

originale

copia controllata informatica

copia controllata cartacea N. \_\_\_\_\_

copia non controllata distribuzione interna a cura del RQ

bozza

Il pericolo di caduta del paziente in ospedale rappresenta un elemento rilevante nell'ambito della gestione del rischio clinico sia per le conseguenze per il paziente e la sua famiglia, che per i sanitari e l'azienda.

La caduta del paziente in ospedale, infatti, può determinare lesioni che possono compromettere o peggiorare lo stato di salute del paziente, prolungare la degenza ed avere talvolta dei risvolti giudiziari per i sanitari coinvolti.

Il presente regolamento definisce le modalità per la valutazione del rischio di caduta, le precauzioni e le raccomandazioni da adottare per prevenirlo e le modalità di gestione del paziente caduto.

#### Redazione

**Giovanna Barresi**, coordinatore infermieristico Servizio Infermieristico; **Anna Bruno**, coordinatore infermieristico C.O.C; Margherita Bucchieri, dirigente medico Anestesia e Rianimazione; **Silvio Mario Caceci**, coordinatore infermieristico Pneumologia; **Alessandro Carbonaro**, dirigente medico Cardiologia; **Alfio Castro**, coordinatore infermieristico Rianimazione; **Wanda Deste**, dirigente medico Cardiologia; **Domenica Di Guardo**, coordinatore infermieristico Pronto Soccorso Generale; **Lorenzo Luppi**, coordinatore infermieristico Radiologia; **Davide Mascali**, dirigente medico 1° Chirurgia; **Claudio Mazzaglia**, dirigente medico Medicina D'urgenza; **Giuseppa Milletari**, coordinatore infermieristico Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva; **Enrico Mondati**, Ricercatore Medicina Interna; **Ines Monte**, Ricercatore Cardiologia; **Letizia Musumeci**, Dirigente Medico Dermatologia; **Grazia Parasiliti**, infermiere Servizio Infermieristico; **Gabriella Patanè**, Infermiere U.O. per la Qualità e Rischio Clinico; **Rosalba Quattrocchi**, Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio; **Carmelo Riscica Lizzio**, dirigente Medico Chirurgia Toracica; **Carmelo Russo**, Coordinatore infermieristico Servizio Infermieristico; **Giovanna Russo**, Direttore Oncoematologia Pediatrica; **Giuseppe Saglimbeni**, dirigente Medico U.O. per la Qualità e Rischio Clinico; **Giuseppe Salamanca**, coordinatore infermieristico COC; **Giuseppe Sciuto**, dirigente medico 1° Chirurgia; **Vincenzo Scuderi**, dirigente medico Rianimazione; **Antonino Trombetta**; coordinatore infermieristico Cardiologia

#### Verifica

**Vincenzo Parrinello**,  
responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico

#### Approvazione

**Francesco Basile**, Direttore dipartimento ad attività integrata delle scienze chirurgiche, dell'innovazione e della ricerca in oncologia; **Santa Adele Carini**, Direttore dipartimento ad attività integrata organizzazione dei servizi ospedalieri, della ricerca biomedica e medicina traslazionale; **Pietro Castellino**, Direttore dipartimento ad attività integrata delle scienze mediche, delle malattie rare e della cura della fragilità; **Francesco Di Raimondo**, Direttore dipartimento ad attività integrata delle scienze cardiotoraco-vascolari e dei trapianti d'organo; **Carmelo Privitera**, direttore dipartimento ad attività integrata delle scienze radiologiche, medicina di laboratorio e delle innovazioni in diagnostica; **Antonino Rapisarda**, direttore dipartimento ad attività integrata per la tutela della salute della donna e del bambino; **Giuseppe Sessa**, direttore dipartimento ad attività integrata delle scienze chirurgiche specialistiche e della ricerca multidisciplinare; **Mario Zappia**, direttore dipartimento ad attività integrata delle scienze neuroscienze e della ricerca neurobiologica.

#### Ratifica

**Antonio Lazzara**,  
Direttore Sanitario

Il presente regolamento è la riedizione della versione ed. 1 rev. 01 del 09 settembre 2013, aggiornata per adeguare il sistema di gestione per la qualità all'edizione 2015 della norma UNI EN ISO 9001.





## INDICE

	INTRODUZIONE .....	5
1	SCOPO.....	7
2	CAMPO DI APPLICAZIONE .....	7
3	RIFERIMENTI.....	7
4	TERMINI E DEFINIZIONI .....	7
5	REGOLAMENTO .....	8
5.1	LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	8
5.1.1	La classificazione delle cadute .....	8
5.1.2	Lo screening .....	9
5.1.2	La identificazione del paziente a rischio di cadute .....	11
5.2	LE PRECAUZIONI E LE RACCOMANDAZIONI .....	11
5.2.1	precauzioni e raccomandazioni generali .....	11
5.2.2	le precauzioni e le raccomandazioni nel paziente che può camminare .....	11
5.2.2.1	le precauzioni .....	11
5.2.2.2	le raccomandazioni.....	12
5.2.3	le precauzioni e le raccomandazioni nel paziente barellato.....	12
5.2.3.1	le precauzioni .....	12
5.2.3.2	le raccomandazioni.....	12
5.2.4	la rivalutazione.....	12
5.3	LA GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO.....	13





## INTRODUZIONE

Il pericolo di caduta del paziente in ospedale rappresenta un elemento rilevante nell'ambito della gestione del rischio clinico sia per le conseguenze per il paziente e la sua famiglia, che per i sanitari e l'azienda. La caduta del paziente in ospedale, infatti, può determinare lesioni che possono compromettere o peggiorare lo stato di salute del paziente, prolungare la degenza ed avere talvolta dei risvolti giudiziari per i sanitari coinvolti.

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali ragione.

Di recente il Ministero della Salute ha emanato la "Raccomandazione n. 13, novembre 2011 - Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie".

La rilevanza di tale problema è dimostrata anche dai dati della letteratura che rilevano che quasi un terzo delle fratture dell'anca avvengono nella popolazione ospedalizzata (Uden G, Ehnfors M, Sjostrom K. Use of initial risk assessment and recording as the main nursing intervention in identifying risk of falls. J Adv Nurs 1999;29(1):145-52) e che il 38% di tutti gli incidenti che avvengono durante il periodo di ricovero è dovuto a cadute. Tra le lesioni che portano al decesso i soggetti anziani, il trauma cranico costituisce la prima causa di morte nel 29% degli uomini e nel 14% delle donne, le fratture degli arti inferiori sono al secondo posto con il 68% nelle donne rispetto al 29% degli uomini (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. Falls in the hospitals. Best Practice Evidence based practice information sheets for health professionals 1998;2:1-6).

Il tasso di caduta è compreso tra 3 e 13 per 1000 giorni di ricovero (Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age Ageing. 2004;33(2):122-30).

Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l'8% come imprevedibile, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il 78% rientri tra le cadute prevedibili per fattori di rischio identificabili della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione) (Morse JM, Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls, Am. J. Infect. Control, 2002; 30: 376.)

Presso la nostra Azienda, dal 2009 sono stati segnalati 8 eventi sentinella, inviati al Ministero della Salute tramite il flusso SIMES, relativi a cadute che hanno determinato traumi maggiori.

Essendo le cadute eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi scopo del presente regolamento è fornire agli operatori sanitari dell'Azienda raccomandazioni, per individuare i pazienti a rischio e prevenire il rischio delle cadute.

---

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono stati elaborati cercando di tenere conto dei punti vista di tutte le parti interessate e di conciliare ogni aspetto controverso, per rappresentare il reale stato dell'arte della materia ed il necessario grado di consenso.

Chiunque ritenesse, a seguito dell'applicazione della presente procedura, di poter fornire suggerimenti per il suo miglioramento o per un suo adeguamento allo stato dell'arte in evoluzione è pregato di inviare i propri contributi all'U.O. per la Qualità all'indirizzo: [qualita.rischioclinico@policlinico.unict.it](mailto:qualita.rischioclinico@policlinico.unict.it), che li terrà in considerazione per l'eventuale revisione della stessa.





1

## SCOPO

Prevenire il rischio di caduta nei pazienti che accedono alle strutture dell'azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico-Vittorio Emanuele".

Divulgare le conoscenze e aumentare la sensibilità degli operatori dell'area e dell'area tecnica sul tema delle cadute del paziente in ospedale;

Adottare uno strumento di rilevazione del rischio di caduta dei pazienti;

Fornire indicazioni sulle modalità di prevenzione delle cadute dei pazienti.

2

## CAMPO DI APPLICAZIONE

Le raccomandazioni contenute nel presente regolamento si applicano ai pazienti adulti ricoverati nell'ambito delle strutture dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele" di Catania.

3

## RIFERIMENTI

**Decreto Assessoriale 890/2002:** "Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana."

**Decreto Assessore della Salute della Regione Siciliana del 12 agosto 2011** "Approvazione dei nuovi standard Joint Commission International per la gestione del rischio clinico" (G.U.R.S. n° 39 del 16.09.2011).

**Raccomandazione del Ministero della Salute n° 13 del novembre 2011** – "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie"

**Uden G, Ehnfors M, Sjostrom K.** Use of initial risk assessment and recording as the main nursing intervention in identifying risk of falls. *J Adv Nurs* 1999 January;29(1):145-52.

**Chiari P, Mosci D, Fontana S.** Valutazione di due strumenti di misura del rischio di caduta dei pazienti. *Assist Inferm Ric* 2002 July;21(3):117-24.

**Brandi A.** - Gestione del rischio clinico - elaborazione, sperimentazione ed implementazione di linee guida per la prevenzione delle cadute dell'anziano in ospedale; Tesi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche . aa 2004-2005.

**CINEAS** - Consorzio Universitario per l'Ingegneria nelle Assicurazioni. Quando l'errore entra in ospedale, risk management: perché sbagliando s'impara. Le mappe del rischio, i costi, le soluzioni; *Quando sbaglia l'infermiere, l'indagine della Usl di Empoli*, aprile 2002; 27-27.

**Norma UNI EN ISO 9000:2015** "Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e terminologia"

**Norma UNI EN ISO 9001:2015** "Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti".

**Joint Commission International:** *Glossario*

4

## TERMINI E DEFINIZIONI

**Archiviazione**  
(di un documento):

Conservazione codificata del documento.

**Documento**

Informazione con il loro mezzo di supporto.

**Modulo**

Documento di registrazione/catalogazione/trasmissione di dati.



---

<b>Procedura</b>	Modo specificato per svolgere un processo.
<b>Evento avverso (Adverse event)</b>	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile"
<b>Requisito</b>	Esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente.
<b>Processo</b>	Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita.

## 5 REGOLAMENTO

### 5.1 LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

#### 5.1.1 I fattori di rischio

Esistono molti fattori che espongono il paziente a rischio di caduta e che correlano il tipo di caduta alle caratteristiche del paziente.

**I fattori di rischio** vengono suddivisi in:

- intrinseci,
- estrinseci.

#### 5.1.1.1 I fattori intrinseci

I fattori intrinseci sono quelli relativi al paziente, cioè alle sue condizioni di salute, che comprendono sia l'età che la patologia motivo del ricovero, le comorbilità e le terapie farmacologiche.

Essi comprendono

- l'età > 65 anni;
- anamnesi positiva per precedenti cadute;
- incontinenza;
- deterioramento dello stato mentale;
- patologie neurologiche, osteomuscolari o deterioramento delle funzioni neuromuscolari;
- dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana, rilevabile attraverso apposite scale;
- riduzione del visus;
- deformazioni o patologie del piede (es. alluce valgo, dita a martello, ipercheratosi cutanee);
- paura di cadere;
- disturbi dell'equilibrio (vertigini,...);
- deficit della vista;
- patologie ipossiche / metaboliche (scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria acuta e cronica con ipossiemia, diabete, insufficienza epatica, insufficienza renale,...);
- disidratazione / denutrizione;
- disabilità / protesi di arto;





- assunzione di farmaci che influenzano particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa;
- politerapia, in cui i pazienti che assumono 4 o più farmaci possono essere ad alto rischio di caduta. Sono da considerarsi, pertanto, a rischio di caduta i pazienti in politerapia con 4 farmaci, indipendentemente dal tipo di farmaco assunto, e/o i pazienti che assumono le tipologie di farmaci sotto riportati.

SEDATIVI	FARMACI DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	LASSATIVI
barbiturici	diuretici	tutti
sedativi ipnotici	ipotensivanti	
antidepressivi	antiaritmici	
antipsicotici	vasodilatatori	
antiparkinsoniani	glicosidici cardiocinetici	
analgesici		
anticolvulsivanti		

e gli ipoglicemizzanti

### 5.1.1.2 I fattori estrinseci

I fattori estrinseci sono quelli relativi agli aspetti organizzativi, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e ai presidi sanitari impiegati.

Essi comprendono:

- dimensionamento inadeguato delle stanze di degenza e dei bagni;
- pavimenti e scale scivolosi a causa del consumo e/o dell'assenza di soluzioni antiscivolo
- percorsi "ad ostacoli" per raggiungere il bagno;
- illuminazione carente in alcune aree;
- letti o barelle non regolabili in altezza;
- bagni senza supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia.

### 5.1.2 Lo screening

La valutazione del rischio di caduta deve essere effettuata su tutti i pazienti al momento della valutazione iniziale.

In letteratura esistono diversi sistemi di valutazione del rischio di cadute:

- scala di Tinetti
- Berg Balance Scale (BBS)
- Timed Up and Go (TUG)
- scala di Morse
- scala di Conley
- scala STRATIFY di Oliver

Nessuna delle scale costituisce da solo uno strumento affidabile per lo screening dei pazienti a rischio di caduta, infatti alcune evidenze scientifiche dimostrano come sia più efficace intervenire su un numero limitato di fattori di rischio riducibili piuttosto che stratificare il livello di rischio dei pazienti sulla base dei punteggi ottenuti con le scale di misurazione.



Il gruppo di lavoro aziendale ha deciso di utilizzare la scala di Conley per la valutazione del rischio di caduta, integrandola, in ragione delle indicazioni contenute nella specifica Raccomandazione del Ministero della Salute e di precedenti esperienze di valutazione sviluppate in Azienda, con una valutazione dei rischi collegati alla terapia assunta dal paziente

In particolare la prima parte della modalità di valutazione adottata comporta un'analisi della terapia assunta dal paziente che verrà considerato a rischio caduta qualora assuma farmaci della categorie terapeutiche riportate nella scheda o sia in trattamento con politerapia.

Valutata la terapia assunta dal paziente, in assenza di rischio collegato alla terapia, si applicherà la scala di Conley è composta da sei fattori che valutano il rischio di cadere, ed indica un valore soglia di 2 punti su 10 per valutare il rischio di caduta.

Terapia farmacologica (domande al paziente/caregiver/infermiere)		data		data		data		data		data	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
A1	Assume 4 o più farmaci?										
A2	Assume sedativi, farmaci dell'apparato cardiovascolare, lassativi, ipoglicemizzanti?										

Se **SI**, paziente a rischio caduta.

Se **NO**, ulteriore valutazione con scala di Conley

Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)		data		data		data		data		data	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
C1	E' caduto negli ultimi tre mesi ?	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
C2	Ha mai avuto vertigini o capogiri ? (negli ultimi tre mesi)	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
C3	Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi tre mesi)	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)											
C4	Compromissione della marcia (passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile)	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
C5	Agitato ( Es: incapacità di stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti ecc.)	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
C6	Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0
<b>TOTALE<sup>1</sup></b>											
<b>Firma infermiere</b>											

La scala è riportata nel modulo "valutazione del rischio di caduta del paziente in ospedale" M\_R-S-3\_1, che fa parte integrante della documentazione sanitaria.

<sup>1</sup> Valore  $\geq 2$ : paziente a rischio di caduta



## 5.1.2

### La identificazione del paziente a rischio di cadute

I pazienti che vengono valutati a rischio di caduta vengono identificati trascrivendo nel bracciale identificativo il segno  $\Delta$  ed apponendo sulla documentazione sanitaria il simbolo.



## 5.2

### LE PRECAUZIONI E LE RACCOMANDAZIONI

#### 5.2.1

#### precauzioni e raccomandazioni generali

- segnalare le eventuali barriere architettoniche;
- prestare attenzione al microclima della stanza di degenza;
- bloccare letti e barelle;
- bloccare l'accesso negli ambienti con pavimenti bagnati anche attraverso l'apposizione di segnali di "alert"
- favorire la presenza di un familiare nei pazienti a rischio,
- ove possibile, collocare i pazienti con urgenze evacuative vicino al bagno,
- mettere in sicurezza gli arredi (aste porta flebo, gradini, pedane, sedie a rotelle,...).
- evitare l'uso di tappeti ( qualora debbono essere utilizzati, devono avere caratteristiche antiscivolo ed essere fissati sul pavimento, nella doccia, nella vasca da bagno);
- accompagnare in bagno i pazienti deambulanti a rischio,
- non trascurare di accendere le luci notturne.
- in caso di paziente valutato a rischio rimuovere poggiatesta, tavolini o eventuali altri ostacoli, che possono costituire pericolo per il movimento e per la stabilità del paziente
- prestare particolare attenzione ai pazienti in politerapia ( i pazienti che assumono 4 o più farmaci, indipendentemente dal tipo, devono essere monitorati rispetto al rischio caduta).
- limitare la contenzione ai casi necessari e solo a seguito di valutazione medica e infermieristica, documentando l'intervento di contenzione in cartella clinica.

#### 5.2.2

#### le precauzioni e le raccomandazioni nel paziente che può camminare

##### 5.2.2.1

#### le precauzioni

Quando si aiuta il paziente, ad alzarsi dalla posizione seduta o clinostatica osservare le seguenti precauzioni:



- Fare alzare il paziente lentamente;
- Quando seduto, invitare il paziente a flettere alternativamente i piedi, prima di camminare;
- Invitare il paziente a spostare il proprio peso da un piede all'altro, dondolando, prima di rimanere fermo in piedi o prima di camminare;
- Far sedere immediatamente il paziente, alla comparsa di vertigini;

#### 5.2.2.2

#### le raccomandazioni

- Dopo i pasti, invitare il paziente a riposare prima di deambulare;
- Invitare il paziente ad urinare prima del riposo notturno;
- Controllare che il paziente indossi abiti e scarpe adeguati; le scarpe non essere aperte, non devono avere suola scivolosa e non devono essere troppo grandi;
- Se il paziente è portatore di pannolone, controllare che sia ben messo per evitare che possa ostacolare la deambulazione;
- Controllare l'efficienza delle sedie a rotelle e dei presidi;
- Trasportare il paziente a rischio con la barella o la sedia a rotelle.

#### 5.2.3

#### le precauzioni e le raccomandazioni nel paziente barellato

##### 5.2.3.1

#### le precauzioni

- bloccare la barella durante il passaggio dal letto alla barella e viceversa;
- sollevare le sponde durante il trasporto;
- allacciare le cinghie di sicurezza, lasciando libere le braccia;
- accostare le braccia al corpo.

##### 5.2.3.2

#### le raccomandazioni

- effettuare il trasporto con due unità di supporto;
- Controllare l'efficienza delle barelle,
- Non lasciare incustodito il paziente.

#### 5.2.4

#### la rivalutazione

Tutti i pazienti devono essere rivalutati relativamente al rischio di caduta almeno ogni 48 h e comunque a seguito di:

- trasferimento da altra unità operativa;
- cambiamenti delle condizioni generali;
- modifiche delle terapie;
- prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche che possono aver determinato cambiamenti del quadro clinico del paziente
- avvenuta caduta in paziente non considerato in precedenza a rischio.



### 5.3

#### LA GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO

La caduta è un evento avverso. Al suo accadere avvisare il medico per la valutazione clinica del paziente ed appena possibile informare i familiari.

Inoltre, anche se il paziente non ha subito un danno, occorre compilare il *modello "scheda di descrizione della caduta del paziente"* M\_R-S-2\_2 in triplice copia.

Una copia della scheda viene archiviata nella segreteria dell'U.O., una copia viene trasmessa alla Direzione Medica di Presidio, una copia, all'Unità Operativa per la Qualità e Rischio Clinico ( fax 5251 o 5132 – tel. 5251, 5132, 5456) ed una copia al Servizio Infermieristico del Presidio Ospedaliero.

In caso di trauma maggiore, l'Unità Operativa per la Qualità e Rischio clinico attiverà il flusso SIMES per la segnalazione di evento sentinella.



<b>Indice di revisione</b>	<b>Motivo della revisione</b>	<b>Data</b>
Ed.0 Rev. 00	Emissione	30/11/05
Ed.1 Rev. 00	Adeguamento al DA 12 agosto 2011 "Approvazione dei nuovi standard Joint Commission International per la gestione del rischio clinico".	25/06/12
Ed.1 Rev. 01	Revisione a seguito della pubblicazione della Raccomandazione n. 13, novembre 2011 (aggiornata al 1 dicembre 2011) del Ministero della Salute " <b>Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</b> "	09/09/13



**Redazione**

---

Data

**Giovanna Barresi**  
coordinatore infermieristico  
Servizio Infermieristico  
PO G. Rodolico

---

**Anna Bruno**  
coordinatore infermieristico  
C.O.C  
PO Vittorio Emanuele

---

**Margherita Bucchieri**  
dirigente medico  
Rianimazione  
PO Vittorio Emanuele

---

**Silvio Mario Caceci**  
coordinatore infermieristico  
Pneumologia  
PO G. Rodolico

---

**Alessandro Carbonaro**  
dirigente medico  
Cardiologia  
PO G. Rodolico

---

**Alfio Castro**  
coordinatore infermieristico  
Rianimazione  
PO G. Rodolico

---

**Wanda Deste**  
dirigente medico  
Cardiologia  
PO Ferrarotto

---

**Domenica Di Guardo**  
coordinatore infermieristico  
Pronto Soccorso Generale  
PO Vittorio Emanuele

---

**Lorenzo Luppi**  
coordinatore infermieristico  
Radiologia  
PO Vittorio Emanuele

---

**Davide Mascali**  
dirigente medico  
1° Chirurgia  
PO Vittorio Emanuele

---

**Claudio Mazzaglia**  
dirigente medico  
Medicina D'urgenza  
PO Vittorio Emanuele

---

**Giuseppa Milletari**  
coordinatore infermieristico  
Gastroenterologia ed  
Endoscopia Digestiva  
PO G. Rodolico

---

**Enrico Mondati**  
Ricercatore  
Medicina Interna  
PO G. Rodolico

---

**Ines Monte**  
Ricercatore  
Cardiologia  
PO G. Rodolico

---

**Letizia Musumeci**  
Dirigente Medico  
Dermatologia  
PO G. Rodolico

---



**Grazia Parasiliti**  
infermiere  
Servizio Infermieristico  
PO Vittorio Emanuele

---

**Gabriella Patanè**  
Infermiere  
U.O. per la Qualità e Rischio  
Clinico

---

**Rosalba Quattrocchi**  
Dirigente Medico  
Direzione Medica di Presidio  
PO G. Rodolico

---

**Carmelo Riscica Lizzio**  
dirigente Medico  
Chirurgia Toracica  
PO Vittorio Emanuele

---

**Carmelo Russo**  
Coordinatore infermieristico  
Servizio Infermieristico  
PO Vittorio Emanuele

---

**Giovanna Russo**  
Direttore  
Oncoematologia Pediatrica PO  
G. Rodolico

---

**Giuseppe Saglimbeni**  
dirigente Medico  
U.O. per la Qualità e Rischio  
Clinico

---

**Giuseppe Salamanca**  
coordinatore infermieristico  
COC  
PO G. Rodolico

---

**Giuseppe Sciuto**  
dirigente medico  
1° Chirurgia  
PO Vittorio Emanuele

---

**Vincenzo Scuderi**  
dirigente medico  
Rianimazione  
PO Ferrarotto

---

**Antonino Trombetta**  
coordinatore infermieristico  
Cardiologia PO Ferrarotto

---

## Verifica

---

Data  
**Vincenzo Parrinello**  
Responsabile  
U.O. per la Qualità e Rischio  
Clinico

---





## Approvazione

---

data

**Francesco Basile,**  
Direttore dipartimento ad  
attività integrata delle  
scienze chirurgiche,  
dell'innovazione e della  
ricerca in oncologia

---

**Santa Adele Carini,**  
Direttore dipartimento ad  
attività integrata  
organizzazione dei servizi  
ospedalieri, della ricerca  
biomedica e medicina  
traslazionale

---

**Pietro Castellino,**  
Direttore dipartimento ad  
attività integrata delle  
scienze mediche, delle  
malattie rare e della cura  
della fragilità

---

**Francesco Di Raimondo,**  
Direttore dipartimento ad  
attività integrata delle  
scienze cardiotoraco-  
vascolari e dei trapianti  
d'organo

---

**Carmelo Privitera,**  
direttore dipartimento ad  
attività integrata delle  
scienze radiologiche,  
medicina di laboratorio e  
delle innovazioni in  
diagnostica

---

**Antonino Rapisarda,**  
direttore dipartimento ad  
attività integrata per la  
tutela della salute della  
donna e del bambino

---

**Giuseppe Sessa,** direttore  
dipartimento ad attività  
integrata delle scienze  
chirurgiche specialistiche  
e della ricerca  
multidisciplinare

---

**Mario Zappia,** direttore  
dipartimento ad attività  
integrata delle scienze  
neuroscienze e della  
ricerca neurobiologica

---

## Ratifica

---

Data

**Antonio Lazzara**  
Direttore Sanitario

---

