



---

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

---

Versione breve rapporto comparativo nazionale 2015

Settembre 2016 / versione 1.1

## Indice

---

1.	Introduzione.....	3
2.	Obiettivo.....	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.....	5
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 bambini e degli adolescenti.....	8
7.2.2	Tassi di prevalenza.....	9
7.3	Indicatori di processo e di struttura.....	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 ai rilevamenti di dati 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 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 2015, 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/it/risultati-di-misurazione/risultati-somatica-acuta/>.

## 2. Obiettivo

---

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 1-4<sup>1</sup>
- 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
- Confronto tra ospedali aggiustato secondo il rischio 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 il 10 novembre 2015. 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.

---

<sup>1</sup> 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 periodicamente in Olanda e in altri paesi. Su incarico dell'ANQ, nel 2013 la BFH ha sviluppato per la Svizzera il modulo per il decubito tra i bambini. Il questionario utilizzato nel 2015 non aveva subito modifiche rispetto all'anno precedente.

I dati sono stati dapprima analizzati in modo descrittivo, poi sottoposti a un aggiustamento secondo il rischio.<sup>2</sup> 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

---

La condizione per la partecipazione era una dichiarazione di consenso orale del bambino o dell'adolescente, oppure dei genitori o di una persona autorizzata a rappresentarlo, informato/a in anticipo e per iscritto sul rilevamento e sul suo scopo. Il desiderio di non partecipare è stato rispettato. Il rilevamento dei dati non ha messo in pericolo l'integrità dei bambini e degli adolescenti. Tutti i dati riferiti ai pazienti sono stati rilevati in forma pseudonimizzata. Solo gli ospedali possono decodificarli.

Per la misurazione 2015, l'ANQ ha chiarito con Swissethics una procedura ottimizzata per la richiesta della dichiarazione di consenso. L'obiettivo era di incrementare il tasso di partecipazione e ridurre l'onere di lavoro legato alla richiesta. Il team di misurazione poteva chiedere la disponibilità alle persone in grado di intendere anche direttamente prima del rilevamento.

## 5. Risultati descrittivi

---

### 5.1 Ospedali partecipanti

Alla misurazione hanno partecipato 34 ospedali acuti con reparti pediatrici e cliniche pediatriche specializzate, per un totale di 105 reparti. I più rappresentati sono i reparti di pediatria generale (interdisciplinari) con il 30,5%, seguiti dai reparti di neonatologia con il 25,7%.

### 5.2 Bambini e adolescenti partecipanti

Il giorno della misurazione, negli ospedali partecipanti erano ricoverati 950 bambini e ragazzi fino ai 16 anni. 745 di loro (il 78,4%) sono stati coinvolti nel rilevamento.

L'età media dei partecipanti era di 3,7 anni, i maschi erano il 54%. Oltre la metà aveva meno di un anno. La durata media della degenza fino al momento della misurazione era di 18,1 giorni, la più frequente fino a sette giorni. Il 21,2% dei bambini e degli adolescenti partecipanti aveva subito un intervento chirurgico nelle due settimane precedenti la misurazione, il 21,6% era stato sottoposto ad anestesia. Nel 79,5% dei casi erano disponibili presidi sanitari.

Il motivo più frequente per la mancata partecipazione è stato il rifiuto, seguito dalla categoria «Altro». La terza risposta più registrata è stata «Non disponibile», il che significa che il paziente al momento del rilevamento era assente, per esempio per sottoporsi a una visita di controllo.

---

<sup>2</sup> 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.

## 5.3 Prevalenza decubito

### 5.3.1 Bambini e adolescenti con decubito

La *frequenza dei decubiti nosocomiali* delle categorie 1-4 è pari all'11,7% (anno precedente 13,5%). Se si esclude la categoria 1, il tasso passa all'1,7% (anno precedente 3,0%). I bambini e adolescenti colpiti da decubito nosocomiale sono 87. Tra i partecipanti a rischio decubito è stato calcolato un tasso del 14,9% (tutte le categorie), tra quelli con presidi sanitari del 14,0%.

La maggior parte dei decubiti è stata rilevata nelle cure continue, in terapia intensiva e in neonatologia. La categoria 1 è la più frequente (85,1%), seguita dalla categoria 2 (12,6%), dalla categoria 3 (1,1%) e dalla categoria 4 (1,1%).

In media, i bambini con decubito avevano 2,2 anni. Molto più della metà aveva però meno di un anno. Tra i bambini minori di un anno, quasi la metà aveva meno di un mese. Il 95,4% aveva un presidio sanitario 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 12,8% (anno precedente 14,4%) dei partecipanti è stato rilevato almeno un decubito delle categorie 1-4. Nelle categorie 2-4, il tasso complessivo scende al 2,3% (anno precedente 3,2%). Il numero complessivo di pazienti con decubito è 95. La maggior parte aveva solo un decubito, mentre tra gli altri sono state notificate due-quattro lesioni. Le localizzazioni più frequenti sono il metatarso, il naso e il tallone, ma la categoria più indicata è «Altro». Tra i bambini e gli adolescenti a rischio, il tasso complessivo (tutte le categorie) sale al 16,3%. I pazienti con presidi sanitari presentano un tasso complessivo del 15,2%.

### 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, la promozione del movimento, la mobilizzazione e il cambio di posizione da sdraiato. In posizione seduta, i cuscini antidecubito erano in oltre la metà dei casi poco indicati, in quanto i pazienti non potevano essere mobilizzati a causa della loro età. Il giorno del rilevamento, per 93 bambini e adolescenti con decubito è stata adottata almeno una misura di prevenzione.

### 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. I più frequenti sono le informazioni standardizzate in caso di trasferimento. In almeno la metà degli ospedali, un professionista era incaricato della sorveglianza e dell'aggiornamento dello standard, ed erano definiti uno standard o una direttiva per la gestione dei materiali di prevenzione e uno standard sulla prevenzione e il trattamento del decubito. 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. In nessun reparto era disponibile un opuscolo informativo.

## 6. Risultati dopo aggiustamento secondo il rischio

Il confronto tra ospedali dopo aggiustamento secondo il rischio fornisce risultati nel complesso unitari. Nelle categorie 1-4, sono stati identificati tre ospedali che dal punto di vista statistico si discostano chiaramente dalla media di tutti i nosocomi. Nelle categorie 2-4, invece, è il caso di un ospedale.

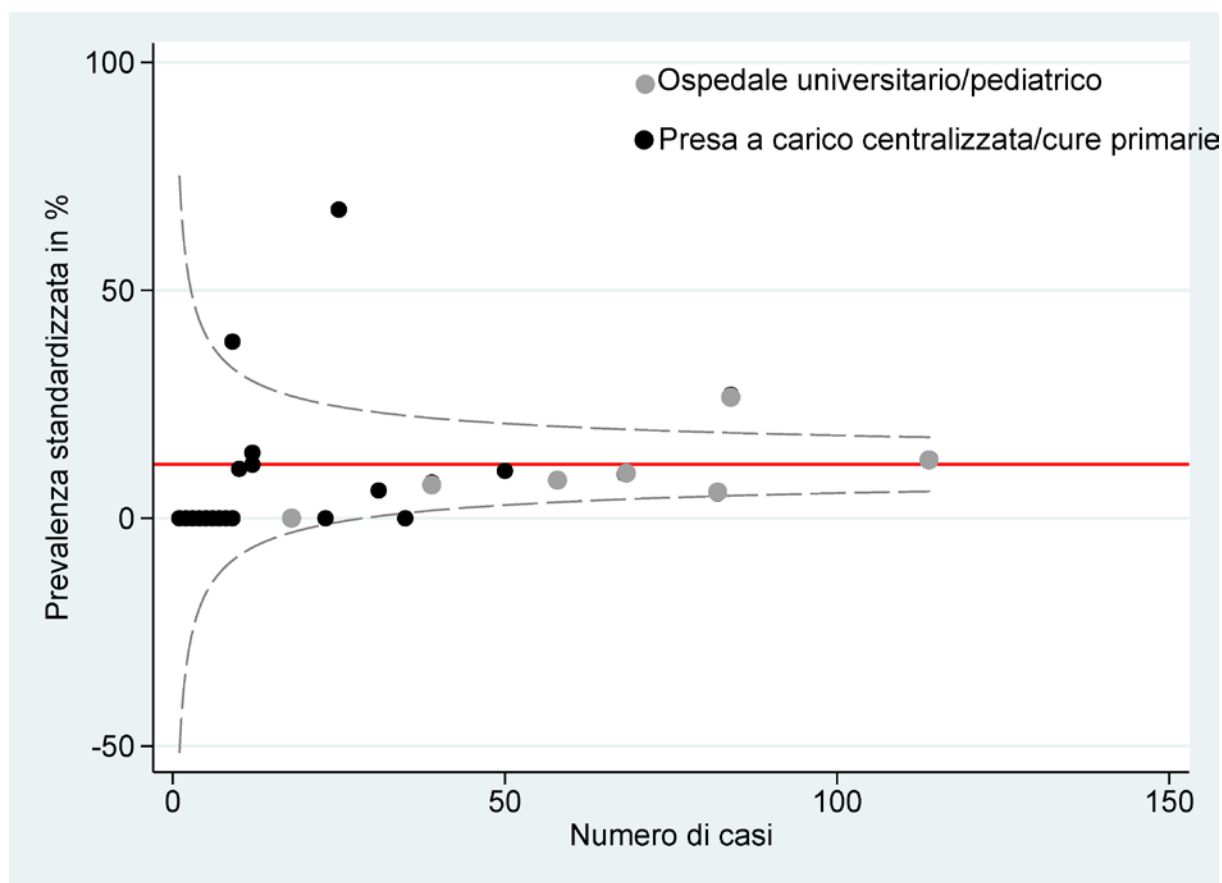
I risultati vengono rappresentati come tassi di prevalenza standardizzati con un grafico a imbuto. I tassi osservati sono stati posti in relazione con i tassi attesi per ogni ospedale.

## 6.1 Decubito nosocomiale, categorie 1-4

I minori di un anno corrono un rischio di decubito 1,6 volte superiore rispetto ai bambini maggiori di otto anni. La valutazione soggettiva da parte del personale infermieristico rileva un rischio di decubito di 3,9 volte superiore. La presenza di presidi sanitari comporta un rischio di 2,7 volte superiore. I bambini che hanno subito un intervento chirurgico correvano un rischio di decubito triplo. Anche le diagnosi mediche influiscono significativamente sul rischio di decubito, in particolare i disturbi psichici e comportamentali, e le malattie del sistema nervoso e circolatorio.

Sulla base dei 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**



### Istruzioni per la lettura del grafico

La linea tracciata parallela all'asse x (orizzontale) rappresenta il tasso di prevalenza dell'intero campione (11,7%). La maggior parte degli ospedali è raggruppata attorno a questo valore, il che significa che i rispettivi 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.

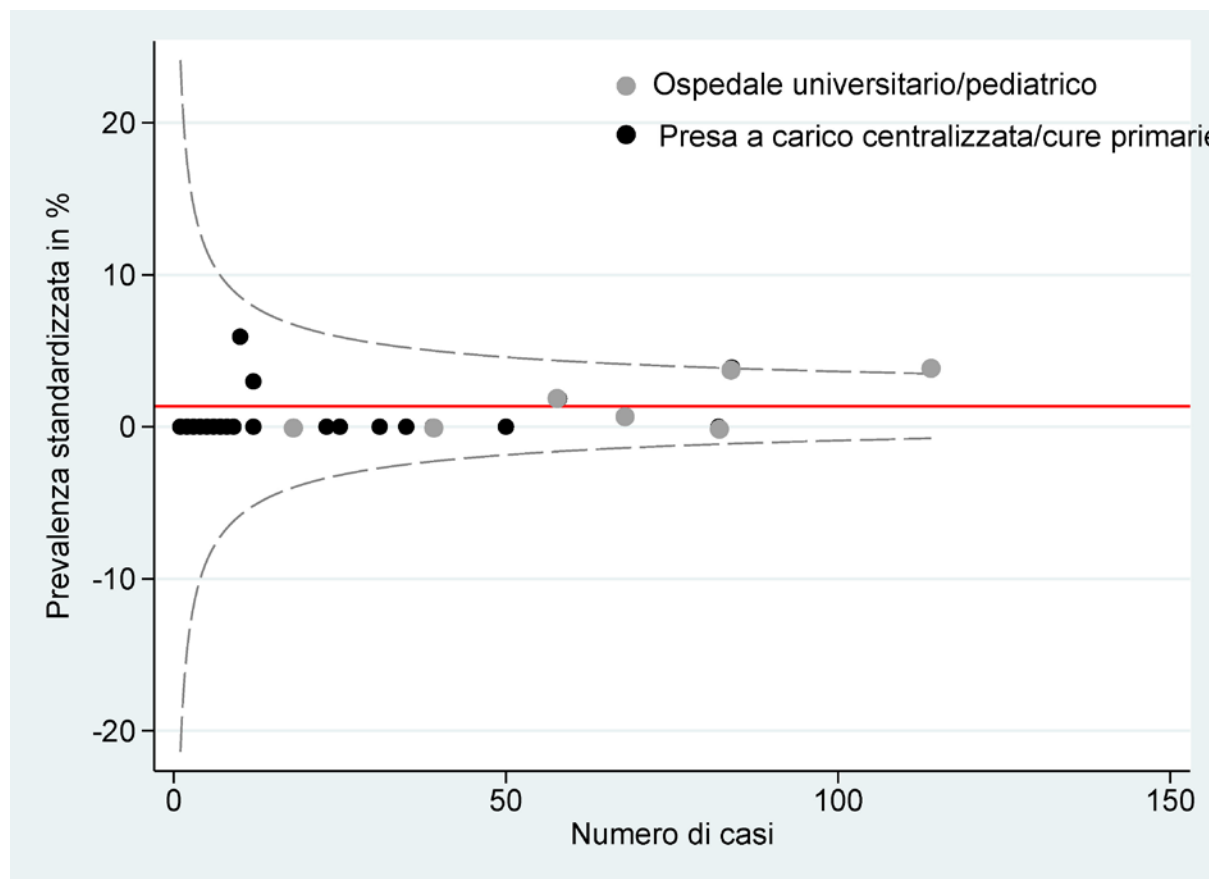
Tre ospedali, uno del gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici" e due del gruppo "presa a carico centralizzata/cure di base", si trovano al di fuori del limite del 95%. Ciò significa che il loro valore diverge verso l'alto in modo statisticamente significativo. La procedura per il calcolo dei valori è ben spiegabile con l'ospedale centrale che si trova sul 67% (a sinistra in alto nella figura 1). Questo nosocomio ha notificato più di sette casi di decubito su 25 pazienti, mentre il valore atteso era 1,2. In altre parole, questo ospedale ha notificato un numero di decubiti 5,8 volte superiore a quanto ci si aspettava. Moltiplicato per il tasso 11,7%, si ottiene una prevalenza standardizzata del 67%.

## 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: il principale nel 2015 è la presenza di frizione e scivolamento (secondo la scala di Braden).

Sulla base dei 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**



Un ospedale si trova appena fuori dall'intervallo di confidenza del 95%. Ciò significa che la qualità delle cure di tale ospedale nel settore in questione presenta probabilmente potenziale di miglioramento. Va osservato che soltanto sei dei 34 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 terza volta di esprimersi sulla frequenza dei decubiti nei bambini e negli adolescenti. Nel 2015, i decubiti si sono manifestati prevalentemente nella categoria 1 e tra i bimbi minori di un anno.

Tra i pazienti a rischio, secondo la scala di Braden e la valutazione soggettiva del personale infermieristico i tassi sono più elevati pure nelle altre fasce d'età, segnatamente in quella tra gli uno e i quattro anni nel gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici".

I tassi più elevati (categorie 1-4) sono stati rilevati nelle cure continue, nella terapia intensiva e in neonatologia. I decubiti nosocomiali delle categorie 2-4, più rari, sono stati constatati in tredici bambini e adolescenti, prevalentemente nel gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici". A livello svizzero, il tasso di decubiti nosocomiali delle categorie 2-4 è pari all'1,7%.

Valori comparativi internazionali sono disponibili solo limitatamente. Per la presente discussione, dunque, i dati sono stati confrontati con quelli delle ultime due misurazioni e, laddove possibile, con studi internazionali.

### 7.1 Partecipanti

Alla misurazione hanno partecipato 34 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.

Rispetto all'anno precedente, il tasso di partecipazione (78,4%) è calato del 3,8% e per la prima volta è sceso sotto il limite dell'80%. Né il sondaggio di valutazione della misurazione 2015 né i riscontri forniscono indicazioni inequivocabili che spieghino il calo del tasso di partecipazione. Non è chiaro se la procedura leggermente modificata (vedi punto 4) per la richiesta della dichiarazione di consenso abbia influito, anche se tutt'al più ci si sarebbe aspettati un aumento della partecipazione. Poco più di un terzo dei motivi di mancata partecipazione è classificato sotto «Rifiuto» o «Altro». Rispetto all'anno precedente, la categoria «Rifiuto» è calata del 3,2%, la categoria «Altro» del 5,0%.

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. I bambini minori di un anno sono in maggioranza sia nell'intero campione sia nei due gruppi di confronto, il che coincide con il rilevamento dell'UST (2014).

### 7.2 Tassi di prevalenza dei decubiti nosocomiali

#### 7.2.1 Caratteristiche dei bambini e degli adolescenti

Secondo l'*analisi descrittiva*, i pazienti colpiti sono in media più frequentemente di sesso maschile (51,7%) e circa cinque 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 gruppo di diagnosi più frequente è «Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale», seguito da «Malattie del sistema respiratorio», «Malformazioni congenite» e «Malattie del sistema circolatorio». Il tasso di bambini e adolescenti sottoposti a intervento chirurgico nelle ultime due settimane prima della misurazione (27,6%) è leggermente superiore a quello dell'intero campione (21,2%).

Nell'*analisi aggiustata secondo il rischio*, l'età si è dimostrata una caratteristica piuttosto significativa: i bambini tra uno e quattro anni presentano un rischio di decubito più elevato. Per quanto concerne le dia-



gnosi, si sono dimostrati particolarmente rilevanti le malattie del sistema circolatorio e nervoso, nonché i disturbi psichici e comportamentali. Il basso numero di casi non consente di trarre conclusioni inequivocabili su quali fattori di rischio siano importanti a lungo termine. 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'1,8% (categorie 1-4), rispettivamente dell'1,3% (categorie 2-4). I risultati degli ospedali sono ripartiti in modo poco uniforme. La frequenza rilevata nel gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici" è di circa 1,5 (categorie 1-4), rispettivamente 3,5 (categorie 2-4) volte superiore. 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.

Rispetto al 2013, i tassi di decubito nosocomiale sono calati del 3,4% (categorie 1-4), rispettivamente dello 0,8% (categorie 2-4). Nel complesso, questi cambiamenti possono essere legati al caso.

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

Tassi di prevalenza	2015	2014	2013
Decubito nosocomiale, categorie 1-4	11.7	13.5	15.1
Decubito nosocomiale, categorie 2-4	1.7	3.0	2.5

Rispetto ai tassi di prevalenza complessivi pubblicati a livello internazionale fino al 2011, che si situavano tra l'1,6% e il 33,7%, i dati rilevati in Svizzera (12,8%) si posizionano nel terzo inferiore. Studi internazionali più recenti riportano tuttavia tassi inferiori (6,6-8,2%).

Rispetto agli adulti, tra i bambini e gli adolescenti si constatano differenze minime tra i tassi di prevalenza complessivi (12,8%) e i tassi di prevalenza nosocomiale delle categorie 1-4 (11,7%). Analogamente a quanto riscontrato in studi internazionali e nazionali, può trattarsi di un indizio del fatto che la maggior parte dei decubiti di questa popolazione si manifesta in ospedale. Concretamente, il 91,6% dei decubiti rilevati in questa misurazione si è sviluppato in ospedale.

Oltre alla categoria «Altro», il metatarso e il naso sono le localizzazioni più frequenti del decubito nei bambini e negli adolescenti. Confrontando i gruppi a livello nazionale, si constata che determinate localizzazioni, come il naso e la categoria «Altro», sono molto più frequenti nel gruppo "ospedali universitari/ospedali pediatrici", mentre il tallone e il dorso della mano sono più presenti nel gruppo "presa a carico centralizzata/cure di base". Ciò è dovuto probabilmente al minore numero di casi, alla popolazione di pazienti più specifica, rispettivamente al diverso impiego dei presidi sanitari.

### 7.3 Indicatori di processo e di struttura

L'analisi degli *indicatori di processo* indica un quadro analogo a quello degli anni precedenti. 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. Nella cura delle ferite, si constata una tendenza all'adozione di strategie più adeguate, in particolare nel settore dei decubiti di categoria 1, che correttamente non vengono quasi più medicati.

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 dimensione 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. Inclusa la categoria 1, tre ospedali sono stati identificati come anomali. Escludendo questa categoria, solo un nosocomio ha mostrato anomalie. Ciò permette di concludere che la qualità delle cure è buona, dato che per il decubito più significativo (dalla categoria 2) solo un ospedale si trova di poco fuori dai limiti fissati. 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 2015 è stata la terza 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. Dalla misurazione 2014, la partecipazione alle formazioni non era obbligatoria, ma caldamente raccomandata ai nuovi coordinatori. Nel 2015, solo un terzo circa dei coordinatori vi ha preso parte. Si spiega forse così l'aumento dei set con dati non plausibili, rispettivamente degli errori di immissione.

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. 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.

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 pone problemi di ordine metodico-statistico. Dato che le indicazioni concernenti le categorie 2-4 si riferiscono a tredici bambini e adolescenti su 745, le costellazioni del rischio di questi pazienti 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 inferiore all'80% potrebbe mettere a repentaglio la rappresentatività della misurazione. È dunque auspicabile tornare al tasso delle misurazioni precedenti (82,2%). In vista della misurazione 2016, occorrerà eventualmente rimettere in discussione la procedura della dichiarazione di consenso il giorno del rilevamento. Una maggiore sensibilizzazione dell'opinione pubblica potrebbe a sua volta contribuire a incrementare il tasso di partecipazione.

## 8.2 Decubito nosocomiale

Rispetto all'anno precedente e nel confronto internazionale, i tassi di decubito denotano una buona qualità delle cure. Si nota una costante, anche se statisticamente non significativa tendenza calante dei tassi, in particolare nei reparti di terapia intensiva. Esiste tuttavia potenziale di ottimizzazione, anche a livello di processo e di struttura.

Il tema dei presidi sanitari resta rilevante. Un ulteriore miglioramento potrebbe essere conseguito con interventi specifici tra i bambini a rischio decubito e con presidi sanitari. I risultati di uno studio 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.

Coerentemente con i dati internazionali, tassi elevati di decubito nosocomiale delle categorie 1-4 sono stati constatati in prevalenza in terapia intensiva, nelle cure continue e in neonatologia. Ciò può essere riconducibile anche alla pelle immatura dei nati prematuri.

Uno 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. Negli ultimi anni, è stato sviluppato un maggior numero di standard o direttive (internazionali) sul tema decubito e prevenzione del decubito tra bambini e adolescenti. In Svizzera, è imminente la pubblicazione di una linea guida nazionale volta a favorire lo sviluppo di indicatori di struttura a livello di ospedale, un ambito nel quale le risorse sono limitate e la prassi è relativamente ridotta.

In relazione con la cura delle ferite, continua a sussistere il problema della carenza di prodotti specifici per la pelle dei bambini (soprattutto dei nati prematuri e dei lattanti). Il potenziale è dunque notevole, anche per quanto riguarda i materassi specifici per l'infanzia e il supporti per la riduzione della pressione.

Dal punto di vista scientifico e specialistico, ci si chiede 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, 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 in un settore che, a livello nazionale, dispone di pochi dati.