

CONCETTO CADUTA NELLA PSICHIATRIA GERIATRICA

PERFEZIONAMENTO PIANO DI MISURAZIONE NELLA PSICHIATRIA

Autrici: Muriel Haldemann e Denise Steinhäuser

Versione: 2.0

Data: 11 maggio 2026

Gli adeguamenti rispetto all'ultima versione sono segnalati in grigio.

Indice

1	Situazione di partenza	3
2	Obiettivi e Domande di fondo.....	4
3	Aspetti concettuali.....	5
3.1	Rilevamento e definizioni di caduta e delle conseguenze di una caduta	6
3.1.1	Definizione di caduta e conseguenze di una caduta.....	7
3.1.2	Valutazione del rischio di una caduta	8
3.1.3	Rilevamento.....	8
3.2	Trasmissione e controllo dei dati.....	8
3.3	Analisi dei Dati e valutazione.....	9
3.4	Aggiustamento secondo il Rischio.....	9
4	Pianificazione del progetto e scadenze	10
4.1.1	Scadenze.....	11
5	Bibliografia	12

1 SITUAZIONE DI PARTENZA

Con l'introduzione nel 2023 del nuovo tipo di clinica V (cliniche della psichiatria geriatrica), l'autovalutazione del peso dei sintomi mediante la Brief Symptom Checklist (BSCL) è stata sospesa retroattivamente dall'1.1.2023.

Sulla base di un sondaggio condotto tra le cliniche in questione, il gruppo di esperti dell'ANQ Psichiatria geriatrica ha deciso di sviluppare l'indicatore caduta al posto della misurazione con la BSCL. Il rilevamento delle cadute nella psichiatria geriatrica è stato concepito dall'ANQ in collaborazione con la Scuola universitaria professionale di Berna (BFH), il gruppo di esperti Psichiatria geriatrica ed esponenti della prassi. Il principio è lo stesso del rilevamento delle cadute nella medicina somatica acuta, sviluppato e testato (vedi maggiori [informazioni](#)) tra il 2020 e il 2025 dall'ANQ con la BFH, il Comitato per la qualità Caduta e decubito, nonché diversi ospedali.

Nell'ottica dell'introduzione del nuovo indicatore, su mandato dell'ANQ la BFH ha condotto un accertamento della fattibilità in cliniche della psichiatria geriatrica. I risultati di questo studio, insieme alle conoscenze acquisite nella medicina somatica acuta, hanno funto da base per ulteriori discussioni con il gruppo di esperti. Parallelamente, si tiene conto anche del metodo adottato finora per le misurazioni specifiche nella psichiatria (peso dei sintomi e misure restrittive della libertà).

Il modulo per le cadute viene quindi rilevato solo nel tipo di clinica V (clinica della psichiatria geriatrica) il quale, secondo la definizione dell'ANQ, comprende tutte le cliniche riconosciute come centri di perfezionamento dall'ISFM e registrate come tali presso l'ANQ.

2 OBIETTIVI E DOMANDE DI FONDO

Lo scopo dell'introduzione dell'indicatore caduta è dotarsi di uno strumento di misurazione adeguato alle esigenze delle cliniche della psichiatria geriatrica che consenta un confronto tra gli istituti a livello nazionale e l'attuazione di misure di miglioramento al loro interno. Sorgono le domande di fondo seguenti.

Domande di ordine generale

- Il rilevamento delle cadute è idoneo quale indicatore comparativo per i casi della psichiatria geriatrica?
- Il rilevamento delle cadute consente di individuare misure di miglioramento?

Domande specifiche sull'indicatore

- Qual è il tasso di incidenza delle cadute verificatesi in cliniche della psichiatria geriatrica?
- Qual è il tasso di incidenza delle cadute verificatesi in clinica con conseguenze?

I risultati della prima misurazione senza pubblicazione vengono utilizzati per esaminare il modello di aggiustamento secondo il rischio e perfezionarlo sulla base di dati, nonché per affinare le definizioni e individuare potenziale di miglioramento dell'indicatore.

Domande specifiche sul modello di aggiustamento secondo il rischio

- Come si struttura il confronto tra cliniche (aggiustato secondo il rischio) dell'indicatore caduta in clinica?
- Il modello di aggiustamento secondo il rischio si presta per un confronto nazionale?
- Vi sono altre variabili centrali per migliorare il modello di aggiustamento secondo il rischio?

3 ASPETTI CONCETTUALI

Il perfezionamento del piano di misurazione nella psichiatria con l'aggiunta dell'indicatore caduta prevede un primo rilevamento senza pubblicazione. L'obiettivo è coinvolgere tutte le 32 sedi (stato febbraio 2025) con un'offerta nella psichiatria geriatrica sin dal primo anno di introduzione (al più tardi dal 31.5.2026). Si mira a una pubblicazione trasparente dal secondo anno di misurazione. Il primo servirà a costituire la base di dati per un'eventuale ottimizzazione dell'indicatore e del metodo (vedi capitolo 2). Le tappe e i singoli pacchetti di lavoro sono documentati nel capitolo 4.

In sostanza, la prima misurazione senza pubblicazione è strutturata in modo analogo a quelle specifiche nella psichiatria (peso dei sintomi e misure restrittive della libertà) (vedi figura 1). Valgono pertanto le disposizioni del manuale delle misurazioni specifiche nella psichiatria (in relazione ai criteri di inclusione e di esclusione), della definizione del caso, nonché della protezione, della qualità e della trasmissione dei dati. Si tratta di un rilevamento completo con un periodo di osservazione dall'1.1 al 31.12. La w hoch 2 GmbH, partner di cooperazione di lungo corso delle misurazioni specifiche nella psichiatria, è confermata come istituto di analisi.

I dati sulle cadute e sulle relative conseguenze durante la degenza vengono esportati dai sistemi informatici delle cliniche (documentazione elettronica medica e infermieristica). Come nelle misurazioni specifiche, inoltre, per ogni caso vengono trasmesse variabili tratte dai dati minimi dell'UST e dai dati supplementari della psichiatria (ora set di dati SpiGes).

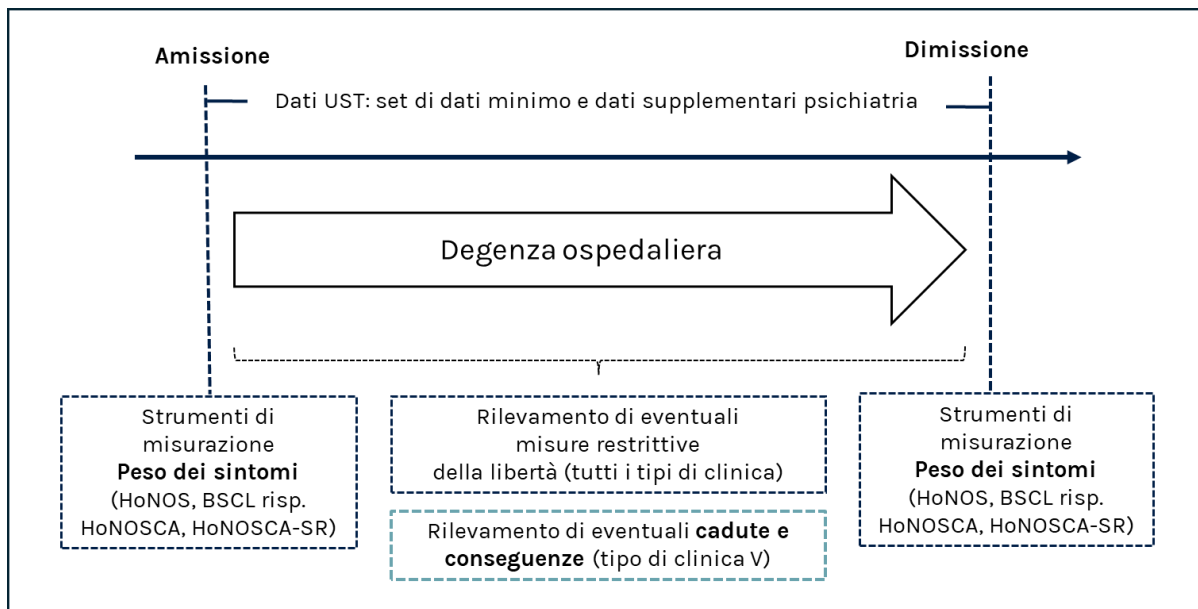


Figura 1: panoramica del design della misurazione

3.1 RILEVAMENTO E DEFINIZIONI DI CADUTA E DELLE CONSEGUENZE DI UNA CADUTA

L'accertamento della fattibilità svolto dalla BFH nelle cliniche della psichiatria geriatrica ha rilevato un quadro eterogeneo per quanto riguarda la presenza di un concetto e di un protocollo sulle cadute. È per esempio emerso che la maggior parte delle cliniche interpellate non ha un riferimento esplicito o una definizione di caduta.

Lo stesso vale per le conseguenze delle cadute, le quali sono definite in modi molto differenti o addirittura non vengono rilevate. Sul piano internazionale (e nazionale), anche la suddivisione dei vari livelli di gravità delle conseguenze di una caduta è molto eterogenea. Ciò è stato confermato pure dall'accertamento della fattibilità del rilevamento delle cadute nella psichiatria geriatrica e, in precedenza, dal progetto preliminare per la misurazione delle cadute nella medicina somatica acuta (Bernet et al., 2022). La valutazione e l'assegnazione corrette del livello di gravità da parte del personale infermieristico sono inoltre considerate difficili.

La confrontabilità dei risultati presuppone la presenza di una definizione omogenea e l'introduzione di un concetto sulle cadute con un rilevamento standardizzato secondo un protocollo. Le stesse cliniche partecipanti all'accertamento della fattibilità hanno del resto salutato favorevolmente l'ipotesi di accordarsi su una definizione comune e di ottenere dati confrontabili sulle cadute e le relative conseguenze.

Sulla scorta di questi riscontri, con l'ANQ e il gruppo di esperti si è deciso di limitarsi al momento a una suddivisione tra cadute con e senza conseguenze (vedi tabella 1). Un'ulteriore differenziazione della gravità delle conseguenze potrebbe essere parte di un futuro perfezionamento della misurazione.

Tabella 1: panoramica del rilevamento delle cadute nella psichiatria geriatrica

OUTCOME	PERSONA CHE SI OCCUPA DEL RILEVAMENTO*	MOMENTO	LUOGO DEL RILEVAMENTO
Caduta durante la degenza	Medico, psicologo, infermiere o altro personale terapeutico autorizzato	Subito dopo la caduta	Sistema informatico
Conseguenze di una caduta durante la degenza	Medico, psicologo, infermiere o altro personale terapeutico autorizzato	Subito dopo la constatazione della conseguenza	Sistema informatico

*Il rilevamento può essere svolto da tutte le persone che si occupano della cura, le responsabilità vanno regolate in seno alla clinica.

Indicazioni

- Strutture organizzative adeguate devono garantire che una caduta e le sue possibili conseguenze non vengano rilevate due volte (p.es. da servizi con turni diversi).

- Durante l'esportazione dei dati, occorre badare a che sia stato rilevato il momento della caduta e non quello della generazione del modulo nel sistema informatico.

3.1.1 Definizione di caduta e conseguenze di una caduta

Vengono applicate le definizioni seguenti.

Caduta: una caduta è un evento in seguito al quale una persona si trova involontariamente distesa sul pavimento o su una superficie più bassa (libera traduzione della definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), 2021, secondo il Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022, pag. 20).

Oltre alla definizione generale di caduta, per il rilevamento nella psichiatria geriatrica subentrano poi le specifiche seguenti:

- le cadute «controllate» (*assisted fall*), ossia l'accompagnamento morbido al suolo o verso una superficie più bassa del paziente da parte di una persona presente al momento della caduta, sono incluse nella definizione;
- si parla di caduta se il paziente viene trovato su una superficie più bassa di quella sulla quale ci si aspettava di trovarlo.

Queste specifiche, orientate a quelle della medicina somatica acuta, sono state adattate dal gruppo di esperti Psichiatria geriatrica ai requisiti del contesto della psichiatria geriatrica.

Caduta con conseguenze: le conseguenze comprendono sia una lesione procurata da una caduta (secondo Montero-Odasso et al., 2022), sia misure diagnostiche e/o terapeutiche più ampie, indipendentemente dall'esito (decisione del gruppo di esperti Psichiatria geriatrica, 2025).

Specifiche inerenti alla definizione di caduta con conseguenze:

- le conseguenze di una caduta vengono spesso suddivise per gravità. Tutti i livelli di gravità sono considerati conseguenze di una caduta, anche lievi lesioni (p.es. dolori, piccole escoriazioni, abrasioni; Montalvo, 2007; Morse et al., 1989);
- la valutazione dopo una caduta da parte di un esperto secondo direttive cliniche interne non conta come misura diagnostica più ampia;
- si parla di caduta con conseguenze solo quando la valutazione iniziale rivela lesioni evidenti o sospette che richiedono ulteriori misure diagnostiche e/o terapeutiche e comportano quindi un costo aggiuntivo (finanziario) per la clinica (indipendentemente dal risultato);
- non appena la caduta esige un trattamento infermieristico o medico, è considerata una caduta con conseguenze.

3.1.2 Valutazione del rischio di una caduta

Nel quadro della valutazione del rischio di una caduta, occorre verificare se a livello nazionale si possa stabilire uno strumento unitario. Attualmente, nelle cliniche si ricorre – anche in modo non sistematico – a strumenti di valutazione diversi. La maggior parte degli strumenti presenta inoltre limitazioni in termini di sensibilità/specificità.

In una seconda fase dopo l'introduzione dell'indicatore caduta e conseguenze, si prevede quindi di verificare se esistano strumenti convalidati per il settore della psichiatria geriatrica. Una valutazione uniforme del rischio è infatti rilevante dal punto di vista clinico, ma soprattutto per l'aggiustamento secondo il rischio nel quadro di una misurazione nazionale della qualità con pubblicazione dei risultati.

Le cliniche che effettuano una valutazione del rischio in modo standardizzato possono trasmettere questi dati in occasione della prima misurazione senza pubblicazione. I risultati così acquisiti serviranno al perfezionamento del rilevamento delle cadute nella psichiatria geriatrica.

3.1.3 Rilevamento

Durante la degenza, le cadute di ogni paziente vengono inserite in modo regolare e tempestivo nel sistema informatico. Secondo il sistema utilizzato, il rilevamento di una caduta viene fatto in un cosiddetto protocollo. Ogni caduta prevede un rilevamento separato e l'indicazione delle conseguenze. Il rilevamento può essere svolto da tutte le persone che si occupano della cura, le responsabilità vanno regolate in seno alla clinica. Maggiori informazioni si trovano nella tabella 1.

Vengono rilevate tutte le cadute e le rispettive conseguenze verificatesi durante la degenza nel corso del periodo di osservazione. **Motivi di *drop-out*** non sono contemplati.

3.2 TRASMISSIONE E CONTROLLO DEI DATI

Il giorno di riferimento (7 marzo dell'anno successivo), le cliniche forniscono dati per tutti i casi gestiti a livello stazionario nel corso del periodo di rilevamento nei reparti destinati alla psichiatria per adulti e geriatrica. Come per le misurazioni specifiche nella psichiatria, le sedi trasmettono i dati tramite la piattaforma online moniQ.

moniQ consente anche per la psichiatria geriatrica di verificare nel corso dell'anno la completezza e la plausibilità dei dati rilevati.

Vanno infine inviati anche i dati minimi e i dati supplementari della psichiatria dell'UST (nuovo set di dati SpiGes) (vedi figura 2).

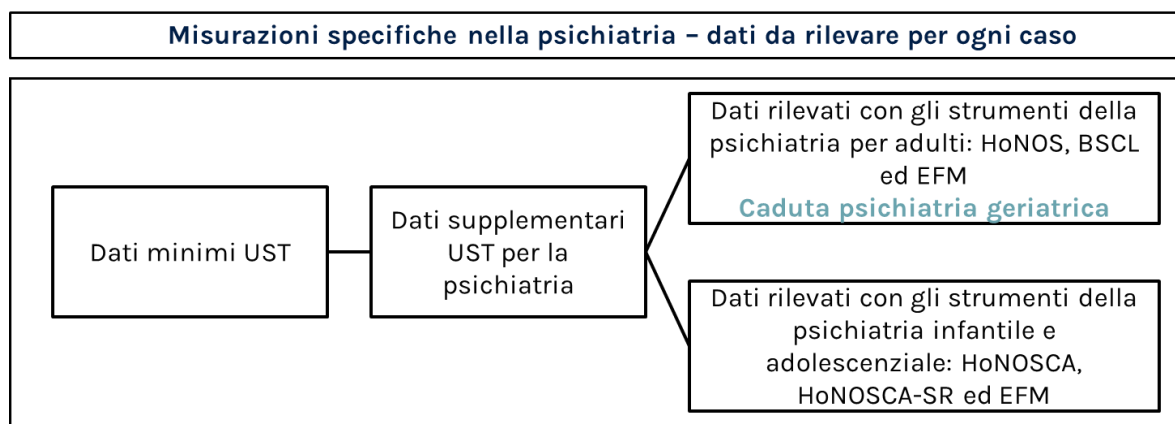


Figura 2: dati da rilevare per ogni caso

3.3 ANALISI DEI DATI E VALUTAZIONE

Dell'analisi dei dati si occupa la w hoch 2. I dati rilevati nell'anno dell'introduzione non vengono pubblicati in modo trasparente. Le cliniche partecipanti ricevono un rapporto pseudonimizzato e la possibilità di svolgere analisi interne utilizzando il dashboard dei risultati. A partire dal secondo anno di misurazione, se la qualità dei dati lo permetterà i risultati verranno pubblicati in modo trasparente analogamente a quanto avviene con le misurazioni specifiche nella psichiatria.

3.4 AGGIUSTAMENTO SECONDO IL RISCHIO

Su mandato dell'ANQ, la BFH ha elaborato una proposta (basata su una ricerca bibliografica non specifica e sul modello della misurazione nella medicina somatica acuta) per l'aggiustamento secondo il rischio delle cadute e delle relative conseguenze nella psichiatria geriatrica. L'attuazione di un aggiustamento secondo il rischio e il modello proposto verranno esaminati dalla w hoch 2 sulla scorta dei dati della prima misurazione senza pubblicazione, e saranno quindi parte integrante dei lavori successivi (vedi capitolo 2).

4 PIANIFICAZIONE DEL PROGETTO E SCADENZE

Tabella 2: fasi del progetto cadute nella psichiatria geriatrica

	FASE 1 - CONCEPIMENTO	FASE 2 – INFORMAZIONE E FORMAZIONE	FASE 3 – RILEVAMENTO MODULO CADUTA	FASE 4 – FORNITURA DEI DATI E ANALISI
Periodo	Marzo-giugno 2025	Giugno-dicembre 2025	1.1-31.12.2026	Marzo-maggio 2027
Momenti salienti	Seduta gruppo di esperti Psichiatria geriatrica: 4.6.2025	Agosto: invio informazione Agosto: pubblicazione sul web Novembre: formazione	Inizio della misurazione: 1.1.2026 Obiettivo: partecipazione di tutte le sedi dall'1.6.2026	Fornitura dei dati: 7.3.2027
Pacchetti di lavoro	- Redazione del concetto caduta nelle cliniche della psichiatria geriatrica (A/W) - Approvazione del concetto da parte del gruppo di esperti Psichiatria geriatrica (A)	- Lettera informativa e di reclutamento alle cliniche della psichiatria geriatrica (A) - Rilevamento delle persone responsabili della misurazione (A) - Adeguamento della pagina informativa sulla misurazione (A) e del manuale delle misurazioni specifiche nella psichiatria (A/W) - Adeguamento dei documenti «Controllo e validazione dei dati», «Immissione dei dati (modello)» e «Definizione dei dati» (W) - Preparazione e pianificazione di una formazione (A/W)	Garanzia della partecipazione delle cliniche con offerta nel campo della psichiatria geriatrica (A)	- Analisi e rapporto all'attenzione delle cliniche (W) - Verifica del modello di aggiustamento secondo il rischio (W) - Verifica della qualità dei dati e dei risultati (W) - Individuazione del potenziale di perfezionamento dell'attuale modulo (A/W)

Legenda: A = ANQ | W = istituto di analisi w hoch 2

4.1.1 Scadenze



Figura 3: scadenze della misurazione delle cadute nella psichiatria geriatrica

5 BIBLIOGRAFIA

- Bernet, N. S., Thomann, S., Kurpicz-Brikib, M., Roos, L., Everink, I. H. J., Schols, J. M., & Hahn, S. (2022). Potential of Electronic Medical Record Data for National Quality Measurement. *Studies in Health Technology and Informatics*, 292, 51-56. <https://doi.org/10.3233/SHTI220320>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2022). *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*.
- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12No03Man02>
- Montero-Odasso, M., Van Der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., ... Rixt Zijlstra, G. A. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. In *Age and Ageing* (Vol. 51, Issue 9). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Morse, J. M., Morse Robert M., & Tylko Suzanne J. (1989). Morse Fall Scale. *APA PsycTests*.
- Altre opere consultate:
- Min, L., Tinetti, M., Langa, K. M., Ha, J., Alexander, N., & Hoffman, G. (2019). Measurement of Fall Injury with Health Care System Data and Assessment of Inclusiveness and Validity of Measurement Models. *JAMA Network Open*, 2(8). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9679>
- Boyle, D. K., Jayawardhana, A., Burman, M. E., Dunton, N. E., Staggs, V. S., Bergquist-Beringer, S., & Gajewski, B. J. (2016). A pressure ulcer and fall rate quality composite index for acute care units: A measure development study. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 73-81. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.020>
- Gurtner-Zürcher, C., Thomann, S., Thomas, K. & Bernet, N. (2025). ANQpsy: Erweiterte Machbarkeitsabklärung zu Sturz in der Alterspsychiatrie. Bericht zuhanden ANQ. V1.0. Bern: Berner Fachhochschule Gesundheit. Angewandte Forschung & Entwicklung Pflege.