

DIVENTARE INFERMIERE

STUDENTI

INFERMIERI

SPECIALIZZAZIONI

LIBERA PROFESSIONE

OSS

HOME > ATTUALITÀ

MANAGEMENT

Significant Event Audit, strumento di Clinical Governance

Pubblicato il 09.01.20 di [Muzio Stornelli](#) Aggiornato il 09.01.20

Il tema della gestione del rischio clinico e del Risk Management, nella sua visione onnicomprensiva del mondo sanitario, ha visto la componente reattiva emergere sempre e maggiormente nei riguardi della **visione proattiva**. Lo dimostrano i numerosi strumenti utili a fare chiarezza al verificarsi di un evento e/o errore a danno degli utenti. Uno di questi è il SEA (Significant Event Audit).

Che cos'è il Significant Event Audit - SEA

Mike Pringle nel 1995 ha così definito il **Significant Event Audit**: riesame sistematico e dettagliato di casi singoli nei quali si è verificato un evento significativo (non necessariamente indesiderabile per il paziente), per stabilire quanto si può apprendere sulla qualità generale dei servizi erogati e per indicare i cambiamenti che potrebbero portare a miglioramenti futuri.

In particolar modo, i singoli eventi (sia in senso positivo che negativo) sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare **ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure** ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.

L'abitudine porta i professionisti sanitari a trattare maggiormente eventi significativi negativi, dove "le cose" sono andate male o dove la cura avrebbe potuto essere migliore. È auspicabile però che anche **eventi significativi positivi** vengano affrontati e condivisi, in modo che altri possano imparare.

Fasi del Significant Event Audit

Le fasi del SEA sono sette:

- I **Fase 1**: consapevolezza e prioritarizzazione di un evento significativo
- I **Fase 2**: raccolta di informazioni
- I **Fase 3**: incontro del team
- I **Fase 4**: analisi dell'evento significativo
- I **Fase 5**: concordare, realizzare e monitorare il cambiamento
- I **Fase 6**: documentare l'audit
- I **Fase 7**: condividere le conoscenze

Nella prima fase la consapevolezza di tutto il team di cura dovrebbe portare i protagonisti a priorizzare la **calendarizzazione di azioni correttive** al verificarsi di eventi.

Successivamente, con la raccolta delle informazioni (fase 2) vanno messe in relazione il maggior numero possibile di informazioni basate sui fatti, testimonianze individuali, rapporti scritti e altri documenti sanitari riguardanti l'**evento avverso**.

Matrice per analisi degli eventi

Attraverso l'incontro del team tali attività di ricerca diventano discussione organizzata di almeno 45 minuti, un'ora.

Durante le riunioni vanno analizzati i casi più complessi e impegnativi, grazie anche alla presenza di un facilitatore che ha il compito di organizzare gli incontri, mantenere delle regole di base essenziali e fornire supporto durante l'analisi degli eventi, i quali, per poter

NEWSLETTER



Contenuti in esclusiva, approfondimenti e aggiornamenti sulle principali notizie. La raccolta settimanale delle notizie scelte per te.

[Iscriviti](#)[tutte le newsletter](#)

Pubblicità

WOUND CARE



L'approfondimento sul tema wound-care. Le novità e curiosità. Il parere degli esperti e i casi clinici.

[scopri di più](#)

CONCORSI & LAVORO

Infermieri

OSS

Tutte le regioni



Tipologia



Status



Mese di scadenza

[Ricerca](#)[Tutti i concorsi](#)**"Metà delle scoperte"**

essere correttamente analizzati, hanno bisogno della seguente matrice:

Cosa è successo?

Descrivere quello che è realmente accaduto nel dettaglio. Si consideri, ad esempio, come è accaduto, dove è accaduto, chi era coinvolto e ciò che è l'impatto reale o potenziale sul paziente, il team, l'organizzazione e/o altri.

Perché è successo

Descrivere le ragioni principali e sottostanti – sia positive che negative – che contribuiscono al motivo per cui l'evento è accaduto.

Si consideri, ad esempio, la professionalità del team, la mancanza o un difetto del sistema, la mancanza di conoscenza o la complessità e l'incertezza associata con l'evento.

Cosa abbiamo imparato?

Dimostrare che la riflessione e l'apprendimento si sono svolti su base individuale o di squadra e che i membri del gruppo interessato sono stati coinvolti nell'analisi dell'evento.

Si consideri, ad esempio: la mancanza di istruzione e formazione, la necessità di seguire sistemi o procedure; l'importanza vitale del lavoro di gruppo o della comunicazione efficace.

Quali sono le azioni da intraprendere?

Delineare le azioni concordate o implementate, laddove ciò è richiesto o realizzabile. Si consideri, ad esempio: se un protocollo sarà o è stato modificato, aggiornato o introdotto, come verrà o è stato fatto e chi sarà o è stato coinvolto, come sarà o è stato monitorato questo cambiamento.

È anche buona norma allegare qualsiasi documento giustificativo del cambiamento, per esempio una lettera di scuse ad un paziente o un nuovo protocollo.

E le conclusioni di questa fase sono:

- I **Nessuna azione richiesta:** viene quindi riconosciuto il buon livello di assistenza e l'efficacia del processo in esame
- I **Necessità di un'azione immediata:** una volta circoscritte le criticità, esse vanno risolte attraverso l'immediata applicazione di azioni di miglioramento e condividendo quanto si è imparato
- I **Necessità di ulteriori analisi:** in questo caso si tratta di situazioni particolarmente complesse e che richiedono interventi approfonditi, utilizzando metodologie di analisi più specifiche
- I **Si celebra l'ottima assistenza fornita**

Chiaramente nella situazione in cui si dovesse realizzare il cambiamento, sarà poi necessario monitorarlo, attraverso un referente in grado di valutare l'effettiva attuazione del cambiamento stesso e della sua efficacia.

Al termine delle riunioni verrà stilato un **verbale condiviso** con tutti i membri del gruppo, mentre il **rapporto conclusivo**, che dimostri come e perché un evento si è verificato, dovrà essere diffuso ad ogni livello dell'organizzazione affinché tutti possano apprendere da questa esperienza.

Bibliografia

- I National Patient Safety Agency, SEA, Ottobre 2008
- I Fondazione GIMBE

Tags : [Specializzazioni](#), [Management](#)



Muzio Stornelli
NurseReporter

"L'istruzione e la formazione sono le armi più potenti che si possono utilizzare per cambiare il mondo"

Nelson Mandela



Publicità

SCOPRI I VANTAGGI



Ci prendiamo cura di chi si prende cura. Con la registrazione, gratuita, si ottiene l'accesso a tutti i servizi presenti e futuri.

[scopri di più](#)

SEGUI NURSE24.IT



[Tutte le notizie regionali](#)

L'APP SUL TUO SMARTPHONE



- I Notizie dall'Italia e dal mondo
- I Studenti, infermieri, specializzazioni, liberi professionisti
- I Consigli, risorse, testimonianze, concorsi
- I Gratis, per sempre

[Download App Nurse24](#)

