

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XI

Ottobre 2008

numero 8

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

La consulenza telefonica infermieristica in Pronto Soccorso Pediatrico: esperienze e prospettive

Giovanni Borrelli¹, Paola Serafini², Ettore Rossi³¹Infermiere DEA ASO OIRM - S. Anna Torino ²Ostetrica Coordinatrice Corso di Laurea in Ostetricia Università di Torino³Pediatra, Direttore Sanitario ASO OIRM - S. Anna Torino

Indirizzo per corrispondenza: paola.serafini@unito.it

Phone consultancy in the Paediatric Emergency Unit: experiences and perspectives

Key words: Telephone nursing consultancy, Paediatric Emergency Unit, Information request

Abstract Background. In the Paediatric Emergency Unit phone nursing consultancy represents an important reference point for the users in case of acute situations and at the same time enables to filter requests. **Aim.** The present work analyses and evaluates the work burden connected with the activity of telephone nursing consultancy by identifying the reasons that most frequently make the users call the Paediatric Emergency Unit and by defining juridical liabilities. **Methods and materials.** For each phone call the general data concerning the child, the output of the phone call and its duration as well as the operator have been recorded in a form. The phone calls have been divided into consultancy and information request. The descriptive perspective study was carried out from May to September 2007. **Results.** The total number of phone calls was 7,813 of which 5,874 consultancies and 1,939 information requests. The most frequent symptom was fever followed by cutaneous eruption and accidents. **Conclusion.** Since 75% of the phone calls almost always concerns the same symptoms, it would be useful to draw up protocols for the most frequent questions in order to optimize the whole procedure.

INTRODUZIONE

La consulenza telefonica è un'attività consolidata in pediatria ambulatoriale soprattutto nei paesi anglosassoni, dove è codificata e rientra nella formazione dell'infermiere e del pediatra^{1,2}. In letteratura vi sono diversi studi che affrontano questo argomento: una recente revisione sistematica conferma che le stesse consulenze telefoniche, che sono normalmente effettuate dai medici, possono, parimenti, essere effettuate da infermieri qualificati che utilizzino sistemi di supporto decisionali clinici come i computer based clinical decision support systems³ e ciò a conferma dei cambiamenti di ruolo e responsabilità degli infermieri negli anni più recenti. L'NHS Direct⁴, in Inghilterra, è uno dei sistemi operativi di consulenza telefonica gestito dagli infermieri 24 ore su

24; ha l'obiettivo di aiutare, sostenere e indirizzare gli utenti nella gestione dei loro problemi al fine di ridurre le domande inappropriate agli altri servizi del sistema sanitario⁵. Con l'introduzione di questo sistema si è potuto osservare una riduzione particolarmente rilevante di visite pediatriche nei servizi ambulatoriali ma soprattutto nei servizi di pediatria d'urgenza⁶. Uno studio effettuato in Danimarca ha dimostrato una riduzione del 28% degli accessi impropri in pronto soccorso pediatrico ove presente un servizio di consulenza telefonica infermieristica⁷.

In Francia la maggior parte dei servizi d'urgenza offre la consulenza telefonica, soprattutto i servizi pediatrici forniscono alle famiglie consulenze telefoniche rapide e gratuite legittimate da una norma del 2003⁸ relativa alla presa in carico dei bambini e adolescenti che obbliga questi servizi a organizzarsi in maniera da poter dare consigli telefonici 24 ore su 24.

Dal 1996, in Svizzera, i dipartimenti di emergenza pediatrica adottano un sistema di consulenza e triage telefonico infermieristico; uno studio retrospettivo ha valutato l'adesione degli utenti ai consigli telefonici⁹: dai dati è emerso che il 42% delle richieste sono state soddisfatte telefonicamente (27% solo dagli infermieri e 15% inoltrate ai medici), il restante 58% è stato invitato a recarsi in PS.

Negli USA la consulenza telefonica infermieristica, negli ultimi 30 anni, si è diffusa a tal punto da rappresentare una competenza specialistica infermieristica¹⁰⁻²⁰.

Più studi hanno valutato la domanda di consulenza telefonica infermieristica in diversi servizi statunitensi [13,21-26], dimostrando che: gli utenti sono in generale più soddisfatti¹⁸⁻²¹; la domanda del consulto telefonico può riguardare il self-care, il follow-up o l'emergenza vera e propria^{13,20,29-31} ma i consigli che vengono dati dagli infermieri attraverso questi servizi vengono accettati e messi in pratica in maniera molto variabile dall'utenza²¹⁻²⁴ così come si è dimostrata estremamente variabile l'appropriatezza delle consulenze^{16,26,33-35}.

Negli ultimi anni si è avuto un incremento dell'uso della consulenza telefonica infermieristica anche nel nostro paese, soprattutto nel Pronto Soccorso (PS) Pediatrico, dove risulta sempre più utilizzata, nonostante le difficoltà per gli operatori derivanti dalla mancanza di conoscenze sul bambino e sull'adulto che fa da intermediario³⁶⁻³⁹.

Per quanto concerne la legislazione italiana, in merito all'argomento, sono scarsi i riferimenti giuridici cui far capo per la regolamentazione della materia (DPR 22 luglio 1996, n. 484 e DPR 21 ottobre 1996, n. 613).

Dalle ricerche effettuate nel contesto dell'organizzazione sanitaria italiana non sono emerse esperienze chiaramente strutturate e codificate di consulenza telefonica, specie in ambito

pediatrico; infatti, questa prestazione non rientra tra l'elenco tariffario delle Aziende Sanitarie.

La letteratura è concorde nell'affermare che la consulenza telefonica è certamente utile sia per la funzione di filtro che permette di limitare gli accessi all'ospedale per problemi ambulatoriali o non urgenti, sia per la possibilità di suggerire interventi immediati a domicilio da parte dei familiari, sia per indicare un tempestivo trasporto al PS in situazioni potenzialmente gravi^{38,39}. Per il raggiungimento di questi obiettivi la letteratura indica che la consulenza telefonica deve essere adeguatamente strutturata⁴⁰.

I problemi inerenti alle responsabilità e alle competenze dell'infermiere nella consulenza telefonica sono sintetizzati nel BOX 1⁴¹⁻⁴³.

BOX 1 - RESPONSABILITÀ E COMPETENZE DELL'INFERMIERE NELLA CONSULENZA TELEFONICA

I principi generali delle responsabilità e delle competenze dell'esercizio professionale dell'infermiere sono del tutto assimilabili a quelli di qualunque altra professione sanitaria, come per esempio quella del medico, e fanno più precisamente riferimento ai presupposti scientifici delle attività e delle funzioni proprie della professione, ai valori etici condivisi e alle indicazioni che derivano dalla coscienza personale, alle norme giuridiche che disciplinano la professione, alla natura degli atti assistenziali che bisogna compiere e ai contesti dell'esercizio professionale (D.M. 14 settembre 1994, n. 739; L. 26 febbraio 1999, n. 42; DM 3 novembre 1999, n. 509; Codice Deontologico dell'Infermiere, maggio 1999).

Come tutti i processi di trasformazione, anche quello relativo al nuovo assetto professionale dell'infermiere vede ancora molte difficoltà di attuazione e interpretazione. Molte delle attività di esercizio professionale dell'Infermiere andranno quindi riviste e rivalutate alla luce delle normative attuali, della appropriatezza del loro utilizzo nella pratica clinica e nei diversi contesti organizzativi, delle competenze formative e esperienziali maturate.

Il principio generale derivante dall'attuale ordinamento giuridico è quello del «primum non nocere» e dell'agire improntato a scienza e conoscenza professionali ossia quegli interventi che verranno giudicati come i più opportuni. Con questi presupposti finalizzati alla salvaguardia della vita della persona assistita e mediate l'approntamento delle risposte più adeguate, secondo i criteri di perizia professionale e di quella diligenza e prudenza che si devono avere nei confronti degli assistiti come le avrebbe un buon padre di famiglia, si può

essere certi che per l'operatore sanitario pubblico non vi saranno mai concreti rischi di incorrere nei rigori della norma disciplinare né della legge penale per responsabilità [41].

Benché non ci siano delle norme esplicite che legittimano le competenze e le responsabilità dell'infermiere in materia di consulenza telefonica pediatrica, è verosimile affermare che essa è del tutto sovrapponibile alla situazione, ormai accreditata, che riveste l'infermiere di Centrale Operativa nell'assolvere al compito di determinare «l'apparente criticità dell'evento segnalato» e analoga situazione investe anche l'infermiere di 118 che sovente si trova da solo a dover stabilizzare le condizioni critiche nella prima ora che segue l'evento («golden hour») agendo sul free therapy interval [42,43]. Sulla base di questa esperienza sarà quindi possibile definire gli ambiti di responsabilità dell'infermiere relativamente alla consulenza telefonica.

Le possibili fonti di responsabilità professionale per l'infermiere di triage pediatrico telefonico, relativamente alle richieste di consulenza via cavo, attengono ai provvedimenti che vengono fatti «seguire» alla richiesta telefonica e quindi, alla questione della legittimità che la prestazione si possa o si debba esaurire o meno in un semplice consiglio telefonico ovvero si completi con un accesso in PSP.

In linea generale, andrà raccomandata la massima prudenza nell'agire professionale evidenziando che, a differenza di quanto avviene per le consulenze telefoniche per necessità sanitarie degli adulti, spesso l'interlocutore all'altro capo del telefono può essere assai poco attendibile, non solo per la sua incompetenza tecnica nel «riferire» i sintomi propri di uno stato di malattia ma anche per il fatto che la fenomenologia clinica cui viene fatto riferimento è relativa al soggetto bambino che spesso, per la tenerissima età, non è neppure in grado di riferire i propri disturbi.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM - Sant'Anna di Torino, costituita dall'Ospedale Infantile Regina Margherita e dall'Ospedale Ostetrico Ginecologico Sant'Anna, è polo tecnologico e scientifico di eccellenza, riconosciuto a livello nazionale e internazionale per la sua elevata specializzazione in ambito materno infantile. Rappresenta un punto di riferimento per le problematiche della salute delle donne e dei bambini, dell'area metropolitana torinese, regionale e nazionale. Il Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) del Presidio Ospedaliero OIRM è un PS Pediatrico medico, chirurgico e traumatologico che risponde ai bisogni della popolazione con un'età di competenza 0-15 anni. Nel triennio 2004-2006 ci sono stati 159.851 accessi, distribuiti come nella Tabella 1.

Anno	Tot Accessi	Rossi	Gialli	Verdi	Bianchi
2004	54.722	87	1984	16.318	30.808
2005	51.957	62	2068	17.881	31.946
2006	53.172	85	2457	17.928	32.702

Oltre all'assistenza degli utenti nel Pronto Soccorso, gli Operatori Sanitari del Servizio devono soddisfare numerose richieste telefoniche che insistono sul personale di triage 24 ore

su 24, delle quali non è mai stato calcolato, a oggi, il volume né la tipologia delle richieste.

Tenuto conto dell'ingente numero di accessi e delle percezio-

ni degli infermieri relative al carico di lavoro derivante dalla richieste di consulenze telefoniche, è scaturita la necessità di approfondire il fenomeno che investe il Pronto Soccorso Pediatrico. Lo scopo di questo lavoro è quello di analizzare e proporre possibili modalità di risposta nella consulenza telefonica.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

È stato effettuato uno studio descrittivo prospettico valutando tutte le telefonate di richiesta di consulenza telefonica presso il Pronto Soccorso Pediatrico OIRM di Torino.

Obiettivi

- Quantificare le telefonate in entrata al Pronto Soccorso Pediatrico;
- Classificare i motivi che più frequentemente inducono gli utenti a telefonare;
- Analizzare e valutare il carico di lavoro infermieristico legato all'attività telefonica;
- Analizzare fattibilità e responsabilità giuridica in tema di consulenza telefonica infermieristica.

Durata dello studio e popolazione

Tutte le chiamate consecutive in entrata effettuate dagli utenti e ricevute dal personale di triage 24 ore su 24 nel periodo tra il 17 maggio 2007 e il 15 settembre 2007.

Metodi

Ogni telefonata è stata sintetizzata su di un'apposita scheda dagli infermieri di triage nelle 24 ore; nella scheda, costruita sulla base della letteratura^{8,9} e validata da esperti e operatori triagisti, sono stati registrati: l'ora della chiamata, il giorno e il mese della chiamata, l'età del bambino, il grado di parentela di chi ha chiamato, le motivazioni delle richieste distinte in due gruppi (informazioni e consulenze), ricorso preliminare a un'altra struttura/servizio sanitario, l'esito della telefonata, la necessità di intervento del pediatra di PS, la qualifica del rispondente e la durata della conversazione rilevata mediante cronometro.

La risposta iniziale alla telefonata a opera quasi sempre dell'infermiere, mediante alcune semplici domande-chiave, mira a individuare elementi (età, precedenti anamnestici, caratteristica dei sintomi principali e associati, eventuale compromissione generale delle attività del bambino, trattamenti praticati ecc.) che consentano la valutazione e la gestione del caso, dalla semplice tranquillizzazione dei genitori al consiglio di un controllo medico urgente.

Sono state considerate come informazioni le richieste da parte di utenti, esterni e interni all'Ospedale, relativi ai diversi aspetti organizzativi del servizio di PS o di altri servizi, agli orari di accesso ecc. Sono state considerate consulenze le richieste di esterni relative a segni e sintomi in atto, incidenti, consigli terapeutici o di gestione dei problemi dei bambini (abbigliamento idoneo alla condizione febbrile, primo trattamento di piccoli traumi, consigli alimentari nei disturbi gastrointestinali ecc.).

Le consulenze sono inoltre state differenziate per motivazioni e quindi confrontate con gli accessi post-chiamata (avvenuti entro le 24 ore dalla telefonata) e con gli accessi diretti al Servizio di PS nel periodo tra il 17 maggio e il 15 settembre 2007.

Per determinare il tempo complessivo della durata della telefonata è stato utilizzato un cronometro elettronico, azionato dall'operatore rispondente alla telefonata, posto in prossimità della linea telefonica della sala triage.

Per analizzare i risultati, tenuto conto della letteratura^{8,9}, sono state definite sei classi di età: 0-1 mese, 0-1 anno, 1-3 anni, 3-6 anni, 6-10 anni e 10-15 anni.

Per ragioni tecniche-organizzative e per la tutela della privacy si è deciso di non registrare le conversazioni.

Analisi statistica

I dati sono stati inseriti in foglio di calcolo Excel e successivamente analizzati utilizzando il programma SPSS Inc. Chicago IL, per Windows, versione 12.0.

Per valutare l'associazione tra età e sesso è stato utilizzato il test del chi quadro e valori di $p < 0,05$ sono stati considerati statisticamente significativi.

RISULTATI

Nei 124 giorni considerati sono state registrate 7813 telefonate: di queste 3841 (49,16%) hanno avuto durata inferiore a 1 minuto; 2582 (33,05%) superiore a 1 minuto; 1043 (13,35%) superiore ai 2 minuti e 347 (4,44%) oltre i 3 minuti per un totale di 184,32 ore di conversazione. Le telefonate soddisfatte dagli infermieri sono state 7060 (90,36%) mentre 753 (9,64%) sono state inoltrate al medico per una consulenza di 2° livello. Le consulenze sono state 5874 (75,18%) mentre le informazioni 1939 (24,82%).

Tutte le schede di rilevazione dei dati, utilizzate nel presente studio, sono risultate complete in tutte le loro parti per quanto riguarda le consulenze e 2 (0,10%) delle schede riferite alle informazioni presentavano solo una voce mancante riferibili a dati non in seguito analizzati nello studio.

Le consulenze telefoniche sono state richieste per 3409 bambine (58,03%) e 2465 bambini (41,97%) di età compresa tra 4 e 5400 giorni, con età mediana di 90 giorni.

Nella tabella 2 si nota che la maggior parte delle richieste di consulenza telefonica provengono dalle madri 3223 (54,87%), quindi dai padri 1515 (25,79%) e solo 5,57% dalle nonne (327). La fascia d'età più interessata alle richieste, delle sei prese in esame, risulta quella compresa tra 1-12 mesi (25,93%), seguita da quella di 1-3 anni (23,98%) e da quella di 3-6 anni con il 20,85%.

Per tutte le fasce di età le femmine sono risultate in numero superiore rispetto ai maschi, ma questa differenza non è risultata statisticamente significativa al test del chi quadro, $p = 0,593$.

Totale delle richieste di consulenza ricevute	N.	M (%)	F (%)	%
Totale	5874			100
Grado di parentela dei chiamanti				
Madre	3223			54,87
Padre	1515			25,79
Nonna	327			5,57
Nonno	146			2,48
Baby sitter	132			2,25
Altri	531			9,04
Età dei bambini*				
0-1 mese	969	401 (41,38)	568 (58,62)	16,50
1-12 mesi	1523	634 (41,38)	889 (58,62)	25,93
1-3 anni	1408	608 (43,18)	800 (56,82)	23,98
3-6 anni	1225	527 (43,02)	698 (56,82)	20,85
6-10 anni	531	208 (39,17)	323 (60,83)	9,04
10-15 anni	218	87 (39,91)	131 (60,09)	3,71
Sesso dei bambini				
Femmine	3.409			58,03
Maschi	2.465			41,97
Età mediana dei bambini in giorni (range)	90 (4-5.400)			

* $p=0,593$ chi quadro test

La *Tabella 3* riporta le motivazioni delle 5874 richieste di consulenza confrontate con la quantità e le cause degli accessi al PS post-chiamata e con la quantità e le cause degli accessi diretti al PS. La febbre risulta il sintomo che richiede più consulenze (19,13%), seguita dall'eruzione cutanea (13,67%) e dagli incidenti (10,47%), questi ultimi hanno la percentuale più alta (63,09%) di accessi post-chiamata e rappresentano anche il motivo principale di accesso diretto in PS (21,45%) sul totale della popolazione generale nel periodo di osservazione considerato. I bambini che presentano sintomi gastroenterici (vomito, diarrea e entrambi i sintomi) co-

stituiscono complessivamente il 19,74% delle chiamate. Tali sintomatologie rappresentano il motivo più frequente di chiamata. Quanto alle precisazioni sui farmaci, nessuna delle 491 (8,36%) persone che hanno chiamato si è successivamente recata in PS, così come pure le 87 (1,48%) persone che hanno richiesto un consiglio alimentare. Tutti i casi che hanno richiesto consulenza per problema di intossicazione o di avvelenamento 246 (4,19%) sono stati invitati e si sono recati in PS (246); il sintomo che ha indotto gli utenti al minor numero di consulenze telefoniche è risultato l'otalgia con 93 casi (1,58%). Gli infermieri risultano i professionisti maggiormente coinvolti nella consulenza telefonica, con 5810 (98,89%) contro i 65 (1,11%) medici.

	N (%) 5874 (100)	Medico	Infermiere	Accessi post-chiamata* n = 1761 (%)	Accessi Diretti N = 18.238 (%)
Motivo della chiamata					
Febbre	1124 (19,13)	15	1109	321 (28,5)	2061 (11,3)
Eruzione cutanea	803 (13,67)	11	792	37 (4,61)	1132 (6,21)
Traumi - Ferite - Ustioni	615 (10,47)	3	612	388 (63,09)	3.912 (21,45)
Diarrea	583 (9,92)	2	581	226 (38,76)	906 (4,97)
Precisazioni su farmaci	491 (8,36)	7	484	-	-
Vomito	369 (6,28)	3	366	71 (19,24)	967 (5,3)
Pianto nel lattante	358 (6,09)	6	352	92 (25,70)	3.662 (20,08)
Intossicazioni - Avvelenamento	246 (4,19)	4	242	246 (100)	719 (3,94)
Vomito e Diarrea	208 (3,54)	5	204	98 (47,11)	385 (2,11)
Tosse	174 (2,96)	3	171	31 (17,82)	868 (4,76)
Dispnea	162 (2,76)	0	162	88 (54,32)	764 (4,19)
Dolore addominale	143 (2,43)	1	142	13 (9,09)	624 (3,42)
Otalgia	93 (1,58)	0	93	21 (22,58)	221 (1,21)
Alimentazione	87 (1,48)	2	85	-	-
Altro	418 (7,12)	3	415	129 (30,86)	2.017 (11,06)

† Dati della popolazione generale che accede al PS nel periodo di osservazione considerato (17 maggio - 15 settembre 2007).

* Accessi avvenuti entro le 24 ore dalla chiamata.

Analizzando la distribuzione oraria delle 7813 telefonate ri-

cevute in PS è risultato che la fascia oraria in cui arrivano più telefonate è quella che va dalle 16.00 alle 24.00 e in coincidenza delle ore 24.00 si è registrato il numero più elevato di telefonate (436) (5,58%); di queste, 391 (89,68%) sono state consulenze e solo 45 (10,32%) informazioni (Tabella 4).

N° di chiamate per fascia oraria	N.	Consulenze	Informazioni
01.00	291	266	25
02.00	143	123	20
03.00	110	104	6
04.00	129	127	2
05.00	206	189	17
06.00	266	199	67
07.00	352	258	94
08.00	307	187	120
09.00	414	261	153
10.00	363	184	179
11.00	332	215	117
12.00	345	234	111
13.00	323	231	92
14.00	302	209	93
15.00	285	180	105
16.00	404	283	121
17.00	413	301	112
18.00	397	307	90
19.00	368	272	96
20.00	403	327	76
21.00	407	332	75
22.00	386	321	65
23.00	431	373	58
24.00	436	391	45

Il numero delle telefonate complessive è risultato maggiore nella fascia oraria pomeridiana 3209 (41,07%), rispetto al mattino 2674 (34,23%) e alla notte 1930 (24,70%). Le 1939 (24,82%) richieste di informazioni sono risultate concentrate prevalentemente al mattino 1077 (55,54%), rispetto alle

528 (27,23%) del pomeriggio e alle 334 (17,23%) della notte, mentre le 5874 (75,18%) consulenze sono risultate concentrate soprattutto al pomeriggio 2681 (45,64%) rispetto al mattino, 1597 (27,19%) e alla notte, 1596 (27,17%) Figura 1.

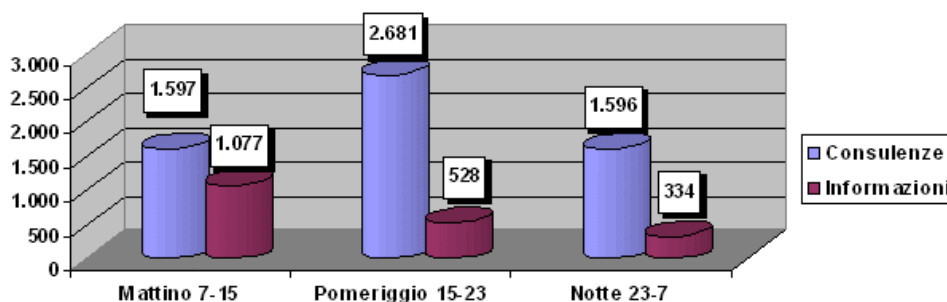


Figura 1. Richieste telefoniche per fascia oraria

Durante la settimana le richieste di consulenza hanno presentato un aumento costante per i primi quattro giorni, con un incremento verso il fine settimana; in particolare, un aumento rilevante si è avuto i venerdì, con 905 consulenze (15,41%),

e le domeniche, con 995 consulenze (16,94%), con un picco rilevante i sabati con 1155 richieste di consulenze (19,66%). Le informazioni mostrano un andamento costante per tutti i giorni della settimana (Figura 2).

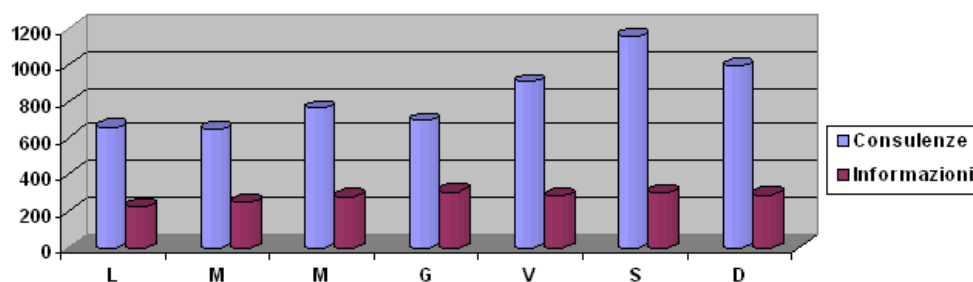


Figura 2. Richieste telefoniche per giorno della settimana

Dall'analisi delle 5874 consulenze telefoniche è risultato che l'utenza, prima del consulto telefonico, per far fronte al problema: si era già rivolta direttamente al PS, oggetto di indagine, nei giorni prima della chiamata in 373 casi (6,35%); aveva già telefonato precedentemente al PS in 1194 casi (20,33%); aveva già richiesto un consulto telefonico al pediatra di famiglia in 858 casi (14,61%); si era già rivolta direttamente al pe-

diatra di famiglia in 597 casi (10,16%); aveva richiesto privatamente, presso il proprio domicilio, una visita dalla guardia medica pediatrica in 472 casi (8,03%); si era rivolta, direttamente, presso un altro ospedale in 174 casi (2,96%) mentre i restanti 2380 utenti (40,52%) non si erano rivolti a nessun professionista né struttura sanitaria (tabella 5).

	n = 5874	%
Si è già rivolta per lo stesso motivo:		
Direttamente al PS nei giorni scorsi	373	6,35
Telefonicamente al PS	1194	20,33
Al Pediatra di libera scelta telefonicamente	858	14,61
Al Pediatra di libera scelta direttamente	597	10,16
Alla guardia medica pediatrica	472	8,03
Altro ospedale	174	2,96
Non si era rivolta a nessun professionista / struttura	2380	40,52

Dai dati esposti si evince che, su 5874 consulenze telefoniche, 1761 (30%) sono stati gli accessi post-chiamata. Per quanto riguarda l'esito delle consulenze telefoniche i risultati evidenziano che, dei 1351 utenti invitati a recarsi in PS tutti, ec-

cetto 1 (22,98%), hanno seguito il consiglio dell'infermiere; mentre dei 4523 utenti (73%) a cui è stato consigliato di recarsi dal pediatra di famiglia il 7% (411) si sono comunque presentati in PS (Tabella 6).

Invito a recarsi al PS: n = 1351 (23%)			Invito a chiamare il proprio pediatra: n = 4523 (77%)		
Outcome / Motivi	Invitati	Accessi PS n = 1350	Outcome / Motivi	Invitati	Accessi PS n = 411
Traumi - ferite - ustioni	347	347	Vomito e diarrea	172	62
Febbre	297	296	Diarrea	414	57
Intossicazione - Avvelenamento	244	244	Dispnea	130	56
Diarrea	169	169	Pianto nel lattante	309	43
Pianto nel lattante	49	49	Traumi - ferite - ustioni	268	41
Vomito	39	39	Eruzione cutanea	803	37
Vomito e Diarrea	36	36	Vomito	330	32
Dispnea	32	32	Febbre	827	25
Otalgia	19	19	Tosse	163	20
Tosse	11	11	Dolore addominale	139	9
Dolore addominale	4	4	Intossic.- Avvelen.	2	2
Altro	104	104	Otalgia	74	2
			Alimentazione	87	-
			Precisaz. su farmaci	491	-
			Altro	314	25

†La percentuale è riferita al totale delle consulenze.

DISCUSSIONE

Dall'indagine svolta risulta che vi è una rilevante richiesta di consulenza telefonica indirizzata ai servizi di PS pediatrico. L'analisi dei dati ha evidenziato come il motivo principale

delle telefonate che giungono in PS sia rappresentato dalla consulenza telefonica; in particolare la febbre risulta essere il sintomo che induce più frequentemente l'utenza a ricorrere al consulto telefonico, seguito da eruzioni cutanee, dagli incidenti, dai sintomi gastroenterici ecc. Ciò a riprova che qualsiasi sintomo il bambino accusi viene spesso vissuto dai genitori come una malattia⁴⁴. La preoccupazione dei genitori riguardo la salute dei loro bambini, specie se piccoli, viene particolarmente motivata dalla presenza della febbre, che accresce l'ansia della famiglia come emerge dalle frequentissime richieste di consulenze telefoniche che pervengono per questo sintomo.

Anche Villareal et al.⁴⁵ e Poole et al.³⁰ hanno osservato che uno dei problemi o sintomi più frequenti di chiamata riguarda la febbre e i disturbi gastrointestinali nel 33% dei casi.

Anche in questo studio, in accordo con i risultati di Poole et al. e Hanson et al.⁴⁶, la maggior parte delle richieste di consulenze telefoniche avvengono nella fascia oraria pomeridiana, così come la fascia di età più interessata dalla consulenza telefonica risulta quella 0-6 anni.

Conseguentemente al numero delle richieste di consulenza telefonica, dallo studio emerge che il carico di lavoro infermieristico per le risposte telefoniche è maggiore nel turno pomeridiano, mentre diminuisce al mattino e la notte. I risultati evidenziano che i week-end e i giorni festivi rappresentano per gli infermieri di triage il maggior carico di lavoro, così come affermato da Hanson et al. e da Philipp et al.⁴⁷. Ciò verosimilmente è correlabile al fatto che in quei giorni e in quelle fasce orarie la attuale organizzazione della rete assistenziale non prevede la copertura del pediatra di famiglia o dei consultori pediatrici.

I dati confermano la nota tendenza di utilizzare il PS come un ambulatorio aperto 24 ore su 24, al quale ricorrere non solo per le urgenze vere ma anche per quelle situazioni affrontabili in contesti ambulatoriali ma generatrici di paura e ansia della famiglia, nonché alla «inaccessibilità» degli orari del pediatra di famiglia, che per questi motivi viene spesso «bypassato»⁴⁸.

Nel contesto territoriale specifico, contribuiscono all'elevato ricorso al PS anche gli stretti legami di visibilità/affidabilità percepita dagli utenti tra l'ospedale infantile Regina Margherita e la popolazione torinese/piemontese, oltre che l'accessibilità del servizio telefonico 24 ore su 24.

La numerosità dei contatti telefonici incide in modo rilevante sull'attività assistenziale del servizio, in particolare su quella degli infermieri di triage, infatti la somma totale della durata di tutte le telefonate corrisponde a un tempo-lavoro infermieristico pari a 23 turni lavorativi (di 8 ore)/persona su un periodo di 4 mesi.

Circa la natura delle consulenze che afferiscono al servizio, queste sono spesso richieste di aiuto generico dai contenuti più diversi, non solo legate a modificazioni dello stato di salute con vari segni o sintomi manifestati dal bambino, ma anche stati di insicurezza generica sul suo benessere.

L'infermiere di triage, non conoscendo quasi mai il bambino e la sua famiglia, una volta identificato l'interlocutore, deve

anche valutare la completezza, la correttezza e l'attendibilità delle informazioni ricevute, nonché il grado di comprensione delle risposte che egli dà, in merito ai problemi più diversi che gli vengono posti. Di fatto, la consulenza raramente richiede l'immediato accesso al PS e è per lo più risolta con consigli di gestione e di contenimento dello stato d'ansia dell'interlocutore²³: questo pone alcuni interrogativi sulla informazione e sulla educazione sanitaria dei chiamanti e sulla qualità delle risposte offerte dai servizi.

Dal confronto dei dati di questo studio con l'analisi degli accessi diretti si osserva che in caso di incidente i bambini vengono quasi sempre portati direttamente in PS; al contrario alcuni sintomi, come a esempio l'eruzione cutanea o l'alimentazione sono più spesso motivo di consulenza telefonica.

Particolarmente rilevante appare la percentuale dei chiamanti che ha aderito al consiglio telefonico dell'infermiere di recarsi in PS: su un 23% di chiamanti invitati, il 22,98% si è effettivamente recato in PS. Questo dato trova riscontro in letteratura nello studio effettuato da Bolli et al.⁹ in cui è risultato che il 56% su un totale di 58% si è presentato in PS entro le 24 ore.

Interessante notare come il 60% degli utenti adotta provvedimenti prima della consulenza telefonica e che un terzo di questi ha già ricevuto dal medesimo servizio una consulenza per lo stesso motivo qualche giorno prima; un quarto dei provvedimenti riguarda il ricorso telefonico al pediatra di famiglia. Questo dimostra come l'utenza sempre più spesso adotta questo comportamento ed è in generale più soddisfatta.

Poiché il periodo di indagine è riferito ai mesi compresi tra maggio e settembre la stagionalità potrebbe aver costituito un limite dello studio in quanto alcuni sintomi, come per esempio le eruzioni cutanee di natura allergica, potrebbero essere tipiche del periodo, così come gli incidenti potrebbero essere influenzati dal fatto che con il periodo estivo molti più bambini vengono portati ai parco giochi quindi il campione osservato potrebbe non essere rappresentativo della popolazione generale.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Dallo studio emerge l'elevato carico di lavoro degli infermieri di triage riferito alle consulenze telefoniche, attività che sembrerebbe a una prima lettura fondamentale da un lato a evitare gli accessi impropri in PS pediatrico, dall'altro, in assenza di altri servizi idonei alla presa in carico dei problemi emergenti dei bambini, alla rassicurazione e prima risposta agli utenti. Poiché l'attività di consulenza telefonica viene principalmente svolta dagli infermieri, in modo non formalizzato e non standardizzato la reale efficacia e appropriatezza di questi interventi dovrebbe essere verificata attraverso ulteriori successivi studi e una più precisa misurazione della gravità dei bambini venuti dopo consulenza telefonica (mediante il codice di triage o indicazione al ricovero).

Considerando che il PS OIRM rappresenta l'unica struttura di specificità pediatrica dell'area metropolitana torinese sarebbe necessario agire, a tutela delle persone assistite, dei

professionisti e dell'organizzazione su un sistema codificato di risposta telefonica, poiché in assenza, la letteratura e l'esperienza evidenziano il rischio: di una variabilità di risposte nella consulenza, di un non riconoscimento del lavoro svolto dagli infermieri e un rischio, comunque, di incidenti medico-legali in assenza di norme specifiche in materia.

Si rende pertanto necessario standardizzare il format delle risposte, definendo chi risponde e che cosa verrà detto; inoltre bisognerà dare delle garanzie organizzative di risposta con un sistema che preveda, per esempio, la compilazione di una scheda per le telefonate annotando la data e l'ora della chiamata, il motivo della chiamata e chi risponde o parallelamente a quanto viene fatto dalle centrali operative del servizio di 118, la registrazione delle telefonate.

Per sintomi come la febbre che per il PS OIRM, come per altre realtà europee, rappresenta il motivo principale di accesso in PS, nonché di richiesta di consulenza telefonica, la risposta (in consulenza telefonica) deve necessariamente essere data sulla base di protocolli basati - ove disponibili - su prove di efficacia e su check-list⁴ (es. i bambini con febbre che hanno meno di 1 mese di vita devono comunque recarsi in PS). La predisposizione di protocolli di risposta telefonica produce un effetto importante e significativo sul miglioramento qualitativo delle prestazioni determinando una maggiore appropriatezza sui ricoveri e sui criteri di accettazione e di dimissione dei bambini da parte del PS. Ulteriormente consentirebbe una razionalizzazione e quindi un risparmio di indagini sia di laboratorio che radiologiche oltre che una riduzione del numero degli accessi impropri in PS (codici bianchi).

Infine è opportuno istituire un sistema di monitoraggio delle attività di consulenza telefonica al fine di verificarne affidabilità, sicurezza e qualità e inoltre per monitorare le richieste dell'utenza in previsione dell'offerta attiva di servizi appropriati di risposta anche diversi dal pronto soccorso pediatrico. Per fornire risposte adeguate in età evolutiva, oltre alle competenze di tipo organizzativo, tecnico-scientifico e comunicativo-relazionale, che rientrano nella professionalità di ogni operatore sanitario, sono indispensabili conoscenze e competenze specifiche per le diverse età del bambino e relativi problemi di salute e patologie correlate, urgenti o no.

Dai risultati dello studio si comprende come il PS pediatrico abbia particolarmente sviluppato questa attività. La formazione di base deve perciò essere integrata con un piano di formazione e aggiornamento dei professionisti, finalizzato a mantenere nel tempo le competenze comunicative-relazionali e tecnico-scientifiche specifiche.

È chiaro che, per quanto accurata sia e per quanto i due interlocutori comunichino bene, la consulenza telefonica non può sostituire del tutto la visita clinica classica e il rapporto diretto professionista sanitario-persona assistita; l'abilità particolare dell'infermiere che risponde al telefono consiste nel porre delle «domande chiave», per poter distinguere se vi sia o meno un'urgenza e prendere le decisioni più appropriate^{49,50}.

È in ogni caso necessaria una più completa analisi della rete dei servizi di assistenza al bambino, orientata non solo al miglioramento delle attività degli infermieri nella consulenza te-

lefonica, ma anche alla organizzazione sinergica dei pediatri di famiglia e al contributo dei consultori pediatrici, nell'ottica della continuità dell'assistenza, del lavoro di équipe e del coinvolgimento attivo delle persone assistite anche attraverso interventi di informazione e educazione sanitaria.

Bibliografia

- Brown JL. Pediatric Telephone Medicine. Philadelphia, USA: JB Lippincott, 1999.
- Canciani M. Consulenza telefonica in Pronto Soccorso. In: Marchi AG «Pronto Soccorso per il Pediatra». Roma: e NIS, 1995:19-20.
- Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. Br J Gen Pract; 2005;55:956-61.
- Department of Health. The new NHS: modern, dependable. London: the Stationery Office, 2007.
- Calman K. Developing emergency services in the community. The final report. London: NHS Executive, 1997.
- Munro J, Nicholl J, O'Cathain A et al. impact of NHS direct on demand for immediate care: observational study. BMJ 2000;321:150-3.
- Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. BMJ 1998;316:1502-5.
- Dufour D, Paon JC, Marshall B et al. Les conseils téléphoniques aux urgences pédiatriques: expérience du centre hospitalier du Havre. Arch Pediatr 2004;11:1036-40.
- Bolli S, Melle GV, Laubscher B. After-hours pediatric telephone triage and advice: the Neuchâtel experience. Eur J Pediatr 2005;164: 568-72.
- Shapiro SE, Izumi S, Tanner CA, et al. Telephone advice nursing services in US health maintenance organization. J Telemed Telecare 2004;10:50-4.
- Larson-Dahn ML. Tel-e Nurse Practice: a practice model for role expansion. J Nurs Adm 2000;30:519-23.
- Larson-Dahn ML. Tel-e Nurse Practice: Quality of care and patient outcomes. J Nurs Adm 2001;31:145-52.
- Dale J, Crouch R, Lloyd D. Primary Care: nurse-led telephone triage and advice out-of-hours. Nurs Stand 1998;12:41-5.
- Anders G. Telephone triage: how nurses take calls and control the care of patients from afar. Wall Street Journal, 4 February 2007: sections A1, A6.
- Blanchfield KC. SIG news. Telephone nursing practice SIG reports on study of telephone interventions in ambulatory care. AACN Viewpoint 2006;18:17-8.
- South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group. Nurse telephone triage in out of hours primary care: a pilot study. Br Med J 1997;314:198-9.
- Gulanick M, Green M, Crutchfield C, et al. Telephone nursing in a general medicine ambulatory clinic. Medsurg Nurs 2006;5:93-8.
- Kastens JM. Integrated care management: aligning medical call centers and nurse triage services. Nurs Econ 1998;16:320-2.
- Lippman H, RNs take over for Denver pediatricians. RN

- 1995;58:52-4.
- Malloy C. Managed care and ethical implications in telephone-based health services. *Adv Pract Nurs Q* 1998;4:30-3.
 - Crouch R, Dale J. Telephone triage - identifying the demand. (part 1.) *Nurs Stand* 1998;12:33-8.
 - Crouch R, Dale J, Visavadia B, et al. Provision of telephone advice from accident and emergency departments: a national survey. *J Accid Emerg Med* 1999;16:112-13.
 - Robinson DL, Anderson MM, Acheson PM. Telephone advice: lessons learned and considerations for starting programs. *J Emerg Nurs* 2006;22:409-15.
 - Patel A, Dale J, Crouch R. Satisfaction with telephone advice from an accident and emergency department: identifying areas for service improvement. *Qual Health Care* 2007;6:140-5.
 - Greenberg ME. The domain of telenursing: issues and prospects. *Nurs Econ* 2000;18:220-2.
 - Omery A. Advice nursing practice: on the quality of the evidence. *J Nurs Adm* 2003;36:353-60.
 - Dale J, Crouch R, Patel A, Williams S. Patients telephoning A&E for advice: a comparison of expectations and outcomes. *J Accid Emerg Med* 2007;14:21-3.
 - Egleston CV, Kelly HC, Cope AR. Use of a telephone advice line in an accident and emergency department. *Br Med J* 2004;308:31.
 - Molyneux E, Jones N, Aldom G, Molyneux B. Audit of telephone advice in a paediatric accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 2004;11:246-9.
 - Poole SR, Schmitt BD, Carruth T, Peterson-Smith A, Slusarski M. After-hours telephone coverage: the application of an area-wide telephone triage and advice system for pediatric practices. *Pediatrics* 1993;92:670-9.
 - Greenberg ME. Telephone nursing: evidence of client and organizational benefits. *Nurs Econ* 2000;18:117-23.
 - Lazarus I. Medical call centers: an effective demand management strategy. *Managed Healthcare* 2005;5:56, 58-9.
 - Crouch R, Dale J. Telephone triage how good are the decisions? (Part 2.) *Nurs Stand* 1998;12:33-9.
 - Isaacman DJ, Verdile VP, Kohen FP, Verdile LA. Pediatric telephone advice in the emergency department: results of a mock scenario. *Pediatrics* 1992;89:35-9.
 - Wachter DA, Brillman JC, Lewis J, Sapien RE. Pediatric telephone triage protocols: standardized decision making or a false sense of security? *Ann Emerg Med* 1999;33:388-94.
 - Marchi AG. Assistenza ospedaliera e urgenza pediatrica in Italia: stato dell'arte al giugno 1994. *Riv Ital Pediatr* 1995;21:35-8.
 - Marchi AG. La pediatria d'urgenza in Italia: stato dell'arte. *Atti Convegno Pediatria d'Urgenza, Abano Terme (PD)* 14-15 giugno 1995:26.
 - Da Dalt L, Moretti C. Il ruolo del telefono nella risposta all'urgenza: esperienza del pronto Soccorso Pediatrico di Padova. *Atti Convegno Pediatria d'Urgenza, Abano Terme (PD)* 14-15 giugno 1995:36-7.
 - Celeste M, Crevatin F, Sandri S. La comunicazione telefonica in Sanità: esperienza del Pronto Soccorso pediatrico di Trieste. *Pediatria d'urgenza* 1998; anno 5-n.12:17-20.
 - Canciani M. Sanità e telecomunicazioni. *Athena Audiovisuale* 2001;5:41-52.
 - Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio de nursing. Milano: Mc Graw Hill 2001:90-92.
 - DPR 27 marzo 1992 «Atto di Indirizzo e Coordinamento alle Regioni per la Determinazione dei Livelli di Assistenza Sanitaria di Emergenza».
 - Linee Guida n. 1/1996. Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992.
 - Cappuccilli ML, Carré M, Giurgola A, et al. La consulenza telefonica: alcune strategie per utilizzarla al meglio. *Area Pediatrica* 2002;3:14-5.
 - Villareal SF, Barman S, Groothuis JR, et al. Telephone encounters in a university pediatric group practice. *Clin Pediatr* 1983;23:456-8.
 - Hanson RM, Exley BJ, Ngo P, et al. Paediatric telephone triage and advice: the demand continues. *MJA* 2004;180:333-5.
 - Philipp BL, Wilson C, Kastner B, et al. A comparison of suburban and urban daytime telephone triage calls. *Pediatrics* 2000;106:231-3.
 - Pizzul M, Canciani GP, Messi G, et al. Valutazione del ricorso al Pronto Soccorso Pediatrico: dieci anni dopo. *Minerva Pediatr* 1992;44:469-75.
 - Canciani M, Caprinico S. Pediatria e telefono. Analisi della realtà e prospettive per migliorarla. Trieste: Ed. Alabarda, 1993.
 - Canciani M, Caprinico S. Pediatria e telefono. Dalla teoria alla pratica. Milano: CSH Editrice, 1995.