

# RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

## Anno 2022

### L'ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT

Relazione ai sensi dell'Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017 n. 24

## INTRODUZIONE

Un sistema complesso per diverse variabili quale quello sanitario (specificità dei singoli pazienti, complessità degli interventi, multiprofessionalità, modelli gestionali diversi, elevato carico tecnologico) realizza le proprie attività ad un ritmo serrato, spesso quantitativamente determinato dalla richiesta mantenendo costante la capacità di replica nel tempo senza recare danni a sé stessa e all'ambiente circostante (Klein e Roberts, 1995). In un sistema di questo tipo l'errore, componente inevitabile della realtà umana (Institute Of Medicine Kohn, IOM 1999 "To err is human") è altrettanto inevitabile. È quindi necessario riconoscere che il sistema può sbagliare quando in esso si creano le circostanze per il verificarsi di un errore. L'errore può restare latente fino a quando un errore dell'operatore (active failure) non lo rende manifesto.

In base alle necessità di ordine organizzativo aziendale e recependo i contenuti della Circolare 46/SAN e delle successive Linee Guida della Regione Lombardia, la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta", a far tempo dal 2005, ha avviato un Programma di Risk Management aziendale, definendone l'organizzazione, gli scopi, le modalità e i tempi di realizzazione (Delibera N. 442 del 14 novembre 2005).

Il Servizio di Risk Management è stato configurato come complementare al Sistema di Qualità Aziendale, afferente al Direttore Generale. Dal 2017 ha assunto la configurazione di Struttura Semplice Qualità e Risk management.

Il **Gruppo di Coordinamento del Rischio**, composto da diverse professionalità, è coordinato dal Direttore Sanitario, stabilisce le linee di attività della gestione del rischio, riceve e valuta le relazioni dal Risk Manager, indica le linee generali da sviluppare operativamente, valida il Piano annuale di Risk Management (PARM).

Il **Comitato di Valutazione Sinistri** (CVS), coordinato dal Direttore della SC Affari Generali e Legali gestisce i sinistri e le richieste di risarcimento danni.

Il CVS interviene a evento avverso avvenuto ed esprime valutazioni di carattere medico-legale e giuridiche, in ordine alla responsabilità dell'ente e al "quantum" delle pretese risarcitorie. Il Risk Manager si avvale dei diversi strumenti del Risk Management per l'analisi reattiva degli incidenti, eventi avversi, sinistri e per l'analisi dei processi in modo proattivo attraverso una multidisciplinarietà, al fine di rendere effettive le attività di governo del rischio clinico.

La pandemia nel 2022 ha di poco modificato i processi della Fondazione avendo mantenuto, e con un accesso ridotto a poche decine di pazienti, il suo ruolo di HUB per la Neurochirurgia (interventi non differibili) e per patologie neurologiche

sub acute. Non avendo mutato sostanzialmente i vari processi, non essendo variato il volume di prestazioni di ricovero e ambulatoriali, le prestazioni diagnostiche prevalenti nell'ambito della neuroimaging e della genetica delle malattie rare neurologiche, essendo invariato l'assetto monospécialistico e di IRCCS della Fondazione, si può affermare che nel 2022 complessivamente non è mutata la rischiosità dell'organizzazione.

## L'INCIDENT REPORTING

Il Governo del Rischio è stato implementato basandosi sulla metodologia classica P.D.C.A. (Plan Do Check Act) propria dei sistemi di qualità, che prevede una prima fase di pianificazione strategica di interventi e controlli, una seconda fase operativa e di gestione nel caso si presentino degli eventi avversi, una terza fase di implementazione del monitoraggio degli eventi avversi, un'ultima fase di sviluppo del sistema basato sulle risposte migliorative agli eventi indesiderati. Sul piano metodologico e operativo lo strumento cardine a sostenere il ciclo di miglioramento continuo, pur nella sua accezione di metodo di gestione del rischio reattivo, è l'Incident Reporting, diffuso attraverso l'introduzione di schede di segnalazione solitamente volontarie, differenziate per ambito, per rilevare gli "eventi indesiderati"; l'Incident Reporting permette di prevenire l'insorgenza degli eventi avversi "imparando dall'errore". Il segnalare, la registrazione e l'analisi di questi eventi da parte dei "protagonisti" educano gli operatori non solo al riconoscimento dell'errore (che cosa segnalare) ma anche, ricercandone le cause ed i precursori, a definire le opportunità di prevenzione dell'evento avverso e di miglioramento.

Il sistema di segnalazioni volontarie nasce in via sperimentale presso il Blocco Operatorio dell'Istituto nel 2009 grazie alla partnership con AVIOLAB, con l'intento di diffondere la cultura del rischio nella Fondazione. Il presupposto era di incoraggiare la comunicazione di ogni inconveniente e/o anomalia che potenzialmente avrebbe potuto avere effetti sulla sicurezza del paziente e di apprendere il team working. Il sistema si è poi diffuso a tutta l'organizzazione. La segnalazione è volontaria quindi spontanea, l'anonimato è discrezionale. La struttura della segnalazione è volta a non addossare "colpe" nell'ottica di "imparare dall'errore" in un percorso di gestione del rischio, valido per tutti i professionisti, non punitivo e secondo un principio di responsabilizzazione.

L'area di interesse del sistema di segnalazioni volontarie attiene quindi ai cosiddetti "errori non-intenzionali", involontari (Honest mistakes), che prescindono dalla capacità e conoscenze individuali insieme alla capacità dei soggetti coinvolti nel **non sottovalutare** la rilevazione di inconvenienti e/o anomalie tecniche o procedurali che potrebbero essere corrette per tempo. In molti casi i punti di criticità o di vero e proprio rischio risiedono in punti distanti dal luogo fisico e/o cronologico nel quale si sono verificati gli effetti. È pertanto essenziale concentrarsi sulle possibili cause e sui fattori contributivi che, direttamente o indirettamente, possono aver concorso all'innesco della relativa dinamica anziché sugli effetti dell'inconveniente.

Il sistema di segnalazione si è poi differenziato in moduli di segnalazione veri e propri e moduli non solo di segnalazione dell'Incident ma anche di gestione dell'inconveniente come quelli per le lesioni da decubito e le lesioni da pressione. Tutti gli incident, near miss, eventi avversi sono raccolti in un apposito data base c/o l'UQ. Le schede per la segnalazione di incident sono disponibili sulla intranet in format a tema. Di seguito l'elenco:

PIRS PATIENT INCONVENIENCE REPORTING SYSTEM REPARTO AMBULATORIO DIAGNOSTICHE MOD208

PIRS PATIENT INCONVENIENCE REPORTING SYSTEM BLOCCO OPERATORIO MOD 181

PIRS PATIENT INCONVENIENCE REPORTING SYSTEM Radioterapia MOD 207

Segnalazione CADUTE MOD 134

Segnalazione ERRORI DI TERAPIA MOD 151

Modulo per la valutazione e gestione delle LESIONI DA DECUBITO MOD 187

Modulo per la rilevazione e monitoraggio di STRAVASO di farmaci antitumorali MOD 162

Segnalazione AGGRESSIONE MOD 273

Per un valido sistema di segnalazione è necessario sviluppare la capacità individuale di riconoscere/intercettare per tempo i possibili inconvenienti e/o anomalie, ed in particolare la loro ripetitività, far acquisire la capacità di analisi in team e strutturare le azioni di miglioramento prima che le dinamiche possano materializzarsi in uno specifico evento. La discussione del singolo incident, che può essere effettuata con differenti tecniche di analisi (RCA/tecnica dei 5 perché etc), si svolge attraverso riunioni multidisciplinari, presiedute dal Risk manager, quando necessario; il team di lavoro comprende figure di diversa professionalità, in base all'attinenza all'evento. Nel tempo si è voluto rendere via via autonome le singole unità operative nell'analizzare i propri incident, data la peculiarità delle diverse attività, e individuare le azioni correttive. Il team è tenuto a fornire uno specifico feedback all'originatore della segnalazione, nonché far pervenire al RM le proposte per l'annullamento o la mitigazione del rischio. Poiché spesso le variabili e le dinamiche emerse dall'analisi, siano esse umane o organizzative, sono esposte ad una fragilità in grado di generare nuove famiglie di errori le proposte possono comprendere raccomandazioni mirate ad evitare che possano ripetersi casi analoghi. Lo stesso team definisce le azioni correttive/migliorative e il Risk management ne monitorizza l'attuazione.

## DEFINIZIONI

**Evento evitato (Near miss o close call):** Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

**Evento propriamente detto (Incident):** Errore che ha dato o aveva la potenzialità di produrre un danno/conseguenza.

**Evento Sentinella (Sentinel event):** (definizione secondo SIMES "Sistema per il monitoraggio degli errori in sanità") evento avverso di particolare gravità potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

## ATTIVITA' DI INCIDENT REPORTING 2021

ANNO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	NOTE
Near Miss	7	15	13	3	24	6	11	
Incident	2	5	13	23		28	26	
Eventi sentinella	1	0	1	0	0	0	0	
Decessi intraospedalieri x 1000 ricoveri	4,33	2,63	3,73	2,41	3,48	2,45	3,03	La loro numerosità è strettamente correlata al case mix
Tracheotomie x 1000 ricoveri			3,73	2,79	6,47	2,44	4,05	La loro numerosità è strettamente correlata al case mix
Cadute senza danno	93	120	120	131	91	105	110	
Cadute con danno lieve						14	6	
Cadute con danno	0	0	1	2	1	2	1	Nel 2022 2 cadute con danno sono state considerate negli incident
Stravasato	1	0	1	0	0	0	0	
Lesioni da pressione (n pazienti)	4	21	12	9	np	1	1	
Aggressioni						1	1	Solo se effettuata la segnalazione su MOD273
Totale pazienti ricov.	6983	7625	6377	5792	4016	4900	4944	

TAB. 1

**N.B.** Essendo la segnalazione volontaria non ha significato la numerosità degli eventi segnalati che di solito, al contrario, crescono con il crescere della confidenza con cui i partecipanti trovano motivazione e occasioni per segnalare. L'alta sensibilità all'errore porta a un aumento delle segnalazioni non però che questo significhi che gli errori stanno aumentando. La frequenza o la prevalenza di un evento su un altro possono essere indicative di una problematica del sistema la cui gravità o impatto vanno sempre valutate e analizzate.

TIPOLOGIA INCIDENT/NEAR MISS	INCIDENT	NEAR MISS	TOT	%
Gestione Emocomponenti/Emoderivati	3	1	4	11
Difficolta Comunicative utenza/operatori	1	0	1	2,7
Errori di Terapia	5	2	7	19
Errore di valutazione clinica/assistenziale	6	1	7	19
Malfunzionamento applicativi	1	0	1	2,7
Ritardata diagnosi e/o ritardo terapeutico	4	1	5	13
Applicazione errata della procedura	2	2	4	11
Caduta	2	0	2	5
Ritardo refertazione	1	3	4	11
Mancaza procedura specifica	1	0	1	2,7
Difetto comunicativo	1	0	1	2,7
Totale	26	11	37	100

TAB.2

## MORTALITA' INTRAOSPDALIERA

Il tasso di mortalità intraospedaliera  $3,03 \times 1000$  ricoveri si è mantenuto entro il range dei tassi registrati nei 6 anni precedenti ( 2,4 min del 2019 e 4,33 max del 2016). Il tasso è correlato al case mix non essendo presente un PS e gli interventi sono sempre elettivi. Tutti i decessi vengono analizzati al fine di individuare elementi di interesse di rischio clinico e di responsabilità sanitaria sec la Lg Gelli-Bianco. Dei 15 decessi 12 sono avvenuti nel postoperatorio; 1/3 di questi sono precoci essendo avvenuti nella prima settimana postoperatoria. L'analisi di questi ultimi casi ha portato a considerare una revisione delle modalità di monitoraggio del paziente nel postoperatorio in area di degenza. OPPORTUNITA di miglioramento: implementazione sistema di monitoraggio wireless dei parametri vitali acquisito all'inizio dell'anno e di un warning early system (NEWS).

## TRACHEOTOMIE

Il tasso di tracheotomie è strettamente correlato alla tipologia di pazienti afferenti sia neurologici che neurochirurgici. La stabilità del tasso sta ad indicare una stabilità del case mix. Dal punto di vista della gestione del rischio è un parametro utile per mantenere il controllo su quei pazienti maggiormente a rischio di complicanze postchirurgiche. Non necessariamente l'aumento del tasso è un indice negativo in quanto il numero può aumentare quando è necessario gestire dei pazienti in ambito non intensivo in sicurezza.

## CADUTE

Il trend del tasso di cadute rimane costante negli anni (2020 23x1000ric.; 2021 24x1000 ric; 2022 23x1000 ric). Anche le sedi e le modalità sono sovrapponibili: in una struttura monospécialistica per malattie neurologiche le cadute si verificano più frequentemente nelle aree di degenza dove sono ricoverati pazienti con disturbi del movimento, pazienti portatori di deficit motori, epilessia, disturbi dell'equilibrio e in piccolo numero ma significativo ai fini speculativi, in pazienti con decadimento cognitivo. Il periodo del COVID ha messo in evidenza che la modalità migliore di prevenzione per questi pazienti è la presenza del caregiver, possibilmente istruito, in stanza anche per poter impedire al paziente di prendere delle iniziative motorie autonome e inappropriate. Nel conteggio totale sono state esclusi due episodi inusuali, inclusi negli incident, e pertanto oggetto di analisi.

## STRAVASO/LESIONI DA PRESSIONE

La predisposizione di una procedura operativa ad hoc, l'introduzione nel corso degli anni di tecnologie e device appropriati per l'infusione di CMT, come i PICC (Catetere Venoso Centrale a Inserzione Periferica) e i middle line hanno pressoché azzerato il rischio di stravasato, come evidente nella tabella.

Anche per le Lesioni da Pressione la procedura dedicata e l'utilizzo di presidi (superfici/letti antidecubito etc) per la prevenzione delle lesioni da pressione hanno garantito il quasi annullamento del rischio. La stabilità è confermata dal mantenimento del numero di giornate di Uso di presidi di prevenzione del rischio LdP pari a una Media <1500 gg degenza annui.

## AGGRESSIONE

L'assenza di PS riduce notevolmente l'esposizione del personale a fenomeni di aggressione verbale e/o fisica. In generale si conferma il trend degli anni precedenti. Si segnala per il 2022 una singola aggressione verbale con episodi multipli in giorni consecutivi. Come azione correttiva si è provveduto a cambiare area di degenza alla paziente concomitantamente a colloqui di de escalation con i familiari. La peculiarità di alcune patologie neurologiche trattate richiede una attenta disamina degli episodi con una scheda predisposta per la segnalazione, l'eventuale ricorso alla consulenza psichiatrica esterna e all'utilizzo di scale per la valutazione del delirio (RASS). Permane una ridotta segnalazione degli episodi da parte del personale soprattutto quando gli aggressori manifestano la capacità di identificare il personale.

## INCIDENT

L'attività di segnalazione di incident dopo la battuta d'arresto del 2020 a causa del lockdown, si è ripresa nel 2021 e si è mantenuta nel 2022. Dei 37 incident il 19% riguarda gli **errori di terapia**. Sono 7 casi senza ripercussioni sul paziente ma con evidente errore (prescrizione/somministrazione) nei quali il fattore favorente è rappresentato dall'introduzione, e transizione, del nuovo foglio di terapia informatizzata. I diversi aggiornamenti sul software effettuati durante l'anno e una miglior conoscenza dell'applicativo hanno portato, e porteranno, a una riduzione degli incident.

Le segnalazioni di incident sono state nel 19% dei casi categorizzate come **errori di valutazione clinica/assistenziale**: in 3 casi si è sottovalutata la compliance respiratoria con la necessità di reintubare il paziente, questi casi e altre condizioni cliniche riscontratesi nell'immediato postoperatorio hanno indotto i rianimatori a rivedere e sottoporre ad analisi le modalità di ventilazione arrivando alla redazione di un algoritmo decisionale sull'argomento. In un caso non si è valutato correttamente lo stato psichico del paziente (autolesionismo),. L'unico caso in paziente neurologico riguarda una valutazione errata a distanza di un paziente non ancora ricoverato per il quale veniva richiesto il ricovero e del quale erano state omesse dai curanti alcune importanti informazioni che hanno con condizionato l'impossibilità a organizzare il ricovero in ambiente adeguato. Tranne quest'ultimo il denominatore comune di questi episodi è rappresentato dal momento storico e dalla tipologia di pazienti chirurgici. Una possibile spiegazione potrebbe essere trovata nel forte turn over verificatosi in quel periodo dell'anno riguardante il personale medico infermieristico afferente all'area chirurgica. Dopo un iniziale periodo di apprendimento/formazione specifica non si sono rilevati ulteriori episodi.

Un altro 11% è rappresentato da incident relativi alla gestione di emocomponenti: si tratta di 4 eventi riguardanti delle anomalie procedurali che hanno portato o a una cattiva conservazione delle sacche o alla restituzione dell'unità al SIMT perché non più valide le prove di compatibilità o una impropria modalità di effettuazione della trasfusione. Lo scorso anno si erano verificati diversi near miss, intesi come eventi senza ripercussioni sul paziente, riguardanti la tracciabilità delle unità di emocomponenti. All'inizio del 2022 in collaborazione con il SIMT dell'INT è stato validato il processo di gestione degli emocomponenti attraverso l'utilizzo di frigoemoteca interna direttamente gestita dal SIMT attraverso l'introduzione del software Emonet. L'introduzione di questi ha ridotto la movimentazione delle unità tra le due strutture e l'utilizzo dell'applicativo ha risolto i diversi problemi di tracciabilità sia dal punto di vista dei passaggi sia per l'assegnazione. Attualmente il processo va completato per quanto riguarda la gestione delle richieste in urgenza, che avviene ancora secondo la procedura pre esistente.

3 sono stati discussi con tecnica dei "5 perché":

**CVRS\_01\_08\_04\_2022** Prescrizione errata di alprazolam: correlata principalmente ai ritmi di attività rapidi dell'ambito chirurgico, alla primissima fase di introduzione del nuovo software di terapia, all' assenza in esso di alert di iperdosaggio.

**CVRS\_02\_10\_05\_2022** IRA da intossicazione da metformina con acidosi lattica: sono riconoscibili diversi fattori favorevoli quali un esame TC con mdc programmato in modo insolito e immediato senza poter avvisare i medici dell'esecuzione precoce e poche ore prima della RM che invece era in programma da tempo , il paziente dislocato in un'area di degenza diversa da quella solitamente utilizzata dai curanti, un consenso informato per RM compilato in maniera erronea sbagliato perché non flaggato il campo relativo all' IRC, l'errore umano comune di non essersi accorti della presenza della metformina in terapia forse per una grafica del nuovo software confondente, non particolare attenzione alla terapia infusione post contrasto.

**CVRS\_03\_10\_05\_2022** referto PET esterna pervenuto post dimissione. I referti della maggior parte degli esami effettuati all'esterno sono cartacei e vengono raccolti da un fattorino, portati alla Segreteria che li smista o in area di degenza se il paziente è ancora ricoverato o in cartella se il paziente è già stato dimesso. In questo caso il fattore determinante è stato una delocalizzazione della cartella all'interno della Segreteria.. Fattore favorente è stata la precedente comunicazione orale

del medico di medicina nucleare di un referto non patologico. L'incident ha dato origine a una riorganizzazione logistica e procedurale per i referti degli esami esterni da parte della Segreteria.

## CHEMIOTERAPICI/ANTIBLASTICI

Il completamento nel 2021 della realizzazione dell'Unità Farmaci Antiblastici ha migliorato la gestione dei chemioterapici e degli antiblastici monoclonali, tutti allestiti nella struttura. Questo però non è sufficiente a permettere l'effettuazione di cicli ad alto impatto clinico che richiedono dei supporti strutturali e organizzativi plurispecialistici affinché le eventuali complicanze sistemiche possano essere trattate. A seguito di una evoluzione in shock settico e MOF per un ciclo di CMT complesso si è provveduto ad organizzare una gestione condivisa con gli oncologi dell'INT in modo che l'effettuazione di questi trattamenti si attui in questa strutture date le sue caratteristiche multispecialistiche.

L'UFA ha permesso di introdurre la preparazione dei farmaci galenici (Procedura per l'allestimento dei preparati galenici non sterili) migliorando l'adesione alla Raccomandazione Ministeriale n 18 della riconciliazione farmacologica.

NOTA Lo scorso 2021 era stato caratterizzato da numerosi incident riguardanti l'identificazione del paziente.. Durante il 2022 si sono più volte attenzionati gli operatori a questo problema. Non sono stati segnalati incident/near miss

Ambiti di miglioramento messi in atto a seguito di analisi degli eventi avversi/incident/near miss significativi:

## ATTIVITÀ FORMATIVA

- PALS-D - erogazione crediti ECM
- ALS Advanced Life Support
- BLS-D - BLS-D Retraining
- L'antibioticoresistenza, I Microorganismi Multiresistenti piu' diffusi e la loro Relazione con le Infezioni Correlate all'assistenza
- Gestione del Paziente con Lesioni da Pressione – erogazione crediti ECM
- Gestione accessi vascolari nel paziente ospedalizzato - erogazione crediti ECM
- Aggiornamento in Neuroanestesia e Rianimazione – erogazione crediti ECM
- Fast track in elective neurosurgery: The Besta Medical-Nursing Management Algorithm for Awakening, Triage pre extubation and early extubation
- Assistenza infermieristica in blocco operatorio di neurochirurgia
- Neon - Neurosurgical Outcomes Network



- The Besta BIS-guided Algorithm: how to improve the Bispectral Index monitor utilization during General Anaesthesia to manage Consciousness and to prevent Neuro Cognitive Disorders (NCD) – erogazione crediti ECM
- Informazione, Formazione ed Aggiornamento per Il Personale Esposto a Radiazioni Ionizzanti ai Sensi Dell'art. 111 Del D.Lgs. 101/2020 - erogazione crediti ECM
- Gestione del paziente isolato al tempo di COVID-19 – erogazione crediti ECM
- Il Sistema Qualita Presso La Fondazione Carlo Besta – Corso Neossunto 1° e 2° Edizione

Tutti i corsi accreditati con erogazione di ECM sono stati inseriti nel Piano di Formazione Aziendale 2022

## **ATTUAZIONE MODIFICHE A PROCEDURE IN ATTO, PROTOCOLLI, PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI/NUOVE PROCEDURE**

### **PROCEDURE**

**PR09** Procedura per la compilazione e gestione della cartella clinica

**PR24** Procedura per la gestione degli infortuni sul lavoro

**PR30** Procedura per il consenso informato

**PR31** Procedura per l'accertamento di morte encefalica

**PR38b** Procedura per la gestione delle manutenzioni e fornitura bombole

**PR43** Procedura per l'attivazione di convenzioni con le università per l'utilizzo di strutture extra universitarie per le esigenze didattico-formative delle scuole di specializzazione

**PR78** Procedura per la gestione degli elettroliti concentrati

**PR85** Procedura per la corretta identificazione del paziente

**PR88** Procedura di autorizzazione all'accesso alla zona ad accesso controllato dei siti RM

**PR91** Procedura per la giustificazione degli esami di diagnostica per immagini con impiego di radiazioni ionizzanti

**PR101** Procedura per la gestione dei medicinali LASA-SALA

**PR153** Procedura per la gestione degli incidenti informatici e delle violazioni dei dati personali

### **ISTRUZIONI OPERATIVE**

**IO27** Istruzione Operativa per la gestione infermieristica della tracheotomia

**IO32** Istruzione Operativa per la gestione infermieristica della derivazione ventricolare esterna (DVE)

**IO43** Istruzione operativa per la gestione del verbale operatorio

**IO44** Istruzione operativa per l'assistenza linguistica e culturale del paziente straniero

- IO46** Istruzione Operativa per la gestione dei farmaci antitumorali
- IO47** Istruzione Operativa per il posizionamento del catetere venoso centrale
- IO60** Istruzione Operativa per l'utilizzo delle barriere anti-x mobili a protezione del paziente allettato
- IO90** Conservazione campioni microbiologici - Guida per Fondazione IRCCS Besta da utilizzare durante la notte, i giorni festivi e i fine settimana
- IO129** Terapia antibiotica pediatrica ad ampio spettro locale
- IO131** Protocollo diagnostico-terapeutico della sepsi pediatrica
- IO130** Protocollo gestione febbre pediatrica
- IO 133** Istruzione Operativa per la gestione della nutrizione artificiale: sondino naso-gastrico
- IO136** Istruzione operativa per l'esecuzione di esami di Risonanza Magnetica in pazienti portatori di Pacemaker/Defibrillatori
- IO139** Istruzione Operativa per la raccolta ed invio campioni per ricerca MICOBATTERI
- IO140** Istruzione operativa per le attività di Farmacovigilanza
- IO141** "3F SCORE" ALGORITMO CLINICO supportato dalla determinazione della PCT/urinocoltura/ emocoltura per la Diagnosi delle INFEZIONI del tratto urinario
- IO** ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DI PAZIENTI RICOVERATI RISULTATI POSITIVI A COVID-19
- CONSENSI**
- CI10a** Scheda informativa e consenso all'esecuzione di esami radiologici e tomografie computerizzate - Pazienti degenti
- CI10b** Scheda informativa e consenso all'esecuzione di esami radiologici - Pazienti ambulatoriali
- CI28a** Consenso e questionario anamnestico per l'esecuzione di Esame di Tomografia Computerizzata con MDC - Pazienti degenti
- CI28b** Consenso e questionario anamnestico per l'esecuzione di Esame di Tomografia Computerizzata - Pazienti ambulatoriali
- CI37** Consenso all'anestesia e all'esecuzione di intervento chirurgico
- CI50** Scheda informativa e consenso alla sedazione moderata e profonda in pazienti adulti
- CI51** Scheda informativa e consenso alla sedazione moderata e profonda in pazienti pediatrici
- CI72** Consenso Informato all'esecuzione intervento di decompressione ed eventuale artrodesi cervicale
- CI73** Consenso Informato all'esecuzione intervento di artrodesi toraco-lombare
- CI74** Consenso Informato all'esecuzione intervento di rimozione mezzi di sintesi di artrodesi toraco-lombare
- CI75** Consenso Informato all'esecuzione intervento di microdecompressione lombare

**CI76** Consenso Informato all'esecuzione intervento di microdiscectomia lombare

**CI77** Consenso Informato all'esecuzione intervento di decompressione ed eventuale artrodesi per trattamento di tumori vertebrali

**CI82** Consenso Informato all'esecuzione di intervento chirurgico di posizionamento di Sistema di Stimolazione Vagale

**CI83** Consenso Informato all'esecuzione di intervento chirurgico a scopo diagnostico di posizionamento di elettrodi intracranici attraverso i forami ovali

**CI84** Consenso Informato all'esecuzione di intervento chirurgico di posizionamento di Sistema di Stimolazione Cerebrale Profonda (DBS)

### Linee Guida/Regolamenti/Valutazione dei rischi

**DVR** Valutazione dei Rischi connessi alla movimentazione manuale dei carichi - Addendum DVR Fondazione

Regolamento interno di sicurezza impianti di Risonanza Magnetica

Informativa sull'organizzazione aziendale e sui rischi lavorativi specifici (art.26 D. Lgs. 81/08 s.m.i)

**LG04** Protocollo per la prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica (SSI)

**PDT** Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) per il trattamento con termoterapia interstiziale laser (LITT) di pazienti affetti da epilessia focale farmaco-resistente

Piano di Gestione dell'Emergenza (Sede di Via Celoria, 11)

Numeri di telefono per le emergenze e Format di chiamata (Sede Via Celoria, 11)

Numeri di telefono per le emergenze e Format di chiamata (Sede Via Amadeo)

Numeri di telefono per le emergenze e Format di chiamata (Sede di Via Temolo, 4)

Milano, 27 marzo 2023

Dr.ssa Monica Bricchi

Responsabile Ss Qualità e Risk Management