



P.za della Vittoria, 15 – terzo piano  
16121 - Genova  
Tel. 010/5484162 - Fax 010/5484147  
C.F. 95113490106 – P.IVA 01784930990  
[ars@regione.liguria.it](mailto:ars@regione.liguria.it)  
[ars@pecarsliguria.it](mailto:ars@pecarsliguria.it)

## DETERMINAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

n. 25 del 03.03.2016

**Oggetto:** Piano regionale di prevenzione delle cadute nelle Aziende Sanitarie della Liguria: modifica della scheda regionale unificata di segnalazione delle cadute.

## Il Commissario Straordinario

**Richiamata** la L.R. n. 41/2006 che all'art. 62 comma 2 stabilisce che la Regione si avvale dell'Agenzia Sanitaria Regionale per svolgere incarichi di studi, ricerche istruttorie di progetti e servizi di controllo utili alle strutture regionali per l'esercizio delle funzioni in materia di governo clinico;

**Visto** lo Statuto e il regolamento dell'Agenzia Sanitaria Regionale approvati con D.G.R. n. 1435 del 30/11/2007 che in relazione all'Area di intervento Governo clinico di cui all'art. 3 del predetto regolamento demanda all'Agenzia Sanitaria Regionale le attività di produzione di report e di raccolta e diffusione di informazioni;

**Richiamata** altresì la Determinazione del Direttore Generale di ARS Liguria n. 42/2015 con la quale sono stati approvati:

1. il piano regionale di prevenzione delle cadute nelle Aziende Sanitarie della Liguria (allegato tecnico 1);
2. la scheda regionale unificata di segnalazione delle cadute per pianificare futuri interventi mirati di riduzione del rischio (allegato tecnico 2);

**Dato atto** che la suddetta scheda deve essere adottata da tutte le Aziende Sanitarie e deve costituire il set minimo di dati da inserire in un tracciato record che sarà successivamente definito, al fine di predisporre un flusso in grado di implementare un database regionale;

**Considerato** che la Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico ha ritenuto opportuno rivedere la scheda di segnalazione, integrandola in alcune parti e, nel contempo, riorganizzando le informazioni da raccogliere al fine di una maggiore fruibilità;

**Ritenuto** pertanto necessario sostituire la scheda regionale unificata di segnalazione delle cadute di cui all'allegato tecnico n. 2 alla citata Determinazione n. 42/2015 con quella rivista e approvata dalla Commissione, che si allega sub 1) al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale

## DETERMINA

per le motivazioni esposte in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate:

1. di dare atto che la Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico ha ritenuto opportuno modificare la scheda regionale unificata di segnalazione delle cadute di cui all'allegato tecnico n. 2 alla Determinazione del Direttore Generale di ARS Liguria n. 42/2015, al fine di restituire alla stessa una maggiore fruibilità;
2. di approvare pertanto la scheda regionale unificata di segnalazione delle cadute, così come modificata dalla Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico e che si allega sub 1) al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;
3. di dare atto che tale scheda deve essere adottata da tutte le Aziende Sanitarie e deve costituire il set minimo di dati da inserire in un tracciato record che sarà successivamente definito, al fine di predisporre un flusso in grado di implementare un database regionale;
4. di disporre la pubblicazione del presente documento e dei relativi allegati sul sito web dell'Agenzia;

5. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico della presente Agenzia;
6. di dare atto che il presente provvedimento è composto da n. 3 pagine e da n. 1 allegato di n. 1 pagina.

Il Commissario Straordinario  
ARS Liguria  
(Dott. G. Walter Locatelli)

|  |              |   |      |                 |            |
|--|--------------|---|------|-----------------|------------|
|  | logo azienda | MODULO AZIENDALE<br><b>SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE</b> | Rev. | Data 17.7. 2015 | Pag 1 di 3 |
|  |              |   |      |                 |            |

Presidio: .....

|    |   |  |  |   |  |
|----|---|--|--|---|--|
| 1  | regime ricovero: Ordinario <input type="checkbox"/> DH/DS <input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Accesso a PS <input type="checkbox"/><br>tipo di ricovero: chirurgico <input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> riabilitativo <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> extra ospedaliero <input type="checkbox"/> |  |  |   |  |
| 2  | Evento/Caduta   | Data.....ore.....<br>Precedenti cadute durante l'attuale ricovero: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>   |  |   |  |
| 3  | Luogo Evento  | <input type="checkbox"/> camera<br><input type="checkbox"/> servizi igienici<br><input type="checkbox"/> spazi in comune<br><input type="checkbox"/> ambulatorio<br><input type="checkbox"/> sala diagnostica<br><input type="checkbox"/> sala operatoria  |  |   |  |
| 4  | Presenti/ Testimoni   | <input type="checkbox"/> nessuno/il pz. era solo<br><input type="checkbox"/> altri degenti<br><input type="checkbox"/> familiari/altri<br><input type="checkbox"/> personale sanitario   |  |   |  |
| 5  | Modalità/ momento caduta (riferita o presunta)  | <input type="checkbox"/> inciampamento<br><input type="checkbox"/> scivolamento<br><input type="checkbox"/> accasciamento<br><input type="checkbox"/> non determinabile  | <input type="checkbox"/> mentre camminava<br><input type="checkbox"/> scendeva dal /saliva nel letto<br><input type="checkbox"/> mentre stava- si trasferiva da o verso sedia/ poltrona/ carrozzina/ comoda<br><input type="checkbox"/> mentre procedeva igiene personale, si vestiva- svestiva, usava WC<br><input type="checkbox"/> mentre stava raggiungendo: oggetto <input type="checkbox"/> campanello di chiamata <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> mentre cambiava posizione nel letto (letto con spondine: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> mentre era in attesa barellato<br><input type="checkbox"/> era sottoposto a movimentazione da parte del personale<br><input type="checkbox"/> non determinabile | <input type="checkbox"/> in autonomia<br><input type="checkbox"/> con aiuto di terzi<br><input type="checkbox"/> con utilizzo di ausili |  |
| 6  | Valutazione Rischio Cadute antecedente  | <input type="checkbox"/> non applicabile <input type="checkbox"/> non rilevata<br><input type="checkbox"/> applicata:<br>Scala Conley: >=2 si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Scala Morse: >51 si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Scala Tinetti: = <19 si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> U&G=>a 12 sec. si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>  |  |   |  |
| 8  | Richieste indagini  | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> : Indagini radiologiche <input type="checkbox"/> .....Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> ..... inviato PS <input type="checkbox"/><br>.....<br>...  |  |   |  |
| 9  | Risultato accertamenti/ Indagini eseguite   | <input type="checkbox"/> negativi<br><input type="checkbox"/> positivi per fratture<br><input type="checkbox"/> positivi per altro   |  |   |  |
| 10 | Possibili fattori clinici di rischio legati al pz   | <input type="checkbox"/> Farmaci in corso: cardiologici <input type="checkbox"/> diuretici <input type="checkbox"/> psicofarmaci <input type="checkbox"/> più di quattro farmaci <input type="checkbox"/> nessuno dei descritti <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Presenza deficit: cognitivi <input type="checkbox"/> visivi <input type="checkbox"/> dell'andatura/ movimento <input type="checkbox"/> nutrizionali <input type="checkbox"/> nessuno dei descritti <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Stato di malattia compromettente funzioni (es. incontinenza, anemia...): no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> .....<br><input type="checkbox"/> condizioni ignote (solo se pz ambulatoriale) |  |   |  |
| 11 | Conclusioni/ Esito  | <input type="checkbox"/> evento senza danno attuale<br><input type="checkbox"/> danno lieve (indicativamente prognosi inferiore/uguale a 3 gg)<br><input type="checkbox"/> danno medio (indicativamente prognosi da 4 gg a 30gg)<br><input type="checkbox"/> danno severo/ trauma maggiore (indicativamente prognosi oltre 30 gg)<br><input type="checkbox"/> prolungamento degenza/ trasferimento:<br><input type="checkbox"/> decesso entro le 24 ore successive alla caduta no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>   |  |   |  |