
Misurazione caduta e decubito

Domande frequenti

Febbraio 2025/versione 1.1

Le diamo il benvenuto nella sezione Domande frequenti relativa alla misurazione caduta e decubito. Qui può trovare le risposte alle domande più frequenti sulla misurazione. Questa sezione viene aggiornata periodicamente.

Per eventuali domande che non trovano risposta in questa sezione, può contattarci direttamente (daniela.zahnd@anq.ch).

Domande sull'organizzazione della misurazione pilota

Domande	Risposte
Come si svolge concretamente la verifica della qualità dei dati (ad es. audit)? (ottobre 2024)	Al momento non sono previsti audit specifici per caduta e decubito da parte dell'ANQ. Secondo il Contratto di qualità, conformemente all'art. 58a LAMal, possono essere eseguiti audit esterni. I punti chiave degli audit nella somatica acuta sono definiti nell' Annesso 2 al Contratto di qualità.
La misurazione 2024 viene effettuata con il metodo precedente? (ottobre 2024)	La misurazione è sospesa dall'inizio del 2023, pertanto nel 2024 non viene effettuata.
Se un istituto non partecipa alla misurazione pilota perché ha un ridotto numero di casi, quali requisiti deve soddisfare nel periodo 2024-2026? (ottobre 2024)	Un ridotto numero di casi non costituisce un criterio di esclusione, pertanto può partecipare alla misurazione pilota anche un piccolo istituto. In caso di mancata partecipazione è possibile controllare il sistema CIP per verificare se le variabili necessarie vengono rilevate e se sia possibile effettuare l'esportazione dei dati.
Esistono iniziative per trovare soluzioni unificate con i fornitori di sistemi CIP, in modo che ogni ospedale non debba sviluppare le proprie soluzioni (KISIM, EPIC ecc.)? (ottobre 2024)	Al momento non è previsto. Il mercato dei fornitori CIP in Svizzera è diversificato. Anche se gli ospedali/le cliniche utilizzano gli stessi sistemi, spesso questi sono configurati su misura per le specifiche esigenze della rispettiva struttura.
Saremmo molto interessati a consultare il Manuale di misurazione per valutare la possibilità di partecipare alla misurazione pilota. (ottobre 2024)	Il Manuale di misurazione viene fornito in una prima fase agli ospedali e alle cliniche che decidono di partecipare alla misurazione pilota. A supporto della decisione sull'eventuale partecipazione alla misurazione pilota, a fine settembre 2024 è stata inviata a tutti gli ospedali e a tutte le cliniche la tabella con le variabili da fornire.
Perché la pediatria è stata esclusa? (ottobre 2024)	La misurazione «decubito nei bambini» non fa attualmente parte del piano di misurazione dell'ANQ. La misurazione, tuttavia, è concepita in modo tale da poter essere impiegata in futuro in ambito pediatrico. L'ANQ si pone l'obiettivo di rendere presto accessibile questa misurazione anche alla pediatria.
Continueranno a esserci indicatori facoltativi, ad es. la malnutrizione? (ottobre 2024)	Al momento no.
Gli ospedali che non hanno ancora la documentazione elettronica dei pazienti possono partecipare alla misurazione pilota? (ottobre 2024)	Il prerequisito per la partecipazione alla misurazione pilota è che l'ospedale disponga di un CIP elettronico.
A chi appartengono le valutazioni individuali degli ospedali/delle cliniche? (ottobre 2024)	Le valutazioni individuali appartengono agli ospedali e alle cliniche stessi. L'ANQ non ha accesso a questi dati (nelle dashboard).

Quando si prevede che la misurazione diventerà obbligatoria per tutti gli ospedali e le cliniche? (ottobre 2024)	La prima misurazione obbligatoria a livello nazionale è prevista per la primavera 2026 (raccolta dati da febbraio ad aprile 2026). I risultati di questa misurazione non saranno pubblicati in modo trasparente.
---	--

Domande sul metodo

Domande	Risposte
Qual è la procedura da seguire se un caso di decubito si aggrava durante il ricovero e richiede una classificazione superiore? Il caso viene conteggiato come un solo decubito? (ottobre 2024)	Nel caso ideale, per ogni localizzazione viene registrata la categoria di decubito più alta. In linea di massima, ogni decubito viene conteggiato una sola volta.
Perché il periodo di osservazione è stato fissato a 3 mesi? (ottobre 2024)	I 3 mesi rappresentano un compromesso stabilito dall'ANQ in collaborazione con il Comitato per la qualità Caduta e decubito (QA). A livello internazionale vengono considerati periodi di osservazione molto diversi, motivo per cui non esistono raccomandazioni chiare sulla durata del periodo di osservazione. Un periodo di 3 mesi ha il vantaggio di consentire anche agli ospedali e alle cliniche più piccoli di includere un numero di casi più significativo. Si è anche discussa la possibilità di includere i dati di un intero anno. L'idea è stata scartata perché l'obiettivo è quello di pubblicare i risultati nello stesso anno in cui sono stati raccolti i dati, una volta che la misurazione è stata stabilita.
Come vengono classificati i casi di decubito? (ottobre 2024)	Il decubito viene classificato secondo EPUAP/NPIAP/PPPIA 2019 .
È incluso anche il decubito di categoria 1? (ottobre 2024)	Vengono rilevati tutti gli episodi di decubito. In futuro vi sarà, come accaduto finora, una valutazione separata senza decubito di categoria 1.
Come vengono gestite nella misurazione caduta e decubito le categorie di decubito "Non stadiabile: profondità non conosciuta" e "Sospetta lesione tissutale profonda: profondità non conosciuta"? (ottobre 2024)	Per il decubito si utilizzano le classificazioni EPUAP/NPIAP/PPPIA 2019. Ciò significa che anche le categorie menzionate nella domanda devono essere considerate nell'esportazione dei dati.
Quale versione della definizione di decubito è valida e come posso trovarla? (ottobre 2024)	Per la misurazione pilota si applica la definizione di decubito fornita da EPUAP/NPIAP/PPPIA 2019 . La definizione corrispondente e le specificazioni rilevanti per la definizione sono riportate nell'Annesso B del Manuale di misurazione.
È corretto affermare che sono disponibili solo poche variabili per l'aggiustamento secondo il rischio? (ottobre 2024)	La procedura concreta per l'aggiustamento secondo il rischio deve essere definita tenendo conto dei dati. Attualmente si presume che continuerà ad essere applicato un modello gerarchico. Per quanto riguarda le variabili di rischio, a causa dell'eterogeneità degli strumenti utilizzati all'interno degli ospedali, in futuro non saranno purtroppo

	<p>disponibili informazioni sulla dipendenza assistenziale e sulla valutazione del rischio di decubito. In compenso sono disponibili altri dati, come ad esempio le diagnosi, a un livello di dettaglio maggiore. Inoltre saranno disponibili nuovi dati per l'aggiustamento secondo il rischio che gli ospedali dovranno rilevare in modo unitario per Spi-Ges. Le variabili finali da includere, che in futuro potranno essere utilizzate per l'aggiustamento secondo il rischio, sono state definite insieme al QA anche in base alla fattibilità. Una volta stabilito il metodo, è possibile che il set di variabili venga ampliato. Per poter iniziare ad applicare il nuovo metodo è stato necessario concordare un record di dati minimo (il più piccolo denominatore comune che consente comunque un aggiustamento secondo il rischio) che la maggior parte degli ospedali può esportare.</p>
<p>Devono essere elencati tutti i casi, anche se non sono stati documentati né cadute né decubiti? (ottobre 2024)</p>	<p>Secondo il capitolo 3.3 del Manuale di misurazione, devono essere inclusi nell'esportazione dei dati tutti i pazienti che sono stati dimessi tra il 1° febbraio 2025 e il 30 aprile 2025. La data di ammissione non è rilevante. Verranno esportati i dati di tutti i pazienti dimessi nel periodo indicato, indipendentemente dal fatto che si sia verificata una caduta o sia insorto un decubito.</p>
<p>Se il CIP non genera automaticamente un report, ad esempio per distinguere i decubiti per categoria, bisognerà determinare manualmente la categoria per ogni paziente nel periodo di 3 mesi? (ottobre 2024)</p>	<p>L'approccio metodologico è stato sviluppato insieme al QA e ad altri ospedali che hanno partecipato alle analisi di fattibilità. La misurazione pilota serve ora a verificare la fattibilità in un numero maggiore di ospedali. Ci aspettiamo quindi un riscontro dagli istituti partecipanti su ciò che è possibile o non è possibile fare negli ospedali. Se dovesse emergere che per la maggior parte degli ospedali non è possibile esportare i decubiti per categoria, questa constatazione verrà discussa nel QA per valutare se siano necessario apportare modifiche alla procedura. Non è previsto che gli ospedali pilota effettuino una classificazione manuale delle categorie di decubito. Piuttosto, il compito degli ospedali pilota sarebbe quello di segnalare le difficoltà riscontrate nel contesto della valutazione e, se necessario, esaminare come questa classificazione possa essere automatizzata e resa esportabile in futuro.</p>
<p>Nel contesto dell'analisi di fattibilità è stata valutata la possibilità di includere anche farmaci/gruppi di farmaci come variabili di influenza per caduta e decubito. Queste variabili verranno rilevate con il nuovo metodo? (ottobre 2024)</p>	<p>I farmaci non vengono considerati nell'esportazione dei dati. Questa possibilità è stata effettivamente contemplata, ma l'idea è stata scartata a causa della mole di lavoro prevista in rapporto ai vantaggi attesi.</p>
<p>Nella misurazione vengono incluse anche le neomamme? (ottobre 2024)</p>	<p>Sì, le neomamme vengono incluse nella misurazione se soddisfano i criteri di inclusione ed esclusione descritti nel Manuale di misurazione al capitolo 3.3.</p>
<p>I pazienti vengono inclusi nella misurazione anche se vengono curati in</p>	<p>Sì, vengono inclusi nella misurazione tutti i pazienti che sono stati curati in ospedale in regime stazionario per una</p>

<p>ospedale in regime stazionario solo per una notte? (ottobre 2024)</p>	<p>notte (regola della mezzanotte) e che soddisfano gli ulteriori criteri di inclusione ed esclusione descritti nel capitolo 3.3 del Manuale di misurazione.</p>
<p>Come si procede con i pazienti che presentano più di un decubito? Vengono conteggiati come un singolo caso di decubito o come più casi? (ottobre 2024)</p>	<p>Secondo la tabella 3 del Manuale di misurazione, l'esportazione dei dati deve contenere per ogni paziente (caso) il livello di gravità più elevato del decubito nosocomiale per ogni localizzazione, il che significa che un caso riportato nell'esportazione dei dati può presentare più decubiti. Nell'analisi dei dati, a seconda dei calcoli (si veda il capitolo 8 del Manuale di misurazione), vengono determinati sia il numero di pazienti con l'evento negativo (caduta/decubito) che il numero di eventi negativi (caduta/decubito).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasso d'incidenza per trimestre: l'unità di analisi è rappresentata dai pazienti, pertanto il numero effettivo di decubiti/cadute per paziente non è rilevante. • Tasso d'incidenza per 1000 giornate di cura: l'unità di analisi è rappresentata dagli episodi di decubito/caduta, pertanto il numero effettivo di decubiti/cadute per paziente è rilevante.
<p>Se un paziente con decubito viene riammesso, vengono conteggiati due casi anche se si tratta di un decubito già registrato? (ottobre 2024)</p>	<p>Se un paziente con decubito viene riammesso, alla riammissione il decubito viene classificato come «decubito non nosocomiale». Nella classificazione, i decubiti vengono suddivisi in eventi nosocomiali e preesistenti.</p>
<p>Come viene garantita l'attendibilità della diagnosi di decubito? (ottobre 2024)</p>	<p>Le informazioni si basano sull'autodichiarazione. Garantire la qualità dei dati è compito degli ospedali e delle cliniche. È loro responsabilità formare il personale in modo che sappia riconoscere e classificare correttamente un decubito.</p> <p>La BFH e w hoch 2 verificano che i record di dati non presentino anomalie (controllo di plausibilità).</p> <p>Ulteriori informazioni sono disponibili nel capitolo 6 del Manuale di misurazione.</p>
<p>Quali fonti di dati vengono utilizzate per la misurazione del "decubito": i dati raccolti nell'ambito delle cure (CIP) o i dati derivanti dalla codifica medica? (ottobre 2024)</p>	<p>I dati sugli outcome (caduta, conseguenza di caduta e decubito) devono essere esportati dal CIP (sistema informatico di gestione dei flussi amministrativi e clinici interni a un ospedale) e non devono quindi basarsi sulla codifica medica. Gli studi hanno dimostrato che i dati di codifica relativi a caduta e decubito sono molto imprecisi, poiché a volte vengono codificate solo le diagnosi rilevanti per la fatturazione.</p>
<p>Dopo quanto tempo da un evento caduta bisogna rilevare le conseguenze della caduta stessa (sì/no)? (febbraio 2025)</p>	<p>Le conseguenze delle cadute vengono rilevate senza alcuna limitazione temporale.</p>
<p>Nell'elenco delle variabili, alla voce sede principale, viene indicato che bisogna esportare la sede principale in</p>	<p>Poiché ogni sede deve effettuare una propria esportazione dei dati, alla variabile «burnr» deve essere esportato il numero di otto cifre della sede secondo il registro delle</p>

<p>cui sono stati sostenuti i costi principali. Ciò significa che, se il decubito si è verificato nella sede 1, ma il paziente ha generato la maggior parte dei costi nella sede 2, devono essere esportati solo i dati della sede 2? (febbraio 2025)</p>	<p>imprese e degli stabilimenti dell'UST. Per ogni sede è necessario esportare l'intero caso (dalla data di ammissione a quella di dimissione presso tale sede), indipendentemente da quale sede abbia sostenuto la maggior parte dei costi. Le spiegazioni relative alla variabile «burnr» nella tabella 3 del Manuale di misurazione (versione 1.2) sono state modificate di conseguenza.</p>
<p>Perché le riammissioni devono essere considerate come nuovi casi anche se costituiscono un unico caso all'interno del periodo SwissDRG? (febbraio 2025)</p>	<p>Come descritto nel capitolo 3.3.3, ogni ricovero viene considerato un caso a sé, indipendentemente dal fatto che si tratti di una riammissione. Non viene effettuato alcun accorpamento dei casi.</p>
<p>Per le ulcere da pressione bisogna registrare anche la localizzazione? (febbraio 2025)</p>	<p>Poiché, secondo le specificazioni relative al decubito contenute nell'Annesso B del Manuale di misurazione, le ulcere da pressione sono classificate come decubiti di categoria 2, anche queste devono essere incluse nell'esportazione dei dati con la data e il suffisso per la localizzazione.</p>
<p>Se dopo una caduta viene sempre effettuato un esame fisico da parte del medico, questa viene già considerata come una caduta con conseguenze? (febbraio 2025)</p>	<p>No. Questo aspetto viene precisato nell'Annesso A del Manuale di misurazione (Version 1.2), nelle specificazioni sulla definizione, nel modo seguente: «- Misure diagnostiche di approfondimento a seguito di una caduta sono considerate conseguenze della caduta, indipendentemente dai risultati (decisione del QA, 2024). La valutazione iniziale dopo un evento caduta da parte di un professionista (infermiere, medico ecc.) non è considerata una misura diagnostica di approfondimento. Una caduta con conseguenze si considera tale solo se la valutazione iniziale rileva lesioni evidenti o sospette che richiedono misure diagnostiche e/o terapeutiche di approfondimento, comportando così un carico (finanziario) aggiuntivo per l'ospedale/la clinica (indipendentemente dal risultato). Ciò si verifica, ad esempio, quando per chiarire eventuali lesioni sono necessari una tomografia computerizzata (CT) o un monitoraggio regolare dello stato di coscienza (monitoraggio GCS) (decisione del QA, 2025)».</p>
<p>Come criterio di esclusione è stata indicata la riabilitazione. Sono esclusi tutti i casi nonostante SwissDRG? (febbraio 2025)</p>	<p>No. Il seguente criterio di esclusione, come indicato al capitolo 3.3.2 del Manuale di misurazione, è determinante: sono esclusi dalla misurazione tutti i pazienti di aree specialistiche i cui servizi non vengono fatturati tramite il sistema tariffario DRG. Ciò significa, ad esempio, che i casi di riabilitazione geriatrica devono essere esclusi, mentre i casi di geriatria acuta devono essere inclusi.</p>
<p>I dati per la misurazione possono essere generati anche dai rapporti di dimissione? (febbraio 2025)</p>	<p>Dipende da come vengono generati i rapporti di dimissione e da dove vengono estratte le informazioni. Nel capitolo 4 del Manuale di misurazione si spiega che i dati sugli outcome (caduta, conseguenza di caduta e decubito) devono essere esportati dal CIP (documentazione elettronica medica e infermieristica). Se i rapporti di dimissione si basano su questa stessa fonte di dati, allora anche i rapporti di dimissione possono essere utilizzati come base di</p>

	<p>dati. Se invece i rapporti di dimissione non si basano sui dati del CIP o se per i rapporti di dimissione non vengono sistematicamente estratti tutti i dati dal CIP relativi a caduta e decubito, allora il rapporto di dimissione non è idoneo per l'esportazione degli outcome.</p>
<p>È comprensibile che il livello di gravità delle categorie di decubito "Non stabile: profondità non conosciuta" e "Sospetta lesione tissutale profonda: profondità non conosciuta" sia valutato come più grave rispetto a un decubito di categoria 1. Non è clinicamente giustificabile perché debbano essere classificate in una categoria inferiore alle categorie 2-4. Come deve essere interpretata questa classificazione? (febbraio 2025)</p>	<p>Per le valutazioni nazionali vengono calcolati i seguenti due indicatori di outcome: tasso d'incidenza nazionale complessivo del decubito nosocomiale e tasso d'incidenza nazionale del decubito nosocomiale di categoria ≥ 2. È stato necessario elaborare un approccio sistematico per garantire che questi due indicatori potessero essere formulati. Per i decubiti delle categorie "profondità non conosciuta" si pone il problema che il livello di gravità non è chiaro; di conseguenza non è chiaro se il decubito debba essere classificato come superiore alla categoria 2, 3 o 4. C'è però consenso sul fatto che queste categorie debbano essere classificate come superiori alla categoria 1. Si tratta quindi, piuttosto che di una valutazione clinica del livello di gravità di queste categorie, di una specifica tecnica su come le informazioni nell'analisi dei dati devono essere considerate.</p>
<p>Numerazioni per le localizzazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • come bisogna gestire la numerazione della localizzazione del decubito? • Esiste una numerazione prescritta per ogni localizzazione? <p>(febbraio 2025)</p>	<p>Il livello di gravità di un decubito nosocomiale può cambiare nel corso di una degenza ospedaliera. Al momento dell'esportazione dei dati viene sempre considerato il livello di gravità più elevato per ogni decubito nosocomiale e per ogni localizzazione.</p> <p>Per avere un riferimento (ospedali e w hoch 2) che garantisca che nell'esportazione dei dati ogni localizzazione venga considerata effettivamente solo una volta (ossia con il suo livello di gravità più elevato), è stata definita come misura tecnica l'assegnazione di un numero progressivo da 1 a n per ogni localizzazione (L), che deve essere aggiunto alla data come suffisso separato da un trattino basso «_». Se nell'esportazione dei dati un caso presenta più decubiti nosocomiali con lo stesso suffisso numerico (ossia nella stessa localizzazione), ciò indica che un decubito in quella localizzazione è stato erroneamente considerato più volte anziché solo con il livello di gravità più elevato.</p> <p>Non vi è alcuna prescrizione relativa alla numerazione delle localizzazioni. Gli ospedali possono definire il numero da assegnare a ciascuna localizzazione in base al proprio sistema di rilevamento. La numerazione può anche variare da un caso all'altro.</p>
<p>Vi sono modelli/esempi che illustrano la struttura dei formulari nel CIP per il rilevamento delle variabili necessarie? (febbraio 2025)</p>	<p>Poiché negli ospedali e nelle cliniche vengono utilizzati diversi sistemi CIP, non è possibile fornire un modello valido per tutti. Anche se si utilizzasse un modello, ciascuna implementazione dovrebbe essere verificata nella rispettiva sede.</p> <p>Nella tabella 3 del Manuale di misurazione, tuttavia, le</p>

	variabili da esportare sono descritte nel dettaglio insieme alle relative varianti e sono corredate di esempi.
--	--

Domande sulla dashboard

Domande	Risposte
Esiste un modello di esportazione che illustra come e cosa deve essere esportato dal CIP? (ottobre 2024)	Le variabili da esportare sono descritte nel Manuale di misurazione insieme alle relative varianti e per ognuna di esse vengono forniti degli esempi.
Quale formato è richiesto per il file di esportazione? .xml? .csv? Esiste un modello di esportazione che mostra come deve avvenire l'esportazione dal CIP? (ottobre 2024)	Il file di esportazione deve essere una tabella bidimensionale. w hoch 2 si impegna a semplificare il più possibile le procedure, pertanto vengono accettati tutti i comuni formati di file (.csv, .txt, .xlsx, .sav, .rds ecc.). I separatori e le righe di intestazione vengono riconosciuti automaticamente.
I record di dati possono essere annullati e aggiornati? (febbraio 2025)	I record di dati possono essere nuovamente caricati fino alla consegna del record di dati finale. I precedenti record di dati vengono sovrascritti di volta in volta.
Nonostante abbia effettuato la registrazione a w hoch 2, dopo aver cliccato su StuDek compare un messaggio di errore. (febbraio 2025)	Attualmente non è possibile visualizzare alcun contenuto, poiché l'applicazione è ancora in fase di sviluppo. L'accesso sarà possibile a partire da metà marzo.
Come vengono gestiti i trasferimenti all'interno di un gruppo ospedaliero, dove non viene generato un nuovo numero di caso? (febbraio 2025)	Poiché viene effettuata un'esportazione dei dati per ogni sede, non è un problema se il paziente mantiene lo stesso numero di caso per ogni sede (il caso appare comunque solo una volta per ogni sede). Questo a meno che un paziente non venga trasferito più volte all'interno di un gruppo ospedaliero, cioè non presenti più episodi in una stessa sede ospedaliera. In questo caso, i singoli episodi (casi) sono ancora distinguibili grazie alla differenza tra le date di ammissione e di dimissione, ma potrebbe essere utile aggiungere un'ulteriore cifra al numero di caso, ad esempio caso 100 al primo episodio = caso 1001, al secondo episodio = caso 1002 ecc.