



Caduta e decubito

Medicina somatica acuta, adulti

Rapporto comparativo nazionale | Versione breve

Misurazione 2017

Agosto 2018, versione 1.0

Introduzione

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

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

Per la misurazione, si ricorre alla procedura dell'Università di Maastricht International Prevalence Measurement of Quality of Care (LPZ International). I decubiti vengono rilevati il giorno della misurazione (prevalenza puntuale), calcolandone i tassi di prevalenza complessiva e i tassi di prevalenza nosocomiale. Le cadute sono invece monitorate nell'arco di un periodo retroattivo di trenta giorni (prevalenza periodica). Vengono rilevate le conseguenze delle cadute e calcolati i tassi di caduta e i tassi di lesione complessivi.

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

Domande

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

- Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali: tutte le categorie,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 il 14 novembre 2017. Sono stati inclusi tutti i pazienti che nel giorno in questione hanno ricevuto cure stazionarie. Sono invece stati esclusi le puerpere e i pazienti in pronto soccorso, negli ospedali di giorno, nelle sale risveglio e negli ambulatori. I pazienti o le persone con diritto di rappresentanza dovevano fornire il loro consenso orale alla partecipazione.

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

¹ Il decubito nosocomiale è classificabile come segue. Categoria 1: arrossamento della cute intatta che non sparisce alla digitopressione | Categorie 2-6: perdita parziale della cute-perdita completa della cute o dei tessuti, nonché profondità sconosciuta.

Partecipanti

L'analisi comprende i dati di 198 sedi ospedaliere (115 istituti singoli e trenta gruppi di ospedali). Si trattava di cinque ospedali universitari, 71 ospedali generali con presa a carico centralizzata, 77 ospedali delle cure primarie e 45 cliniche specializzate.

Il giorno della misurazione, negli istituti partecipanti erano degenti 17'438 pazienti maggiori di diciotto anni, 13'227 (75,9%) dei quali hanno consentito a partecipare alla misurazione.

Risultati indicatore decubito

Tassi di decubito

A livello nazionale, il *tasso di prevalenza complessiva (tutte le categorie)* è del 6,9%, mentre il *tasso di prevalenza dalla categoria 2* è del 3,9%. 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 4,3% (anno precedente: 4,4%). Il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2* è pari a quello dell'anno precedente (2,0%).

Confronto pluriennale

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

Nel *confronto internazionale*, il tasso di prevalenza complessiva nosocomiale rilevato in Svizzera si situa nel terzo inferiore dei valori di riferimento riportati dalla letteratura specializzata. I risultati svizzeri sono più bassi di quelli calcolati nelle misurazioni LPZ in Olanda, ma più alti di quelli in Austria e in Turchia. Il tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2 si situa anch'esso nella fascia inferiore dei valori di riferimento. Quelli calcolati in Olanda e in Austria, tuttavia, sono leggermente più bassi.

Rispetto all'anno precedente, i tassi di prevalenza nosocomiale tra i partecipanti con un *rischio di decubito* sono leggermente calati. Il *tasso di prevalenza complessiva nosocomiale* è sceso al 12,7% (anno precedente: 14,2%), il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2* al 6,1% (anno precedente: 6,5%).

Localizzazione dei decubiti: come l'anno precedente, l'osso sacro e i talloni sono state le aree più colpite, il che corrisponde a quanto riportato a livello internazionale.

Aggiustamento secondo il rischio²

Nel *confronto aggiustato secondo il rischio*, il *tasso di prevalenza complessiva nosocomiale* di quattordici ospedali diverge in modo significativo (tredici in senso negativo, uno in senso positivo) dalla media

² Questa misurazione pone a confronto la qualità delle cure in seno agli ospedali. Lo stato di salute generale dei pazienti, il grado dell'affezione curata e le dimensioni del campione rivestono un ruolo decisivo. Un trattamento dello stesso livello qualitativo può infatti fornire risultati diversi secondo il paziente. Un esito negativo, insomma, non significa automaticamente una qualità inferiore. Per un confronto equo è quindi importante considerare i fattori di rischio dei pazienti adottando una particolare procedura statistica, chiamata aggiustamento secondo il rischio.

di tutti i nosocomi. Per quanto riguarda il *tasso di prevalenza nosocomiale dalla categoria 2*, quattro ospedali divergono (in senso negativo) dalla media.

Le variabili seguenti influenzano il rischio di *decubito nosocomiale (tutte le categorie)*: valutazione clinica soggettiva positiva da parte del personale infermieristico, durata crescente della degenza e/o dipendenza assistenziale crescente, nonché determinati gruppi di diagnosi ICD.

Le variabili seguenti influenzano il rischio di *decubito nosocomiale dalla categoria 2*: valutazione clinica soggettiva positiva da parte del persona infermieristico, durata crescente della degenza, dipendenza assistenziale crescente, un'operazione nelle due settimane precedenti e/o determinati gruppi di diagnosi ICD.

Indicatori di processo e di struttura

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

Risultati indicatore caduta in ospedale

Tassi di caduta

Il *tasso di caduta* è pari al 3,8%, identico a quello dell'anno precedente.

Confronto pluriennale

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

Nel *confronto internazionale*, si constatano per lo più tassi di caduta inferiori rispetto alla Svizzera. Rispetto ad altri paesi LPZ, il tasso svizzero è minore di quello calcolato in Austria e in Turchia, ma maggiore di quello rilevato in Olanda.

Un rischio di caduta (caduta nell'anamnesi, caduta nei dodici mesi precedenti l'ammissione) è stato riscontrato in quasi un terzo dei partecipanti. Il *tasso di caduta tra i pazienti a rischio* è del 7,2% (anno precedente: 12,5%). Questo calo è però molto probabilmente ascrivibile a un adeguamento metodico.

Quasi un terzo delle persone cadute in ospedale presenta conseguenze: ne deriva un *tasso di lesione complessivo* del 30,1% (anno precedente: 41,3%), un risultato inferiore rispetto all'Austria e alla Turchia, ma superiore all'Olanda, e che si situa nella fascia più alta dei valori di riferimento internazionali.

Aggiustamento secondo il rischio

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

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

Indicatori di processo e di struttura

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

Alcuni risultati descrittivi mostrano che negli ospedali sono state attuate misure di sviluppo. Rispetto all'anno precedente, ci sono segnali di sviluppi positivi nell'implementazione degli *indicatori di processo* (rilevamento del rischio). Nel quadro dello sviluppo di misure di miglioramento della qualità, resta valido il consiglio di dare la priorità all'individuazione dei pazienti a rischio, alla creazione di un approccio basato su più interventi nell'ambito della prevenzione, all'informazione dei pazienti e alla formazione dei collaboratori.

Conclusioni e raccomandazioni

Partecipazione alla misurazione

Alla misurazione ha partecipato il 98% circa degli ospedali acuti aderenti al contratto nazionale di qualità. Le sedi partecipanti sono rappresentative degli ospedali acuti in Svizzera.

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

Indicatori di qualità e sviluppo della qualità

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

Anche il confronto pluriennale dei tassi di *caduta in ospedale* denota una certa stabilità. Nel confronto internazionale, tuttavia, i valori rilevati in Svizzera continuano a essere piuttosto elevati. Il tasso di lesioni gravi dopo una caduta, in particolare, in Svizzera è più del doppio rispetto a quello registrato in altri paesi LPZ o nella letteratura internazionale. Qui sussiste sicuramente potenziale di miglioramento. A livello di processi, vengono adottate misure di prevenzione soltanto dopo una caduta in ospedale. Uno screening sistemico del rischio potrebbe portare i necessari miglioramenti. La cultura organizzativa (leadership, cultura della sicurezza, comunicazione ecc.) pare inoltre essere un fattore centrale.

Studi internazionali sottolineano l'importanza di combinare metodi di miglioramento della qualità con azioni specialistiche, nonché a livello organizzativo e sistemico. Ciò comporta l'implementazione di più azioni specifiche e di misure di accompagnamento, con le quali coinvolgere attivamente gli specialisti nel processo di miglioramento. Da alcuni anni, sta acquisendo viepiù importanza la collaborazione transistituzionale. L'unione di risorse scientifiche (esterne) e risorse clinico-specialistiche (interne) permette di concentrare le forze.

Raccomandazioni metodiche

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

Nel programma di immissione online LPZ 2.0, i tipi di ospedale dei settori somatico acuto e non somatico acuto dovrebbero essere meglio distinguibili visivamente al fine di favorire una corretta autodichiarazione degli istituti partecipanti.

La qualità delle cure si definisce con il calo dei tassi di caduta, ma anche con la riduzione delle lesioni gravi. Si raccomanda pertanto di verificare se la pubblicazione e il portale di immissione dei dati LPZ 2.0 possano comprendere anche i tassi di lesione.

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

Raccomandazioni sulla misurazione degli indicatori di prevalenza

La misurazione nazionale consente un confronto concreto del livello di qualità teorico ed effettivo dal quale trarre importanti indicazioni per la definizione delle priorità dei processi interni di sviluppo della qualità. I risultati possono inoltre essere utilizzati per confronti interni ed esterni, e per la redazione di rapporti sulla qualità.

Considerata la fluttuazione dei tassi nel periodo 2011-2017, in particolare per quanto concerne le cadute in ospedale, sarebbe consigliabile svolgere anche in futuro le misurazioni a scadenze regolari. Gli attestati effetti positivi di misurazioni ricorrenti sullo sviluppo della qualità contribuiscono alla sensibilizzazione duratura.

Secondo l'OCSE, i dati trasparenti sulla qualità sono uno strumento chiave per rendere conto all'opinione pubblica e per individuare il potenziale di miglioramento (efficacia, efficienza) nel settore sanitario. Il rilevamento sistematico e unitario di dati contribuisce a livello nazionale al miglioramento della base di dati nell'ottica della qualità delle cure e crea trasparenza, ciò alla luce delle aree di intervento «Garantire e migliorare la qualità dell'assistenza» e «Creare trasparenza, migliorare la direzione strategica e il coordinamento» identificate dal Consiglio federale nel rapporto «Sanità 2020».