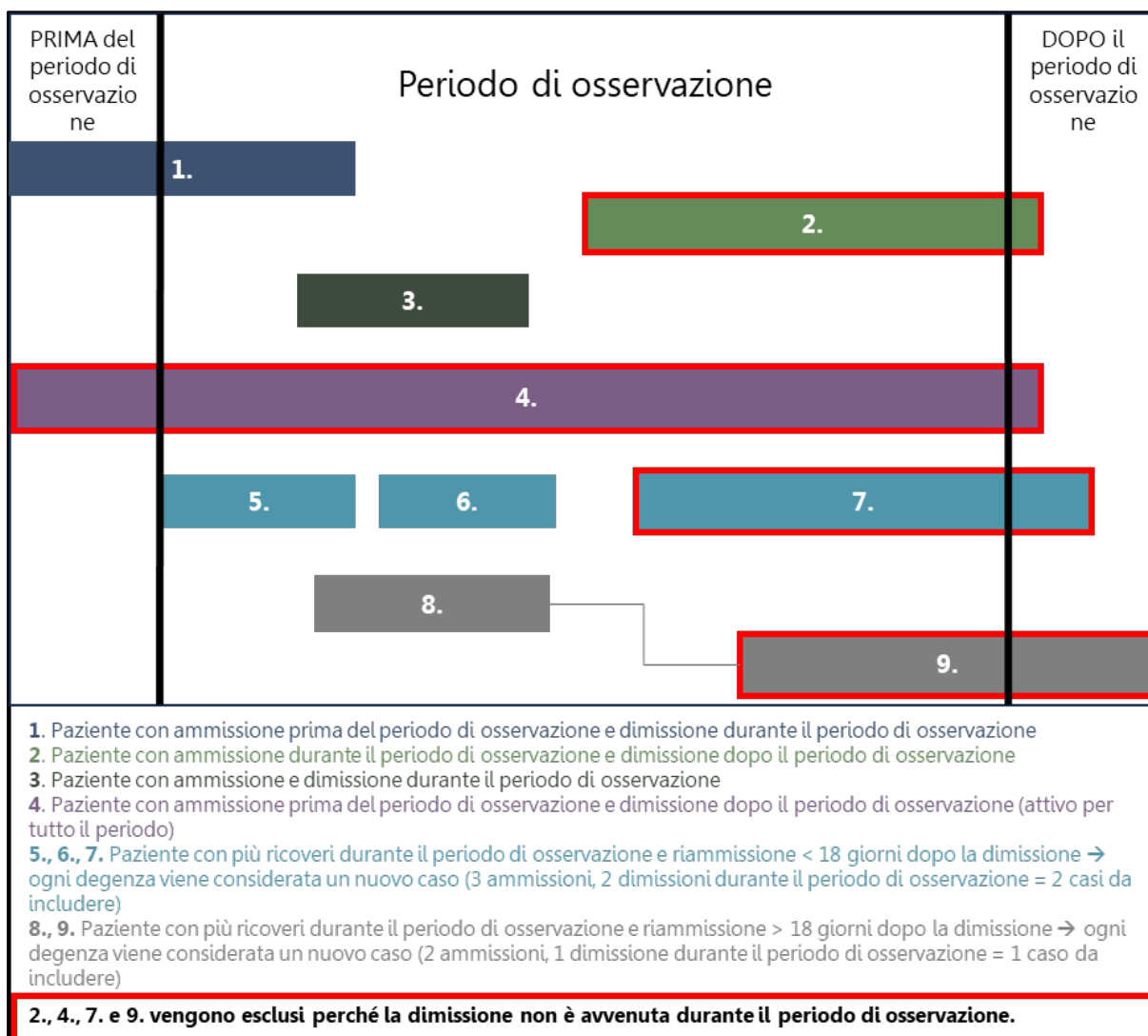


Figura 2: rappresentazione grafica dei casi nel periodo di osservazione

3.4 DEFINIZIONI DI CADUTA, CADUTA CON CONSEGUENZE E DECUBITO

Nel quadro della misurazione caduta e decubito, valgono le definizioni seguenti:

Caduta: «Una caduta è un evento in seguito al quale una persona si trova involontariamente distesa sul pavimento o su una superficie più bassa» (libera traduzione della definizione OMS 2021 secondo il Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022, pag. 20).

Caduta con conseguenze: Le conseguenze comprendono sia una lesione procurata da una caduta (secondo Montero-Odasso et al., 2022), sia ulteriori misure diagnostiche e/o terapeutiche

in seguito a una caduta (decisione Comitato per la qualità, 2024). Per ora la misurazione caduta e decubito prevede solo di rispondere sì o no alla domanda in merito a conseguenze di una caduta, non un'ulteriore ripartizione in base alla gravità.

Decubito: «Un decubito è una lesione localizzata alla cute e/o al tessuto sottostante solitamente localizzata su una prominente ossea, come risultato della pressione o della pressione in combinazione con le forze di taglio. Un certo numero di fattori contribuenti o confondenti sono anche associati al decubito; l'importanza di questi fattori rimane ancora da chiarire» (NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014).

Altri dettagli sulle definizioni di caduta, caduta con conseguenze e decubito, comprese le specificazioni e le delimitazioni, si trovano negli allegati A (caduta) e B (decubito, incl. categorie).

4. ESPORTAZIONE DI DATI

Per la misurazione caduta e dei decubito vengono utilizzati per il outcome i dati della CIP (documentazione medica e infermieristica elettronica). A seconda del sistema, per gli altri dati possono essere utilizzate anche altre fonti di dati (ad es. il sistema amministrativo o di fatturazione). Di seguito, presentiamo i principi di base per l'esportazione, nonché le direttive per la struttura, il formato, il trasferimento e la salvaguardia della qualità dei dati.

4.1 PRINCIPI DI BASE

I dati vengono esportati in un file per ogni ospedale/sede a livello di caso. Ciò significa che ogni caso nel set di dati esportato rappresenta un ricovero di un/una paziente in quell'ospedale/sede. **In caso di trasferimenti all'interno di un gruppo ospedaliero, ogni ricovero in un'altra sede viene trattato come un caso a sé stante con numero di caso individuale («case_code»).** Ciò significa che per ogni ospedale/sede vengono considerati nell'esportazione dei dati solo gli eventi (ad es. intervento chirurgico o caduta) che si sono effettivamente verificati durante il ricovero in quella specifica sede.

Se un/una paziente viene trasferito/a all'interno di un gruppo ospedaliero, le degenze per sede compaiono come casi indipendenti nel set di dati. **Se nella stessa sede sono presenti più ricoveri ospedalieri, per una migliore distinzione è possibile aggiungere una cifra supplementare al numero del caso.** Esempio: se il numero di caso originale è «100», è possibile assegnare «1001» al primo ricovero e «1002» al secondo ricovero. Ciò facilita l'assegnazione univoca in caso di ricoveri multipli nella stessa sede.

La Figura 3 mostra un esempio di esportazione dei dati per località quando un paziente viene trasferito all'interno di un gruppo ospedaliero.

	localizzazione A - Esportazione di dati							localizzazione B - Esportazione di dati						
	burnr	h_type	case_code	eintrittsdatum	austrittsdatum	surgery	falls...	burnr	h_type	case_code	eintrittsdatum	austrittsdatum	surgery	falls...
paziente XY	12345678	K112	111	2023010413	2023012010	2023010508	NA	12345679	K112	111	2023012011	2023012510	NA	2023012408

Figura 3: Panoramica dell'esportazione dei dati per sede per i trasferimenti dei pazienti all'interno di un gruppo ospedaliero

Per la misurazione nazionale caduta e decubito, occorre accertarsi che tutte le righe appartenenti a un caso riportino un numero univoco di identificazione del caso. Il file creato per l'ospedale/località viene poi caricato sulla piattaforma della w hoch 2 GmbH e trasmesso. Possibili formati sono CSV, XLSX, TXT, DAT e RDS.

Le date devono essere indicate nel formato AAAAMMGGhh (p.es. 2024030615). Se non sono disponibili dati sull'ora, le ore possono essere omesse dalla data (AAAAMMGG), analogamente ai dati SpiGes ([link](#)), se non diversamente specificato nella Tabella 3.

Gli eventi non pertinenti al caso (ad es. **il/la paziente non ha subito alcun intervento chirurgico, nessuna caduta ecc.**) sono da registrare di principio, in base alla Tabella 3, con l'acronimo **NA** (*not applicable*). **Se, in generale, in un ospedale o in una clinica le informazioni relative a una variabile non possono essere esportate, le celle corrispondenti a tale variabile devono essere codificate con -1 (Missing).** Ciò indica che l'informazione in questione manca sistematicamente nell'ospedale o nella clinica e non può quindi essere esportata. Vanno evitate le celle vuote.

I fornitori di prestazioni sono responsabili del fatto che l'esportazione viene preparata e svolta secondo le direttive riportate ai punti 4.1 e 4.2. Visto che ospedali e cliniche utilizzano cartelle informatizzate dei pazienti diverse, per quanto riguarda l'esportazione dei dati non è possibile descrivere una procedura valida per tutti. Occorre quindi trovare una soluzione individuale sul posto con le persone competenti (IT, gestione della qualità, offerenti esterni di software ecc.).

4.2 DIRETTIVE PER LA STRUTTURA E IL FORMATO DEI DATI

La Tabella 3 descrive i dati che i fornitori di prestazioni devono esportare nel quadro della misurazione caduta e decubito, nonché i requisiti in termini di struttura e formato. Ogni variabile è accompagnata da un esempio che mostra come i dati sarebbero riportati nel file di esportazione. Dove possibile, in tedesco sono state riprese le denominazioni, le descrizioni e le definizioni delle variabili secondo il progetto SpiGes ([link](#)), con conseguente vantaggio a livello di consultazione dei dati. I dati/le variabili ripresi da SpiGes sono **indicati in verde** nella Tabella 3

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
Indicazioni sull'ospedale/sulla clinica				
burnr	Sede	Numero di otto caratteri della sede secondo il Registro delle imprese e degli stabilimenti (RIS) dell'Ufficio federale di statistica (UST).	Numero intero, lunghezza mass.: 8	Il paziente X era ricoverato nell'ospedale Test. La data della dimissione è all'interno del periodo di osservazione definito per la misurazione. Il n. RIS dell'ospedale è 12345678. 12345678
h_typ «hospital_type»	Tipo di ospedale/clinica	Tipo di ospedale/clinica, risp. sede secondo la tipologia dell'Ufficio federale di statistica (link): K111 = K111 livello di prestazioni 1 K112 = K112 livello di prestazioni 2 K121 = K121 livello di prestazioni 3 K122 = K122 livello di prestazioni 4 K123 = K123 livello di prestazioni 5 K211 = K211 livello di prestazioni 1 K212 = K212 livello di prestazioni 2 K221 = K221 cliniche di riabilitazione K231 = K231 chirurgia K232 = K232 ginecologia/neonatologia K234 = K234 geriatria K235 = K235 diverse cliniche specializzate	Numero nominale, lunghezza mass.: 4 Valori: K111-K235	Secondo l'UST, l'ospedale Test è del tipo di ospedale K112 livello di prestazioni 2. K112
w_code «ward_code»	Codice del/dei reparto/i	Codice del/dei reparto/i nel/nei quale/i il paziente era ricoverato, con data dell'ammissione/del trasferimento in reparto. In caso di ammissione attraverso l'urgenza con successivo trasferimento in reparto, come momento di ammissione vengono utilizzati la data e l'ora di ammissione al pronto soccorso, indicando parimenti il codice dell'urgenza.	Elenco (separato da virgole) con data nel formato AAAAMMGHh dell'ammissione/del trasferimento in reparto, con l'aggiunta del codice sotto forma di sequenza di segni. Valori: AAAAMMGHh_sequenza di segni	Il paziente X è stato ammesso in urgenza il 04.01.2023 alle ore 13:30 ed è stato trasferito il 04.01.2023 alle ore 17:15 in un reparto di cardiologia, dal quale è stato dimesso il 20.01.2023 alle ore 10:00. L'urgenza ha il codice interno 8023, il reparto di cardiologia ha il codice interno 7839. 2023010413_8023,2023010417_7839

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
Indicazioni sul paziente				
case_code «patient/case code»	Numero del caso	Numero del caso.	Sequenza di segni	Il paziente X ha il numero di identificazione del caso xy. Dopo accertamenti interni in materia di protezione dei dati, l'ospedale Test ha deciso di procedere all'esportazione e al caricamento dei dati con tale numero. xy
alter	Età all'ammissione	Età in anni compiuti al momento dell'ammissione (data di ammissione-data di nascita).	Numero, lunghezza mass.: 3 Valori: 0-135	La data di nascita del paziente X è il 20/05/1940. È stato ricoverato il 04/01/2023. 82
geschlecht	Sesso	Sesso della persona. Per il cambiamento di sesso indicare quello valido ai sensi del diritto civile al momento dell'ammissione. 1 = uomo 2 = donna	Numero, lunghezza mass.: 1 Valori: 1 2	Il paziente X è un uomo. 1
eintrittsdatum	Data e ora di ammissione	Indicazione del momento dell'ammissione; per le urgenze (tipo di ammissione = 1), è obbligatorio inserire l'ora. Un'urgenza è definita dalla necessità di trattamento entro 12 ore.	Numero, lunghezza mass.: 10 Valori AAAAMMGHh	Il paziente X è stato trasferito previa notifica il 04/01/2023 alle 13:30 dalla casa di cura all'ospedale, e il 20/01/2023 alle 10:00 è stato dimesso per fare ritorno alla casa di cura. 2023010413

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
eintritt_aufenthal	Luogo di residenza prima dell'ammissione	<p>Luogo di residenza immediatamente precedente l'ammissione. Dove si trovava il paziente prima dell'ammissione?</p> <p>Per la delimitazione istituzionale, burnr_gesv si applica ai valori 5, 55, 6, 66, 83 e 84. 6, 66, 83 e 84 fa stato burnr_gesv.</p> <p>1 = domicilio</p> <p>2 = domicilio con assistenza SPITEX</p> <p>3 = casa di cura (comprese case per anziani medicalizzate)</p> <p>4 = altro istituto sanitario non ospedaliero non medicalizzato</p> <p>5 = clinica psichiatrica, altro istituto</p> <p>55 = reparto psichiatrico/clinica psichiatrica, stesso istituto</p> <p>6 = altro istituto ospedaliero (ospedale acuto) o casa per partorienti</p> <p>66 = reparto acuto/ospedale acuto, stesso istituto</p> <p>7 = penitenziario</p> <p>8 = altro</p> <p>83 = clinica di riabilitazione, altro istituto</p> <p>84 = reparto di riabilitazione, clinica di riabilitazione, stesso istituto</p> <p>9 = sconosciuto</p>	<p>Numero, lunghezza mass.: 2</p> <p>Valori:</p> <p>1-99</p>	<p>Il paziente X è stato trasferito previa notifica il 04/01/2023 alle 13:30 dalla casa di cura all'ospedale, e il 20/01/2023 alle 10:00 è stato dimesso per fare ritorno alla casa di cura.</p> <p>3</p>
eintrittsart	Modalità di ammissione	<p>Modalità di ammissione. Come è stato ammesso il paziente?</p> <ul style="list-style-type: none"> Per «trasferimento interno» si intendono il passaggio da un reparto acuto a un reparto non acuto (fase di riabilitazione o geriatria) dello stesso stabilimento oppure i cosiddetti pazienti in attesa. 	<p>Numero, lunghezza mass.: 1</p> <p>Valori:</p> <p>1-9</p>	<p>Il paziente X è stato trasferito previa notifica il 04/01/2023 alle 13:30 dalla casa di cura all'ospedale, e il 20/01/2023 alle 10:00 è stato dimesso per fare ritorno alla casa di cura.</p> <p>2</p>

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
		Per la delimitazione istituzionale, burnr_gesv si applica ai valori 5 e 6. 1= urgenza (necessario trattamento entro 12 ore) 2 = annunciato, programmata 3 = nascita (neonato nato nello stabilimento) 4 = trasferimento interno 5 = trasferimento entro 24 ore 6 = paziente ritrasferito 7 = rimpatrio 8 = altro 9 = sconosciuto		
austrittsdatum	Data e ora della dimissione	L'indicazione dell'ora è facoltativa. In caso di decesso, vanno indicare la data e l'ora esatta della morte.	Numero, lunghezza mass.: 10 Valori: AAAAMMGHh	Il paziente X è stato trasferito previa notifica il 04/01/2023 alle 13:30 dalla casa di cura all'ospedale, e il 20/01/2023 alle 10:00 è stato dimesso per fare ritorno alla casa di cura. 2023012010
diagnose_kode	Codice della diagnosi	ICD-10-GM.	Elenco (separato da virgole) con codici ICD-10, lunghezza mass. per codice: 5 Valori: A0000-Z9999	Il paziente X ha il diabete mellito di tipo 2, soffre di ipertensione arteriosa e al momento è ricoverato a causa di una miocardite settica. E1190,I1090,I400
surgery	Intervento chirurgico durante la degenza	Sono considerati interventi chirurgici tutte le procedure che prevedono un'incisione cutanea e vengono eseguite sotto una forma di anestesia (ad es. anestesia generale, anestesia spinale, anestesia peridurale, anestesia regionale (ad es. blocchi nervosi), anestesia locale, sedazione ecc.).	Elenco (separato da virgole) con data dell' intervento chirurgico, lunghezza mass. per intervento chirurgico : 10 Valori: AAAAMMGHh NA	Alla paziente X viene eseguita una protesi totale del ginocchio (PTA ginocchio) l'8 gennaio 2023 alle ore 10:00; l'intervento viene eseguito in anestesia spinale. 2023010810

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
falls	Caduta in ospedale	Rilevamento di tutte le cadute del paziente durante la degenza, con indicazione della data.	Elenco (separato da virgole) con data della caduta, lunghezza mass. per caduta: 10 Valori: AAAAMMGHh NA	Il paziente X è caduto il 05/01/2023, ma senza conseguenze. Il 13/01/2023 è caduto due volte, la prima caduta il 13/01/2023 alle ore 10:00, senza conseguenze, la seconda caduta il 13/01/2023 alle ore 16:00 procurandosi un'escoriazione sul braccio. 20230105,2023011310,2023011316
injury	Caduta in ospedale con conseguenze	Rilevamento di tutte le cadute con conseguenze del paziente durante la degenza, con indicazione della data.	Elenco (separato da virgole) con data della caduta con conseguenze, lunghezza mass. per caduta con conseguenze: 10 Valori: AAAAMMGHh NA	Il paziente X è caduto il 05/01/2023, ma senza conseguenze. Il 13/01/2023 è caduto due volte, la prima caduta il 13/01/2023 alle ore 10:00, senza conseguenze, la seconda caduta il 13/01/2023 alle ore 16:00 procurandosi un'escoriazione sul braccio. 2023011316

Informazioni di base sull'esportazione dei dati – decubito nosocomiale:

Numerazione

Ogni decubito nosocomiale per caso viene numerato in modo progressivo (1-n). Il numero viene aggiunto alla data nell'esportazione dati, separato da un trattino basso (ad es. 2023011115_2), e serve per identificare in modo univoco il corrispondente decubito. Ogni combinazione di data e numero appare solo una volta per caso nell'esportazione dati.

Contesto di insorgenza

Affinché il decubito preesistente (prima della degenza ospedaliera) possa essere chiaramente distinto dal decubito nosocomiale (acquisito in ospedale), il contesto di insorgenza deve essere documentato in modo inequivocabile (campo obbligatorio nella documentazione). Se le informazioni relative al contesto di insorgenza non sono disponibili o sono sconosciute, il decubito deve essere trattato come nosocomiale nell'esportazione dati.

Livello di gravità

Il livello di gravità di un decubito nosocomiale può cambiare durante il ricovero ospedaliero. Nell'esportazione dati viene preso in considerazione il livello di gravità maggiore per ogni decubito nosocomiale documentato durante l'intero periodo di degenza.

Il livello di gravità maggiore documentato viene ricavato sulla base delle categorie numeriche del decubito (1-4) e delle espressioni non numeriche:

- **Categorie numeriche (1-4):** un valore più alto corrisponde a un livello di gravità maggiore.

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])										
<ul style="list-style-type: none">• Espressioni non numeriche: «Non Stadiabile: profondità non conosciuta» o «Sospetta lesione tissutale profonda: profondità non conosciuta» – sono considerate superiori alla categoria 1, ma inferiori alle categorie 2-4.• Le due espressioni non numeriche («Non Stadiabile: profondità non conosciuta» o «Sospetta lesione tissutale profonda: profondità non conosciuta») sono considerate equivalenti. Se entrambe sono documentate come grado di gravità maggiore e durante il ricovero non sono state registrate categorie 2-4 per il decubito nosocomiale in questione, nell'esportazione dati viene presa in considerazione l'ultima espressione documentata. <p>Se le informazioni sulla gravità sono mancanti o non possono essere esportate, il decubito nosocomiale in questione viene contrassegnato con la variabile «pi_n_mc» (pressure injury nosocomial missing classification).</p> <p>Esempio 1: il paziente X presenta un decubito nosocomiale sul tallone destro (decubito numero 1). Questa è stata prima classificata come Categoria 1, poi come espressione non numeriche «Sospetta lesione tissutale profonda: profondità non conosciuta» e quindi nuovamente classificata come categoria 1. In questo esempio, l'espressione non numeriche «Sospetto danno tissutale profondo: Profondità sconosciuta» deve essere esportata con la data di documentazione di questa caratteristica per la variabile «pi_n_sdti» (pressure injury nosocomial category suspected deep tissue injury).</p> <p>Esempio 2: il paziente X presenta un decubito nosocomiale sul tallone destro (decubito numero 1). Questa è stata prima classificata come espressione non numeriche «Sospetta lesione tissutale profonda: profondità non conosciuta» e successivamente classificata come categoria 2. In questo esempio, la categoria 2 deve essere esportata con la data di documentazione di questa categoria per la variabile «pi_n_2» (pressure injury nosocomial category 2).</p> <p>Esempio 3: il paziente X presenta un decubito nosocomiale sul tallone destro (decubito numero 1). Questa è stata prima classificata come Categoria 1, poi come espressione non numeriche «Sospetta lesione tissutale profonda: profondità non conosciuta» e poi classificata come espressione non numeriche «Non Stadiabile: profondità non conosciuta». In questo esempio, la l'espressione non numerica «Non Stadiabile: profondità non conosciuta» deve essere esportata con la data di documentazione di questa caratteristica per la variabile «pi_n_upi» (pressure injury nosocomial category unstageable pressure injury).</p> <p>Esempio 4 (complesso): Il paziente X viene ricoverato in ospedale il 04/01/2023. Viene rilevata un decubito esistente con perdita completa di tessuto sul tallone destro, con croste che rendono impossibile determinare la profondità (ulcera da pressione «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Questa ulcera da pressione è già descritta nel verbale di consegna della casa di cura come «svilupata nella casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30 è stato documentato per la prima volta un arrossamento sull'osso sacro (decubito numero 1) che non poteva essere spinto via (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023 il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023 alle ore 15.00, il decubito sull'osso sacro (decubito numero 1) è stata riscontrata come peggiorata, con la documentazione di un decubito nosocomiale di categoria 2 in questa sede. Inoltre, è stato documentato un arrossamento che non poteva essere spinto via (decubito nosocomiale di categoria 1) sulla schiena (decubito numero 2) e un decubito nosocomiale di categoria 2 sul gomito sinistro (decubito numero 3). Per questo decubito numero 3, il 21/01/2023 è stato documentato che il decubito era completamente guarita.</p> <p>I seguenti dati sono inclusi nell'esportazione dei dati:</p>														
	decubito Variabili													
	pi_n_1	pi_n_2	pi_n_3	pi_n_4	pi_n_upi	pi_n_sdti	pi_n_mc	pi_preadm_1	pi_preadm_2	pi_preadm_3	pi_preadm_4	pi_preadm_upi	pi_preadm_sdti	pi_preadm_mc
paziente X	2023011115_2	2023011115_1,2023011115_3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
pi_n_1 «pressure injury nosocomial category 1»	Decubito nosocomiale di «Categoria 1: Eritema non reversibile»	Rilevamento di tutti i decubiti nosocomiali di categoria 1 del paziente, con indicazione della data, sviluppatosi in questo ospedale. Per ogni caso di decubito nosocomiale viene assegnato un numero consecutivo da 1-n. Questo numero viene aggiunto alla data separato da un trattino basso «_» e serve per identificare in modo univoco il rispettivo decubito nosocomiale.	Elenco (separato da virgole) con data del decubito nosocomiale di categoria 1, lunghezza mass. per decubito nosocomiale di categoria 1: 13 Valori: AAAAMMGHh_n NA	Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). 2023010914_1,20230111_2
pi_n_2 «pressure injury nosocomial category 2»	Decubito nosocomiale di «Categoria 2: Perdita parziale di spessore cutaneo»	Rilevamento di tutti i decubiti nosocomiali di categoria 2 del paziente, con indicazione della data, sviluppatosi in questo ospedale. Per ogni caso di decubito nosocomiale viene assegnato un numero consecutivo da 1-n. Questo numero viene aggiunto alla data separato da un trattino basso «_» e serve per identificare in modo univoco il rispettivo decubito nosocomiale.	Elenco (separato da virgole) con data del decubito nosocomiale di categoria 2, lunghezza mass. per decubito nosocomiale di categoria 2: 13 Valori: AAAAMMGHh_n NA	Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). NA

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
pi_n_3 «pressure injury nosocomial category 3»	Decubito nosocomiale di «Categoria 3: Perdita a tutto spessore cutaneo»	Rilevamento di tutti i decubiti nosocomiali di categoria 3 del paziente, con indicazione della data, sviluppatasi in questo ospedale. Per ogni caso di decubito nosocomiale viene assegnato un numero consecutivo da 1-n. Questo numero viene aggiunto alla data separato da un trattino basso «_» e serve per identificare in modo univoco il rispettivo decubito nosocomiale.	Elenco (separato da virgole) con data del decubito nosocomiale di categoria 3, lunghezza mass. per decubito nosocomiale di categoria 3: 13 Valori: AAAAMMGHh_n NA	Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). NA
pi_n_4 «pressure injury nosocomial category 4»	Decubito nosocomiale di Categoria 4: Perdita di tessuto a tutto spessore»	Rilevamento di tutti i decubiti nosocomiali di categoria 4 del paziente, con indicazione della data, sviluppatasi in questo ospedale. Per ogni caso di decubito nosocomiale viene assegnato un numero consecutivo da 1-n. Questo numero viene aggiunto alla data separato da un trattino basso «_» e serve per identificare in modo univoco il rispettivo decubito nosocomiale.	Elenco (separato da virgole) con data del decubito nosocomiale di categoria 4, lunghezza mass. per decubito nosocomiale di categoria 4: 13 Valori: AAAAMMGHh_n NA	Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). NA

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
pi_n_upi «pressure injury nosocomial category unstageable pressure injury»	Decubito nosocomiale «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»	Rilevamento di tutti i decubiti nosocomiali «Non Stadiabile: profondità non conosciuta», con indicazione della data, sviluppatasi in questo ospedale. Per ogni caso di decubito nosocomiale viene assegnato un numero consecutivo da 1-n. Questo numero viene aggiunto alla data separato da un trattino basso «_» e serve per identificare in modo univoco il rispettivo decubito nosocomiale.	Elenco (separato da virgole) con data del decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta», lunghezza mass. per decubito nosocomiale non assegnabile ad alcuna categoria (profondità sconosciuta): 13 Valori: AAAAMMGgh_n NA	Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). NA
pi_n_sdti «pressure injury nosocomial category suspected deep tissue injury»	Decubito nosocomiale «Sospetta lesione tissutale profonda: profondità non conosciuta»	Rilevamento di tutti i decubiti nosocomiali «Sospetta lesione tissutale profonda: profondità non conosciuta», con indicazione della data, sviluppatasi in questo ospedale. Per ogni caso di decubito nosocomiale viene assegnato un numero consecutivo da 1-n. Questo numero viene aggiunto alla data separato da un trattino basso «_» e serve per identificare in modo univoco il rispettivo decubito nosocomiale.	Elenco (separato da virgole) con data del decubito nosocomiale «Sospetta lesione tissutale profonda: profondità non conosciuta», lunghezza mass. per decubito nosocomiale con sospetto danno profondo ai tessuti (profondità sconosciuta): 13 Valori: AAAAMMGgh_n NA	Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). NA

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
pi_n_mc «pressure injury nosocomial missing classification»	Decubito nosocomiale senza assegnazione a una categoria	Rilevamento di tutti i decubiti nosocomiali senza assegnazione a una categoria, con indicazione della data, sviluppatosi in questo ospedale. Per ogni caso di decubito nosocomiale viene assegnato un numero consecutivo da 1-n. Questo numero viene aggiunto alla data separato da un trattino basso «_» e serve per identificare in modo univoco il rispettivo decubito nosocomiale.	Elenco (separato da virgole) con data del decubito nosocomiale senza assegnazione a una categoria, lunghezza mass. per decubito nosocomiale senza assegnazione a una categoria: 13 Valori: AAAAMMGHh_n NA	Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). NA
pi_preadm_1 «pressure injury preadmission category 1»	Decubito di «Categoria 1: Eritema non reversibile» precedente alla degenza ospedaliera	Rilevamento facoltativo del numero di decubiti di categoria 1 sviluppatosi prima della degenza ospedaliera del paziente.	Numero, lunghezza mass.: 2 Valori: 1-99 NA	Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). NA

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
pi_preadm_2 «pressure injury preadmission category 2»	Decubito di «Categoria 2: Perdita parziale di spessore cutaneo» precedente alla degenza ospedaliera	Rilevamento facoltativo del numero di decubiti di categoria 2 sviluppatasi prima della degenza ospedaliera del paziente.	Numero, lunghezza mass.: 2 Valori: 1-99 NA	Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). NA
pi_preadm_3 «pressure injury preadmission category 3»	Decubito «Categoria 3: Perdita a tutto spessore cutaneo» precedente alla degenza ospedaliera	Rilevamento facoltativo del numero di decubiti di categoria 3 sviluppatasi prima della degenza ospedaliera del paziente.	Numero, lunghezza mass.: 2 Valori: 1-99 NA	Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). NA

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
pi_preadm_4 «pressure injury preadmission category 4»	Decubito di «Categoria 4: Perdita di tessuto a tutto spessore» precedente alla degenza ospedaliera	Rilevamento facoltativo del numero di decubiti di categoria 4 sviluppatasi prima della degenza ospedaliera del paziente.	Numero, lunghezza mass.: 2 Valori: 1-99 NA	Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). NA
pi_preadm_upi «pressure injury preadmission category unstageable pressure injury»	Decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta» precedente alla degenza ospedaliera	Rilevamento facoltativo del numero di decubiti sviluppatasi prima della degenza ospedaliera del paziente e non assegnabili ad alcuna categoria (profondità sconosciuta).	Numero, lunghezza mass.: 2 Valori: 1-99 NA	Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura». Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). 1

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
pi_preadm_sdti «pressure injury preadmission category suspected deep tissue injury»	Decubito «Sospetta lesione tissutale profonda: profondità non conosciuta» precedente alla degenza ospedaliera	Rilevamento facoltativo del numero di decubiti sviluppatisi prima della degenza ospedaliera del paziente e con sospetto danno profondo ai tessuti (profondità sconosciuta).	Numero, lunghezza mass.: 2 Valori: 1-99 NA	<p>Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura».</p> <p>Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1).</p> <p>NA</p>

VARIABILI	DESCRIZIONE VARIABILI	SPIEGAZIONI	FORMATO DEI DATI (VEDI PUNTO 4.1. «PRINCIPI DI BASE»)	ESEMPIO (DESCRIZIONE DI UNA SITUAZIONE E INDICAZIONE FILE PER L'ESPORTAZIONE [GRASSETTO])
pi_preadm_mc «pressure injury preadmission missing classification»	Decubito senza assegnazione a una categoria precedente alla degenza ospedaliera	Rilevamento facoltativo del numero di decubiti sviluppatisi prima della degenza ospedaliera del paziente e senza assegnazione a una categoria.	Numero, lunghezza mass.: 2 Valori: 1-99 NA	<p>Il paziente X è stato ricoverato il 04/01/2023. Sul tallone destro è già presente un decubito con perdita totale di tessuti. La crosta impedisce tuttavia di valutarne la profondità (decubito «Non Stadiabile: profondità non conosciuta»). Nel rapporto della casa di cura, il decubito in questione è già descritto come «sviluppatosi presso la casa di cura».</p> <p>Il 09/01/2023 alle 14.30, all'altezza dell'osso sacro (decubito numero 1) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1). Il 10/01/2023, il paziente X viene trasferito nel reparto di dimissione. L'11/01/2023, sul gomito sinistro (decubito numero 2) viene documentato un arrossamento che non sparisce alla digito-pressione (decubito nosocomiale di categoria 1).</p> <p>NA</p>

Tabella 3: panoramica della struttura e del formato dei dati da esportare (campi verdi = variabili riprese in tedesco dal progetto SpiGes, [V1.5, 25.09.2025](#))

5. TRASFERIMENTO DEI DATI

Dopo una prima verifica della correttezza e della completezza da parte della persona responsabile in seno all'ospedale/alla clinica (vedi capitolo 6 «Qualità dei dati»), il file generato dai fornitori di prestazioni secondo le direttive viene inviato alla w hoch 2 GmbH. A tal fine, le istituzioni hanno accesso a una dashboard «StuDek» messa a disposizione da w hoch 2.

Il file di esportazione viene esportato e caricato per sede per i gruppi di ospedali. Sulla base dei feedback ricevuti in «StuDek», è possibile apportare eventuali correzioni ai dati e caricare nuovamente sul dashboard un'esportazione dei dati modificata/corretta. I file caricati in precedenza vengono automaticamente sovrascritti. Questo processo iterativo può essere ripetuto tutte le volte che si desidera, al fine di garantire la massima qualità possibile dei dati trasmessi.

Prima del momento dell'ultima consegna possibile dei dati (si veda il capitolo 9 Programmazione in sintesi), gli istituti confermano che il set di dati attualmente visualizzato sulla dashboard è definitivo e lo rilasciano per la valutazione.

Circa due mesi dopo la data dell'ultima consegna possibile dei dati, le istituzioni hanno a disposizione una dashboard dei risultati in cui è possibile valutare e visualizzare i propri risultati.

La Figura 4 illustra l'intero processo di trasferimento dei dati.

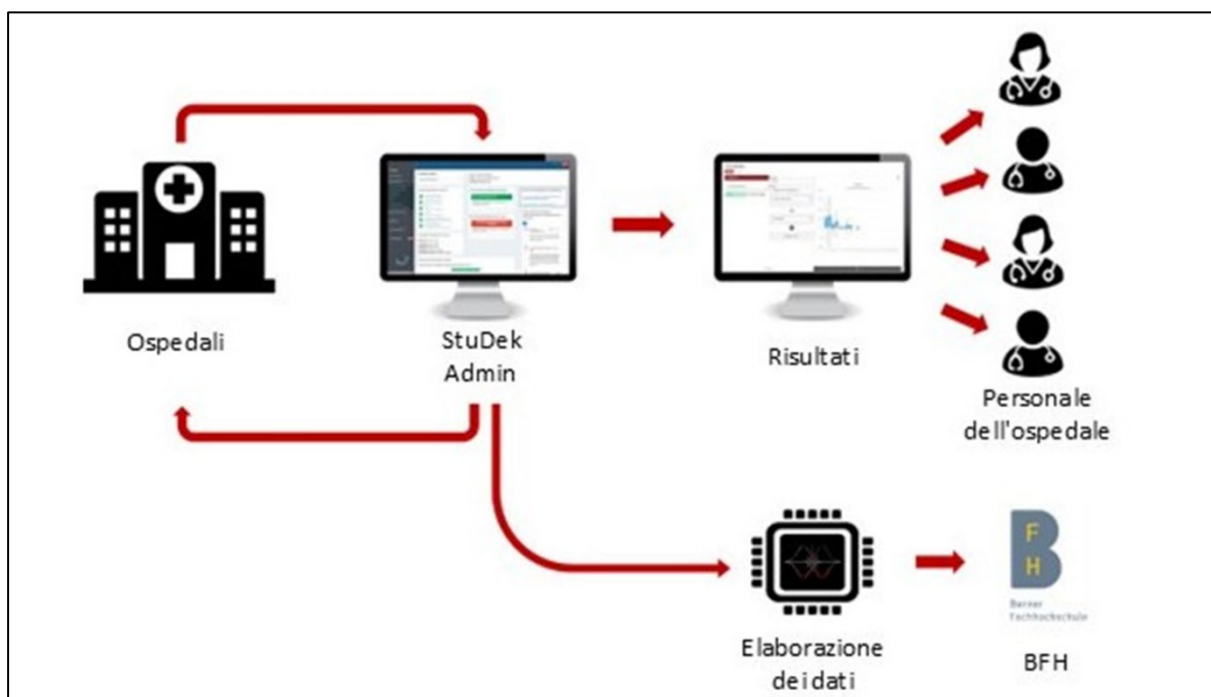


Figura 4: Processo di trasferimento dei dati

6. QUALITÀ DEI DATI

Nel quadro della misurazione nazionale caduta e decubito, vengono adottate misure a vari livelli per salvaguardare la qualità dei dati. La Tabella 4 riporta criteri e misure rilevanti in materia per i fornitori di prestazioni (esportazione dei dati), il centro di logistica della w hoch 2 GmbH (elaborazione dei dati e analisi specifica per ogni istituto) e l'istituto di analisi BFH (analisi nazionale dei dati). I fornitori di prestazioni possono incaricare persone/unità diverse delle varie misure. Si raccomanda tuttavia di nominare una o un responsabile che coordini tutte le attività.

FASE	MISURE	COMPETENZA
Preparazione (prima/durante il periodo di osservazione)	Sostegno alla completezza dei dati	
	Documentazione dettagliata sui dati e i formati necessari	w hoch 2 GmbH, BFH, ANQ
	Valutare le possibilità di integrare campi obbligatori relativi alle informazioni centrali (in particolare al contesto di insorgenza decubito [non nosocomiali/nosocomiali], alla data della caduta e alle conseguenze della caduta).	Fornitori di prestazioni
	Eventualmente verifiche interne per salvaguardare la qualità dei dati	Fornitori di prestazioni
Esportazione dei dati (dopo il periodo di osservazione)	Verifica della completezza dei dati per ogni caso e del numero di casi	
	Al termine del periodo di osservazione è possibile caricare i dati sulla piattaforma di w hoch 2, e ricevere un feedback dettagliato sulla qualità dei dati. La verifica della qualità dei dati avviene in due fasi. Durante il caricamento dei dati viene verificata la loro correttezza formale (numero di colonne, nomi delle variabili) e vengono segnalati eventuali errori. I dati possono essere caricati solo se soddisfano i requisiti formali. Una volta caricati i dati, è possibile verificarne la qualità con l'ausilio di grafici e tabelle e vengono segnalati i valori non plausibili.	w hoch 2 GmbH
	Estrazione dei dati per verificare la correttezza formale, la plausibilità e la completezza del file di esportazione sulla piattaforma di w hoch 2 GmbH, al fine di individuare eventuali lacune o errori prima del trasferimento definitivo dei dati e, se necessario, apportare correzioni all'estrazione dei dati. Il processo di caricamento di un set di dati e il feedback sulla qualità dei dati relativi al set di dati caricato possono essere ripetuti tutte le volte che si desidera. I set di dati trasmessi in precedenza vengono automaticamente sovrascritti quando si carica un nuovo set di dati.	Fornitori di prestazioni
	Verifica dei punti seguenti: <ul style="list-style-type: none"> il numero di casi nel file per l'esportazione corrisponde al numero di casi secondo l'amministrazione? 	Fornitori di prestazioni

FASE	MISURE	COMPETENZA
	<ul style="list-style-type: none"> il file per l'esportazione contiene tutte le variabili secondo la Tabella 3? ci sono doppioni? mancano dei valori? 	
	Eventualmente verificare la completezza con un caricamento provvisorio sulla piattaforma della w hoch 2 GmbH	Fornitori di prestazioni
Trasmissione dei dati	Verificare la correttezza formale dei dati	
	Rifiuto automatizzato di file incompleti o errati, incl. indicazione dei motivi: <ul style="list-style-type: none"> Numero di variabili corrette Nomi delle variabili corretti 	w hoch 2 GmbH
	Verifica automatizzata e standard della completezza e della plausibilità dei dati	
	Verifica automatizzata di tutti i file importati sulla base di regole definite (validatore), per esempio: <ul style="list-style-type: none"> valori mancanti doppioni valori duplicati data dimissione nel periodo di osservazione definito settore di valori per ogni variabile secondo le direttive Indicazioni di valori non plausibili (+/- 2,5 volte la deviazione standard), <i>incidenza documentata prima dell' ingresso in ospedale o dopo l'uscita</i> <i>Feedback sulla distribuzione dei valori (numero di diagnosi, durata della degenza, numero di reparti)</i> Scadenza consegna, controllo se tutti gli istituti che avrebbero dovuto inviare dati l'hanno effettivamente fatto	w hoch 2 GmbH
Analisi dei dati a livello nazionale	Verifica della completezza e della plausibilità dei dati nel confronto	
	Uniformazione dell'inclusione e dell'esclusione dei casi per il rapporto nazionale (solo casi ≥18 anni), contestualizzazione dei dati in riferimento ai dati UST, variabilità tra istituti e nel corso della misurazione (<i>in fase di sviluppo</i>)	BFH
	Eventualmente tasso di indicazioni mancanti su cadute e conseguenze, rispettivamente classificazioni dei decubiti per ogni istituto e nel confronto (<i>in fase di sviluppo</i>)	BFH

Tabella 4: misure per salvaguardare e verificare la qualità dei dati

7. PROTEZIONE DEI DATI

La misurazione caduta e decubito è soggetta al Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati (versione 2.0, [link](#)), il quale recita: «Gli ospedali e le cliniche sono responsabili del rilevamento corretto, completo e conforme dei dati e del trasferimento puntuale. [...] Prima della trasmissione all'ANQ, rispettivamente al partner di cooperazione designato dall'ANQ, gli ospedali e le cliniche pseudonimizzano o anonimizzano i dati personali secondo le direttive stabilite dall'ANQ per la rispettiva misurazione (p.es. concetto di misurazione). [...]» (art. 5). Inoltre, i responsabili adottano misure organizzative e tecniche adeguate a proteggere la riservatezza, la disponibilità e l'integrità dei dati e per garantire la tracciabilità del loro trattamento; a tal fine, tengono conto in particolare dei requisiti previsti dalle norme federali e cantonali sulla protezione dei dati a loro applicabili.

La fornitura di dati all'ANQ in relazione con le misurazioni nazionali della qualità avviene nell'ottica dell'adempimento di un obbligo giuridico ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Esiste quindi una base giuridica per la fornitura dei dati e il consenso del paziente non è necessario dal punto di vista della protezione dei dati. Allo stesso modo, non è richiesto il consenso generale dei pazienti ai sensi dello Human Research Act (HRA), poiché la misurazione non è soggetta all'HRA.

8. ANALISI DEI DATI E REDAZIONE DEL RAPPORTO

L'analisi nazionale dei dati e la redazione del rapporto (incl. confronto tra ospedali aggiustato secondo il rischio **a partire dal 2027**) vengono svolte dalla BFH. La pubblicazione del rapporto nazionale (incl. con il confronto tra ospedali aggiustato secondo il rischio **a partire dal 2027**) è competenza dell'ANQ secondo la relativa pianificazione, ma avviene al più tardi prima dell'inizio del periodo di misurazione successivo. Gli istituti hanno inoltre accesso a una dashboard della w hoch 2 GmbH con analisi descrittive dei loro dati a livello di istituto e, se disponibile, a livello di reparto.

Le fasi dell'analisi dei dati e della redazione del rapporto sono dettagliatamente nel concetto di analisi. Per il rapporto nazionale vengono considerati solo i casi concernenti pazienti più diciottenni. I pazienti meno di diciottenni vengono solo inclusi nell'analisi descrittiva sul dashboard di risultati specifica per ogni ospedale/clinica.

8.1 BASI DI CALCOLO PER GLI INDICATORI DEI RISULTATI

Per la misurazione nazionale caduta e decubito, si fa ricorso al metodo della misurazione dell'incidenza. Gli indicatori dei risultati caduta in ospedale, caduta in ospedale con conseguenze e decubito nosocomiale vengono elaborati come tassi di incidenza per ogni trimestre e ogni mille giorni di cura (conformemente a quanto stabilito dalla Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2013; EPUAP, NPIAP, & PPIA, 2019a).

I tassi di incidenza per trimestre vengono calcolati come segue:

$$\frac{\text{Numero di pazienti (casi) che soddisfano i criteri di inclusione con un risultato negativo nel periodo definito}}{\text{Numero di tutti i pazienti (casi) che soddisfano i criteri di inclusione nel periodo definito}} \times 100$$

I tassi di incidenza ogni mille giorni di cura vengono calcolati come segue.

$$\frac{\text{Numero di eventi negativi concernenti pazienti (casi) che soddisfano i criteri di inclusione nel periodo definito}}{\text{Somma della durata della degenza in giorni (i giorni di ammissione e dimissione contano come giorni di cura) di tutti i pazienti (casi) che soddisfano i criteri di inclusione nel periodo definito}} \times 1000$$

Su richiesta degli ospedali, inoltre, per i decubiti viene calcolato un tasso di prevalenza periodico (trimestrale), purché vengano inviati i relativi dati. La prevalenza periodica comprende i decubiti nosocomiali e quelli sviluppatasi prima dell'ammissione. Questo tasso, pubblicato solo nella dashboard dei risultati, viene calcolato come segue (EPUAP, NPIAP, & PPPIA, 2019a, pag. 315).

$$\frac{\text{Numero di pazienti (casi) con decubito che soddisfano i criteri di inclusione nel periodo definito}}{\text{Numero di tutti i pazienti (casi) che soddisfano i criteri di inclusione nel periodo definito}} \times 100$$

Il rapporto nazionale menziona i tassi di incidenza per il trimestre e i tassi ogni mille giorni di cura.

Per l'indicatore decubito, vengono indicati i tassi dei decubiti di tutte le categorie secondo EPUAP, NPIAP, & PPPIA (2019a) e separatamente quelli dei decubiti di categoria 2 e superiore (vedi allegato B). Questa differenziazione è riconducibile alla difficoltà di individuare correttamente i decubiti di categoria 1 e di distinguerli da altri fenomeni (Fletcher Obe et al., 2021; Waugh & Bergquist-Beringer, 2020).

9. SCADENZE

La misurazione comprende il periodo di osservazione da primo febbraio al 30 aprile. Gli ospedali possono registrarsi sulla piattaforma della w hoch 2 GmbH da dicembre. A dicembre e gennaio seguirà poi la formazione delle persone responsabili da parte dei fornitori di prestazioni. Concluso il periodo di osservazione, i fornitori di prestazioni hanno tre mesi di tempo (fino a fine luglio) per caricare i dati sulla piattaforma della w hoch 2 GmbH, verificare, correggere/completare se necessario, prima che vengano trasmessi definitivamente per la valutazione nazionale. Successivamente, la w hoch 2 GmbH procederà alla pulizia dei dati, prima che, a partire dalla fine di settembre, i risultati descrittivi saranno consultabili in una dashboard. I dati saranno inoltre analizzati anche a livello nazionale dalla BFH. Una pianificazione dettagliata delle scadenze è disponibile nell'allegato C.

La pubblicazione non trasparente dei risultati nazionali è prevista per l'inizio dell'anno seguito.

BIBLIOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2013). 5. *How do you measure fall rates and fall prevention practices?* Retrieved 17.06.2024 from <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/fall-prevention/toolkit/measure-fall-rates.html>
- Bernet, N. S., Thomann, S., Kurpicz-Briki, M., Roos, L., Everink, I. H. J., Schols, J. M. G. A., & Hahn, S. (2022). Potential of Electronic Medical Record Data for National Quality Measurement. *Studies in Health Technology and Informatics*, 292, 51-56. <https://doi.org/10.3233/shti220320>
- Bours, J., Halfens, R. J., Lubbers, M., & Haalboom, J. R. (1999). The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. *Ostomy Wound Manage*, 45(11), 28-33, 36-28, 40.
- Boyle, D. K., Jayawardhana, A., Burman, M. E., Dunton, N. E., Staggs, V. S., Bergquist-Beringer, S., & Gajewski, B. J. (2016). A pressure ulcer and fall rate quality composite index for acute care units: A measure development study. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 73-81. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.020>
- Burston, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2013). Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1785-1795. <https://doi.org/10.1111/jocn.12337>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2022). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 14.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2019a). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. <https://internationalguideline.com/s/CPG2019edition-digital-Nov2023version.pdf>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2019b). Prevenzione e Trattamento delle Ulcere/Lesioni da Pressione: Guida Rapida di Riferimento 2019. <https://epuap.org/download/8569/>
- Fletcher Obe, J., Jacklin, A., & Adderley, U. (2021). A brief history of pressure ulcer measurement in England: the last 20 years. *Wound UK*, 17(2), 14-20.
- Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2469-2482. <https://doi.org/10.1111/jan.12503>
- Kuster, B., Baumberger, D., Spirig, R., & Müller, M. (2009). *Empfehlung Qualitätsindikatoren und Messmethoden. Empfehlung Qualitätsindikatoren und Messmethoden zuhanden H+ und des Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)*.
- Min, L., Tinetti, M., Langa, K. M., Ha, J., Alexander, N., & Hoffman, G. J. (2019). Measurement of Fall Injury With Health Care System Data and Assessment of Inclusiveness and Validity of Measurement Models. *JAMA Netw Open*, 2(8), e199679. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9679>
- Montalvo, I. (2007). National Database of Nursing Quality Indicators.
- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., & Alexander, N. B. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Aging*, 51, 1-36. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (1989). Morse Fall Scale. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t24759-000>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2014). *Prevenzione e Trattamento delle Ulcere da Pressione: Guida Rapida di Riferimento*. <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/italian-traduzione-linee-guida-epuap-final-version-updated-jan2016.pdf>
- Schubert, M., Clarke, S. P., Glass, T. R., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: A correlational study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 884-893. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008>
- Van Nie-Visser, N. C., Schols, J. M. G. A., Meesterberends, E., Lohrmann, C., Meijers, J. M. M., & Halfens, R. J. G. (2013). An international prevalence measurement of care problems: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), e18-e29. <https://doi.org/10.1111/jan.12190>
- Wagh, S. M., & Bergquist-Beringer, S. (2020). Methods and Processes Used to Collect Pressure Injury Risk and Prevention Measures in the National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *Journal of Nursing Care Quality*, 35(2), 182-188. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000428>
- World Health Organisation (WHO). (2018). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls#:~:text=Key%20facts,greatest%20number%20of%20fatal%20falls>

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1: organigramma della misurazione caduta e decubito.....	6
Figura 2: rappresentazione grafica dei casi nel periodo di osservazione	11
Figura 3: Panoramica dell'esportazione dei dati per sede per i trasferimenti dei pazienti all'interno di un gruppo ospedaliero	13
Figura 4: Processo di trasferimento dei dati	30

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1: istituti, responsabilità e persona di contatto.....	8
Tabella 2: cadenza del rilevamento dei dati.....	8
Tabella 3: panoramica della struttura e del formato dei dati da esportare (campi verdi = variabili riprese in tedesco dal progetto SpiGes, V1.5, 25.09.2025)	28
Tabella 4: misure per salvaguardare e verificare la qualità dei dati	32
Tabella 5: pianificazione della misurazione	46

ALLEGATI

Allegato A: definizioni e specifiche dell'indicatore caduta	41
Allegato B: definizioni e specifiche dell'indicatore decubito	43
Allegato C: pianificazione per la preparazione e lo svolgimento della misurazione	45

Allegato A: definizioni e specifiche dell'indicatore caduta

DEFINIZIONE DI CADUTA

«Una caduta è un evento in seguito al quale una persona si trova involontariamente distesa sul pavimento o su una superficie più bassa» (libera traduzione della definizione OMS 2021 secondo il Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022, pag. 20).

Specifiche inerenti alla definizione di caduta: oltre alla definizione generale di caduta, nel quadro della misurazione nazionale delle cadute negli ospedali della medicina somatica acuta subentrano anche le specifiche seguenti.

- Lo scivolare da una sedia e il cadere all'indietro sul letto soddisfano la definizione di caduta («superficie più bassa»).
- Il «rotolare giù» da un materasso collocato sul pavimento soddisfa la definizione di caduta («superficie più bassa»).
- Le cadute «controllate» (= assisted fall), ossia l'accompagnamento morbido al suolo o verso una superficie più bassa del paziente da parte di una persona presente al momento della caduta, sono incluse nella definizione.
- Ogni ritrovamento di un paziente su una superficie più bassa rispetto a dove dovrebbe essere è considerato una caduta.
- Gli interventi violenti esterni (di altre persone) non sono considerati cadute.

Queste specifiche corrispondono alle attuali raccomandazioni a livello internazionale (WHO, 2018; Boyle et al., 2016; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022; Min et al., 2019; Montalvo, 2007).

DEFINIZIONE DI CADUTA CON CONSEGUENZE

Le conseguenze comprendono sia una lesione procurata da una caduta (sulla base di Montero-Odasso et al., 2022), sia ulteriori misure diagnostiche e/o terapeutiche in seguito a una caduta (decisione Comitato per la qualità, 2024).

Specifiche inerenti alla definizione di caduta con conseguenze

- Le conseguenze di una caduta vengono spesso suddivise per gravità. Nel quadro della misurazione nazionale caduta e decubito, tutti i livelli di gravità sono considerati conseguenze. Vengono quindi rilevate anche lievi lesioni dovute a una caduta (p.es. dolori, piccole escoriazioni, abrasioni; Montalvo, 2007; Morse et al., 1989).
- Ulteriori misure diagnostiche e terapeutiche in seguito a una caduta sono considerate una conseguenza della stessa, indipendentemente dall'esito (decisione Comitato per la qualità, 2024). **La valutazione iniziale dopo una caduta da parte di un esperto (infermiere, medico, ecc.) non è tuttavia considerata una misura diagnostica approfondita. Si parla di caduta con conseguenze solo quando la valutazione iniziale rivela lesioni evidenti o sospette che richiedono ulteriori misure diagnostiche e/o terapeutiche e comportano quindi**

un costo aggiuntivo (finanziario) per l'ospedale/la clinica (indipendentemente dal risultato). Questo è il caso, ad esempio, quando per accertare le lesioni è necessaria una tomografia computerizzata (TC) o un monitoraggio regolare dello stato di coscienza (monitoraggio GCS) (decisione Comitato per la qualità, 2025).

- Non appena la caduta esige un seppur minimo trattamento infermieristico o medico, è considerata una caduta con conseguenze (p.es. applicazione di una fasciatura, apposizione di ghiaccio, pulizia di una ferita, rialzamento di un arto, somministrazione di farmaci).

Sul piano internazionale (e nazionale), la suddivisione dei vari livelli di gravità delle conseguenze di una caduta è molto eterogenea. Ciò è stato confermato anche dal progetto preliminare (Bernet et al., 2022), nonché dai riscontri degli istituti dei membri del Comitato per la qualità. La valutazione e l'assegnazione corrette del livello di gravità da parte del personale infermieristico sono inoltre considerate difficili. L'ANQ e i membri del Comitato per la qualità hanno dunque deciso di limitarsi per il momento alla suddivisione tra cadute con/senza conseguenze. Un'ulteriore differenziazione della gravità delle conseguenze potrebbe essere parte di un futuro perfezionamento della misurazione.

Allegato B: definizioni e specifiche dell'indicatore decubito

DEFINIZIONE DI DECUBITO

«Un'ulcera da pressione è una lesione localizzata alla cute e/o al tessuto sottostante solitamente localizzata su una prominenza ossea, come risultato della pressione o della pressione in combinazione con le forze di taglio. Un certo numero di fattori contribuenti o confondenti sono anche associati alle ulcere da pressione; l'importanza di questi fattori rimane ancora da chiarire» (NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014).

Specifiche inerenti alla definizione di decubito:

- La mucosa è esclusa dalla misurazione in quanto la categorizzazione secondo EPUAP non è applicabile (EPUAP, NPIAP, & PPPIA, 2019a).

Le definizioni seguenti conformemente a EPUAP, NPIAP, & PPPIA (2019b) vengono applicate per la classificazione dei decubiti.

Categoria/Stadio I: Eritema non reversibile

Cute intatta con rossore non reversibile di una zona localizzata solitamente su una prominenza ossea. La cute pigmentata di scuro può non avere una reversibilità visibile; il suo colore può differire dalla zona circostante.

L'area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. La Categoria/Stadio 1 può essere difficile da rilevare nei soggetti con tonalità di pelle scura. Può indicare persone «a rischio» (un segno foriero di rischio).

Categoria/Stadio II: Perdita parziale di spessore cutaneo

Perdita parziale di spessore del derma che si presenta come un'ulcera aperta poco profonda con un letto di ferita rosso rosa, senza slough. Può anche presentarsi come una vescica intatta o aperta/interrotta sierosa.

Si presenta come ulcera poco profonda, lucida o secca, senza slough o ecchimosi*. Secondo NPUAP (2016) citato in EPUAP, NPIAP, & PPPIA (2019b), questa «fase non dovrebbe essere utilizzata per descrivere il danno cutaneo associato all'umidità (MASD), compresa la dermatite associata all'incontinenza (IAD), intertrigo (ITD), lesioni cutanee legate ad adesivi (MARSI) o ferite traumatiche (lacerazioni cutanee, ustioni, abrasioni).»

* L'ecchimosi indica una sospetta lesione profonda del tessuto.

Categoria/Stadio III: Perdita a tutto spessore cutaneo

Perdita di tessuto a tutto spessore. Il grasso sottocutaneo può essere visibile, ma le ossa, i tendini o i muscoli non sono esposti. Può essere presente slough, ma non copre la profondità della perdita tissutale. Può includere sottominature e tunnelizzazioni.

La profondità di un'ulcera da pressione di Categoria/Stadio 3 varia a seconda della posizione anatomica. Il dorso del naso, l'orecchio, l'occipite e il malleolo non hanno tessuto sottocutaneo e le ulcere di Categoria/Stadio 3 possono essere poco profonde. Al contrario, le aree di adiposità significative possono sviluppare ulcere da pressione di Categoria/Stadio 3 estremamente profonde. L'osso/tendine non è visibile o direttamente palpabile.

Categoria/Stadio IV: Perdita di tessuto a tutto spessore

Perdita di tessuto a tutto spessore con osso, tendine o muscolo esposto. Su alcune parti del letto della ferita possono essere presenti slough o escara. Spesso includono sottominature o tunnellizzazioni.

La profondità di un'ulcera da pressione di Categoria/Stadio 4 varia a seconda della posizione anatomica. Il dorso del naso, l'orecchio, l'occipite e il malleolo non hanno tessuto sottocutaneo e queste ulcere possono essere poco profonde.

Categoria/Ulcere da stadio 4 e si estendono al muscolo e/o a strutture di supporto (ad es. fascia, tendine o capsula articolare) rendendo possibile l'osteomielite. L'osso/tendine esposto è visibile o direttamente palpabile.

Non Stadiabile: profondità non conosciuta

Perdita di tessuto a tutto spessore in cui la base dell'ulcera è coperta da slough (gialla, ambrata, grigia, verde o marrone) e/o escara (ambrata, marrone o nera) sul letto di ferita.

Fino a quando non viene rimossa abbastanza slough e/o escara per esporre la base della ferita, la profondità reale, e quindi la Categoria/Fase, non può essere determinata. L'escara stabile (secca, aderente, intatta senza eritemi o fluttuazioni) sui talloni funge da «copertura naturale (biologica) del corpo» e non deve essere rimossa.

Sospetta lesione tissutale profonda: profondità non conosciuta

Area localizzata viola o marrone di cute intatta scolorita o con flittene emorragica dovuta al danno sottostante dei tessuti molli causato dalla pressione e/o dalle forze di frizione. L'area può essere preceduta da tessuto dolente, solido o molle, più caldo o più freddo rispetto ai tessuti adiacenti.

Lesioni profonde dei tessuti possono essere difficili da rilevare in individui con tonalità di cute scura. L'evoluzione può includere una sottile vescica sopra un fondo di ferita scura. La ferita può evolvere ulteriormente e diventare coperta da escara sottile. L'evoluzione può essere rapida esponendo ulteriori strati di tessuto anche con un trattamento ottimale.

Allegato C: pianificazione per la preparazione e lo svolgimento della misurazione

QUANDO	ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ
ottobre	Colloquio online (trilingue): l'obiettivo è informare gli ospedali che hanno aderito alla convenzione sulla qualità in merito agli sviluppi della misurazione delle cadute e dei decubiti.	ANQ, BFH, w hoch 2
da dicembre	Registrazione degli ospedali interessati sulla piattaforma della w hoch 2 GmbH.	Fornitori di prestazioni, w hoch 2
dicembre/gennaio	Tutti i documenti rilevanti per la misurazione (documentazione per la formazione, manuale, istruzioni tecniche) sono a disposizione.	BFH, w hoch 2, ANQ
dicembre/gennaio	Formazioni online (traduzione simultanea DE/FR/IT)	BFH, w hoch 2, ANQ
gennaio – giugno	Preparazione esportazione dei dati: <ul style="list-style-type: none"> informazione e intesa con le parti in causa (p.es. IT, responsabili della cartella informatizzata del paziente, controllo, reparto di codificazione); verifica della disponibilità e delle possibilità di esportazione delle informazioni necessarie della cartella informatizzata del paziente, ev. test di altre applicazioni (vedi Tabella 3); sarà possibile svolgere uno o più test di caricamento dei dati da a partire da maggio 2025. Si raccomanda di avvalersi di questa possibilità di verifica della qualità di dati. 	Fornitori di prestazioni
gennaio – giugno	Verifica della qualità dei dati <ul style="list-style-type: none"> Secondo Tabella 4, capitolo 6. <p>Contenuto</p> <ul style="list-style-type: none"> Eventualmente verifiche interne della qualità della documentazione, promemoria a specialiste e specialisti nei reparti, formazioni sulle definizioni e la documentazione. 	Fornitori di prestazioni
1° febbraio – 30 aprile	Periodo di osservazione	Fornitori di prestazioni
maggio – luglio	Verifica della plausibilità <ul style="list-style-type: none"> Verifica automatizzata della plausibilità secondo Tabella 4, capitolo 6. Nota: i file di dati possono essere controllati automaticamente per verificarne la correttezza formale e la plausibilità. 	Fornitori di prestazioni, w hoch 2
fine luglio	Esportazione finale e caricamento dei dati sulla piattaforma della w hoch 2 GmbH. Entro la fine di luglio, le istituzioni confermano che i dati attualmente visualizzati sul dashboard sono definitivi e li rendono disponibili per la valutazione.	Fornitori di prestazioni
agosto – settembre	Elaborazione dei dati <ul style="list-style-type: none"> Elaborazione dei dati per ogni fornitore di prestazioni. Preparazione del set di dati nazionale. 	w hoch 2

Fine settembre	Presentazione dei risultati nella dashboard. Set di dati grezzi disponibile per ogni fornitore di prestazioni e a livello nazionale.	w hoch 2
Settembre - inizio dell'anno seguente	Risultati analisi nazionale (rapporto).	BFH

Tabella 5: pianificazione della misurazione

IMPRESSUM

Titolo principale e sottotitolo	Manuale di misurazione - caduta e decubito
Anno	2025
Autrici e autori	Niklaus S. Bernet, Karin Thomas, Cécile JeanRichard, Silvia Thomann
Indirizzo per la corrispondenza di contatto	Berner Fachhochschule Departement Gesundheit Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege Nationales Auswertungsinstitut Messung Sturz und Dekubitus Murtenstrasse 10 3008 Bern qi.gesundheit@bfh.ch
Committente rappresentato da	ANQ Daniela Zahnd Geschäftsstelle ANQ Weltpoststrasse 5 3015 Bern +41 31 511 38 40, info@anq.ch , www.anq.ch
Copyright	Il manuale di misurazione è reso pubblico con licenza Creative Commons CC BY-SA 4.0. Può essere liberamente utilizzato, modificato e diffuso dall'ANQ, dalla BFH e da terzi, a condizione che tutte le modifiche e i riutilizzi avvengano anch'essi con licenza CC BY-SA 4.0.
Citazione	<i>Manuale di misurazione - Caduta e decubito</i> , © 2025 by ANQ, BFH e w hoch 2 GmbH, concesso in licenza sotto CC BY-SA 4.0 .