



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza decubi- to | bambini

Versione breve rapporto comparativo nazionale 2014

Dicembre 2015 / versione 1.0

Indice

1.	Introduzione.....	3
2.	Obiettivi	3
3.	Metodo	3
4.	Etica e protezione dei dati.....	4
5.	Risultati descrittivi	4
5.1	Ospedali partecipanti.....	4
5.2	Bambini e adolescenti partecipanti.....	4
5.3	Prevalenza decubito	5
5.3.1	Bambini e adolescenti con decubito.....	5
5.3.2	Misure di prevenzione	5
5.3.3	Indicatori di struttura per il decubito	5
6.	Risultati dopo aggiustamento secondo il rischio	6
6.1	Decubito nosocomiale, categorie 1-4	6
6.2	Decubito nosocomiale, categorie 2-4	7
7.	Discussione	8
7.1	Partecipanti	8
7.2	Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali.....	8
7.2.1	Caratteristiche dei pazienti	8
7.2.2	Tassi di prevalenza.....	9
Tabella 1:	tassi di decubito svizzeri (bambini) confronto con l'anno precedente	9
7.3	Indicatori di processo e di struttura decubiti	9
7.4	Confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio	10
7.5	Punti forti e punti deboli	10
8.	Conclusioni e raccomandazioni.....	10
8.1	Partecipazione alla misurazione	10
8.2	Decubito nosocomiale.....	10
8.3	Altre raccomandazioni.....	11

1. Introduzione

L'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) si occupa delle misurazioni della qualità negli ospedali svizzeri. Nel quadro del contratto nazionale di qualità, gli ospedali e le cliniche aderenti sono tenuti a partecipare a misurazioni della qualità svolte a scadenze periodiche ai sensi del piano di misurazione dell'ANQ. I reparti per bambini e adolescenti del settore acuto ospedaliero sono coinvolti nelle misurazioni dell'ANQ dal 2013. Il rispettivo piano di misurazione comprende anche la frequenza dei decubiti, in quanto le conoscenze su questo tipo di ferite verificatesi in ospedale permettono di trarre importanti conclusioni sulla qualità delle cure.

Il piano di misurazione specifico per i bambini deve essere seguito dagli ospedali pediatrici e dai nosocomi che dispongono di reparti esplicitamente pediatrici. È il caso dei reparti che assistono esclusivamente bambini e adolescenti fino a 16 anni, e che dispongono del personale qualificato e dell'infrastruttura necessaria per questo particolare collettivo di pazienti.

Dal 2013, la Scuola universitaria professionale di Berna (BFH) svolge su incarico dell'ANQ la misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza decubito tra i bambini nel settore somatico acuto degli ospedali svizzeri e si occupa dell'organizzazione del rilevamento 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 Friburgo.

Questo rapporto, basato sulla misurazione 2014, presenta brevemente l'analisi a livello nazionale dei dati dei bambini e degli adolescenti. Il rapporto dettagliato è disponibile all'indirizzo <http://www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-akutsomatik/>.

2. Obiettivi

Dai risultati della misurazione si dovranno ricavare conoscenze sulle caratteristiche dei pazienti, delle strutture e dei processi. Lo scopo è inoltre quello di operare un confronto dei risultati tra istituzioni simili.

Ne derivano gli obiettivi seguenti.

- Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali tra i bambini: categorie 1-4¹
- Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali tra i bambini: categorie 2-4
- Descrizione degli indicatori di struttura e di processo in relazione con i decubiti nei bambini

In aggiunta, nei risultati descrittivi vengono riportati anche i tassi di prevalenza complessivi.

Ciò significa che in questa parte vengono rappresentati anche i risultati prima dell'ammissione. La misurazione deve consentire di acquisire conoscenze a livello di singolo ospedale e a livello nazionale.

3. Metodo

I dati sono stati rilevati l'11 novembre 2014. Sono stati inclusi tutti i bambini e gli adolescenti tra gli 0 e i 16 anni che il giorno del rilevamento hanno ricevuto cure stazionarie in ospedali acuti con reparti pediatrici o in cliniche pediatriche specializzate. Ne erano invece esclusi i neonati sani nel reparto puerperio e i bambini degenti in un reparto somatico acuto per adulti.

¹ Il decubito nosocomiale è classificabile come segue: categoria 1: arrossamento della cute intatta che non sparisce alla digitopressione | categoria 2: perdita parziale della cute | categoria 3: perdita della cute | categoria 4: perdita completa della cute o dei tessuti.

Gli strumenti impiegati per la misurazione si basano sulla International Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ International) sviluppata per gli adulti dall'Università di Maastricht e svolta regolarmente in Olanda e in altri paesi. Su incarico dell'ANQ, la BFH ha sviluppato il modulo per il decubito tra i bambini per la Svizzera. Nel 2014, al questionario è stata aggiunta una domanda sul numero di presidi sanitari disponibili.

I dati sono stati dapprima analizzati in modo descrittivo, poi sottoposti a un aggiustamento secondo il rischio.² In considerazione della limitata quantità di dati e dell'eterogeneità della popolazione, il rapporto comparativo è stato redatto per due gruppi di confronto: ospedali universitari/ospedali pediatrici e presa a carico centralizzata/cure di base.

4. Etica e protezione dei dati

Sono stati acquisiti solo dati che nel lavoro quotidiano degli ospedali e delle cliniche vengono già rilevati nel quadro del processo di cura. Non vi sono stati interventi supplementari.

Swissethics e le Commissioni etiche cantonali hanno classificato questo rilevamento come una misurazione della qualità per la quale non è necessario un consenso scritto da parte dei bambini e degli adolescenti, rispettivamente dei genitori o delle persone con diritto di rappresentanza. I bambini e gli adolescenti, rispettivamente i genitori o le persone autorizzate a rappresentarli, devono però ricevere un'informazione scritta sulla misurazione e fornire il loro consenso orale al rilevamento. Il rilevamento dei dati non ha messo in pericolo l'integrità dei bambini e degli adolescenti e un eventuale rifiuto di partecipare non ha comportato conseguenze negative.

Tutti i dati riferiti ai pazienti sono stati rilevati in forma pseudonimizzata. Solo gli ospedali possono decodificarli.

5. Risultati descrittivi

5.1 Ospedali partecipanti

Alla misurazione hanno partecipato 35 ospedali acuti con reparti pediatrici e cliniche pediatriche specializzate, per un totale di 106 reparti. I più rappresentati sono i reparti di pediatria generale (interdisciplinari) con il 29,2%, seguiti dai reparti di neonatologia con il 25,5%.

5.2 Bambini e adolescenti partecipanti

Il giorno della misurazione, negli ospedali partecipanti erano ricoverati 948 bambini e ragazzi fino ai 16 anni. 779 di loro (l'82,2%) sono stati coinvolti nel rilevamento. L'età media dei partecipanti era di 3,7 anni, i maschi erano il 57,3%. Oltre la metà aveva meno di un anno.

La durata media della degenza fino al momento della misurazione era di 19,5 giorni, la più frequente fino a sette giorni. Un quinto dei bambini e degli adolescenti partecipanti aveva subito un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione o era stato sottoposto ad anestesia. Nell'81,4% dei casi erano disponibili presidi sanitari. Le categorie di diagnosi più frequenti erano «Condizioni morbose che hanno

² Questa misurazione confronta la qualità delle cure tra gli ospedali. In tale contesto, lo stato di salute generale del paziente, il grado dell'affezione curata e le dimensioni del campione sono decisivi. I risultati delle cure possono infatti essere diversi anche a parità di qualità del trattamento. Un risultato peggiore non significa quindi automaticamente una qualità inferiore. Per operare un confronto equo, è dunque fondamentale considerare i fattori di rischio dei pazienti attraverso una determinata procedura statistica, chiamata aggiustamento secondo il rischio.

origine nel periodo perinatale» (28,0%), «Malattie del sistema respiratorio» (19,8%) e «Altri fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari» (10,0%).

5.3 Prevalenza decubito

5.3.1 Bambini e adolescenti con decubito

La *frequenza dei decubiti nosocomiali* delle categorie 1-4 è pari al 13,5% (anno precedente 15,1%). Se si esclude la categoria 1, il tasso scende al 3,0% (anno precedente 2,5%). I bambini e adolescenti colpiti da decubito nosocomiale sono 105. Tra i partecipanti a rischio decubito è stato calcolato un tasso del 22,9% (tutte le categorie), tra quelli con presidi sanitari del 15,8%.

La maggior parte dei decubiti è stata rilevata nei reparti di cure intensive, in neonatologia e nei reparti di pediatria generale (interdisciplinari), in particolare nel gruppo ospedali universitari/ospedali pediatrici. La categoria 1 è la più frequente (77,9%), seguita dalla categoria 2 (17,3%), dalla categoria 3 (2,9%) e dalla categoria 4 (1,9%).

In media, i bambini con decubito avevano 2,3 anni. La maggior parte aveva meno di un anno. Tra i bambini minori di un anno, la metà aveva meno di un mese. Il 95,2% disponeva di presidi medici il giorno del rilevamento.

Il *tasso di prevalenza complessivo* include anche bambini e adolescenti che già presentavano un decubito al momento del ricovero in ospedale. In totale, nel 14,4% (anno precedente 16,4%) dei partecipanti è stato rilevato almeno un decubito delle categorie 1-4. Nelle categorie 2-4, il tasso complessivo scende al 3,2% (anno precedente 3,0%). Il numero complessivo di decubiti registrati è 112. La maggior parte dei partecipanti aveva solo un decubito, mentre tra gli altri sono state notificate due-cinque lesioni. Le localizzazioni più frequenti sono la caviglia, il tallone e il naso, ma la categoria più indicata è «Altro». Tra i bambini e gli adolescenti a rischio, il tasso globale (tutte le categorie) sale al 23,5%. I pazienti con presidi sanitari presentavano un tasso complessivo del 16,4%.

5.3.2 Misure di prevenzione

Le misure di prevenzione adottate più spesso nei bambini e negli adolescenti a rischio decubito sono l'ispezione regolare della pelle, l'imbottitura e/o la tecnica di fissaggio relativa a presidi sanitari, il cambio di posizione di elettrodi e sensori, e la prevenzione/risoluzione di deficit liquidi/nutrizionali. Quando si è fatto ricorso a materassi antidecubito, nella maggior parte dei casi si trattava di materassi in schiuma fredda e di materassi in schiuma visco-elastica. In posizione seduta, i cuscini antidecubito erano per lo più poco indicati, in quanto i pazienti non potevano essere spostati a causa della loro età.

5.3.3 Indicatori di struttura per il decubito

Tra i gruppi di confronto, *a livello di ospedale* in alcuni settori ci sono differenze per quanto riguarda la disponibilità degli indicatori di struttura. In generale, i più frequenti sono informazioni standardizzate in caso di trasferimento, uno standard o una direttiva per la prevenzione e il trattamento di decubiti, e per la gestione dei materiali di prevenzione. I meno disponibili sono gli opuscoli informativi per i bambini e gli adolescenti colpiti, e per i loro familiari.

Anche l'analisi degli indicatori di struttura *a livello di reparto* mostra differenze tra i gruppi di confronto. I più frequenti sono la disponibilità di materiale di prevenzione, la registrazione delle misure (prevenzione/trattamento), le informazioni standardizzate in caso di trasferimento, la sorveglianza sistematica e la registrazione del rischio di decubito nella cartella clinica. I meno disponibili sono gli opuscoli informativi.

6. Risultati dopo aggiustamento secondo il rischio

Il confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio fornisce risultati unitari. Nelle categorie 1-4, sono stati identificati due ospedali che dal punto di vista statistico si discostano chiaramente dalla media di tutti i nosocomi. Nelle categorie 2-4, invece, non si constata alcuna differenza.

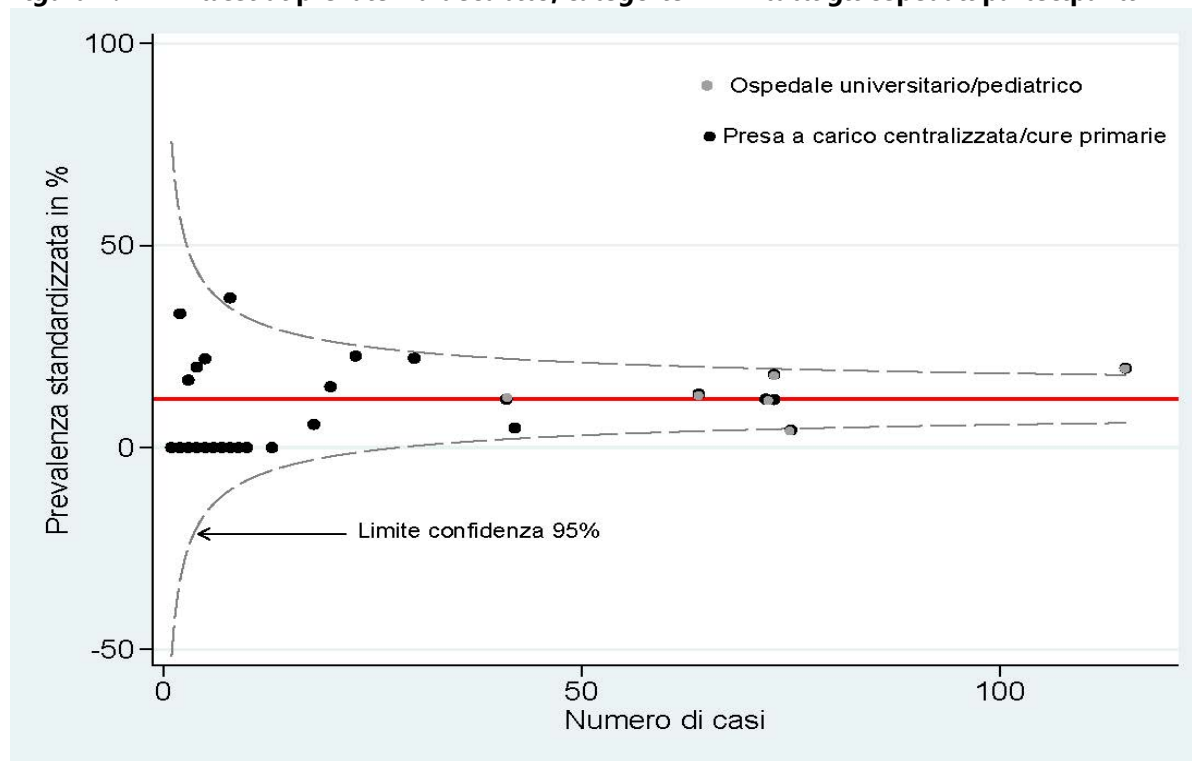
Per i bambini, i risultati vengono rappresentati come tassi di prevalenza standardizzati con un grafico a imbuto. I tassi di prevalenza osservati sono stati posti in relazione con i tassi di prevalenza attesi per ogni ospedale.

6.1 Decubito nosocomiale, categorie 1-4

I minori di un anno corrono un rischio di decubito 2,3 volte superiore rispetto ai bambini maggiori di otto anni. I partecipanti degenti per oltre 28 giorni presentano un rischio di quasi 2,3 volte superiore. Per un bambino completamente immobile, il rischio è di 2,8 volte superiore. La valutazione soggettiva da parte del personale infermieristico rileva un rischio di decubito di 2,4 volte superiore. La presenza di presidi sanitari comporta un rischio di 3,3 volte superiore. I bambini che hanno subito un intervento chirurgico correvano un rischio di decubito quasi doppio. Due diagnosi mediche influiscono significativamente sul rischio di decubito: le malattie infettive presentano un rischio di quasi 2,3 volte più alto, le malattie nel periodo perinatale presentano invece un rischio nettamente inferiore.

Sulla base di questi fattori di rischio, per ogni bambino e adolescente è stato calcolato un valore di rischio, successivamente sommato al numero atteso di casi di decubito secondo l'ospedale. Questo valore è stato poi messo in relazione con il numero effettivo di decubiti e moltiplicato con la frequenza di decubiti non aggiustata nel campione totale. Ne è stata ricavata la prevalenza standardizzata, riportata sull'asse y (verticale).

Figura 1: tassi di prevalenza decubito, categorie 1-4 – tutti gli ospedali partecipanti



La linea tracciata parallela all'asse x (orizzontale) rappresenta il tasso di prevalenza dell'intero campione (13,5%). La maggior parte degli ospedali è raggruppata attorno a questo valore, il che significa che i rispet-

tivi tassi non si discostano troppo dall'intero campione. Una serie di ospedali non ha dichiarato alcun caso di decubito. Questi nosocomi sono indicati sulla linea dello zero.

Le altre due linee rappresentano l'insicurezza statistica nell'analisi e assumono la forma di un imbuto. Esse corrispondono all'intervallo di confidenza del 95%. Gli ospedali con pochi casi si trovano sulla sinistra, nella parte arcuata dell'imbuto, in quanto un basso numero di casi comporta un'insicurezza maggiore.

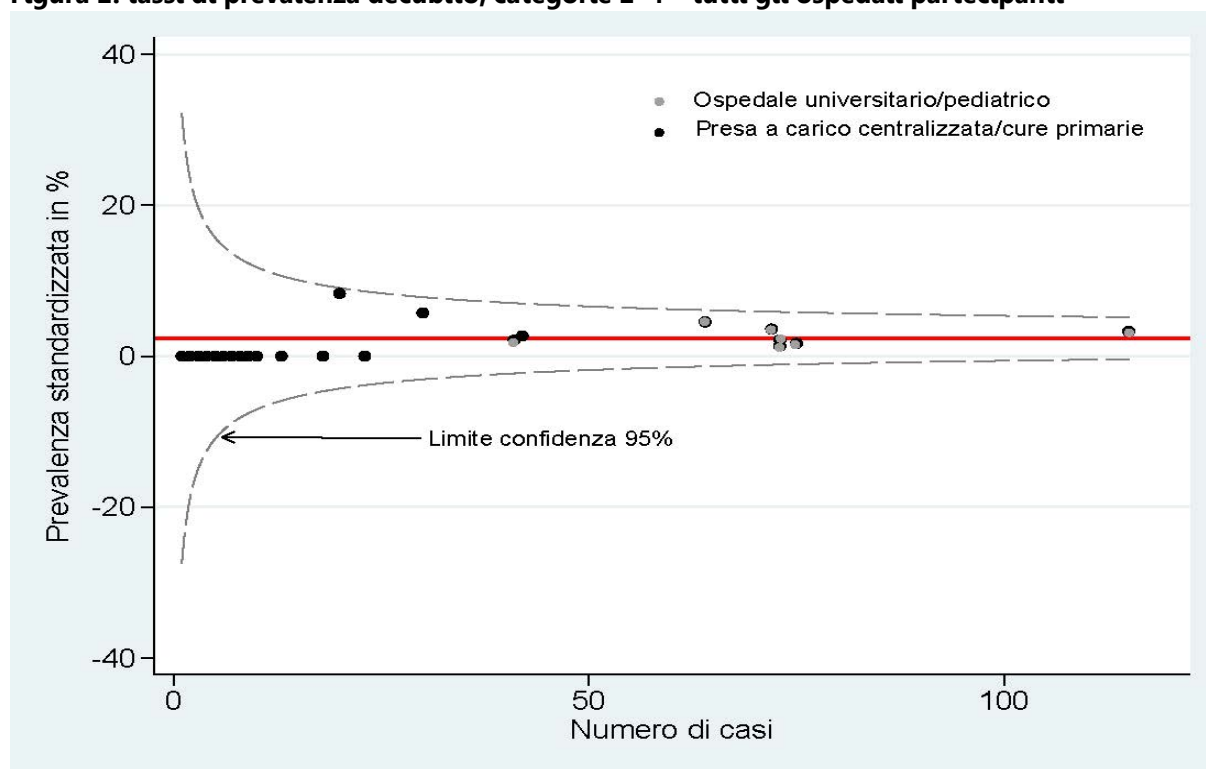
Due ospedali, uno del gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici" e uno del gruppo "presa a carico centralizzata/cure di base", si trovano al di fuori del limite del 95%. Ciò significa che il loro valore diverge verso l'alto in modo statisticamente significativo. La procedura per il calcolo dei valori è ben spiegabile con l'ospedale centrale che si trova sul 37% (a sinistra in alto nel grafico). Questo nosocomio ha notificato più di tre casi di decubito su otto pazienti, mentre il valore atteso era 1,09. In altre parole, questo ospedale ha notificato un numero di decubiti 2,7 volte superiore a quanto ci si aspettava. Moltiplicato per il tasso 13,5%, si ottiene una prevalenza standardizzata del 37%.

6.2 Decubito nosocomiale, categorie 2-4

La diagnosi inequivocabile del decubito di categoria 1 è difficile. Per questo motivo, per il decubito delle categorie 2-4 verificatosi in ospedale eseguiamo un'analisi separata. L'esclusione della categoria 1 riduce notevolmente la frequenza. Questo calcolo si basa però anche su altri fattori: senza la categoria 1, l'età assume un'importanza minore; in compenso, assume rilevanza la durata della degenza, soprattutto se si situa tra gli 8 e i 14 giorni e se è superiore a 29 giorni. I principali fattori di rischio sono i presidi medici e l'immobilità completa. Entrambi comportano un rischio di otto volte superiore. Un intervento chirurgico aumenta di quattro volte il rischio di decubito. È inoltre risultata importante la percezione sensoriale mancante o limitata (rischio superiore di 3,5 volte).

Sulla base di questi fattori di rischio, anche per il decubito delle categorie 2-4 è stato calcolato un valore di rischio per ciascun paziente. I casi di decubito attesi e osservati sono poi stati di nuovo posti in relazione.

Figura 2: tassi di prevalenza decubito, categorie 2-4 – tutti gli ospedali partecipanti



Tutti gli ospedali si trovano entro l'intervallo di confidenza del 95%. Considerando solo i decubiti più gravi (dalla categoria 2), quindi, nessun nosocomio può essere indicato come anomalo. Va osservato che soltanto 10 dei 35 ospedali considerati hanno notificato casi di decubito delle categorie 2-4. Tutti gli altri sono quindi raffigurati sulla linea dello zero.

7. Discussione

Questi risultati consentono per la seconda volta di esprimersi sulla frequenza dei decubiti nei bambini e negli adolescenti. Si constata che in questa fascia d'età i decubiti si manifestano prevalentemente nella categoria 1 e tra i bimbi minori di un anno. Tra i pazienti a rischio, i tassi sono più elevati anche nelle altre fasce d'età, segnatamente nel gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici". I tassi più elevati sono stati rilevati nella terapia intensiva, nelle cure continue e in neonatologia. I decubiti nosocomiali delle categorie 2-4, più rari, sono stati constatati in 23 bambini e adolescenti, prevalentemente nel gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici". Il tasso dei decubiti nosocomiali delle categorie 2-4 nei bambini è superiore di 1,7 volte a quello rilevato tra gli adulti.

I risultati sono un importante strumento per lo sviluppo della qualità nei singoli ospedali e permettono di effettuare confronti tra i nosocomi e con i dati internazionali. I risultati raffigurati secondo il gruppo di confronto ("ospedali universitari/ospedali pediatrici" e "presa a carico centralizzata/cure di base") consentono di confrontare gli esiti specifici di un istituto con i risultati di nosocomi dello stesso gruppo, così da individuare potenziale di ottimizzazione e da migliorare la qualità delle cure.

7.1 Partecipanti

Alla misurazione hanno partecipato 35 cliniche pediatriche specializzate e ospedali acuti con reparti pediatrici integrati di tutti i Cantoni che dispongono di ospedali con un mandato di prestazioni per bambini e adolescenti. I reparti partecipanti sono rappresentativi di tutti i reparti pediatrici degli ospedali acuti in Svizzera.

Il tasso di partecipazione alla misurazione tra bambini e adolescenti (82,2%) è più elevato rispetto al rilevamento tra gli adulti (75,9%), ma è calato dell'1,5% rispetto all'anno precedente. Un terzo dei motivi di mancata partecipazione è classificato sotto «Rifiuto» o «Altro». Rispetto all'anno precedente, la categoria «Rifiuto» è calata del 12,7%.

La valutazione della rappresentatività del campione è complicata dalla scarsa quantità di dati su bambini e adolescenti e dall'eterogeneità determinata dall'età del campione. Un confronto delle indicazioni sociodemografiche dei partecipanti con la popolazione dei pazienti ricoverati negli ospedali svizzeri è dunque possibile solo con riserva. Salta all'occhio l'elevato numero di bambini fino a un anno, il che coincide con il rilevamento dell'UST (2014).

7.2 Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali

7.2.1 Caratteristiche dei pazienti

Secondo l'analisi descrittiva, i pazienti colpiti sono in media più frequentemente di sesso maschile (56,2%) e circa 17,4 mesi più giovani dell'intero campione. Nel gruppo dei bambini fino a un anno, ciò riguarda soprattutto i piccoli fino a un mese, il che corrisponde ai rilevamenti nazionali e internazionali. Il tasso di bambini e adolescenti sottoposti a intervento chirurgico nelle ultime due settimane (28,6%) è leggermente superiore a quello dell'intero campione (20,8%).

Nell'analisi aggiustata secondo il rischio, l'età si è dimostrata una caratteristica significativa: i bambini minori di un anno presentano un rischio di decubito più elevato. Per quanto concerne le diagnosi, i fattori che influenzano lo stato di salute erano particolarmente rilevanti. Per la prima volta, i presidi medici sono stati

identificati come fattori di rischio. Al momento, anche a causa del numero contenuto di casi non è ancora chiaro quali altre conclusioni sia possibile trarre per la prassi. Vedremo se le prossime misurazioni contribuiranno a fare chiarezza.

7.2.2 Tassi di prevalenza

Rispetto all'anno precedente, i tassi di decubito nosocomiale sono calati dell'1,6% (categorie 1-4), rispettivamente aumentati dello 0,5% (categorie 2-4). I risultati degli ospedali relativi ai tassi di prevalenza del decubito nosocomiale sono ripartiti in modo poco uniforme. La frequenza rilevata nel gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici" è circa il doppio (categorie 1-4), rispettivamente il quadruplo (categorie 2-4). Sicuramente ciò è riconducibile anche al fatto che in questo contesto vengono curati più bambini minori di un anno, in stato critico o gravemente malati.

Tabella 1: tassi di decubito svizzeri (bambini) | confronto con l'anno precedente

Tassi di prevalenza	2014	2013
Decubito nosocomiale, categorie 1-4	13.5	15.1
Decubito nosocomiale, categorie 2-4	3.0	2.5

Rispetto ai tassi di prevalenza complessivi pubblicati a livello internazionale (1,6-33,7%), i dati rilevati in Svizzera (14,4%) si situano nel mezzo. Analogamente a quanto riscontrato dai dati internazionali, i bambini nelle cure intensive, nel reparto di neonatologia e nell'IMC sono più frequentemente colpiti.

Anche se i rilevamenti precedenti in Svizzera non sono perfettamente confrontabili con questa misurazione (popolazione diversa, campione più piccolo), i tassi di prevalenza complessivi delle categorie 1-4 sono inferiori. Rispetto ai rilevamenti effettuati in Svizzera nel 2006 e nel 2009, sono del 13,3% (2006) e del 20,6% (2009) più bassi. Si può forse parlare di effetto di sensibilizzazione causato dai rilevamenti precedenti.

Rispetto agli adulti, tra i bambini e gli adolescenti si constatano differenze minime tra i tassi di prevalenza complessivi (14,4%) e i tassi di prevalenza nosocomiale (13,5%). Analogamente a quanto riscontrato in altri studi, può trattarsi di un indizio del fatto che la maggior parte dei decubiti di questa popolazione si manifesta in ospedale. Concretamente, il 93,8% dei decubiti rilevati in questa misurazione si è sviluppato in ospedale.

La caviglia, il tallone e il naso sono le localizzazioni più frequenti del decubito nei bambini e negli adolescenti. Le localizzazioni e i decubiti delle categorie 2-4 nei bambini più grandi corrispondono a quanto rilevato a livello internazionale. Confrontando i gruppi a livello nazionale, si constata che determinate localizzazioni, come il metatarso e il tallone, sono molto più frequenti nel gruppo "presa a carico centralizzata/cure di base". Il naso, la caviglia e il viso (senza il naso) sono invece più spesso colpiti nel gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici". Ciò è dovuto probabilmente al minore numero di casi, alla popolazione di pazienti più specifica, rispettivamente al diverso impiego dei presidi sanitari. Le localizzazioni anatomiche "classiche" tra gli adulti, come l'osso sacro, i glutei e i talloni, sono più rare tra i bambini, soprattutto tra quelli più piccoli.

7.3 Indicatori di processo e di struttura decubiti

L'analisi degli *indicatori di processo* indica un quadro analogo a quello dell'anno precedente. Vengono adottate misure di prevenzione sia generali sia specifiche per l'infanzia. A livello di frequenza dell'applicazione, non ci sono praticamente differenze tra bambini a rischio o non a rischio decubito. Ci si chiede pertanto se l'adozione di misure di prevenzione non debba essere intensificata e differenziata. Come già l'anno precedente, altri mezzi ausiliari di prevenzione sono poco utilizzati. I dati sulla cura delle ferite sono analoghi a quelli dell'anno precedente e a quanto riportato nella letteratura specializzata. I metodi adottati non sembrano sempre adeguati.

Pure l'analisi degli *indicatori di struttura* non si discosta molto dall'anno precedente. A *livello di ospedale*, gli indicatori di struttura sono molto meno disponibili rispetto agli adulti. La stessa tendenza, anche se meno marcata, si osserva a *livello di reparto*. Occorre tuttavia considerare che questo campione comprende anche reparti pediatrici di piccole dimensioni integrati negli ospedali acuti. In queste unità, è sicuramente più difficile mettere a disposizione le stesse risorse delle cliniche specializzate.

7.4 Confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio

Dal confronto tra ospedali spicca la differenza tra i risultati dell'analisi delle categorie 1-4 e quella delle categorie 2-4. Con la categoria 1, due ospedali sono stati identificati come anomali. Senza questa categoria, nessun nosocomio ha mostrato anomalie. Ciò permette di concludere che la qualità delle cure è buona, dato che non si constatano divergenze importanti per il decubito più significativo. Anche i risultati delle categorie 1-4 segnalano che il pericolo è stato riconosciuto, classificato come tale e che sono state adottate misure.

7.5 Punti forti e punti deboli

La misurazione 2014 è stata la seconda a livello svizzero, il che, secondo le esperienze dei partner LPZ, può influire positivamente sulla qualità dei dati in quanto gli ospedali hanno acquisito maggiore dimestichezza nello svolgimento dei rilevamenti.

Per favorire la qualità dei dati, tutti i coordinatori degli ospedali hanno seguito formazioni unitarie. Per la prima volta, la partecipazione alle formazioni non era obbligatoria, ma caldamente raccomandata ai nuovi coordinatori. Oltre al relativo manuale, la vigilia e il giorno della misurazione era disponibile una hotline. La qualità dei dati è stata supportata dalla possibilità di immetterli online. Dopo l'introduzione dell'importazione automatica di dati di routine dal sistema informatico delle cliniche, la qualità dei dati è stata ulteriormente migliorata con la nuova procedura per la verifica della plausibilità.

Il rilevamento di dati clinici al cospetto del paziente da parte di specialisti appositamente formati aumenta l'affidabilità dei risultati, rispetto ai dati tratti dalla documentazione del paziente o dalla routine, che spesso comportano una sottovalutazione del problema.

Un altro punto di forza è la procedura di valutazione dopo la rispettiva misurazione, i cui risultati conducono ad adeguamenti dell'organizzazione della misurazione e degli strumenti di rilevamento d'intesa con il gruppo di ricerca internazionale LPZ.

La frequenza relativamente contenuta di decubiti delle categorie 2-4 pone problemi di ordine metodico-statistico. Dato che le indicazioni si riferiscono a 23 pazienti, le costellazioni del rischio di questi bambini sono in gran parte legate al caso. Le prossime misurazioni forniranno maggiori informazioni a tale proposito.

8. Conclusioni e raccomandazioni

8.1 Partecipazione alla misurazione

Il tasso di partecipazione superiore all'80% consolida la rappresentatività della misurazione. È quindi auspicabile mantenerlo a tale livello.

8.2 Decubito nosocomiale

Rispetto all'anno precedente e nel confronto internazionale, i tassi di decubito denotano una buona qualità delle cure di bambini e adolescenti. È stato tuttavia individuato potenziale di ottimizzazione. Rispetto alla misurazione tra gli adulti, si nota inoltre potenziale di sviluppo negli indicatori di struttura e di processo.

Con i risultati di questa misurazione, il tema dei presidi sanitari acquisisce importanza. Si constata potenziale di miglioramento in particolare nella categoria 1. Risultati di recente pubblicazione dimostrano che è possibile ridurre in modo significativo il tasso di decubito tra i bambini con ventilazione non invasiva mediante un approccio basato su molteplici interventi e ottimizzazione delle strutture e dei processi.³

Coerentemente con i dati internazionali, sono stati constatati tassi elevati in prevalenza nella terapia intensiva e in neonatologia. Un recente studio attesta che l'implementazione di una direttiva a livello di ospedale o di reparto che documenti la migliore pratica (*best practice*) può condurre a un notevole calo delle lesioni della pelle evitabili. Al momento, mancano però direttive o standard specifici (internazionali) sul decubito e la prevenzione del decubito nei bambini e negli adolescenti. Nel 2014, in Svizzera è stata lanciata un'iniziativa volta a definire uno standard nazionale e, in occasione di un seminario, sono state presentate strategie per il miglioramento della qualità.

Dal punto di vista scientifico e specialistico, ci si chiede, soprattutto per quanto riguarda i bambini della prima infanzia, se e in che misura la predittibilità del rischio di decubito mediante valutazione clinica da parte del personale infermieristico sia superiore a quella mediante scala di Braden o un'altra scala di valutazione del rischio.

8.3 Altre raccomandazioni

La pubblicazione dei dati sensibilizza sul tema del decubito e favorisce una cura mirata delle ferite e l'adozione di misure di prevenzione. I risultati raffigurati secondo il gruppo di confronto consentono agli ospedali di confrontare gli esiti specifici del loro istituto con i risultati di nosocomi dello stesso gruppo.

Anche se i dati servono in primis al confronto tra ospedali, nella letteratura specializzata si trovano sempre più spesso indicazioni in merito alla concentrazione di interventi a livello di reparto. Ciò potrebbe condurre a un miglioramento a livello di ospedale.

Non da ultimo, questa 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 all'ampliamento e al miglioramento della base di dati nell'ottica della qualità delle cure in un settore che, a livello nazionale, dispone di pochi dati.

³ Rapporto comparativo nazionale decubito tra i bambini 2014, bibliografia