

Cure sicure per ogni neonato e ogni bambino

Bologna, 15 settembre 2025

**Prevenzione delle cadute neonatali.
Creazione di una scheda di valutazione
multifattoriale del rischio di caduta
neonatale.**

Michele Chiarini, Chiara Pavani
AOU – AUSL Ferrara

ANNO 2021-2025 (al 31 Marzo)	Totale
N. CADUTE	1948

FASCE D'ETA'	Totale 2021 – 2025 (al 31 Marzo)
0-14 (Età evolutiva)	35
15-64 (Popolazione in età lavorativa)	548
65 anni e oltre (Anziani)	1361
Incomplete	4

N° 5 cadute neonatali

Allattamento
Addormentamento

AUDIT

Culle tipo Next2Me
Educazione Genitori
Valutazione rischio caduta Neonato
Infografica degenza

Rosa Maria Gaudio
Michele Chiarini
Enrico Mazzoli
Mauro Taglioni
Barbara Moretto
Agostina Solinas
Anna Merlin
Chiara Pavani
Monica Garuti
Carla Mosca
Caterina Bruschi
Claudia Monari
Maria Grazia Cristofori
Martina Donatiello
Gigliola Boldrini
Roberta Razzano
Federica Baroni
Michela Bonacorsi

Etichetta Paziente

Cognome _____

Nome _____

Data di Nascita _____

OSTETRICA
(PROVA)

Dipartimento _____

Unità Operativa _____

Data di ricovero _____

Età _____

Genere: ☐ M ☐ F

Indicazioni alla compilazione - Valutazione Multifattoriale del rischio caduta del NEONATO

La presenza di 1 sola variabile della parte A o B è sufficiente a determinare la presenza del rischio di caduta.

Possono essere rivolte ad un familiare caregiver solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscano di rispondere

Parte A: Items di valutazione riferibili alla madre

Parte B: Items di valutazione riferibili al neonato e caregiver

La valutazione deve avvenire:

- Al rientro della paziente in Ostetricia dopo il parto
- A seguito di alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza o per alterazioni della deambulazione della madre (esempio: disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifiche della marcia per patologie neurologiche)
- Ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia della madre con inserimento di farmaci che possono porla a maggiore rischio di caduta (es: farmaci psicotropi, farmaci dell'area cardiologica, ecc..)
- In occasione dell'evento caduta del neonato
- Ad intervalli di tempo regolari nei ricoveri prolungati: ogni 4 giorni

		Data valutazione all'ingresso	Data Rivalutazione	Data Rivalutazione
PARTE A	Madre con sonno irregolare nelle ultime 24 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Madre sottoposta a ciclo di induzione o cicli di induzione ripetuti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Madre non autonoma nei movimenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Madre con esito di emorragia post partum (>1000 ml)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Madre con fragilità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Madre con BMI ≥ 30 o ≤ 17.5	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Madre con deterioramento della capacità di giudizio /mancanza del senso del pericolo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Madre con dipendenze patologiche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Madre assume farmaco dell'area cardiologica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Madre assume farmaco psicotropo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PARTE B	Madre in terapia con tre o più farmaci	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Nato da parto distocico/complicato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Nato da parto Cesareo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Presenza di dispositivi collegati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Nato da parto gemellare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Assenza Caregiver	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	NEONATO A RISCHIO CADUTA:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Firma Prof.San:	Firma Prof.San:	Firma Prof.San:	Firma Prof.San:
	INFORMAZIONE: Informato sull'esito delle valutazioni di rischio effettuate, sulle strategie di prevenzione del rischio caduta del neonato	Informato: <input type="checkbox"/> Paziente (madre) <input type="checkbox"/> Familiare/caregiver <input type="checkbox"/> Tutore/Amministratore Firma Prof.San	Informato: <input type="checkbox"/> Paziente (madre) <input type="checkbox"/> Familiare/caregiver <input type="checkbox"/> Tutore/Amministratore Firma Prof.San	Informato: <input type="checkbox"/> Paziente (madre) <input type="checkbox"/> Familiare/caregiver <input type="checkbox"/> Tutore/Amministratore Firma Prof.San

- Assicurare che i futuri genitori vengano pienamente informati e responsabilizzati sui rischi di caduta del neonato in ospedale al fine di mettere in atto le misure preventive declinate all'interno del patto per la sicurezza somministrato.
- Valutare e definire la presenza fattori di rischio che espongono il neonato a rischio di caduta.
- Maggiore comprensione delle strategie di prevenzione del rischio caduta neonatale
- Maggiore collaborazione da parte dei caregiver nel mettere in atto azioni relative al rischio caduta neonatale
- Riduzione del numero di cadute neonatali

Letteratura

Fattori di rischio

Privazione del sonno

Addormentamento

Anestesia epidurale

Deambulazione instabile

Emorragia post partum

Ipotensione

Taglio cesareo

Uso/abuso alcol e stupefacenti

.....

PARTE A	Madre con sonno irregolare nelle ultime 24 ore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Madre sottoposta a ciclo di induzione o cicli di induzione ripetuti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Madre non autonoma nei movimenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Madre con esito di emorragia post partum (>1000 ml)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Madre con fragilità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Madre con BMI ≥ 30 o ≤ 17.5	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Madre con deterioramento della capacità di giudizio /mancanza del senso del pericolo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Madre con dipendenze patologiche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Madre assume farmaco dell'area cardiologica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Madre assume farmaco psicotropo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Madre in terapia con tre o più farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PARTE B	Nato da parto distocico/complicato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Nato da parto Cesareo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Presenza di dispositivi collegati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Nato da parto gemellare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Assenza Caregiver	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Letteratura

Azioni preventive

Formazione del personale

Educazione genitori

Valutazione del genitore

Valutazione del neonato

<input type="checkbox"/> Educazione del paziente/familiare/caregiver nel richiedere supporto ostetrico/tecnico per usufruire dei servizi igienici Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____	<input type="checkbox"/> Controllo periodico della mobilità del familiare (madre) Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____	<input type="checkbox"/> Posizionata spondina e cuscini per prevenzione caduta Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____
<input type="checkbox"/> Educazione del paziente/familiare/caregiver sul corretto funzionamento del campanello di chiamata del personale tecnico assistenziale Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____	<input type="checkbox"/> Richiesta al paziente/familiare/caregiver di non allontanarsi dal neonato Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____	<input type="checkbox"/> Mantenuta altezza del letto al minimo Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____
<input type="checkbox"/> Educazione del paziente/familiare/caregiver sui fattori di rischio e sui comportamenti di prevenzione Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____	<input type="checkbox"/> Educazione del paziente/familiare/caregiver nell'utilizzo della culla per gli spostamenti, anche brevi Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____	<input type="checkbox"/> Posizionato materasso a terra ai lati del letto Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____
<input type="checkbox"/> Educazione del paziente/familiare/caregiver nel limitare/evitare l'uso di apparecchiature elettroniche Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____	<input type="checkbox"/> Educazione del paziente/familiare/caregiver su Non dormire nello stesso letto del bambino Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____	<input type="checkbox"/> richiesta al paziente/familiare/caregiver di tenere il neonato nella culla a fianco del letto della madre al di fuori dei momenti di allattamento o di interazione con i genitori vigili Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____ Esito: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Data: _____ Firma: _____



Ricovero AOU

Informazioni/Educazione genitori

Valutazione rischio caduta madre

**Presa in carico
Consultorio**

**Presa in carico
Ambulatorio gravidanza AOU**

I STEP informativo/educativo

«Patto con i genitori
per la sicurezza del neonato»

II STEP informativo/educativo

«Patto con i genitori
per la sicurezza del neonato»

Post Parto

Ricovero AOU

IV STEP informativo/educativo

«Patto con i genitori
per la sicurezza del neonato»

III STEP informativo/educativo

«Patto con i genitori
per la sicurezza del neonato»

Valutazione rischio caduta neonato

Valutazione rischio caduta madre



Coinvolgimento CCM

Health Literacy

Cosa devono fare i genitori per evitare le cadute

- ✓ Quando non stai allattando o coccolando il bambino, tienilo sempre nella culla accanto al letto.
- ✓ Non lasciare mai il neonato da solo sul letto o sul fasciatoio, nemmeno per pochi istanti.
- ✓ Quando ti sposti con il neonato nel reparto, usa la sua culla, non tenerlo in braccio.
- ✓ Se ti senti stanca, metti in sicurezza il bambino all'interno della culla perché potresti addormentarti.
- ✓ Se stai allattando il bambino nel tuo letto, alza sempre le spondine.

Condivisione del letto: quando sì e quando no

- ✓ Puoi tenere il bambino nel letto solo mentre sei sveglio.
- ✗ Non dormire insieme al bambino nello stesso letto perché aumenta il rischio di incidenti.

Altri consigli utili

- Evita di usare troppo il telefono cellulare o il tablet, perché ti distraggono dal bambino.
- Tieni il campanello di chiamata vicino a te: puoi usarlo per chiedere aiuto o accendere la luce senza alzarci.
- Non lasciare il neonato da solo: se devi andare in bagno, avvisa il personale. Puoi mettere il neonato all'interno della culla e portarla in bagno con te.
- Tieni tutto il necessario per il bambino sul comodino e sul fasciatoio, così non dovrai lasciarlo solo.
- Tieni il letto basso e con le ruote bloccate.
- Segui sempre i consigli del personale sanitario.

Luogo e Data: _____

Firma dei genitori: _____

Firma caregiver: _____

Firma dell'operatore sanitario: _____

Popolazione straniera residente in Emilia-Romagna. Anno 2025

Totale complessivo
39,578

Continente

(All) ▼

Aree del mondo

(All) ▼

Provincia

Ferrara ▼

Distretto

(All) ▼

Età

(All) ▼

Prime 10 cittadinanze (per sesso solo quelle con numerosità non inferiore a 5, per il totale incluse solo quelle con numerosità non inferiore a 8).

Maschi	
Pakistan	3,085
Romania	2,970
Marocco	2,572
Nigeria	1,182
Albania	1,125
Cina	1,035
Ucraina	963
Tunisia	890
Bangladesh	531
Moldova	527

Femmine	
Romania	4,060
Ucraina	3,303
Marocco	2,370
Pakistan	1,526
Albania	1,056
Moldova	1,052
Nigeria	999
Cina	994
Tunisia	531
Polonia	515

Totale	
Romania	7,030
Marocco	4,942
Pakistan	4,611
Ucraina	4,266
Albania	2,181
Nigeria	2,181
Cina	2,029
Moldova	1,579
Tunisia	1,421
Bangladesh	651

7 Luglio – 31 Agosto 2025

301 parti

171 schede di valutazione
(Campione)

Neonati a rischio caduta
171 – 100%

Fattori di rischio

Madre con sonno irregolare ultime 24h... **95,9%**

Madre sottoposta a ciclo/i induzione.... **39,2%**

Parto Cesareo... **26,3%**

Madre con BMI ≥ 30 o ≤ 17.5 ... **17%**

Assenza del caregiver... **12,3%**

Azioni preventive

Educazione utilizzo campanello... **99,4%**

Educazione utilizzo smartphone... **83,0%**



Coinvolgimento
Educazione
Collaborazione
Integrazione OT
Sinergia



Cultura del rischio
Barriera linguistica

Puntuale valutazione e rivalutazione del neonato (rischio caduta)
Tracciabilità delle azioni preventive messe in atto

Coinvolgimento attivo dei genitori
Coinvolgimento CCM
Gruppo Ostetriche coeso

Costante monitoraggio
Coinvolgimento comunità straniera