



### **RELAZIONE GESTIONE RISCHIO CLINICO ATTIVITA' ANNO 2020**

Il presente documento descrive il sistema messo in atto dall'Istituto Clinico Villa Aprica per assicurare adeguata attivazione dei processi di gestione del rischio clinico.

L'attività 2020 è caratterizzata dalla particolarità derivante dalla pandemia in corso. Sono state implementate diverse iniziative volte alla prevenzione della diffusione dell'infezione da SARS-COV2 ed alla partecipazione all'emergenza per il sostegno al territorio.

Di seguito si relazionano le attività ordinarie in materia di rischio clinico ed in allegato si riportano le attività straordinarie correlate all'emergenza sanitaria in atto.

### **Gestione del rischio clinico in azienda**

L'attività di gestione del rischio clinico in Istituto si articola sulle seguenti iniziative:

1. Presenza di un Piano del Sistema di Gestione che descrive metodi e strumenti applicati;
2. Presenza di specifici documenti per regolamentare tematiche specifiche;
3. Risk assessment dei processi aziendali (organizzativi e sanitari) con la definizione dei Piani di Prevenzione e contenimento del rischio (rischio strategico, operativo e reputazione /legale);
4. Monitoraggio degli standard PGR (Prevenzione e Gestione del Rischio Clinico) di Regione Lombardia al fine di allinearsi ai migliori standard regionali e definire azioni di intervento mirate a ridurre/eliminare il rischio, ove possibile;
5. Esecuzione annuale di attività di Riesame della Direzione finalizzato a valutare gli andamenti e a definire obiettivi periodici di miglioramento;
6. Monitoraggio puntuale delle segnalazioni provenienti dai diversi sistemi di rilevazione presenti in Istituto;
7. Analisi sistematica di indicatori sia clinici sia manageriali (monitoraggio trimestrale);
8. Monitoraggio trimestrale avanzamento obiettivi di miglioramento;
9. Sistema di ispezioni rischio clinico: monitoraggio gestione rischio clinico (volto ad indagare il rispetto degli obiettivi internazionali di sicurezza del paziente);
10. Sistema di audit interno (volto a valutare la qualità e la sicurezza dei processi sanitari ed organizzativi);
11. Sistema di audit clinico (attivato al bisogno sulla base di esiti dei monitoraggi);
12. Piani di formazione su temi specifici inerenti la gestione del rischio clinico (almeno 1 tema specifico ed un tema generale ogni anno).
13. Allegato 01 – rendicontazione attività gestione pandemia



Sulla base degli esiti delle attività sopra riportate la direzione sanitaria supportata dal referente risk management e dall'Ufficio qualità valutano eventuali azioni correttive e/o preventive da attivare.

### **1. Piano del Sistema di Gestione**

Il Piano contiene gli obiettivi in tema di qualità e sicurezza delle cure a medio termine. Il PN-AD-001 Piano Integrato di Miglioramento dell'organizzazione è stato revisionato anche sulla base degli aggiornamenti effettuati da Regione Lombardia e risulta adeguato.

#### **Apparato documentale**

Come ogni anno è stata effettuata la rivalutazione dell'adeguatezza dei documenti. Il criterio definito ed applicato è quinquennale per Piani, Procedure e Istruzioni operative a valenza aziendale. Dal 2016 è stata avviata la rivalutazione sugli anni più vecchi. Nel corso del 2020 la revisione quinquennale dovrebbe arrivare a regime. Nel corso del 2020 era prevista la revisione di alcuni documenti residui degli anni 2007-2014 e i documenti del 2015.

Nel 2020 sono state, inoltre, emesse alcune nuove Istruzioni Operative. Le prime due per la gestione dell'infezione da SARS COV2:

IO-DS-091 Procedura di sorveglianza sanitaria per personale con sintomi riferibili a COVID-19

IO-DS-092 Procedura gestione ricoveri COVID-FREE

IO-DS-093 Pulizie e sanificazione

IO-DS-096 Gestione reparto COVID

PN-DS-003 Piano risk management e gestione emergenza da COVID-19

Le successive due per l'adesione alle raccomandazioni ministeriali.

IO-DS-094 Prevenzione suicidio

IO-DS-095 Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori.

### **2. Near miss ed eventi avversi**

Presso l'Istituto è attivo un sistema di rilevazione di near miss ed eventi avversi al fine di favorire la filosofia "dell'imparare dall'errore". È stato definito un sistema di segnalazione anonimo e non anonimo. La modulistica associata è a campi predefiniti al fine di permettere la classificazione degli eventi e le valutazioni dei dati nel tempo.

Gli eventi identificati in azienda come oggetto di segnalazione sono:

- Incident reporting: eventi avversi e near miss (M-DS-042) secondo quanto previsto nel presente documento;
- Eventi sentinella (M-DS-062) secondo quanto previsto nel presente documento;
- Segnalazione caduta in ambiente ospedaliero (M-DS-011) secondo quanto previsto dalla IO-DS-078;



- Segnalazione caduta per ambulatori e visitatori (M-DS-070) secondo quanto previsto dalla IO-DS-078;
- Segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci come da modello ministeriale inviata dalla U.O. al Responsabile Farmacovigilanza e da questi al Ministero della Salute secondo quanto previsto dalla IO-DS-032;
- Rapporto di incidente o di mancato incidente da parte di operatori sanitari al Ministero della Salute (artt. 9 e 10, D.Lgs. n. 46 del 1997; art. 11, D.Lgs. n. 507 del 1992) secondo regole ministeriali secondo quanto previsto dalla IO-DS-032;
- Reazioni trasfusionali come da modulo segnalazione S.I.M.T. di riferimento secondo quanto previsto dalla IO-DS-050;
- Eventi avversi da trapianto di tessuti come da disposizioni del Centro Nazionale Trapianti dell'I.S.S. così come da IO-DS-070.

Gli eventi sono classificati per tipologia, per gravità, per conseguenze/impatti sull'organizzazione e sul paziente.

È istituito un sistema con criteri definiti per l'attivazione di azioni di miglioramento conseguenti agli eventi.

Inoltre sono attivi alcuni indicatori di monitoraggio volti a valutare l'efficacia del processo di segnalazione.

Nel corso del 2020 sono stati rilevati 5 eventi. Gli altri eventi segnalati sono eventi avversi e presentano livelli di gravità 3 e 6

Dei 5 eventi avversi 2 presentano gravità 6 ovvero tra moderata e significativa, 1 presenta gravità 7 ovvero significativa e 2 gravità 3 ovvero lieve.

Le UU.OO. coinvolte sono:

- Ufficio acquisti
- Servizio di Prevenzione e Protezione
- Ortopedia
- Guardia medica.

Gli eventi segnalati riguardano principalmente problematiche relative a:

- Inadeguata comunicazione tra operatori (mancata identificazione tempestiva di Paziente COVID-19 positivo),
- Mancata applicazione di procedure amministrative (ritardi significativi di chiusure Cartelle Cliniche, mancata disponibilità tempestiva del medico di guardia divisionale area ortopedia allo smonto del turno di notte del collega),
- Mancanza di segnalazione opportuna (investimento paziente nell'area di manovra del parcheggio)



- Malfunzionamento device impiantato.

Gli eventi segnalati nell'anno sono numericamente pochi ma significativi ad attestare l'attenzione degli operatori sulle situazioni meritevoli di attenzione.

Alcuni eventi sono stati causati da comportamenti inadeguati sui quali si è provveduto ad intervenire direttamente con colloqui e richiami verbali.

Un evento è stato causato da una disattenzione di chi manovrava una autovettura nell'area di parcheggio, si è ritenuto di migliorare il percorso pedonale chiaramente identificato per prevenire ulteriori problemi.

Un evento è stato causato da un malfunzionamento di un dispositivo medico in sala operatoria che ha comportato un re-intervento per la paziente, è stata effettuata opportuna segnalazione al fornitore.

### 3. Cadute

Le cadute sono rilevate con sistema definito (IO-DS-078) e modulistica differenziata tra le segnalazioni inerenti pazienti ricoverati e le segnalazioni relative a utenti ambulatoriali o visitatori. Nel corso del 2020 sono state segnalate complessivamente 48 cadute di cui 3 relative a visitatori e 2 ad utenti ambulatoriali e 43 relative a pazienti ricoverati.

Calcolando il rapporto tra i due parametri: cadute e giornate di ricovero emerge che il valore risulta essere di 50,87 e rispetto al 2019 52,2, valore che è in lieve miglioramento.

Dall'analisi dei dati di letteratura, in particolare dal Rapporto mondiale OMS sulla prevenzione delle cadute nell'anziano (*© CESPI – Centro Studi delle Professioni Sanitarie, Torino, 2015*), emerge che nella popolazione over 65 anni il tasso medio per le cadute si attesta intorno al 28-32% rispetto ai ricoveri. La popolazione servita dall'istituto è ben più ampia in termini di range di età ma il dato rilevato mostra performance dell'Istituto di ottimo livello.

Si sottolinea, inoltre, che sistematicamente, dal 2010, sono rilevati indicatori sulle cadute, in particolare:

- tasso di cadute visitatori/ambulatoriali rapportato ai volumi di prestazioni
- rapporto di cadute in regime di ricovero per mille giornate di degenza
- tasso di cadute rilevato per pazienti non valutati a rischio di caduta
- tasso di cadute rilevato per pazienti valutati a rischio medio ed alto di caduta
- tasso di cadute con danno (lieve, moderato e grave)
- tasso di cadute con danno moderato
- tasso di cadute con danno grave.



Tali indicatori sono valutati trimestralmente e, a fronte dell'andamento, sono attivate eventuali azioni di miglioramento.

Il data base costruito per l'analisi delle cadute, prende, inoltre, in esame i fattori contribuenti al fine di determinare eventuali opportunità di miglioramento.

Nel 2020 rispetto alle 48 cadute rilevate: 2 hanno presentato danno grave (frattura astragalo sx, frattura caviglia); per entrambe le situazioni sono stati soccorsi e trattati i due utenti.

La causa è stata individuata in un elemento strutturale (esterno in area parcheggio: segnaletica pedonale non sufficientemente chiara): come azione correttiva è stata migliorata la segnaletica per la via di passo pedonale a prevenzione inciampo. Il secondo evento ha causato una frattura alla caviglia a seguito di condizioni cliniche del paziente, il paziente è stato prontamente soccorso.

Nel 2020 rispetto alle 48 cadute 1 ha presentato danno moderato (ferita e trauma cranico) si procede all'analisi dei fattori contribuenti (condizioni cliniche/limitazione funzionale/abbigliamento) e non si ritiene di dover attivare azioni correttive.

Nel 2020 rispetto alle 48 cadute 6 hanno presentato danno lieve (ferite, escoriazioni, traumi, contusioni) si procede all'analisi dei fattori contribuenti (condizioni cliniche-limitazione funzionale-alterazione del sensorio) e non si ritiene di dover attivare azioni correttive.

L'andamento dei dati evidenzia un netto miglioramento pertanto non si ritiene di dover attivare ulteriori azioni.

#### 4. Indicatori

È attivo un cruscotto indicatori che permette il monitoraggio di ambiti sia clinici sia manageriali. All'interno del cruscotto sono presenti indicatori specifici di valutazione delle performance in tema di rischio clinico, inoltre sono inseriti indicatori di outcome clinico.

Le aree monitorate sono:

- Completezza della documentazione sanitaria: sono attivati indicatori di valutazione sulla completezza delle schede di time out, dello screening dolore e delle cartelle cliniche (secondo check list definita). Gli esiti dei monitoraggi sono molto positivi: la percentuale media di completezza è di 98,86% di cui l'1,18% di conformità parziale. Non sono state attivate ulteriori azioni di miglioramento. Inoltre nel corso del 2019 e del 2020 sono stati attivati ulteriori controlli sulle Cartelle Cliniche secondo le indicazioni ricevute da RL nel dicembre 2018 sulla base della revisione della CL PRIMO (il campione è stato estratto sulla base delle indicazioni ricevute da RL). La percentuale di compliance complessiva delle Cartelle Cliniche rispetto a questi standard è del 69,65%, valore più che soddisfacente visto l'obiettivo che risiede in questi standard (il percorso del miglioramento continuo).



Gli esiti mostrano come aree da migliorare:

- Processo di anamnesi farmacologica (Standard 1.2);
- Processo di prescrizione esami diagnostici (Standard 2.18)
- Registrazione interventi riabilitativi (Standard 2.5)
- Lettera di dimissione – interventi sociali (Standard 2.35)
- Controlli sulla documentazione ambulatoriale: autopresentazione (Standard 2.37).

È stato attivato inoltre, un controllo di adeguatezza degli acronimi che risulta avere un importante margine di miglioramento (38,88% di compliance).

- Indicatori obiettivi internazionali di sicurezza del paziente: tali indicatori sono rilevati attraverso un'attività di ispezione sistematica e periodica effettuata con l'utilizzo di una check list specifica. Dal 2019 le ispezioni sono svolte da un gruppo di auditor opportunamente formati secondo il metodo di osservazione dell'O.M.S. sull'igiene delle mani ed attraverso una check list più strutturata e più approfondita rispetto agli anni precedenti. Il campionamento avviene nel rispetto delle indicazioni ricevute da Regione Lombardia per la gestione dei controlli relativi al PRIMO (Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione) e pertanto sono verificate almeno 1/3 delle UU.OO. per anno al fine di garantire la copertura di tutte le aree nel triennio. Inoltre, dal punto di vista delle osservazioni è stato determinato che sono valutate almeno 5 situazioni per item (salvo attività specifiche non routinarie). Gli esiti sono molto soddisfacenti, anche a seguito della massiccia attività formativa svolta, nel corso del 2019, sui temi della gestione del rischio. Le ispezioni e le relative osservazioni hanno subito uno stop di diversi mesi a causa dell'emergenza sanitaria in atto. A partire da questo mese di febbraio saranno riavviate tutte le attività al fine di completare il giro nelle UU.OO. e nei servizi programmate nel precedente Piano per il 2020. Quanto previsto per il 2021 sarà svolto, in parte, nel secondo semestre, ed in parte prorogato al 2022.

In particolare nell'ambito delle osservazioni sono valutati:

- Identificazione del paziente;
- Comunicazione verbale;
- Farmaci ad alto rischio;
- Barriere linguistiche e culturali;
- Igiene delle mani;
- Prevenzione incidenti a rischio biologico;
- Sistema di prevenzione delle infezioni;
- Gestione degli elettroliti concentrati;
- Somministrazione farmaci.



Gli ultimi dati disponibili sono stati elaborati già secondo il nuovo sistema e presenta dati molto soddisfacenti:

- Identificazione del paziente - ultimo dato disponibile: 100%
  - Comunicazione verbale - ultimo dato disponibile: 100%
  - Farmaci ad alto rischio- ultimo dato disponibile: 100%;
  - Barriere linguistiche e culturali- ultimo dato disponibile: 80%
  - Igiene delle mani - ultimo dato disponibile: 100%
  - Osservazione sulla corretta igiene delle mani: - ultimo dato disponibile: 72,55% (le osservazioni sono svolte sia sul metodo utilizzato sia sul momento)
  - Corretto utilizzo DPI - - ultimo dato disponibile: 89,29%
  - Prevenzione incidenti a rischio biologico – ultimo dato disponibile: 100%
  - Sistema di prevenzione delle infezioni – ultimo dato disponibile: 93,33%
  - Gestione degli elettroliti concentrati - ultimo dato disponibile: 100% (poco significativo per la numerosità del campione)
  - Somministrazione farmaci – ultimo dato disponibile: 90% (poco significativo per la numerosità del campione).
- Indicatori di sorveglianza delle infezioni: le attività avviate ai fini della prevenzione sono definite nel PN-DS-001. Nel 2017 gli indicatori inerenti le infezioni erano stati tutti rivalutati ed aggiornati in merito agli standard di riferimento al fine di poter valutare le performance dell'Istituto in benchmark con il settore (si mantengono questi standard come riferimento). Nel cruscotto indicatori sono inseriti i monitoraggi delle aree più significative:
    - Infezioni (ferita chirurgica, infezioni vie urinarie (UTI), *clostridium difficile*)
    - Controlli acque ed alimenti
    - Controlli Legionella
    - Controlli sale operatorie.

Tali indicatori presentano performance molto soddisfacenti:

- Ferita chirurgica: il valore medio riscontrato nel 2019 è di 0,08% a fronte di uno standard CDC - Surgical site infection january 2018 del 1,9%;
- UTI: 0,07% rispetto ad uno standard calcolato sulla base del rapporto ISTISAN 2003 e sulla pubblicazione GIMBE news novembre-dicembre 2010 del 1,5%, il dato è soddisfacente ma in lieve peggioramento rispetto all'anno precedente, si è deciso di avviare un'attività formativa di sensibilizzazione del personale per una corretta gestione dei pazienti con catetere vescicale;
- Infezioni da *clostridium difficile*: il valore calcolato per il 2020 è di 0,45 casi ogni 1000 dimessi (valore nettamente migliorato rispetto al 2017) a fronte di



- uno Standard da 1 a 30 casi ogni 1000 dimessi Da evidence - open acces journal published by GIMBE Foundation - ottobre 2012;
- Controlli temperature carrello ristorazione nei reparti: monitoraggio del rispetto della temperatura ( $> 65^{\circ}$ ), i controlli rivelano una performance eccellente, le azioni intraprese nell'anno sono risultate efficaci;
  - Controlli Legionella: nel 2020 non sono mai stati rilevati punti di valori superiori a  $> 10^4$  – soglia limite per l'attivazione delle azioni di miglioramento. In realtà in tutti i controlli il valore di Legionella è sempre risultato 0;
  - Controlli sale operatorie: le rilevazioni periodiche di carica batterica e muffe presentano valori al di sotto della soglia di accettabilità definita dalla Linea guida dell'Istituto Superiore per la prevenzione e sicurezza sul lavoro dipartimento di Igiene del Lavoro Linee Guida sugli standard di sicurezza e di Igiene del lavoro nel reparto operatorio versione dicembre 2009; ottimi esiti prossimi allo 0;
  - Monitoraggio cicli di sterilizzazione: indicatore finalizzato ad accertarsi dell'affidabilità delle autoclavi. Ottimi esiti, valore medio di 97,99%;
  - Per quanto attiene il monitoraggio dei consumi delle soluzioni di lavaggio si evidenziano esiti molto soddisfacenti. Dall'analisi si evidenzia un aumento del consumo di detergente antisettico sicuramente legata alle nuove linee di indirizzo sulla prevenzione da covid-19 ed alla conseguente tendenza ad un overtreatment. Aumenta, come prevedibile, il consumo di soluzione idroalcolica. Diminuisce il consumo di sapone liquido sicuramente compensato dal consumo della soluzione idroalcolica. Il consumo di iodoten parametrato sulle giornate di degenza diminuisce per la minore incidenza di giornate di ricovero chirurgico rispetto ai ricoveri medici (inclusi COVID-19).

Gli indicatori di performance inerenti la gestione del rischio clinico mostrano esiti molto soddisfacenti:

- Monitoraggio lesioni da pressione: l'indicatore presenta un valore dello 0,80% per l'anno 2020 a fronte di uno standard di riferimento dato da: Clossò A. Zanetti E. Linee guida integrali dell'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Qualità) per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito. III Edizione della versione italiana A.I S.L.e C. (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee) – Pavia 2003 2 Linee guida sulle ulcere da pressione, prevenzione e trattamento a cura del Consiglio Sanitario Regionale della Toscana, ottobre 2005 pari al 8,6%. Si evidenzia che il reparto a maggiore rischio rappresentato dalla medicina e riabilitazione mostra un valore del 1,9% ben al di sotto dello standard sopra riportato.



- Monitoraggio indicatori di outcome clinico: nei diversi reparti dell'Istituto sono monitorati indicatori di outcome clinico rapportati sempre ad uno standard di riferimento e a fronte dei quali viene effettuata una valutazione trimestrale con l'eventuale attivazione di azioni di miglioramento in caso di deviazioni. Nel corso del 2019 rispetto ai monitoraggi definiti sono emerse aree alcune aree di debolezza (area gialla):
  - MEDICINA: pazienti con il controllo della glicemia a tre giorni dal ricovero – valori non critici, si prosegue nel monitoraggio;
  - LABORATORIO ANALISI: esami ripetuti – la media annuale è entro il valore obiettivo (1,92% con v.o. < 2%) il valore era fuori range in due mesi nell'anno, si prosegue nel monitoraggio.

### **Ispezioni rischio clinico**

Le attività, come già riportato nel paragrafo precedente sono, dal 2017, gestite da un gruppo specifico di valutatori opportunamente formato per garantire indipendenza di giudizio. Nel 2018 e nel 2019 tale gruppo è stato ulteriormente formato per le attività di osservazione sull'igiene delle mani (Guida OMS) e sulle infezioni in genere.

Le ispezioni per il rischio clinico sono delle attività strutturate e sistematiche sin dal 2012 e sono proseguite anche nel 2018 con una importante riorganizzazione dello strumento di valutazione applicato (vedi punto 5) messo a regime nel 2019.

Gli esiti sono riportati negli indicatori "obiettivi internazionali di sicurezza del paziente" già valutati nel paragrafo precedente.

### **Audit interni**

In Istituto è attivo dal 2007 il sistema di audit interni. Tale attività prevede il campionamento dei processi e delle aree in modo da assicurare la copertura globale nel triennio. Nel corso del 2020 non sono stati condotti audit, gli ultimi dati disponibili sono relativi ad attività svolte nel corso del 2019. Per il 2021 sono già state pianificate le attività ispettive attraverso la definizione di uno specifico programma che prevede la ripresa di tutte le attività nel 2020.

Nel corso dell'ultimo ciclo di audit sono stati oggetto di valutazione i seguenti processi:

- Attività relative all'ambulatorio di fisioterapia
- Processo di cura urologia (ambulatoriale e ricovero)
- Laboratorio analisi
- Processo di cura medico
- Processo di cura chirurgia ortopedica
- Pre ricovero



- Radiologia
- Processo riabilitativo (cardiologico e motoria)
- Attività di sala operatoria e TIPO
- Processo di cura sub acuti.

Nell'ambito delle attività di audit interno sono stati verificati i requisiti della norma ISO 9001, gli standard della Check List di Regione Lombardia PRIMO (Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione), elementi di gestione del rischio clinico, contenuti delle cartelle cliniche chiuse secondo quanto definito dalla Check List di Regione Lombardia PRIMO (Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione). Tali elementi sono stati valutati secondo una specifica programmazione triennale rivalutata annualmente.

Dall'applicazione di questi strumenti sono emersi diversi spunti di miglioramento delle attività ed elementi utili per la programmazione della formazione.

Tali elementi, rivalutati dopo l'interruzione per l'emergenza sanitaria prevedono obiettivi di miglioramento per il 2021:

- Implementazione della Check List 2.0 a campione con sopralluogo almeno trimestrale;
- Consolidamento della modalità di ispezione rischio clinico;
- Avvio del form standard per la riconciliazione della terapia farmacologica;
- Adesione alla raccomandazione ministeriale n. 19 – Manipolazione forme farmaceutiche ad uso orale in forma solida;
- Consolidamento delle modalità di campionamento e controllo delle cartelle cliniche chiuse secondo quanto indicato dagli aggiornamenti inerenti il PRIMO (Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione).

### **Eventi sentinella**

Gli **eventi sentinella** rappresentano eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano 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.

La classificazione degli eventi sentinella è stata effettuata sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute.

Esiste sistema strutturato di rilevazione e conseguente gestione dell'evento (IO-DS-029).

Nel corso del 2020 non sono stati rilevati eventi sentinella.



### **Vigilanza sui dispositivi medici**

Esiste un documento di riferimento che descrive la modalità da adottare in caso di incidente o mancato incidente con DM (IO-DS-032). Nel 2020 è stato segnalato 1 evento correlato ad una suturatrice

### **Farmacovigilanza**

Esiste un documento di riferimento che descrive la modalità da adottare in caso di incidente o mancato incidente con DM (IO-DS-032). L'ultimo report trasmesso dall'ATS Insubria è dell'aprile 2020 relativo ai dati del primo semestre 2019. Nella relazione sono riportate le valutazioni 2018 vs. 2019.

L'andamento si presenta in miglioramento all'interno dell'ATS Insubria, di cui ICVA fa parte per il servizio di farmaco-vigilanza.

### **Emovigilanza**

Esiste un documento di riferimento che descrive la modalità da adottare in caso di errore o reazione avversa con emocomponenti (IO-DS-050). Non sono state rilevate reazioni avverse. Per quanto attiene gli errori si rimanda al punto 3 della presente relazione.

### **Reclami e/o suggerimenti dei cittadini in relazione a temi della gestione del rischio clinico**

Nel corso del 2020 sono stati rilevati 35 reclami, con un valore pressoché stabile rispetto all'anno precedente. Di questi, 3 possono essere correlati direttamente l'ambito rischio clinico ovvero per presunta errata diagnosi o errato referto. I reclami non sono sfociati in nessun'altra azione e pertanto non si ritiene prioritario alcun intervento ulteriore. I reclami relativi agli aspetti relazionali con il personale medico ed infermieristico sono i più numerosi; si ritiene, però, che la delicata situazione emergenziale di questo periodo abbia inciso sulla fragilità dei pazienti, inoltre si tratta comunque di un dato infinitesimale rispetto agli accessi.

Per quanto attiene gli esiti delle indagini di customer satisfaction si evidenzia un ottimo andamento. Premesso che i dati disponibili per le attività di ricovero sono pochi e pertanto poco significativi, presentano, comunque, un andamento stabile. I dati relativi alle prestazioni ambulatoriali sono numericamente più rappresentativi ed evidenziano un andamento in miglioramento rispetto al 2019.

Il Direttore sanitario Aziendale  
Risk Manager  
Dott. Pasquale Farina