

# Relazione

## L'errore nel Triage infermieristico

### **Spaggiari Ivana**

Infermiera Professionale Abilitata FD, Coordinatrice Pronto Soccorso - Dipartimento di Emergenza Urgenza, Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova - Reggio Emilia.

### **Corradini Monia**

Infermiera Esperta Struttura Complessa di Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova - Reggio Emilia

Definire in modo preciso il ruolo del Triage potrebbe essere la prima di una serie di riflessioni su quest'argomento, probabilmente fin troppo trattato dal punto di vista delle caratteristiche del processo, ma forse un po' trascurato, in relazione a quella che è la sua collocazione funzionale/operativa all'interno del Dipartimento.

La normativa del 1992 che ha decretato il Triage "istituzionalizzato" (D.P.R. 27.03.1992; D.L. 502/92) e tutte quelle successive in materia di riordino della rete ospedaliera e del sistema d'emergenza, hanno modificato in modo radicale l'organizzazione di questo settore. N'è risultato un sistema che si avvale di molteplici specialità che operano con obiettivi uniformi, condivisi, comuni. Questo sistema si basa sulla razionalizzazione di tutte le risorse disponibili in modo tale da rispondere all'utente in funzione alle sue reali necessità, affinché esso riceva prestazioni il più possibile personalizzate ed adeguate sia per modalità che per tempi, durante ciascun momento del processo d'assistenza intra - ospedaliero che, è importante ricordarlo, inizia con il Triage.

Nel nostro Pronto Soccorso il Triage infermieristico è attivo dal 1991: la diffidenza iniziale, la paura, i timori, il senso d'inadeguatezza ed incapacità, hanno lasciato spazio all'autonomia ed alla responsabilità. Dal posto "meno gradito" e considerato, il Triage è divenuto il punto di riferimento e di massima espressione di professionalità e competenza. Come sancito dal profilo di competenza specifico e dal piano d'inserimento del neo assunto il Triage è il punto più elevato dell'esercizio professionale in Pronto Soccorso.

Altro importante aspetto da far emergere è quello del riconoscimento del ruolo e della consapevolezza della responsabilità: uno degli aspetti più significativi e misconosciuti. Gli infermieri hanno accettato, riconosciuto ed imparato il significato tangibile della responsabilità e dell'autonomia professionale.

L'accoglienza del paziente, la sua valutazione, l'assegnazione del codice di priorità di accesso agli ambulatori, la gestione dei flussi, dei percorsi e dell'attesa, la gestione delle risorse umane, tecnologiche ed ambientali, dei conflitti e delle situazioni complesse, delle interfacce con il resto dell'ospedale e tutto il "mondo" esterno, sono solo alcuni dei più critici ed impegnativi ambiti in cui l'infermiere di Triage si spende quotidianamente, con l'utilizzo di strumenti propri dell'autonomia e della responsabilità che ha acquisito e sta, sempre più, imparando a gestire.

L'impatto sull'utenza rispetto al Triage è stato concretamente uno dei nostri risultati migliori: dopo l'iniziale diffidenza e perplessità, ora il "sistema Triage" è una condizione ineludibile del Pronto Soccorso. E' lo standard ed il punto di riferimento per tutta l'utenza,

per i soccorritori, ecc. Le tensioni che inizialmente erano motivate dalla scarsa fiducia nell'operatore e nei criteri di scelta e di giudizio, ora si sono trasformate in pressioni legate fondamentalmente ai tempi d'attesa e/o processo, alle prestazioni incongrue ed inappropriate.

E' stata l'analisi dell'incredibile quantità di dati che abbiamo raccolto a permetterci riflessioni, miglioramenti, cambiamenti nelle procedure di lavoro e negli standard offerti ed erogati: ad esempio il passaggio da un modello di Triage "di bancone" al modello di Triage "globale". La definizione di questo modello avanzato ha portato con sé anche tante altre innovazioni e sviluppi (utilizzo del PC portatile, scheda di Triage informatizzata, definizione di standard assistenziali, Manuale di Pronto Soccorso, Profilo di competenze dell'infermiere di Triage ecc.).

Proprio perché abbiamo raccolto ed analizzato una moltitudine di dati, il gruppo interprofessionale che si occupa di valutare la qualità clinica, ha individuato il Triage come un *processo* non scevro da rischi e/o errori. La valutazione di Triage è alla base del processo di Nursing e del processo decisionale, guida la decisione di Triage e può significativamente influenzare i risultati dell'assistenza.

L'attività di Triage è un insieme molto complesso ed articolato d'attività infermieristiche che hanno come fine ultimo quello di attribuire un codice di gravità (decisione di Triage) per ogni utente che accede al Pronto Soccorso, identificando immediatamente i pazienti in pericolo di vita.

Se la pianificazione e gli interventi sono basati su dati non accurati e/o incompleti, vi possono essere risultati a rischio per il paziente, ed è da questa "riflessione" che abbiamo iniziato a lavorare, identificando quali possono essere effettivamente le fonti d'errore al Triage, tra questi individuare quelli potenzialmente più pericolosi e ragionare insieme per predisporre soluzioni organizzative, strutturali, formative, informatiche al fine di prevenire tali situazioni.

Innanzitutto abbiamo utilizzato numerosi banche dati, ma nella letteratura sia nazionale sia internazionale consultata, purtroppo, non abbiamo trovato dati epidemiologici che facessero specifico riferimento alla problematica degli errori o eventi avversi prevalenti al Triage, ovvero esiste uno studio "UK Hospitals Insurance Pool" indicante un 22% d'eventi indesiderati che avvengono in Pronto Soccorso, ma non emerge in quale settore.

A questo punto, per identificare i "campi d'azione", abbiamo analizzato in contesto organizzativo nel quale si inserisce un sistema di Triage e l'abbiamo analizzato prendendo in considerazione principalmente quattro ambiti di intervento:

1. Ambito Professionale
2. Ambito Relazionale
3. Ambito Strutturale
4. Ambito Organizzativo

Per ciascuno degli ambiti sopraelencati, sono stati analizzate le possibili fonti d'errore, individuate le possibili cause e proposte eventuali soluzioni (che noi per primi abbiamo adottato) per prevenire l'errore.

#### 1. Ambito Professionale

Appurato che la figura che deve effettuare il Triage è un infermiere, va stabilito il tipo di formazione e di "training" che deve essere svolto e devono essere presenti dei requisiti di base quali ad esempio l'esperienza o l'assegnazione fissa ad un servizio di emergenza.

Evitare l'errore di *sovrastimare* per paura di *sottostimare* una problematica e quindi assegnare un errato codice di gravità, soprattutto in condizioni di *sovraffollamento*. Non è da trascurare l'atteggiamento di chi si "sente troppo sicuro" e quindi sbagliare per eccesso di sicurezza (si verifica per lo più nell'infermiere esperto) oppure sottostimare per non apparire "ansioso" agli occhi dei colleghi.

Altra fonte d'errore è stata identificata nella comunicazione/passaggio di informazioni che può essere inadeguate/incomplete/scorrette tra operatori (es. VdS ed infermiere di Triage). Importante essere cauti nella valutazione di pazienti "difficili":

- abuso etilico
- psichiatrici
- portatori di patologie cerebrali degenerative
- barriere linguistiche
- paziente pediatrico

I punti di forza del professionista devono essere le conoscenze acquisite durante il percorso formativo, le abilità specifiche certificate, la conoscenza della metodologia di valutazione (ed anche come, dove e quando registrare), la capacità di applicarla in maniera critica, la responsabilità delle rivalutazioni (documentare ed aggiornare la situazione clinica del pz ogni qualvolta si effettua la rivalutazione), la conoscenza di come e quando applicare i protocolli in uso al servizio.

Proposte:

- *Standard di prodotto* sull'assegnazione del Codice colore Giallo, utile anche per poterci "dotare" di criteri per una corretta assegnazione di tale codice di gravità e *standard di prodotto* sull'inserimento e l'addestramento degli infermieri neo assunti;
- *Personale neo assunto*: assicurarsi che riceva le procedure/istruzioni operative/linee guida in uso nel Dipartimento e, importante, verificarne l'effettivo apprendimento, affiancandolo ad infermiere esperto durante il lavoro in ambulatorio; programmare un inserimento specifico con valutazione alla 1° settimana, al 3° 6° 8° mese di attività e che preveda l'acquisizione di competenze di base, in sala urgenze, al Triage.
- Creare *profili di competenze* dell'infermiere di Pronto Soccorso
- Stendere un "*manuale infermieristico di Pronto Soccorso*" che sarà da aggiornare in modo continuo
- Monitorare e discutere gli *eventi critici* ed i casi dubbi

## 2. Ambito Relazionale

Ricordiamo che l'assistenza infermieristica è rivolta alla globalità della persona e l'approccio nel DEA è un approccio di tipo solistico: relazionarsi con l'utenza significa riconoscerne l'identità e l'individualità, con la stessa rapidità ed importanza con cui viene individuata la priorità.

Rispondere immediatamente, significa:

- “accettare la persona ed accoglierla” senza aggredirla per essere venuta nel posto sbagliato
- “prenderla in carico”
- ascoltarla con attenzione utilizzando le informazioni che ci dà e guidandola verso altre che potrebbe non ritenere importanti
- rassicurarla sulla presenza di un punto di riferimento per tutto il periodo d’attesa
- riconoscere la persona insieme al suo problema
- dare sostegno anche ad un altro tipo di utenza, cioè i familiari delle persone direttamente interessate dal problema di salute: anch’essi devono aspettare, anche per loro si interrompe la quotidianità, anche loro hanno bisogno di assistenza, umanità, informazioni e quindi anche con loro la relazione deve essere “gestita”

Tutto questo può però non essere possibile, soprattutto quando ci si trova davanti ad un operatore che magari si presenta aggressivo o superficiale.

Probabilmente (problemi che riguardano in modo marginale il paziente, ma che influisce sulla “relazione”) l’infermiere che esprime un temperamento del tutto “caratteriale”, non ha la possibilità di godere dei propri turni di riposo e/o delle ferie, sta subendo carichi di lavoro eccessivi, ha più casi complessi in contemporanea da valutare..

Proposte:

- *Elaborazione dello stress nel Dipartimento* (esperienza di gruppo interprofessionale del PS di RE)
- Partecipazione all’iniziativa di *Counselling*

### 3. Ambito Strutturale

La funzione di Triage deve essere espletata in posizione strategica rispetto gli accessi afferenti al Servizio ed ai vari ambulatori. Deve trovarsi in posizione centralizzata, nei pressi dell’ingresso pedonale e dei mezzi di Soccorso.

L’area di Triage deve essere chiaramente ed immediatamente identificabile per tutti coloro che accedono al Pronto Soccorso.

Altro aspetto importante, riguarda la necessità di identificare in zona Triage uno spazio dove poter assistere (intervistare/valutare) i pazienti più complessi garantendo loro la riservatezza.

Per ciò che concerne quindi l’ambito strutturale quindi possiamo rilevare problematiche inerenti un Triage decentrato rispetto a Sala d’attesa, porte di accesso multiple al PS (pedoni, mezzi privati, ambulanze), la mancanza/carenza di ambienti idonei da adibire alla valutazione, oppure una sala d’attesa insufficiente e non confortevole.

Proposte:

- *Creazione di nuovi ambienti* e far sì che nella fase di progettazione/allestimento delle strutture e degli spazi, vengano coinvolte anche figure infermieristiche

- Ampia *postazione di Triage* facilmente identificabile, posta al centro della sala d'attesa per permettere un controllo "a 360°" (di pazienti barellati e non) e per monitorare l'ingresso di ambulanze ed auto private

#### 4. Ambito organizzativo

Rischio di dover espletare "azioni improprie": può capitare spesso a chi ricopre funzioni di Triage di dover svolgere anche funzioni di "ufficio informazioni", centralinista, smistamento di pazienti non di Pronto Soccorso, barelliere, "poliziotto" etc.

Per attuare il Triage è richiesto anche l'impiego di strumenti semplici, che risultano di fondamentale importanza per attribuire il codice colore nel modo più oggettivo possibile, non solo, ma serve del materiale per un primo intervento di medicazione e/o immobilizzazione.

Il materiale che dovrebbe essere in dotazione è il seguente:

- fonendoscopio
- sfigmomanometro
- termometro
- saturimetro
- materiale per semplice diagnostica (elettrocardiografo, glicemometro)
- materiale per medicazione e presidi per immobilizzazione (barella cucchiaio, tavola spinale, immobilizzatori per arti, collari cervicali)

Altra "dotazione" importante rivestono i sistemi tecnologici di supporto, come mezzi di comunicazione interni ed esterni(es. con le centrali operative 118) per l'allertamento in tempi brevi dell'arrivo di pazienti gravi o per organizzare trasferimenti.

E' ovvio che tutte quelle che sono le "attività distraenti", la carenza/assenza delle risorse strumentali/tecnologiche citate, creano sicuramente l'ingenerarsi di possibili errori, così come l'iperattività che l'infermiere di Triage deve predisporre nel caso vi siano carenze di risorse umane o di pazienti che sostano per lungo tempo in sala d'attesa.

Proposte:

- Valutare la possibilità di analizzare gli accessi al PS ed eventualmente poter *variare/rendere più flessibili gli orari* di apertura degli ambulatori
- Creazione delle *Procedure Brevi*
- *Dotare il Triage del materiale opportuno*
- *Inserimento di OSS*
- *Sistema informatico di collegamento PS/CO118 (Programma Pollicino).*

A tutte le problematiche esposte (elenco certamente non esaustivo) si è cercato di dare risposte efficaci, ma bisogna riconoscere che l'errore nasce dall' "umanità" degli operatori che a onor del vero risolvono con la competenza e la razionalità molte situazioni potenzialmente pericolose o dannose per l'utenza.