



Relazione consuntiva annuale sugli eventi avversi segnalati nell'anno 2023
(Art. 2, comma 5, Legge 8 marzo 2017, n. 24)

Anno 2023

N° segnalazioni	Tipologia di evento
n. 14	Caduta accidentale
n. 4	Stravasato di m.d.c.
n. 2	Reazioni a m.d.c.
n. 2	Stravasato in corso di chemioterapia
n. 1	Evento da errore di consegna preparati istologici
n. 1	Ritenzione di garza in addome
n. 1	Evento da errore terapeutico
n. 1	Evento da difetto di comunicazione
n. 1	Evento da errore d'identificazione di paziente in S.O.

N° segnalazioni	Classificazione evento
n. 8	Non eventi, in quanto non prevedibili
n. 1	Near miss
n. 8	Eventi avversi senza danno
n. 9	Eventi avversi
n. 1	Evento sentinella

Per quanto concerne l'evento **Caduta accidentale**, cinque segnalazioni non sono da considerarsi eventi avversi, in quanto un caso è stato conseguenza di improvviso episodio lipotimico mentre negli altri quattro casi, alcuni dei quali hanno riportato esiti, i fattori contribuenti sono riconducibili a pura casualità oppure, come in un caso specifico, ad azioni incaute volontarie del paziente.

L'evento caduta ha interessato prevalentemente pazienti ricoverati nei reparti di Oncologia Medica e, nella gran parte dei casi, si è verificato perché essi, pur non avendo piena autonomia (fattore contribuente sono state le condizioni scadute), hanno agito senza chiedere supporto al Personale infermieristico, come era stato loro raccomandato. Un episodio di caduta accidentale ha interessato un paziente ambulatoriale afferente ad un Servizio e due episodi sono correlati a caso del tutto fortuito, per scivolamento negli spazi esterni in corso di pioggia.

Le cadute segnalate hanno interessato, in ambedue i sessi, pazienti, per gran parte in età avanzata e si sono verificate prevalentemente nella camera di degenza, sia nella fascia oraria notturna che in quella giornaliera.

Alcune cadute si sono verificate nel tentativo di scendere in autonomia dal letto o per inciampo o per perdita d'equilibrio in pazienti con condizioni cliniche scadute. Una caduta per inciampo ha interessato una paziente ambulatoriale ed in questo caso è stato individuato un fattore contribuente ambientale, al quale si è posto rimedio.



Per quanto concerne le lesioni riportate a seguito della caduta, nella gran parte dei casi, non vi è stato alcun esito, in qualche caso gli esiti sono stati lievi/moderati. I casi che hanno riportato lesioni maggiori hanno riguardato cadute conseguenti a scivolamento negli spazi esterni in corso di pioggia, che sono da considerarsi, quindi, puramente accidentali.

Gli episodi di caduta hanno reso necessari esami radiografici di approfondimento diagnostico, eseguiti come primo livello e come successivo controllo.

Le segnalazioni sono pervenute mediante l'apposita Scheda di segnalazione dell'evento caduta e, in qualche caso, mediante Scheda di Incident Reporting. Per i pazienti ricoverati in regime ordinario è stata verificata la presenza nelle rispettive cartelle cliniche della "Check list di valutazione del rischio caduta" prevista dalla Procedura Operativa aziendale e la modalità di compilazione della stessa. In tutti i casi la Check è risultata essere stata compilata nella giornata di accesso al ricovero ordinario e non in tutti i casi è stata ripetuta nel corso del ricovero, come indicato in Procedura. Il punteggio del rischio assegnato non sempre è risultato corrispondente ai fattori di rischio rilevati.

Per tutte le segnalazioni di caduta accidentale è stato effettuato un approfondimento mediante focus group, direttamente in reparto, con gli operatori sanitari e si è approfittato per effettuare, nello stesso contesto, ulteriore formazione sulla Procedura, anche per implementare azioni migliorative riguardanti soprattutto l'empowerment del paziente

Le segnalazioni di **stravaso di m.d.c.**, effettuate tramite la Scheda di Incident Reporting, si sono accompagnate ad esiti transitori di modesta entità, che sono andati incontro a risoluzione completa.

Tale evento continua a rimanere del tutto trascurabile rispetto al numero complessivo di esami radiologici con contrasto effettuati nell'anno nella S.C. di Radiodiagnostica e in considerazione della vulnerabilità dei pazienti oncologici. In un caso di stravaso in paziente portatore di catetere venoso centrale, si è appurato che l'evento si è verificato a causa di una piccola lesione del PICC, probabilmente procurata da una pressione di flusso eccessiva all'iniezione dello stesso m.d.c. o all'irrigazione del dispositivo effettuata nel corso di precedenti medicazioni.

Due segnalazioni hanno riguardato, invece, reazioni avverse al m.d.c., ma tali episodi non sono da considerarsi eventi avversi, in quanto non potevano essere prevenibili, non essendoci, in ambedue i casi, rilievo in anamnesi di riferite precedenti reazioni.

Un caso di **stravaso in corso di somministrazione di antiblastico** non viene annoverato tra gli eventi avversi, in quanto, come affermato dalla stessa paziente, esso si è verificato per imprudenza da parte della medesima, che, in corso di infusione, si è mossa più volte fino ad alzarsi dalla poltrona per rispondere ad una telefonata.

SM



Il secondo caso ha riguardato lo stravasamento di soluzione fisiologica nel corso di irrigazione della via d'infusione al termine della chemioterapia, che non ha procurato danno ai tessuti.

Un **evento da errore di consegna di preparati istologici** ha riguardato una paziente che, rivolta a quest'Istituto per una second opinion, dopo aver ricevuto il referto relativo alla consulenza richiesta, ha poi richiesto anche i relativi vetrini all'uopo allestiti. L'evento non ha comportato alcun errore nella diagnosi istologica rilasciata alla paziente, in quanto il referto consegnato era corretto e si è verificato alla successiva consegna dei vetrini. È stato condotto in proposito un audit approfondito e il Direttore della S.C. di Anatomia Patologica ha rivisitato la Procedura interna di gestione dei preparati istologici, nelle more del completamento dell'implementazione della nuova piattaforma informatizzata di gestione del flusso di lavoro in Anatomia Patologica.

Un evento sentinella di **ritenzione di garza in addome** è stato intercettato accidentalmente nel corso di esame di controllo radiologico effettuato per programmare il prosieguo terapeutico. Il paziente è stato sottoposto a successivo intervento chirurgico per rimozione del corpo estraneo.

È stato condotto un Significant event audit per individuare ed approfondire le cause che hanno portato all'evento. Sono stati individuati i fattori contribuenti e, conseguentemente, adottate azioni migliorative nell'ambito della procedura di gestione della conta delle garze in S.O..

È stato segnalato un **errore terapeutico** nell'ambito di un protocollo sperimentale, per errore di assegnazione del kit farmacologico. Tale evento non ha comportato alcun impatto sulla sicurezza del paziente né sull'efficacia della cura né tantomeno ha avuto impatto sui risultati dello studio.

È stata introdotta un'azione migliorativa nel percorso di gestione del farmaco sperimentale, che prevede un triplo check durante il processo di assegnazione e fornitura del Farmaco al paziente.

Un **evento da difetto di comunicazione** si è verificato a seguito di procedura terapeutica endovesicale con Bacillo BCG. Nel contattare un paziente per comunicargli l'appuntamento per la successiva somministrazione, lo specialista viene a conoscenza del fatto che il paziente, al termine della precedente somministrazione, avrebbe ingerito una compressa che gli avrebbe portato alcuni disturbi digestivi, poi superati senza alcuna sequela.

Non essendovi alcuna compressa da assumere al termine della terapia endovesicale, lo specialista ha sospettato che il paziente avesse potuto assumere per errore la compressa che viene consegnata per disinfettare il wc dopo la minzione. È stato condotto un audit, previo approfondimento con il paziente ed un familiare, che, però, non ha chiarito la modalità con cui si sarebbe verificato tale evento, né il momento in cui si sarebbe verificato. Ad ogni modo, sicuramente è stato individuato un difetto di comunicazione verso il paziente, per cui si è proceduto alla rivisitazione della procedura



per la terapia endovesicale, pianificando la realizzazione di brochure informative sull'utilizzo della compressa di disinfettante, da consegnare al paziente al termine della somministrazione, in aggiunta all'informazione verbale, al fine di migliorare l'empowerment del paziente.

Un errore d'identificazione di paziente in S.O. si è verificato per una paziente accompagnata in un blocco operatorio diverso da quello nel quale era stato programmato il suo intervento; la paziente è stata poi portata in S.O. dove l'errore è stato intercettato. Tale evento, che non ha avuto alcuna conseguenza, è da considerarsi un near miss. E' stata rivisitata la Procedura di identificazione del paziente chirurgico/endoscopico.

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