



Relazione consuntiva annuale sugli eventi avversi segnalati nell'anno 2018  
(Art. 2, comma 5, Legge 8 marzo 2017, n. 24)

Anno 2018

N° segnalazioni	Tipologia di evento
N. 23	Caduta accidentale
N° 4	Errore da farmaco
N° 2	Aggressione vs personale sanitario
N°1	Errore interpretazione
N° 1	Errore refertazione
N° 1	Gestione emergenza

N° segnalazioni	Classificazione evento
N° 8	Non evento, in quanto non prevedibile
N° 3	Near miss
N° 11	Eventi avversi senza danno
N° 5	Eventi avversi
N°5	Eventi sentinella

Gli episodi di **caduta accidentale**, otto dei quali non sono da considerarsi eventi avversi, in quanto non prevedibili e non prevenibili, hanno interessato pazienti che provvedevano ai propri bisogni senza chiedere assistenza infermieristica. Nella gran parte dei casi, non vi sono stati esiti lesivi o lesioni minime, in quattro casi sono state riportate lesioni maggiori. Sono correlate alle condizioni scadenti dei pazienti, nel periodo post-chirurgico o per lo stato avanzato della malattia oncologica. In qualche caso non è stata effettuata, al momento del ricovero e nel corso dello stesso, una buona valutazione del rischio da parte del personale sanitario.

Le segnalazioni riferite ad **errore da farmaco** riguardano: 1) in due casi si è trattato di errore indotto da farmaco LASA che, però, è stato intercettato per cui si è trattato di near miss in ambedue i casi. E' stata effettuata in proposito apposita segnalazione al Ministero della Salute; 2) in un caso si è verificata mancata somministrazione di farmaco in bolo al termine della chemioterapia, in quanto il flaconcino è rimasto nel sacchetto della pompa elastomerica. Si è provveduto a modificare la scheda di somministrazione in maniera che vi fosse una migliore tracciabilità della terapia somministrata e il farmaco da somministrare in bolo non viene più posizionato nel sacchetto dell'elastomero; 3) un caso di errore di somministrazione ha portato allo stravasamento del chemioterapico con danno maggiore, in paziente alla quale non era stato ancora impiantato l'Accesso Venoso Centrale, anche per assecondare il volere della stessa paziente.

Per quanto concerne i due casi di **violenza verso operatore** si è trattato, in un caso, di una violenza verbale da parte di un familiare e, nell'altro caso, di un'aggressione fisica da parte di un paziente oramai terminale, con metastasi cerebrali, in un momento di instabilità psichica.

L'**errore d'interpretazione** è stato generato da una grafia poco chiara e leggibile, con la quale lo specialista che aveva sottoposto il paziente ad un prelievo citologico in regime ambulatoriale, ha compilato il relativo modulo di richiesta di indagini al Servizio di Citopatologia. L'errore d'interpretazione, che avrebbe portato ad una successiva erronea attribuzione del referto, è stato intercettato, per cui si è trattato di un near miss. Ad evitare il rischio, è stata implementata una procedura informatica che, all'accettazione della impegnativa medica, consente di generare, in caso di necessità, un'etichetta adesiva sulla quale vengono stampate le generalità complete del paziente.

SMA



L'**errore di refertazione** ha riguardato l'attribuzione della sede del prelievo al quale veniva riferito l'esame istologico. Non ha comportato alcun danno al paziente. Principale fattore contribuente all'errore è stata una distrazione dello specialista individuata dal medesimo in sede di approfondimento, subentrata nel corso della refertazione.

La segnalazione inerente la **gestione di un'emergenza** è riferita ad un near miss.

Il Referente Aziendale Rischio Clinico  
(Dott.ssa Stefania D'Aturia)