

---

# Misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza caduta e decubito

---

Rapporto breve sulla pubblicazione della misurazione 2011

Aprile 2013 / versione 1.0



## Indice

<b>1</b>	<b>Introduzione</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>Metodo</b>	<b>1</b>
<b>4</b>	<b>Etica e protezione dei dati</b>	<b>2</b>
<b>5</b>	<b>Risultati descrittivi</b>	<b>2</b>
5.1	Ospedali partecipanti	2
5.2	Pazienti partecipanti	3
5.3	Prevalenza dei decubiti	3
5.4	Prevalenza delle cadute	3
<b>6</b>	<b>Risultati con aggiustamento secondo il rischio</b>	<b>4</b>
6.1	Decubito nosocomiale	4
6.2	Decubito nosocomiale, escluso il grado 1	6
6.3	Cadute in ospedale	7
<b>7</b>	<b>Discussione e conclusioni</b>	<b>8</b>
7.1	Partecipanti	9
7.2	Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali	9
7.3	Indicatore di struttura del decubito	10
7.4	Tassi di prevalenza dei pazienti caduti in ospedale	11
7.5	Indicatore di struttura delle cadute	12
7.6	Confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio	12
7.7	Punti di forza e punti deboli	13
<b>8</b>	<b>Raccomandazioni</b>	<b>13</b>



## 1 Introduzione

---

L'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) si occupa della misurazione di indicatori della qualità negli ospedali svizzeri. Nel quadro di un contratto nazionale di qualità, gli ospedali aderenti si sono impegnati a partecipare a misurazioni della qualità svolte a cadenze periodiche. Quali indicatori della qualità per le cure sono state individuate le lesioni da decubito sviluppate durante la degenza e le cadute verificatesi in ospedale. La partecipazione degli ospedali acuti alla misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza caduta e decubito era quindi parte integrante e vincolante del piano di misurazione dell'ANQ nel 2011.

L'ANQ ha incaricato la Scuola universitaria professionale di Berna (BFH) dell'organizzazione della misurazione e dell'elaborazione dei dati nazionali. Per il rilevamento dei dati in Ticino e in Romandia, la BFH ha cooperato con la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) di Manno e con la Haute école de santé (HEdS-FR) di Friburgo.

La prima misurazione degli indicatori di prevalenza caduta e decubito ha avuto luogo l'8 novembre 2011. Il rilevamento è stato effettuato con il metodo International Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ) dell'Università di Maastricht. Finora, in Svizzera i dati sulla prevalenza erano disponibili solo a livello di istituto oppure venivano stimati sulla base di tassi delle complicanze misurati dal personale di cura.

Dai risultati della misurazione si dovranno ricavare conoscenze sulle caratteristiche dei pazienti, delle strutture e dei processi, sulla frequenza (prevalenza) di questi eventi, sulle misure preventive e sulle cure. Lo scopo è inoltre quello di rendere possibile un confronto dei risultati tra istituzioni simili. Su queste basi, gli ospedali partecipanti hanno la possibilità di avviare progetti di miglioramento e i dati così ottenuti possono essere confrontati a livello internazionale.

Nel presente rapporto, vengono presentati i principali risultati dell'analisi dei dati a livello nazionale. Il rapporto finale dettagliato non viene pubblicato, ma può essere richiesto all'ANQ.

## 2 Obiettivi

---

Per la prima misurazione di indicatori della qualità sensibili per le cure sono stati formulati gli obiettivi seguenti:

- misurazione dei tassi di prevalenza del decubito nosocomiale di grado 1-4<sup>1</sup>,
- misurazione dei tassi di prevalenza del decubito nosocomiale di grado 2-4;
- misurazione dei tassi di prevalenza delle cadute verificatesi in ospedale;
- descrizione degli indicatori di struttura e di processo in relazione con cadute e decubiti;
- confronti tra i risultati dei diversi ospedali aggiustati secondo il rischio (vedi pagina 2).

## 3 Metodo

---

Il metodo utilizzato per il rilevamento dei dati è una procedura dell'Università di Maastricht. affermata e

---

<sup>1</sup> Un decubito è classificabile secondo quattro gradi. Il grado 1 è caratterizzato da un arrossamento della cute intatta che non sparisce alla digito-pressione, mentre i gradi 2-4 prevedono difetti della cute di diversa gravità. Il grado 4 è lo stadio più grave.



diffusa a livello internazionale. In Olanda, l'istituto di misurazione Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) rileva da quindici anni tassi di prevalenza ricorrenti annualmente di fenomeni legati alla cura. Nel frattempo, altri paesi europei hanno adottato tale procedura.

Gli indicatori caduta e decubito misurano aspetti parziali della qualità delle cure e dei trattamenti. Nel modulo di misurazione concernente la caduta è integrato anche il tema delle misure restrittive della libertà quale importante fattore di influenza sulle cadute.

Dopo una lunga fase di preparazione e la formazione dei team di misurazione, i dati sono stati rilevati l'8 novembre 2011. Sono stati inclusi i pazienti a partire da diciotto anni che il giorno di riferimento hanno ricevuto cure ospedaliere. Sono invece stati esclusi i pazienti della pediatria e i neonati del reparto di neonatologia. Gli ospedali erano liberi di scegliere se includere le puerpere. Secondo il Cantone, i pazienti partecipanti alla misurazione hanno dovuto dare –nel rispetto delle regole di ogni Cantone- il loro consenso di regola per scritto.

Nel caso del decubito, si trattava di una misurazione puntuale al momento del rilevamento dei dati. Per le cadute, si trattava invece di una misurazione riferita agli ultimi trenta giorni, rispettivamente al lasso di tempo tra l'ammissione e il momento della misurazione. Il giorno del rilevamento due infermieri per ogni reparto si sono occupati delle misurazioni. Oltre ai dati inerenti cadute e decubiti, ne sono stati rilevati alcuni riguardanti il paziente, l'ospedale e il reparto. I dati sono stati dapprima analizzati da un punto di vista descrittivo, poi con aggiustamento secondo il rischio<sup>2</sup>.

## 4 Etica e protezione dei dati

---

L'approvazione delle Commissioni etiche cantonali è stata concessa secondo la procedura semplificata per studi multicentrici dell'AGEK/CT CER «Swiss Ethics». La partecipazione alla misurazione 2011 doveva essere autorizzata per iscritto dal paziente, rispettivamente dai familiari o dal rappresentante legale. Solo nei Cantoni Argovia e Soletta l'approvazione scritta non era obbligatoria.

Tutti i dati riferiti ai pazienti sono stati rilevati in forma pseudonimizzata. L'Università di Maastricht ha emanato una disposizione sulla protezione dei dati, consultabile all'indirizzo: <https://che.lpz-um.eu/ita/lpz-misurazione/protezione-dei-dati>

Il Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati funge da base per tutte le misurazioni dell'ANQ: [http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/italiano/20111005\\_QVertrag\\_Anhang6\\_DatenreglementV10\\_def\\_it.pdf](http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/italiano/20111005_QVertrag_Anhang6_DatenreglementV10_def_it.pdf)

## 5 Risultati descrittivi

---

### 5.1 Ospedali partecipanti

Alla prima misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza, hanno partecipato 112 ospedali e gruppi di ospedali, di cui il 51,8% ha dichiarato di essere istituti pubblici, il 48,5% ospedali privati e il 2,7% strutture con un'altra forma giuridica.

---

<sup>2</sup> Per questa misurazione degli indicatori di prevalenza, gli ospedali vengono confrontati in riferimento alla qualità delle cure. Nel quadro di tali confronti, lo stato di salute generale del paziente e il grado della patologia trattata rivestono un ruolo cruciale, in quanto i pazienti potrebbero fornire risultati diversi pur avendo ricevuto cure della stessa qualità. Un risultato peggiore non significa quindi automaticamente che la qualità delle cure sia inferiore. Per operare un confronto, è quindi importante considerare i fattori di rischio dei pazienti ricorrendo a una procedura statistica, chiamata aggiustamento secondo il rischio.



## 5.2 Pazienti partecipanti

Il giorno del rilevamento, erano ricoverati negli ospedali partecipanti 15'566 pazienti a partire dai diciotto anni, di cui 10'608 sono stati coinvolti nella misurazione (68,1%). L'età media dei partecipanti era di 65,3 anni, le donne erano il 51,9%. La durata media della degenza fino al giorno del rilevamento era di 9,7 giorni. Il 39,4% dei partecipanti ha subito un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione. Secondo il mandato e le specializzazioni dei diversi istitutivi sono differenze nel quadro clinico dei pazienti.

## 5.3 Prevalenza dei decubiti

### 5.3.1 Pazienti con decubito

Il 9,4% dei 10'606 partecipanti presentava un decubito. Questo tasso comprende la prevalenza complessiva, ossia i pazienti che già presentavano un decubito al momento del ricovero in ospedale e quelli che ne hanno sviluppato uno durante la degenza. Le donne (51,9%) sono più colpite degli uomini. L'età media dei pazienti è di 74,9 anni e il 33,3% di loro ha subito un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione.

Tra tutti gli ospedali partecipanti, la prevalenza di decubito nosocomiale dei gradi 1-4 era del 5,8%. In totale 619 pazienti hanno sviluppato un decubito all'ospedale.

La prevalenza di decubito nosocomiale dei gradi 2-4 è invece del 2,1%.

### 5.3.2 Misure preventive

Per i pazienti a rischio sono stati utilizzati diversi materassi antidecubito e, nell'ottica della prevenzione generale, sono state adottate diverse altre misure. Quelle più frequenti sono il cambio di posizione e la cura della pelle.

## 5.4 Prevalenza delle cadute

### 5.4.1 Pazienti vittime di cadute

Nei trenta giorni prima della misurazione, quasi un quinto (19,7%) dei partecipanti è caduto almeno una volta prima o durante la degenza. La maggior parte delle persone cadute negli ultimi trenta giorni è di sesso femminile (54,8%). L'età media è di 72,2 anni e il 30,7% è stato operato nelle due settimane precedenti la misurazione. Per il 22,3% dei pazienti caduti, sono state indicate più cadute (due o più), avvenute principalmente nell'ambito extraospedaliero.

Il 21,6% delle cadute registrate è avvenuto durante la degenza. Il tasso di prevalenza medio delle cadute avvenute in ospedale misurato in rapporto al totale dei pazienti partecipanti per tutti i tipi di ospedale è del 4,3%.

Tra le cause principali delle cadute, le più menzionate sono i problemi di salute (43%) e i fattori ambientali esterni (36,4%). Si nota che spesso le cause delle cadute fuori dall'ospedale non sono conosciute. Le conseguenze delle cadute all'interno e all'esterno dell'ospedale erano molto diverse. Le fratture dell'anca sono molto più frequenti prima dell'ammissione ed è molto probabile che fossero il motivo del ricovero.

### 5.4.2 Misure preventive

La misura più spesso adottata per la prevenzione primaria è l'informazione dei pazienti. Per le altre misure, si constatano grandi differenze tra i diversi tipi di ospedale.

Per il 6,3% dei pazienti che non sono caduti e il 20,9% dei pazienti caduti, sono state attuate misure restrit-



tive della libertà, tra cui le più frequenti sono le sponde al letto.

Traspare che la prevenzione per i pazienti già caduti comprende spesso diverse misure. La scelta o la combinazione delle misure sembra variare. Le misure per la prevenzione dei ferimenti sono più rare.

## 6 Risultati con aggiustamento secondo il rischio

---

I confronti con aggiustamento secondo il rischio tra gli indicatori decubito nosocomiale dei gradi 1-4, decubito nosocomiale dei gradi 2-4 e cadute in ospedale hanno evidenziato una grande omogeneità degli ospedali. I risultati divergenti sono stati pochi.

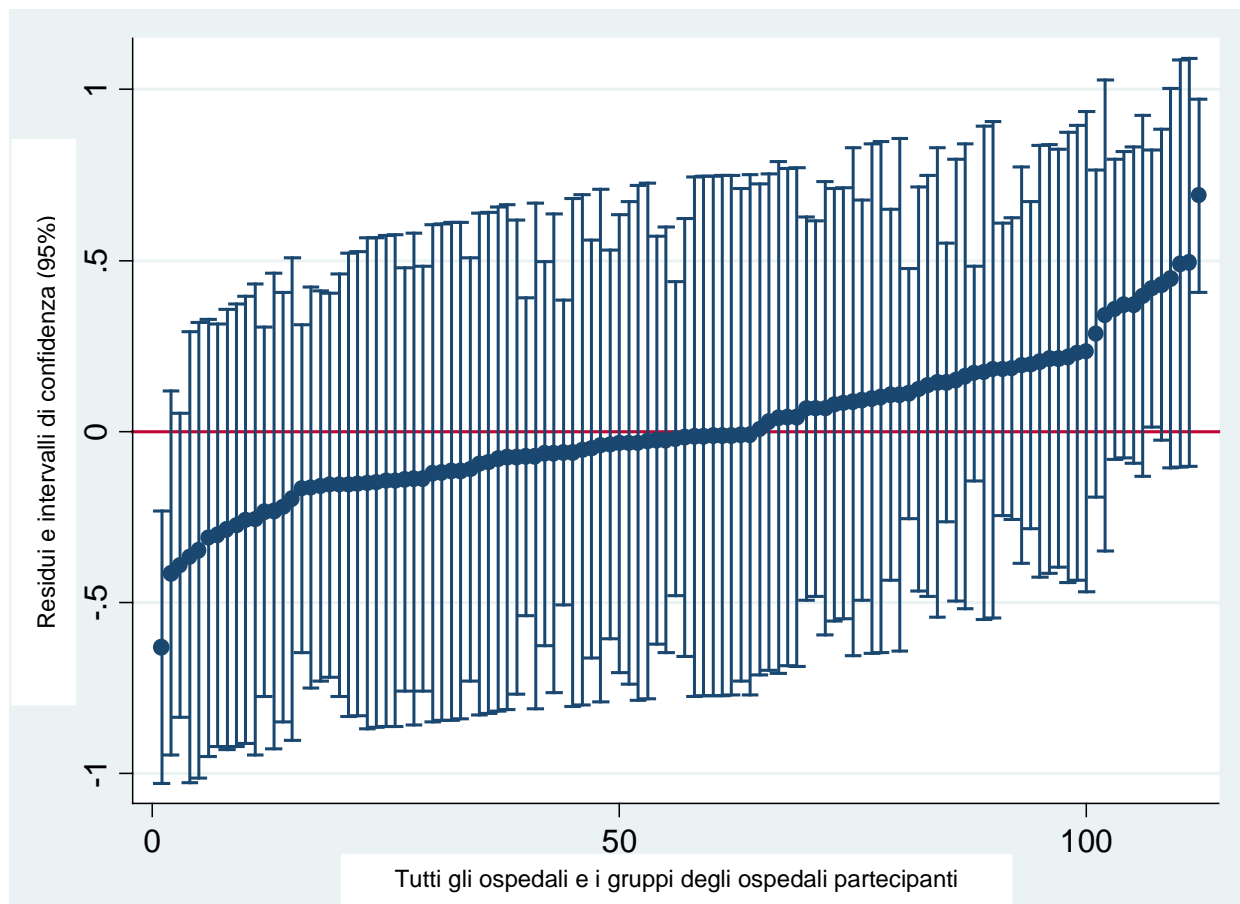
### 6.1 Decubito nosocomiale

Per individuare le caratteristiche che rappresentano un rischio di decubito si ricorre a una procedura statistica (regressione logistica).

La valutazione del rischio di decubito secondo la procedura LPZ prevede l'impiego della scala di Braden. I pazienti valutati con uno score di 20 o meno sulla scala di Braden corrono un rischio di decubito quasi cinque volte maggiore rispetto a quelli con un valore superiore a 20. Anche la durata della degenza è rilevante: più è lunga, maggiore è il rischio. I pazienti ricoverati da oltre 28 giorni corrono un rischio di decubito 3,8 volte maggiore di quelli con una degenza fino a 7 giorni. Anche l'età è caratteristica indipendente. A partire dai 75 anni, il rischio è più del doppio di quello corso da chi ha meno di 55 anni. Un intervento chirurgico e alcuni quadri clinici hanno pure un influsso indipendente l'uno dagli altri sull'aumento del rischio di decubito.



**Figura 1<sup>3</sup>:** residui del livello di ospedale e intervalli di confidenza (95%), tutti gli ospedali e i gruppi di ospedali partecipanti - decubito nosocomiale grado 1-4



Il riferimento è costituito dall'insieme degli ospedali partecipanti. In questo modo, viene raggiunta una maggiore rappresentatività statistica, poiché viene considerata la struttura del rischio di un campione grande.

I valori positivi indicano una maggiore insorgenza di decubiti nell'ospedale dopo aggiustamento secondo il rischio. I valori negativi indicano una frequenza inferiore di decubiti rispetto alla media (linea dello zero) di tutti i nosocomi. Va notato che solo tre istituti si differenziano dall'insieme degli ospedali svizzeri in maniera statisticamente significativa con intervalli di confidenza che non tagliano la linea dello zero<sup>4</sup>. Tenendo conto delle caratteristiche dei pazienti summenzionate, si può affermare che tra gli ospedali vige una relativa omogeneità. Un fattore che certamente vi contribuisce è l'esiguo numero di casi in molti ospedali, il che determina intervalli di confidenza molto ampi. Gli intervalli di confidenza illustrano il grado di sicurezza statistica con cui vanno interpretati i risultati.

Esempio di lettura del grafico sulla base dei due punti, rispettivamente i due ospedali sull'estrema destra: si nota che per ambedue gli ospedali i punti (residui) si trovano sopra la linea dello zero. La differenza tra i

<sup>3</sup> Alla fine del rapporto si trova un'istruzione per la lettura del grafico.

<sup>4</sup> Un intervallo di confidenza 95% è una valutazione statistica che descrive l'intervallo in cui si trova il vero valore con una probabilità di errore del 5%. Le misurazioni sono sempre influenzate anche da casualità, p.es. i pazienti presenti durante il rilevamento, le oscillazioni stagionali, gli errori di misurazione. Di conseguenza, i valori misurati indicano solo in modo approssimativo il vero valore, che si trova nell'intervallo di confidenza con una probabilità di errore del 5%.



due istituti sta nell'intervallo di confidenza: quello dell'ospedale sull'estrema destra non taglia tale linea, quello dell'ospedale precedente sì. Entrambi gli ospedali hanno più decubiti della media generale, ma solo per l'istituto sull'estrema destra ciò è corroborato da una significatività statistica; per l'ospedale accanto, l'incertezza statistica è maggiore, principalmente a causa del minor numero di casi di pazienti partecipanti.

## 6.2 Decubito nosocomiale, escluso il grado 1

Secondo la letteratura specializzata, la diagnosi inequivocabile del decubito di grado 1 è difficile. Tuttavia, con una buona prevenzione tali lesioni sono evitabili. Per questo, per il decubito di grado 1 verificatosi in ospedale eseguiamo un'analisi separata.

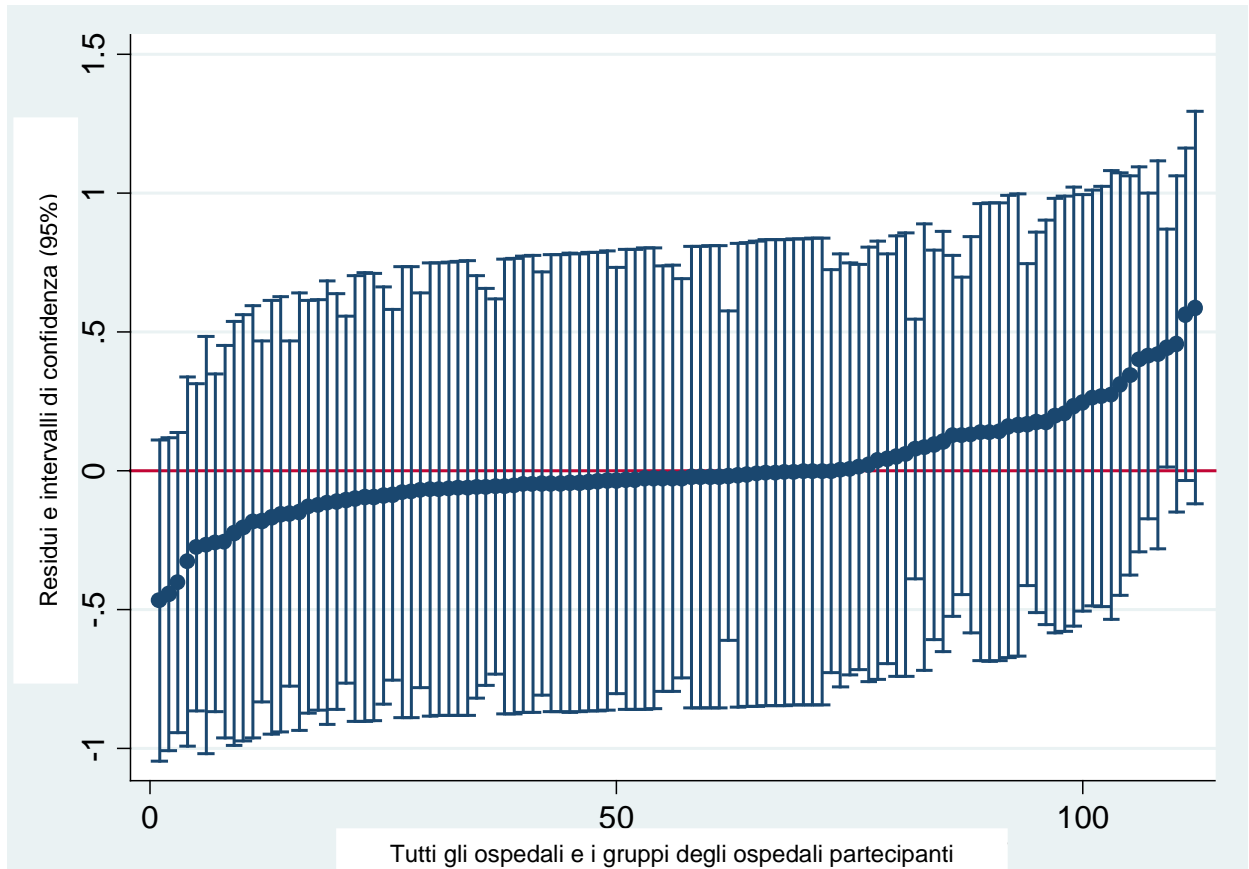
La differenza tra decubiti incluso ed escluso il grado 1 si manifesta nella diversa struttura del rischio. Anche in questo caso, lo score Braden di  $\leq 20$  è un'importante caratteristica di rischio, ma ancora più incisiva è una lunga degenza: i pazienti ricoverati per più di 28 giorni corrono un rischio quasi otto volte superiore rispetto a quelli con una degenza fino a 7 giorni. Si noti anche l'alta rilevanza di patologie infettive, il cui rapporto è raddoppiato rispetto all'analisi precedente. In questo caso, l'età non è più un fattore di rischio. Lo è invece il sesso maschile, ma anche qui non in maniera significativa.

Considerate queste variabili del modello, emergono i seguenti risultati con aggiustamento secondo il rischio per il decubito nosocomiale escluso il grado 1.





Figura 2<sup>5</sup>: residui del livello di ospedale e intervalli di confidenza (95%), tutti gli ospedali e i gruppi di ospedali partecipanti - decubito nosocomiale senza grado 1



L'analisi globale mostra che un solo istituto si differenzia in modo significativo dalla media. Anche in questo caso, vige un'omogeneità considerevole, determinata però dal numero di casi ancora più basso di quello del punto 6.1.

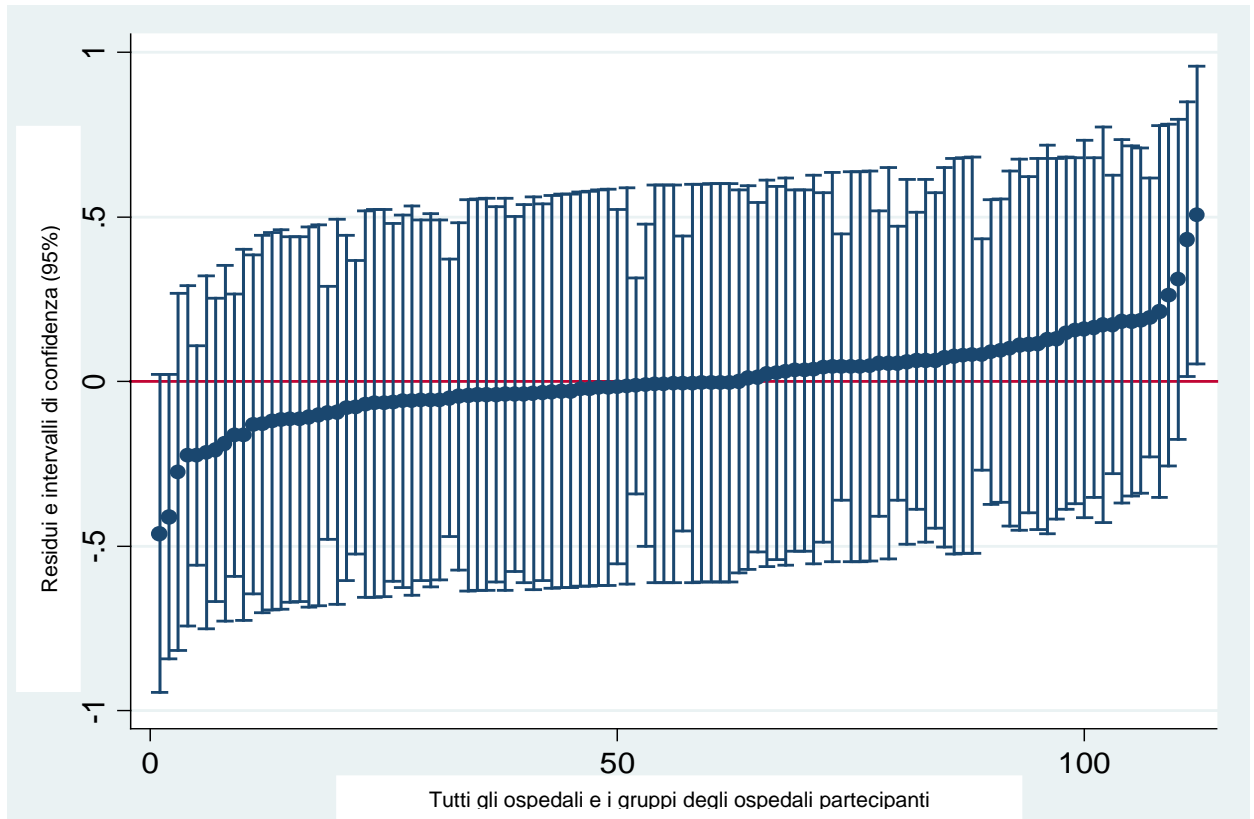
### 6.3 Cadute in ospedale

Analogamente al decubito, la stessa procedura statistica è stata utilizzata per individuare le caratteristiche di rischio di caduta. Gli uomini corrono un rischio di caduta di quasi il 50% superiore alle donne. Con l'aumento della durata della degenza, il rischio di caduta aumenta in modo netto. Rispetto ai pazienti ricoverati fino a una settimana, quelli con una degenza di 8-28 giorni corrono un rischio di 3,5 volte superiore e quelli degenti da oltre 29 giorni di 7,5 volte superiore. Il rischio aumenta inoltre con l'avanzare dell'età. Determinati quadri clinici comportano un aumento o una diminuzione del rischio di caduta. In particolare, malattie psichiche e cognitive, ma anche limitazioni degli organi sensoriali costituiscono fattori di rischio. Un intervento chirurgico vale come fattore di protezione, riducendo di quasi la metà il rischio di caduta. La necessità di aiuto nelle attività della vita quotidiana, infine, comporta un elevato rischio di caduta.

<sup>5</sup> Alla fine del rapporto si trova un'istruzione per la lettura del grafico.



**Figura 3<sup>6</sup>:** residui del livello di ospedale e intervalli di confidenza (95%), tutti gli ospedali e i gruppi di ospedali partecipanti - cadute in ospedale



Si nota che due ospedali si differenziano sostanzialmente dalla media in senso clinicamente negativo, poiché i loro intervalli di confidenza non tagliano la linea dello zero. Per il resto, è constatabile una certa omogeneità tra gli ospedali e gruppi di ospedali.

## 7 Discussione e conclusioni

Nel confronto diretto con misurazioni LPZ di altri paesi e con altre misurazioni di indicatori di prevalenza, si constata che il numero di decubiti nosocomiali dei gradi 1-4 e 2-4 è relativamente basso. Il tasso di prevalenza delle cadute in ospedale è invece relativamente elevato.

La bassa partecipazione dei pazienti può compromettere la rappresentatività della prova a campione. I risultati disponibili non permettono pertanto di trarre conclusioni generalizzate e di formulare raccomandazioni per la pratica. A tale scopo, servono altre misurazioni e un tasso di partecipazione più elevato.

I risultati indicati nel rapporto finale secondo il tipo di ospedale consentono di operare un confronto tra i propri risultati e quelli aggregati dello stesso tipo di ospedale. La base comparativa è volta a valutare gli indicatori di struttura, processo e risultato, e a individuare potenziale di ottimizzazione, rispettivamente a migliorare la qualità delle cure.

<sup>6</sup> Alla fine del rapporto si trova un'istruzione per la lettura del grafico.



## 7.1 Partecipanti

Alla misurazione 2011 hanno partecipato 112 ospedali, ossia circa l'80% degli ospedali acuti in Svizzera. Un tasso così elevato è spiegabile con il fatto che la partecipazione era parte integrante e vincolante del piano di misurazione 2011 dell'ANQ. I reparti partecipanti alla misurazione sono rappresentativi di tutti i reparti degli ospedali acuti in Svizzera.

Rispetto ad altri paesi, la partecipazione dei pazienti (68,1%) è stata piuttosto bassa. La partecipazione agli ultimi tre rilevamenti LPZ (con dichiarazione di consenso orale) in Olanda è stata in media del 94%. Alla misurazione in Austria, che esige una dichiarazione di consenso scritta, aveva partecipato il 78,2% dei pazienti. Rispetto alla Svizzera, in questi due paesi ha tuttavia partecipato volontariamente un numero inferiore di istituti in proporzione alla popolazione.

Del 31,9% di persone che in Svizzera non hanno partecipato, il 58,5% ha rifiutato di farlo, mentre il 17% non era disponibile al momento del rilevamento. Per quanto riguarda il rifiuto di partecipare, ci sembra fondamentale che l'opinione pubblica sia meglio informata sull'obbligo degli ospedali in materia di promozione della qualità, affinché i pazienti capiscano quanto sia importante la misurazione e ne individuino l'utilità per loro. Altre possibili cause della bassa partecipazione, rispettivamente del divario di partecipazione potrebbero essere:

- la dichiarazione di consenso scritta e le diverse procedure per richiederla. Le difficoltà sono state riscontrate in particolare tra i pazienti a rischio: molte persone anziane si sono rifiutate di partecipare proprio per l'obbligo di firma, oppure non erano in grado di decidere autonomamente sul da farsi oppure ancora i familiari, rispettivamente i rappresentanti giuridici non sono stati raggiunti in tempo utile;
- la gestione e la valutazione della dichiarazione di consenso da parte delle Commissioni etiche cantonali non sono state uguali ovunque, per cui i documenti informativi per i pazienti sono stati messi a disposizione solo all'ultimo momento.

Nel complesso, resta poco chiaro come i singoli fattori influenzino la partecipazione alla misurazione. Crediamo che si tratti di un'interazione di diversi fattori.

I dati sociodemografici dei pazienti partecipanti rispecchiano la popolazione di pazienti presente negli ospedali svizzeri. Va tuttavia ricordato che la misurazione considerava il ricovero fino al giorno del rilevamento, non tutta la durata della degenza. La durata media della degenza, pari a 9,7 giorni, è, secondo la statistica degli ospedali (UST, 2010) vicina alla media svizzera di 9,64 giorni. Solo nel caso di pochi pazienti è stata registrata una durata più lunga. Quasi il 40% dei pazienti ricoverati si trovava in un ospedale acuto per un intervento chirurgico. I quadri clinici più frequenti sono le affezioni cardiache e vascolari, dell'apparato motorio, renali e delle vie urinarie, dell'apparato digerente e delle vie respiratorie. Nella statistica medica degli ospedali (UST, 2010), i gruppi di diagnosi più presenti sono le lesioni, il sistema muscolo-scheletrico, il sistema circolatorio, il sistema digerente e le neoplasie. Si osserva pertanto una certa corrispondenza, anche se non completa, con i dati rilevati.

Si nota che pochi pazienti partecipanti dipendono da aiuti nella vita quotidiana e a casa, il che potrebbe far supporre che un numero considerevole di pazienti dipendenti dalle cure non abbia potuto partecipare alla misurazione.

## 7.2 Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali

### 7.2.1 Caratteristiche dei pazienti con decubito nosocomiale

I pazienti colpiti da decubito nosocomiale sono in media più frequentemente di sesso maschile e circa sei



anni più vecchi dell'intero campione. Nelle ultime due settimane, questi pazienti sono stati operati più spesso rispetto all'intero campione.

Confrontando il quadro clinico di tutti i pazienti ricoverati e di quelli colpiti da decubito nosocomiale, si nota che per questi ultimi sono molto di più. I pazienti con decubito nosocomiale sono inoltre molto più dipendenti dagli aiuti.

L'influenza dell'età sul rischio di decubito è notevole anche nell'analisi dopo aggiustamento secondo il rischio, ma solo includendo il grado 1. Se si esclude il grado 1, questo fattore non è più significativo. Il sesso maschile non è a sua volta significativo per i due indicatori di decubito. Questi risultati sono in sintonia con la ricerca internazionale.

### 7.2.2 Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali

Se riferiti ai tassi di prevalenza, i risultati degli ospedali sono ripartiti in modo relativamente uniforme. La prevalenza nosocomiale rilevata in Svizzera (5,8%) è bassa rispetto a quella riscontrata sul piano internazionale (tra il 5,0% e l' 11,6%). Escludendo il grado 1, la misurazione in Svizzera fornisce un valore medio tra tutti i tipi di ospedale del 2,1%, un tasso più basso di quello riportato nelle pubblicazioni internazionali, che si situa tra il 3,1% e il 6,3%. In seno ai singoli tipi di reparto, i pazienti più spesso colpiti da decubiti nosocomiali (escluso il grado 1) sono nei reparti di cure intense/Cure continue/Sorveglianza cardiaca. Questi risultati corrispondono a quelli della letteratura internazionale e a quelli della stampa svizzera specializzata.

Per quanto riguarda la prevalenza di decubito (escluso il grado 1) tra i pazienti a rischio i risultati concernenti la prevalenza complessiva negli ospedali svizzeri (7,7%) sono in linea con i valori più bassi riportati nelle pubblicazioni internazionali (tra il 6,1% e il 15,6%).

Considerando invece la prevalenza di decubito nosocomiale (escluso il grado 1) tra i pazienti a rischio, il risultato degli ospedali svizzeri (4,0%) è al di sotto dei valori indicati nella letteratura specializzata (tra il 5,3% e l' 11,2%). Questo risultato potrebbe essere riconducibile ai tassi di risposta bassi o al fatto che i pazienti a rischio sono sottorappresentati nella misurazione.

Tra tutti i gradi dei decubiti nosocomiali, con un tasso del 65,0% il grado 1 è il più frequente, seguito dal grado 2 con il 28%. Questi dati sono in linea con quanto rilevato a livello internazionale.

I talloni sono la parte anatomica in cui si presenta più spesso un decubito. Seguono i glutei e l'osso sacro. Anche questi risultati corrispondono ai dati internazionali.

A livello nazionale, si constata che i risultati delle cliniche specializzate talvolta divergono da quelli degli altri tipi di ospedale. Ciò è dovuto probabilmente al basso numero di casi e alla popolazione di pazienti più specifica di questi istituti.

Il tasso di risposta lascia supporre che il tasso di prevalenza dei decubiti nosocomiali potrebbe essere più elevato (vedi discussione punto 7.1). È infatti molto probabile che una parte dei pazienti a rischio non abbia partecipato alla misurazione.

## 7.3 Indicatore di struttura del decubito

Gli indicatori di struttura a livello di ospedale e di reparto contengono diversi elementi di un sistema di promozione della qualità, come ad esempio la disponibilità di specialisti, di standard e direttive, di materiale di prevenzione e sistemi di registrazione, di formazioni continue per il personale e di opuscoli informativi per i pazienti.



I risultati a livello di ospedale mostrano grandi differenze tra i diversi tipi di ospedale in materia di disponibilità di questi indicatori. La disponibilità di standard e di direttive negli ospedali svizzeri è all'incirca uguale a quella riscontrata in altre misurazioni LPZ degli ultimi tre anni, segnatamente in Olanda e in Austria. L'indicatore delle informazioni standardizzate in caso di trasferimento dà invece un vantaggio alla Svizzera, mentre la presenza di specialisti e di un gruppo specialistico è in linea con i risultati austriaci e leggermente inferiore a quelli degli ultimi due anni in Olanda. La disponibilità di corsi di aggiornamento sul tema decubito e la registrazione centralizzata dei casi di decubito sono tendenzialmente al di sotto dei valori internazionali. Infine, la presenza di opuscoli informativi è lievemente superiore rispetto all'Austria, ma decisamente inferiore a quella degli ultimi due anni in Olanda.

L'analisi a livello di reparto rileva risultati analoghi o leggermente superiori a quelli in Olanda per quanto riguarda le informazioni standardizzate in caso di trasferimento, la disponibilità di materiale di prevenzione e il rilevamento del rischio. Gli opuscoli informativi sono invece molto meno disponibili che in Olanda, così come lo svolgimento di colloqui monodisciplinari e multidisciplinari.

## 7.4 Tassi di prevalenza dei pazienti caduti in ospedale

### 7.4.1 Caratteristiche dei pazienti vittime di una caduta

Nel confronto con l'intero campione, si rileva che la quota di donne è superiore del 2,9% e i pazienti sono in media 6,9 anni più vecchi. La quota di pazienti vittime di una caduta sottoposti a un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione è dell'8,7% più bassa rispetto all'intero campione.

Confrontando i quadri clinici di tutte le persone ricoverate con quelli dei pazienti vittime di una caduta, si nota che la quota di infortuni (17,2%) e di patologie cardiache e vascolari (7,8%) è più alta. Anche le patologie renali, delle vie urinarie e degli organi genitali (+ 4,6%), le patologie psichiche (+ 4%), le patologie dell'apparato motorio (+ 2,5%) e del sangue (+ 2%) sono leggermente più elevate. Questi pazienti sono inoltre più dipendenti dagli aiuti rispetto all'intero campione.

Nell'analisi dopo aggiustamento secondo il rischio, questi risultati descrittivi si presentano in parte diversamente. Considerati molti altri fattori di influenza, il sesso maschile si rivela più a rischio di caduta. L'età e gli interventi chirurgici sono invece caratteristiche significative anche nell'analisi dopo aggiustamento secondo il rischio. Numerosi quadri clinici sono associati a un rischio di caduta. Un intervento chirurgico ha un effetto "positivo", dato che la necessità di restare immobili dopo l'operazione si trasforma automaticamente in un fattore di protezione. Le caratteristiche menzionate nell'analisi corrispondono in gran parte a quelle indicati nella letteratura internazionale.

### 7.4.2 Tassi di prevalenza dei pazienti caduti in ospedale

Nel confronto internazionale, la quota delle cadute negli ospedali svizzeri è relativamente elevata. Ciò vale anche per il confronto con rilevamenti secondo il metodo LPZ. In Svizzera, la quota media per tutti i tipi di ospedale è pari al 4,3%, mentre gli ultimi tassi disponibili riferiti all'Olanda e all'Austria si fermano all'1,5%, rispettivamente al 3,2%. A livello nazionale, si constata che i risultati delle cliniche specializzate talvolta divergono da quelli degli altri tipi di ospedale. Ciò è dovuto probabilmente al basso numero di casi e alla popolazione di pazienti più specifica di questi istituti.

Le indicazioni sulle conseguenze delle cadute ricavate dalla misurazione svizzera sono ripartite diversamente rispetto agli ultimi due rilevamenti LPZ in altri paesi. Vengono notificate più conseguenze leggere (33,8%) e medie (20,6%) rispetto all'LPZ (circa 20%, rispettivamente 14-16%). Il tasso di ferimenti gravi (37,7%) è invece simile, mentre quello delle fratture delle anche (7,9%) è sensibilmente inferiore (30,46%, rispettivamente 20-35% per l'LPZ). Per le cadute avvenute in ospedale occorre tuttavia considerare che solo per circa un terzo delle cadute sono disponibili dati sulle conseguenze. Resta pertanto il dubbio se questo



risultato sia stato determinato dalla documentazione incompleta concernente le cadute verificatesi in ospedale o dalla struttura del questionario LPZ. Per gli indicatori di struttura, è stato dichiarato che le cadute vengono rilevate nella maggioranza degli ospedali.

## 7.5 Indicatore di struttura delle cadute

Per indicatori di struttura sul tema delle cadute si intendono per esempio gli standard disponibili per la prevenzione delle cadute, la registrazione continua dei casi di caduta, la valutazione del rischio di caduta al momento dell'ammissione, ecc. I risultati a livello di ospedale mostrano differenze tra i diversi tipi di ospedale in Svizzera in materia di disponibilità di tali indicatori. Il rilevamento delle cadute negli ospedali svizzeri è analogo a quello riscontrato in altre misurazioni LPZ degli ultimi tre anni in Olanda e in Austria. L'inoltro di informazioni in caso di trasferimento è tendenzialmente più frequente rispetto all'Olanda e un po' meno rispetto all'Austria.

La disponibilità di uno standard o di una direttiva per la prevenzione delle cadute è notevolmente inferiore nel confronto internazionale. Lo stesso vale per gli altri indicatori.

A livello di reparto, le misure preventive e le informazioni standardizzate in caso di trasferimento sono più frequenti negli ospedali svizzeri che in quelli olandesi e austriaci. In altri settori, le differenze sono invece meno marcate. Nel complesso e analogamente a quanto si constata a livello internazionale, in Svizzera gli indicatori di struttura delle cadute sono meno disponibili di quelli del decubito.

## 7.6 Confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio

I risultati denotano una notevole omogeneità per tutti i tre indicatori. Sono pochissimi gli ospedali che si distinguono significativamente dal campione totale, il che può essere ricondotto a diverse cause, una delle quali va ricercata nella scelta del modello gerarchico, un metodo che tende notoriamente a fornire risultati "conservativi". Con questo metodo, insomma, ci si devono aspettare poche divergenze statistiche.

Un'altra causa è rappresentata dal basso numero di casi nei singoli ospedali. Come illustra per esempio il confronto dei grafici degli ospedali universitari con gli altri tipi di ospedale, anche gli intervalli di confidenza del 95% dei residui sono influenzati dal numero di casi dei pazienti partecipanti. Gli ospedali universitari con un numero relativamente elevato di casi presentano intervalli di confidenza più piccoli degli altri.

Lo stesso vale per il confronto tra singoli ospedali della stessa tipologia. Se si osservano i confronti riguardanti il decubito tra gli ospedali universitari, l'ospedale con una divergenza negativa nel senso clinico presenta i tassi di prevalenza senza aggiustamento secondo il rischio più alti e, al contempo, il numero di casi più elevato. Questa combinazione rende più probabile una divergenza statistica. Detto altrimenti, con questo metodo gli ospedali piccoli non presenteranno praticamente mai anomalie, una circostanza che può essere considerata un punto debole, ma anche interpretata come una protezione per gli ospedali di più piccole dimensioni. Questi istituti corrono un rischio sensibilmente maggiore di rilevare tassi di prevalenza casualmente elevati il giorno di riferimento. Se non si considerasse questa circostanza, la confrontabilità ne risulterebbe compromessa.

Il confronto tra ospedali dopo l'aggiustamento secondo il rischio potrebbe risultare ancora più preciso se la scala di dipendenza assistenziale fosse considerata in tutti gli ospedali. Nei nostri calcoli di test, tale scala ha dimostrato una connessione significativa con tutti gli indicatori, connessione confermata anche dalla letteratura specializzata. Nei prossimi rilevamenti, la scala di dipendenza assistenziale sarà rilevata in tutti gli ospedali.



## 7.7 Punti di forza e punti deboli

Va ricordato che si tratta della prima misurazione nazionale di questo tipo, il che, secondo le esperienze del partner LPZ, può influire negativamente sulla qualità dei dati. Per ovviare a questo inconveniente, tutti i coordinatori degli ospedali hanno seguito formazioni analoghe organizzate dalla BFH e dai suoi partner. La documentazione era uguale per tutti a livello di contenuti e di struttura, e il relativo manuale era redatto in modo dettagliato. Alla vigilia e il giorno della misurazione, inoltre, era attiva una hotline.

La bassa partecipazione dei pazienti può compromettere la rappresentatività della prova a campione. Per la seconda misurazione, il fattore che influenza la bassa partecipazione sarà ridotto. Conformemente agli accordi con le Commissioni etiche cantonali, i partecipanti non dovranno più compilare una dichiarazione di consenso scritta.

In vista delle prossime misurazioni, è auspicabile una partecipazione di almeno l' 80%, al fine di aumentare la confrontabilità dei dati con rilevamenti LPZ e internazionali.

Un punto di forza è la procedura di valutazione dopo la prima misurazione, i cui risultati conducono ad adeguamenti dell'organizzazione della misurazione e degli strumenti di rilevamento. Nel complesso, l'organizzazione della misurazione e la misurazione in sé sono state giudicate positivamente dai partecipanti alla valutazione.

L'analisi per gruppo di ospedali ai sensi della tipologia dell'UST del 2006 comporta l'assegnazione a un unico tipo di ospedale degli istituti con un mandato misto di prestazioni. I mandati di prestazioni diversi non possono quindi essere presi in considerazione e, di conseguenza, è possibile che singole sedi di ospedali non possono operare confronti con istituti del tipo di ospedale al quale appartengono. Questa inesattezza, vincolata alla classificazione UST, non può essere evitata.

Un altro punto di forza della misurazione è rappresentato dalla possibilità di operare confronti a livello internazionale.

Il punto di forza principale della prima misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza sta nelle dimensioni della prova a campione, che aumenta la rappresentatività dei dati e consente complesse procedure statistiche, necessarie per un aggiustamento adeguato.

## 8 Raccomandazioni

Dopo la prima misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza caduta e decubito in Svizzera non è ancora possibile formulare raccomandazioni approfondite. Ripetere la misurazione consentirà sicuramente agli ospedali di monitorare la loro qualità e, all'occorrenza, di migliorarla. La misurazione risulterebbe più precisa se il rilevamento della scala di dipendenza assistenziale fosse obbligatorio in tutti gli ospedali.

Nel confronto internazionale, i tassi di prevalenza hanno dimostrato che la qualità in riferimento agli indicatori sensibili per la cura in caso di decubito può essere considerata buona. Meno positive sono invece le misure adottate nel quadro della prevenzione delle cadute. Qui sembra esserci potenziale per un'ulteriore diminuzione delle cadute.

Nel contesto internazionale le analisi delle tendenze delle misurazioni ripetute rilevano che spesso i tassi di prevalenza continuano a diminuire, mentre la sensibilizzazione sugli indicatori rilevati, come pure la scelta mirata della cura e l'adozione di misure preventive aumentano. In questo modo, è possibile osservare un miglioramento dei risultati attraverso l'ottimizzazione dei processi nella prassi clinica.

La contraddizione tra l'omogeneità dei risultati dopo aggiustamento secondo il rischio nel confronto tra



ospedali e la grande varianza delle misure attuate e degli indicatori di struttura fa dubitare dell'efficacia e dell'efficienza delle misure preventive e delle cure.

Anche al cospetto di questa misurazione, ci si chiede quanto le misure preventive e la cura del decubito corrispondano allo stato attuale delle conoscenze scientifiche.

Tra i risultati si rileva il numero relativamente alto di pazienti caduti che non beneficiano di misure preventive delle cadute o dei ferimenti. Se si considera che nell'anamnesi una caduta è ritenuta la caratteristica più importante per il verificarsi di altre cadute, appare evidente che qui si cela un grande potenziale di sviluppo della qualità.

I risultati internazionali dimostrano che, ripetendo la misurazione, la disponibilità degli indicatori di struttura è progressivamente aumentata. In tale contesto, nella letteratura si constata una possibile connessione tra la strategia della qualità a livello di ospedale e la qualità della prevenzione a livello di reparto. Altri fattori, come la cultura organizzativa e il clima di lavoro, sembrano meno rilevanti. I risultati sulla disponibilità degli indicatori di qualità di struttura e di processo possono sostenere gli ospedali a livello di base comparativa e come punto di partenza per avviare processi di ottimizzazione.

La misurazione nazionale degli indicatori di prevalenza dà per la prima volta agli ospedali l'opportunità di rivalutare e perfezionare gli elementi della salvaguardia della qualità a livello strutturale, nonché l'evidenza e l'efficienza delle misure adottate e delle strategie preventive a livello di processi. Fino a quando non sarà possibile formulare raccomandazioni certe e approfondite, gli istituti possono seguire le direttive vigenti (per esempio gli standard specialistici del Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) e la più recente letteratura specializzata, al fine di confrontare il loro operato con gli standard riconosciuti.

### Istruzione per la lettura dei grafici

I pazienti corrono rischi diversi di sviluppare un decubito o di cadere durante la degenza in ospedale (p. es.: età, durata della degenza, patologia, ecc.). Di conseguenza, gli ospedali hanno a che fare con una composizione eterogenea di pazienti (struttura del rischio). Affinché i risultati degli ospedali possano essere confrontati, questi rischi vengono equilibrati (aggiustati) mediante una speciale procedura statistica. La linea dello zero segnala il valore di tutti i nosocomi partecipanti alla misurazione se la struttura del rischio fosse identica. Ogni punto rosso (residuo) rappresenta il valore calcolato di un ospedale, sempre in considerazione della struttura del rischio. I valori al di sopra della linea dello zero indicano un numero più alto di decubiti, rispettivamente di cadute, quelli al di sotto un numero più basso di decubiti, rispettivamente di cadute rispetto alla media di tutti gli ospedali.

La linea verticale sulla quale è posizionato il punto è il cosiddetto intervallo di confidenza (95%) di un ospedale. Esso rappresenta, tra l'altro, la ripartizione dei valori dei pazienti e il numero di pazienti partecipanti alla misurazione. Se questa linea interseca quella dello zero, non si può parlare di divergenza statistica significativa.