
Misurazione di cadute e decubito

FAQ

Ottobre 2024 / versione 1.0

Benvenuti nelle FAQ sulla misurazione delle cadute e del decubito. Qui troverete le risposte alle domande più frequenti sulla misurazione. Aggiorniamo regolarmente queste FAQ.

Se avete domande che non trovano risposta qui, non esitate a contattarci direttamente (daniela.zahnd@anq.ch).

Domande sull'organizzazione e sulla misura pilota

Domande	Riposte
Come funziona esattamente la verifica della qualità dei dati?	Al momento, l'ANQ non ha previsto alcuna verifica specifica sul tema delle cadute e dei decubiti. Conformemente alla convenzione sulla qualità ai sensi dell'art. 58a LAMal, possono essere svolte verifiche esterne, i cui punti principali nella medicina somatica acuta sono riportati nell' allegato 2 della convenzione sulla qualità (punto 1.1.1).
Nel 2024 la misurazione verrà svolta con il vecchio metodo?	La misurazione è sospesa dal 2023, quindi nel 2024 non si svolgerà.
Se un istituto non partecipa alla misurazione pilota per insufficienza di casi, quali requisiti deve soddisfare nel periodo 2024-2026?	Anche gli istituti di piccole dimensioni possono partecipare alla misurazione pilota, un basso numero di casi non è un criterio di esclusione. Se si decide di non partecipare, è comunque possibile verificare se il sistema informatico rileva le variabili necessarie e se è possibile esportare i dati.
Vi sono contatti con i fornitori di sistemi informatici per trovare soluzioni unitarie affinché ogni ospedale non debba sviluppare la propria (KISIM, EPIC ecc.)?	No, al momento non ve ne sono. Il mercato dei sistemi informatici in Svizzera è molto sfaccettato. Anche se ospedali e cliniche utilizzano gli stessi sistemi, quest'ultimi sono sovente commisurati alle esigenze specifiche del rispettivo istituto.
Saremmo molto interessati a consultare il manuale di misurazione per decidere se partecipare alla misurazione pilota.	In una prima fase, il manuale verrà messo a disposizione degli ospedali e delle cliniche che decidono di partecipare alla misurazione pilota. Quale supporto alla decisione, a fine settembre 2024 tutti gli istituti hanno ricevuto una tabella con le variabili da fornire.
Come mai la pediatria è esclusa?	Il rilevamento del decubito tra i bambini non è al momento previsto dal piano di misurazione dell'ANQ. Esso è comunque concepito in modo da poter essere esteso anche al settore pediatrico. L'obiettivo dell'ANQ è effettivamente quello di svolgere presto questa misurazione anche nella pediatria.
Vi saranno ancora indicatori facoltativi, per esempio la malnutrizione?	Al momento no.
Gli ospedali che non dispongono ancora della documentazione elettronica dei pazienti possono partecipare alla misurazione pilota?	La condizione per la partecipazione alla misurazione pilota è la presenza di un sistema informatico.
A chi appartengono le analisi individuali degli ospedali e delle cliniche?	Le analisi individuali appartengono ai singoli istituti. L'ANQ non ha accesso a questi dati (nelle dashboard).
Quando è previsto che la misurazione diventi obbligatoria per tutti gli ospedali e tutte le cliniche?	La prima misurazione obbligatoria a livello nazionale è prevista nella primavera 2026

	(rilevamento dei dati febbraio-aprile 2026). I risultati non verranno pubblicati in modo trasparente.
--	---

Domande su metodo e contenuto

Domande	Riposte
Se un decubito peggiora durante la degenza rendendo necessaria una classificazione più alta, come si procede? Viene contato come nuovo decubito?	Nel caso ideale, per ogni localizzazione viene rilevata la categoria più alta del decubito. Ogni decubito viene di principio conteggiato una sola volta.
Perché il periodo di osservazione è stato fissato a tre mesi?	I tre mesi sono una soluzione di compromesso decisa dall'ANQ coinvolgendo il Comitato per la qualità Caduta e decubito. A livello internazionale, i periodi di osservazione variano molto, non è quindi stato possibile trarne chiare raccomandazioni. I tre mesi hanno il vantaggio di permettere anche alle cliniche e agli ospedali più piccoli di includere un numero consistente di casi. È stata pure discussa l'idea di includere i dati di un intero anno, ma è stata respinta in quanto l'obiettivo, una volta istituita la misurazione, è di pubblicare i risultati lo stesso anno in cui sono stati rilevati i dati.
Come vengono classificati i decubiti?	I decubiti vengono classificati secondo le regole EPUAP / NPIAP / PPIA 2019 .
È incluso anche il decubito di categoria 1?	Vengono rilevati tutti i decubiti. Anche in futuro sarà prevista un'analisi separata senza i decubiti di categoria 1.
Che cosa significano i vari stadi (non stadiabile/non classificabile; perdita a tutto spessore di cute o tessuto; profondità ignota/non determinabile)?	Si tratta di categorie utilizzate dalla classificazione EPUAP / NPIAP / PPIA 2019 .
È vero che le variabili disponibili per l'aggiustamento secondo il rischio sono poche?	La procedura concreta per l'aggiustamento secondo il rischio verrà finalizzata in considerazione dei dati. Al momento, si presuppone che verrà ancora utilizzato un modello gerarchico. Per quanto concerne le variabili di rischio, effettivamente l'eterogeneità degli strumenti utilizzati negli ospedali impedirà in futuro di disporre di informazioni sulla dipendenza assistenziale e di procedere a una valutazione del rischio di decubito. In compenso, potremo contare su altri dati molto dettagliati, per esempio le diagnosi. Per l'aggiustamento secondo il rischio potremo inoltre avvalerci di alcuni nuovi dati che gli ospedali devono rilevare in modo uniforme per il progetto SpiGes. Infine, le variabili da considerare sono state stabilite assieme al Comitato per la qualità anche in termini di fattibilità. Una volta

	radicato il metodo, è pensabile un ampliamento delle variabili, ma per incominciare abbiamo dovuto pattuire un set di dati minimo (minimo comun denominatore che consenta tuttavia un aggiustamento secondo il rischio) che la maggior parte degli ospedali possa esportare.
I pazienti ricoverati tra febbraio e aprile e vittime di una caduta o di un decubito devono essere rilevati?	Devono essere inclusi tutti i pazienti dimessi tra il 1° febbraio 2025 e il 30 aprile 2025, la data del ricovero non ha alcuna importanza. Vengono rilevati i dati di tutti i pazienti dimessi nel periodo menzionato indipendentemente dal fatto che si sia verificata una caduta o sviluppato un decubito.
Se il sistema informatico non genera automaticamente un rapporto (p.es. distinzione dei decubiti secondo la categoria), bisogna procedere manualmente per il periodo di tre mesi?	Il metodo è stato sviluppato coinvolgendo il Comitato per la qualità e ospedali che hanno partecipato alle analisi della fattibilità. La misurazione pilota serve a verificare l'attuabilità in una cerchia più ampia di istituti. Puntiamo a ricevere riscontri su che cosa è possibile fare e che cosa no. Se si constatasse che per la maggior parte degli ospedali non è possibile esportare i decubiti per ogni categoria, ne discuteremo in seno al Comitato per la qualità e valuteremo eventuali adeguamenti della procedura.
Nel quadro dell'accertamento della fattibilità, si è riflettuto sulla possibilità di rilevare anche i farmaci/gruppi di farmaci come variabile che influisce sulle cadute e i decubiti. Il nuovo metodo la contempla?	I farmaci non vengono rilevati. È vero che l'idea era stata ponderata, ma poi si è rinunciato a causa dell'onere previsto in relazione all'utilità attesa.
Le puerpere sono incluse nella misurazione?	Sì, si prevede di includere anche le puerpere.
I pazienti vengono inclusi nella misurazione anche se sono stati degenti solo una notte?	Sì, vengono inclusi tutti i pazienti che sono stati ricoverati almeno una notte (regola della mezzanotte).
Come si procede con i pazienti che hanno sviluppato più decubiti? Vengono conteggiati come un caso o più casi?	Più decubiti vengono rilevati separatamente. Ogni decubito costituisce un evento a sé stante.
Se pazienti vengono riammessi con un decubito, vengono contati due casi benché il decubito sia già stato conteggiato?	Quando pazienti vengono riammessi con un decubito, quest'ultimo viene classificato come non nosocomiale. Nella classificazione, si distingue tra decubiti nosocomiali e preesistenti.
Come si garantisce l'affidabilità della diagnosi di decubito?	I dati si basano su un'autodichiarazione. La garanzia della qualità dei dati è compito degli ospedali e delle cliniche. È vostra responsabilità formare il personale nel riconoscere e classificare correttamente un decubito. La BFH e la w hoch 2 verificheranno i set di dati alla ricerca di incongruenze (verifica della plausibilità).

<p>Quale fonte di dati viene utilizzata per la misurazione dei decubiti? I dati rilevati nel quadro delle cure (sistema informatico) o quelli della codificazione medica?</p>	<p>I dati della misurazione provengono dal sistema informatico dell'istituto, non dalla codificazione medica. Studi hanno dimostrato che i dati della codificazione sono molto imprecisi perché riguardano in parte solo diagnosi rilevanti per il conteggio.</p>
---	---

Domande sulla dashboard e tecnologia

Domande	Riposte
<p>Esiste un modello che mostri come e che cosa occorre esportare dal sistema informatico?</p>	<p>Le variabili da esportare sono descritte nel manuale sulla misurazione, nel quale si trovano anche esempi.</p>
<p>Che formato di file serve per l'esportazione? xml? csv? Esiste un modello che mostri come fare?</p>	<p>Il file di esportazione deve essere una tabella bidimensionale. La w hoch 2 si premurerà di agevolare quanto più possibile la procedura. Sono quindi accettati tutti i formati consueti (csv, txt, xlsx, sav, rds ecc.). I segni di separazione e le intestazioni vengono riconosciuti automaticamente.</p>