

# Casi di eventi avversi: opinioni a confronto – dalla segnalazione al piano di miglioramento

Dott.ssa Lia Detti  
Direttrice UOP Assistenti Sanitari Arezzo  
Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie,  
della Riabilitazione e della Prevenzione

# Ambientazione

- AMBULATORIO VACCINALE
- **Procedura:** IOD 64
- **Orario:** pomeridiano
- **Utenti:** Adolescenti tra 11-16 anni invitati attraverso **chiamata attiva** (lettera di invito), con tipologia di vaccinazione e **chiamata mista**
- **Agenda:** cartacea, SISPC



# Segnalazione

Adolescente di 11 anni e 2 mesi invitata per la I dose di anti-HPV,  
come scritto nell'agenda cartacea



Entra in ambulatorio con entrambi i genitori, molto agitata e in ansia



L'Assistente Sanitaria scambia l'utente presente in ambulatorio con un'altra ragazza in lista e somministra il vaccino antimeningococco ACWY, prima della firma del consenso da parte dei genitori



Fortunatamente la ragazza era stata vaccinata a 16 mesi con l'antimeningococco C e quindi la somministrazione era coerente



Entrambi i genitori reagiscono di buon grado, anzi la madre chiede di poter effettuare lo stesso anche la dose di anti-HPV per la quale la figlia era stata invitata.

# Gestione Evento da parte dell'UOP Assistente Sanitari

Direttore UOP  
Coordinatore



Personale coinvolto

- ⚙ Durante l'incontro è stata raccolta la descrizione dell'accaduto e viene redatta una relazione sul caso.
- ⚙ Valutata la documentazione e i processi operativi previsti dalla IOD 64 "Vaccinazione"



# E' emerso che...



## Uso dell'agenda cartacea

- Ha contribuito a far sì che inizialmente ci fosse stato lo scambio di utente.



## Errore umano

- L'operatore aveva letto la riga errata nella lista di prenotazione cartacea, tenuta sulla scrivania e per questo, aveva ritenuto corretto effettuare quella vaccinazione.



Evento favorito dalla **scarsa comunicazione** e coordinamento tra operatori



**Modulistica non conforme utilizzata** dai genitori, sprovvisto della firma del a seduta

- il consenso informato era stato **modificato manualmente** (l'aggiunta del vaccino Meningococco acwy)



# Errori a cascata...

# AUDIT

Clinical Risk Manager Ausl Toscana Sudest  
U.O.C. Qualità e Rischio Clinico

Responsabili UF e AD  
Responsabile UOP Assistenti Sanitari  
Coordinatore AS  
Operatori Coinvolti





# Punti critici e azioni migliorative

Agenda cartacea



Agenda ELETTRONICA facilita:

- Ridurre errori di identificazione del pz e il tipo di prestazione;

Prestazioni diverse



- Le chiamate attive per la stessa tipologia di PRESTAZIONE

Scarsa comunicazione



- L'operatore prima di procedere alla vaccinazione consegna al medico il lotto da utilizzare.

La registrazione della tipologia del lotto avvenuta in ritardo



- Il medico procede alla registrazione in SISPC, producendo stampa consenso/ anamnesi da porre alla firma del genitore, e si procede alla somministrazione



## Esiti dell'Audit

*Il processo vaccinale è un percorso multidisciplinare  
dove collaborazione e sinergia tra i vari  
operatori è il **valore aggiunto**.*

Proposte di miglioramento :

- ⚙ Richiedere chiarimenti anche al minimo dubbio sulla vaccinazione da somministrare
- ⚙ Corretta identificazione del soggetto da vaccinare;
- ⚙ Prestare attenzione a tutte le fasi della seduta vaccinale, comprese l'anamnesi e le indicazioni fornite
- ⚙ Attendere la firma del consenso prima della somministrazione
- ⚙ Implementare e migliorare la relazione comunicativa tra gli operatori sanitari coinvolti nel processo, migliorando la collaborazione e non focalizzandosi solo sulle proprie competenze e responsabilità

“L'unico vero errore è quello da cui non  
si impara nulla.”

Henry Ford

***Grazie per l'attenzione***