Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

Misurazione prevalenza Caduta e decubito
Medicina somatica acuta, adulti

Rapporto comparativo nazionale | Versione breve

Misurazione 2016

Maggio 2017, versione 1.0

Thunstrasse 17 / Postfach / 3000 Bern 6
Tel. +41 31 511 38 40 / info@anq.ch / www.anq.ch

Introduzione

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

Dal 2011, la Scuola universitaria professionale di Berna (BFH) svolge su incarico dell'ANQ la misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza caduta e decubito tra gli adulti nella medicina somatica acuta stazionaria, occupandosi dell'organizzazione della misurazione e dell'elaborazione dei dati a livello nazionale. Per il rilevamento dei dati in Ticino e in Romandia, la BFH coopera con la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) di Manno e con la Haute école de santé (HEdS-FR) di Friborgo.

Nel 2016, per la misurazione ci si è di nuovo avvalsi del metodo dell'Università di Maastricht «LPZ International» (International Prevalence Measurement of Quality of Care), il quale è stato tuttavia completamente rielaborato e ribattezzato LPZ 2.0.

I decubiti sono stati rilevati il giorno della misurazione (prevalenza puntuale), calcolandone i tassi di prevalenza complessiva e i tassi di prevalenza nosocomiale. Con l'introduzione del metodo LPZ 2.0, si fa ricorso alla classificazione NPUAP-EPUAP-PPPIA con sei, e non più quattro, categorie di decubito.

Le cadute riguardavano invece un periodo di trenta giorni (prevalenza periodica). Vengono rilevate le conseguenze delle cadute e calcolati i tassi di caduta e i tassi di lesione complessivi. Questa misurazione prevedeva anche il rilevamento delle cadute nell'anamnesi (dodici mesi precedenti) come fattore di rischio e dell'assunzione di sedativi e di farmaci che influiscono sul comportamento.

La presente versione breve contiene i risultati tra gli adulti a livello nazionale. Il rapporto dettagliato è consultabile online.

Domande

Nel complesso, la misurazione mira a rispondere alle domande seguenti.

- Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali: tutte le categorie,[1] rispettivamente categoria 2 e superiore
- Tassi di prevalenza delle cadute verificatesi in ospedale
- Confronto tra ospedali aggiustato secondo il rischio in relazione a cadute e decubiti
- Descrizione degli indicatori di struttura e di processo in relazione a cadute e decubiti

Rilevamento dei dati

I dati sono stati rilevati l'8 novembre 2016. Sono stati inclusi tutti i pazienti che nel giorno in questione hanno ricevuto cure stazionarie. Sono invece state escluse le puerpere. I pazienti o le persone con diritto di rappresentanza dovevano fornire il loro consenso orale alla partecipazione.

[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.

Due infermieri (una persona interna al reparto e una esterna) hanno effettuato il rilevamento direttamente al letto del paziente, annotando la presenza di un decubito e/o di un rischio di decubito, rispettivamente registrando eventuali cadute in ospedale nei trenta giorni precedenti. Per tutte le altre domande era possibile avvalersi della documentazione del paziente.

Partecipanti

Tutte le 195 sedi annunciate hanno partecipato (114 ospedali singoli e 29 gruppi di ospedali). Si trattava di 5 ospedali universitari, 67 ospedali generali con presa a carico centralizzata, 83 ospedali delle cure primarie e 40 cliniche specializzate, per un totale di 1175 reparti.

Il giorno della misurazione, negli istituti partecipanti erano degenti 17'619 pazienti maggiori di diciotto anni, 13'465 dei quali (76,4%) hanno consentito a partecipare alla misurazione.

Risultati indicatore decubito

Tassi di decubito

A livello nazionale, il *tasso di prevalenza complessiva (tutte le categorie)* è di poco inferiore al 7%, mentre il *tasso di prevalenza dalla categoria 2* è del 3,8%. 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 4,4% (anno precedente: 4,1%). Si tratta del valore più alto degli ultimi anni di misurazioni. Il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2* è del 2,0% (anno precedente: 1,9%) e negli ultimi tre anni ha fatto registrare ogni volta un aumento dello 0,1%.

Confronto pluriennale

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

Nel *confronto internazionale*, il tasso di prevalenza complessiva nosocomiale rilevato in Svizzera si situa nel terzo inferiore dei valori di riferimento riportati dalla letteratura specializzata. Il tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2 si situa anch'esso nella fascia inferiore dei valori di riferimento. Rispetto alle ultime tre misurazioni LPZ, questo risultato è ancora leggermente più basso di quello in Olanda e chiaramente superiore a quello in Austria.

Rispetto all'anno precedente, i tassi di prevalenza nosocomiale tra i partecipanti con un *rischio di decubito* sono leggermente aumentati. Il tasso di prevalenza complessiva nosocomiale è pari al 14,2% (aumento dell'1,7%), il tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2 del 6,5% (aumento dello 0,6%). Si tratta di oscillazioni riconducibili al caso.

I tassi di prevalenza nosocomiale a *livello di reparto* sono cambiati solo leggermente nella maggior parte dei reparti. Fa eccezione la terapia intensiva, dove si constata un forte incremento: negli ultimi tre anni, infatti, il tasso di prevalenza dalla categoria 2 è aumentato di oltre il 3%. Tali risultati sono tuttavia paragonabili a quanto indicato dalla letteratura specializzata.

Aggiustamento secondo il rischio[2]

Nel *confronto aggiustato secondo il rischio*, il *tasso di prevalenza complessiva nosocomiale* di dieci ospedali diverge in modo significativo dal totale di tutti i nosocomi. Per quanto riguarda il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2*, tale divergenza si osserva in tre ospedali.

Le variabili seguenti influenzano il rischio di *decubito nosocomiale (tutte le categorie)*: valutazione clinica soggettiva positiva, dipendenza assistenziale, durata crescente della degenza e gruppi di diagnosi ICD indipendenti l'uno dall'altro (malattie infettive e circolatorie).

Le variabili seguenti influenzano il rischio di *decubito nosocomiale dalla categoria 2*: valutazione clinica soggettiva positiva, durata crescente della degenza, dipendenza assistenziale, gruppi di diagnosi ICD indipendenti l'uno dall'altro (malattie infettive, circolatorie e della pelle, ferimenti, avvelenamenti e conseguenze di cause esterne).

Indicatori di processo e di struttura

La ripartizione del decubito secondo le categorie della classificazione NPUAP-EPUAP-PPPIA corrisponde ai dati disponibili a livello internazionale: i più frequenti sono i decubiti della categoria 1, seguiti da quelli della categoria 2. Le parti anatomiche più colpite sono il tallone e l'osso sacro, il che corrisponde anche in questo caso ai riscontri internazionali.

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

Risultati indicatore caduta in ospedale

Tassi di caduta

Il tasso di caduta è pari al 3,8% (anno precedente: 3,0%). Tale aumento può essere riconducibile al caso.

Confronto pluriennale

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

Benché dall'inizio della misurazione si constata un leggero calo dei tassi di caduta in ospedale, in Svizzera essi restano più elevati rispetto all'estero. Se confrontati con altri paesi LPZ, sono relativamente alti rispetto all'Olanda, ma analoghi a quelli rilevati in Austria.

Un rischio di caduta (caduta nell'anamnesi, dodici mesi precedenti) è stato riscontrato in quasi un terzo dei partecipanti. Queste persone sono cadute tre volte più spesso degli altri partecipanti alla misurazione.

A livello di reparto, i tassi di prevalenza nei reparti chirurgici e non chirurgici sono rimasti relativamente costanti. I più alti sono stati rilevati nella riabilitazione e nella geriatria acuta.

[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 pertanto importante considerare i fattori di rischio dei pazienti adottando una particolare procedura statistica, chiamata aggiustamento secondo il rischio.

Quasi il 40% delle persone cadute in ospedale presenta conseguenze: ne deriva un tasso di lesione complessivo del 41,3%, un risultato superiore a quello rilevato in Austria e che si situa nella fascia più alta dei valori di riferimento internazionali.

Aggiustamento secondo il rischio

Le variabili seguenti influenzano il rischio di caduta: durata della degenza, dipendenza assistenziale (la dipendenza prevalente e completa non comporta un rischio significativo di caduta, il che è probabilmente riconducibile alla limitata mobilità del paziente), gruppi di diagnosi ICD indipendenti l'uno dall'altro (disturbi psichici e comportamentali, malattie del sangue, lesioni, avvelenamenti e conseguenze di cause esterne).

Indicatori di processo e di struttura

La *documentazione del rischio di caduta* (caduta nell'anamnesi) mancava per un terzo abbondante dei pazienti a rischio e per un quinto delle persone cadute in ospedale. Per quasi tre quarti dei partecipanti sono state adottate misure di prevenzione. Il numero quasi doppio di misure adottate per le persone cadute lascia supporre che una caduta attivi un processo di sensibilizzazione.

I risultati descrittivi degli *indicatori di processo e di struttura* permettono di constatare che nei nosocomi sono state adottate misure di sviluppo. Esse paiono influire al momento più a livello di struttura che non a livello di processo e di risultati. Nel quadro dello sviluppo di misure di miglioramento della qualità, si consiglia di dare la priorità all'individuazione dei pazienti a rischio, alla creazione di un approccio basato su più interventi nell'ambito della prevenzione, all'informazione dei pazienti e alla formazione dei collaboratori.

Conclusioni e raccomandazioni

Partecipazione alla misurazione

Alla misurazione ha partecipato il 96% degli ospedali acuti aderenti al contratto nazionale di qualità. I reparti partecipanti sono rappresentativi degli ospedali acuti in Svizzera.

Negli ultimi tre anni, le dimensioni del campione e il tasso di partecipazione sono rimasti relativamente costanti. Purtroppo, però, la quota mirata dell'80%, che incrementerebbe la rappresentatività della misurazione, non è stata raggiunta.

Nel 2016, per la prima volta è stato rilevato il numero di persone che non hanno partecipato alla misurazione a causa di difficoltà linguistiche: si tratta dell'8,1% di chi non ha partecipato. La redazione delle informazioni ai pazienti e ai familiari nelle principali lingue migratorie potrebbe contribuire ad aumentare la partecipazione.

Indicatori di qualità e sviluppo della qualità

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

Nei reparti di terapia intensiva si registrano tassi in aumento. Le pubblicazioni dedicate alla riduzione dei casi di decubito in questi reparti descrivono programmi per il miglioramento della qualità con approcci basati su più interventi specifici.

Per quanto riguarda le *cadute in ospedale*, per le quali i tassi sono più alti nel confronto internazionale, dall'inizio della misurazione si constatano solo timidi sviluppi, più a livello di struttura che non a livello

di processo o di risultati. In tale ambito, occorre accertarsi che gli indicatori disponibili a livello di struttura (come direttive e gruppi multidisciplinari) vengano attuati durevolmente a livello di processo. Il fattore cultura organizzativa (leadership, cultura della sicurezza, comunicazione, livello di personale e pazienti) e aspetti della partecipazione dei pazienti dovrebbero essere integrati attivamente.

La letteratura specializzata continua a considerare una caduta nell'anamnesi il predittore più importante per altre cadute. Si delinea un fabbisogno centrale di misure di miglioramento, soprattutto se si considera che in questa misurazione per quasi un terzo delle persone cadute in ospedale non è stata documentata alcuna valutazione del rischio.

Raccomandazioni metodiche

Sulla scorta delle limitazioni identificate nell'aggiustamento secondo il rischio per le *cadute in ospedale*, si raccomanda di procedere ad adeguamenti nel questionario LPZ 2.0 (separazione variabile caduta nell'anamnesi, rilevamento completo della variabile assunzione di sedativi o di farmaci che influiscono sul comportamento).

La qualità delle cure si definisce con il calo dei tassi di caduta, ma anche con la riduzione delle lesioni gravi. In tal senso, si consiglia di valutare l'opportunità di completare la pubblicazione dei tassi di caduta in ospedale con quella dei tassi di lesione.

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. Considerata la fluttuazione dei tassi nel periodo 2011-2016, in particolare per quanto concerne le cadute in ospedale, sarebbe consigliabile svolgere anche in futuro le misurazioni a scadenze regolari. Gli attestati effetti positivi di misurazioni ricorrenti sullo sviluppo della qualità contribuiscono alla sensibilizzazione duratura.

Non da ultimo, la misurazione va valutata anche alla luce delle aree di intervento tre (garantire e migliorare la qualità dell'assistenza) e quattro (creare trasparenza, migliorare la direzione strategica e il coordinamento) identificate dal Consiglio federale nel rapporto «Sanità 2020». 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.