



Università degli Studi di Padova

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Triennale in Infermieristica (Abilitante alla professione sanitaria di Infermiere)

Tesi di Laurea

**TELEPHONE TRIAGE. TELECOMUNICAZIONE E
ASSISTENZA INFERMIERISTICA : QUALI
POTENZIALITÀ. REVISIONE BIBLIOGRAFICA.**

Relatore: Prof. Luigi Marcon

Laureando: Luca Paternostro

Matricola: 1024609

Anno Accademico: 2014/15



Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea Triennale in Infermieristica (Abilitante alla professione sanitaria di
Infermiere)

Tesi di Laurea

**TELEPHONE TRIAGE. TELECOMUNICAZIONE E
ASSISTENZA INFERMIERISTICA : QUALI
POTENZIALITÀ. REVISIONE BIBLIOGRAFICA.**

Relatore: Prof. Luigi Marcon

Laureando: Luca Paternostro

Matricola: 1024609

Anno Accademico: 2014/15

SOMMARIO

ABSTRACT

1.INTRODUZIONE.....	1
1.1 Popolazione e salute.....	2
1.2 Il territorio ed i servizi territoriali.....	3
1.3 Cure primarie.....	3
1.4 Rete dell'emergenza-urgenza.....	5
1.5 Information and communication technology.....	5
1.6 Centrale Operativa Territoriale.....	5
1.7 Centrale Operativa 118.....	6
2.TELEPHONE TRIAGE.....	7
2.1 Studi sul Telephone Triage.....	7
2.2 Utenti e Contenuto delle chiamate.....	7
2.3 Aspetti medicolegali del Telephone Triage.....	10
2.4 Responsabilità e competenze dell'infermiere nella consulenza telefonica.....	12
2.5 La comunicazione.....	13
2.6 Telephone Triage and the Nursing Process.....	15
3. MATERIALI E METODI.....	17
3.1 Obbiettivi e quesiti di ricerca.....	17
3.2 Fonte dei dati, parole chiave e criteri di selezione del materiale.....	17

4.RISULTATI DELLA RICERCA.....	19
4.1 Telephone Triage nei paesi esteri.....	19
4.2 Esperienza Italiana sul Telephone Triage and advice.....	21
4.3 Telephone Triage: qualità, costi e soddisfazione del servizio.....	22
5.DISCUSSIONE.....	25
5.1 Valutazione critica della letteratura analizzata.....	25
5.2 Punti di forza e di debolezza della ricerca.....	25
5.3 Potenziali applicazioni.....	25
6.CONCLUSIONI.....	27

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

Background: Il Telephone Triage è un'attività da tempo conosciuta e studiata, soprattutto nei paesi anglosassoni, dove è codificata e rientra nella formazione dell'infermiere. In letteratura si trovano diversi studi che trattano questo argomento, in particolare sono prese in considerazione l'efficacia in merito al beneficio ed ai costi di questa attività, la possibilità di far gestire interamente questa attività agli infermieri opportunamente istruiti, mantenendo, se non migliorando, la qualità del servizio, la sicurezza per l'utente che ne usufruisce ed i costi relativi.

Scopo: L'obiettivo principale di questo elaborato è capire quali potenzialità abbia la pratica del Telephone Triage, per fare ciò si sono posti degli item specifici, in maniera da arrivare gradualmente al disegno generale.

Discussione: I dati rilevati dagli articoli sono risultati utili per eseguire una ricerca approfondita sull'argomento e promuovere una sintesi dei risultati provenienti dalla letteratura, per fornire un quadro completo del tema centrale e raggiungere l'obiettivo principale prefissato.

Conclusione: L'elaborato presenta un modello lavorativo già ampiamente sviluppato in paesi anglosassoni e non solo. L'obiettivo principale di questo lavoro di tesi era di capire quali potenzialità potesse avere il telephone triage soprattutto in un contesto italiano, questo è stato fatto andando a descrivere il modello per intero e tramite la sua comprensione lo si può proiettare verso la realtà italiana. L'utilizzo del servizio di telephone triage and advice potrebbe permettere un risparmio a livello economico, evitando per esempio l'invio di un'unità mobile se il livello d'urgenza risulta basso, oppure consigliando al cliente di rivolgersi alla guardia medica o al medico di medicina generale nelle sue immediate vicinanze, o inviando un'unità di assistenza infermieristica a domicilio o ancora istruendo il cliente all'automedicazione.

INTRODUZIONE

Il Telephone Triage è un'attività da tempo conosciuta e studiata, soprattutto nei paesi anglosassoni, dove è codificata e rientra nella formazione dell'infermiere (22). In letteratura si trovano diversi studi che trattano questo argomento, in particolare sono prese in considerazione l'efficacia in merito al beneficio ed ai costi di questa attività, la possibilità di far gestire interamente questa attività agli infermieri opportunamente istruiti, mantenendo, se non migliorando, la qualità del servizio, la sicurezza per l'utente che ne usufruisce ed i costi relativi. In Inghilterra, nel 1997, è stato istituito l' NHS Direct, uno dei sistemi operativi di Telephone Triage and advice europeo, gestito dagli infermieri 24 ore su 24; esso ha l'obiettivo di aiutare sostenere ed indirizzare gli utenti nella gestione dei loro problemi al fine di ridurre le domande inappropriate agli altri servizi del sistema sanitario. Con l'introduzione di questo sistema si è potuto osservare una riduzione delle visite nei servizi ambulatoriali, ma soprattutto nei servizi di pediatria d'urgenza. Uno studio effettuato in Danimarca ha dimostrato una riduzione del 28% degli accessi impropri in pronto soccorso ove presente un servizio di consulenza telefonica infermieristica (2, 22).

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, secondo una norma del 2003 che obbliga i servizi a fornire consigli telefonici 24h. In Svizzera, dal 1996, i dipartimenti di emergenza pediatrica adottano un sistema di consulenza e triage telefonico infermieristico. Negli USA il telephone triage and advice gestito dagli infermieri, si è diffuso a tal punto da diventare una competenza specialistica infermieristica (22, 27).

Tutti gli studi esaminati per l'elaborato hanno dimostrato che gli utenti sono in generale più soddisfatti.

Negli ultimi anni si è avuto un incremento dell'uso della consulenza telefonica infermieristica anche nel nostro Paese. La praticità di poter chiamare e ricevere assistenza infermieristica, rende questo servizio un perno centrale dell'assistenza territoriale. La difficoltà di spostamento, che sia legata al territorio, all'utente, ai mezzi di spostamento a disposizione o agli impegni quotidiani, non limiterebbe la possibilità di ricevere un'

assistenza base.

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

Il Telephone Triage and advice, come si nota dalla letteratura è certamente utile sia per la funzione di filtro che permette di limitare gli accessi impropri (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. Ovviamente la maggior parte degli autori sono concordi nel dire che per raggiungere questi obiettivi quest'attività deve essere adeguatamente strutturata e gestita da professionisti adeguatamente istruiti.

1.1 Popolazione e salute

L'assistenza nel territorio sta diventando un pilastro portante nella più ampia visione di assistenza nazionale. La dislocazione nel territorio in maniera capillare di servizi di primo soccorso e di servizi territoriali, quali Centrale Operativa territoriale, assistenza infermieristica domiciliare, medico di medicina generale, guardia medica, consultori familiari, strutture residenziali e semiresidenziali, ecc..., ha permesso alla sanità italiana di offrire i propri servizi ad una percentuale maggiore di popolazione. Questo dato è confermato dagli studi statistici condotti dall' Istat, che indagando sulla percezione dello stato di salute, nel 2014, hanno rilevato che il 70% della popolazione (popolazione residente in Italia) ha dato un giudizio positivo sul proprio stato di salute generale (28).

Basandoci sull'annuario statistico pubblicato dall' Istat, al 31 dicembre 2013, il numero di residenti in Italia è pari a 60.782.668 unità (29.484.564 maschi e 31.298.104 femmine). Si riscontra, tuttavia, un calo delle nascite, presente ormai da tempo. Vengono infatti registrati 534.186 nati vivi nel 2012 e 514.308 nel 2013. Diminuisce il numero di decessi all'anno, che passano da 612.883 del 2012 a 600.744 del 2013. Da questi dati si può evidenziare una popolazione, nel complesso sempre più anziana, dove l'attesa di vita nel 2013, si afferma a 79,8 anni per i maschi e 84,6 per le femmine. L'indice di vecchiaia (indicatore che sintetizza al meglio il grado di invecchiamento della popolazione) è pari al 151,4 %.

Dal punto di vista della salute nella popolazione, si nota un incremento di un punto percentuale, tra il 2013 ed il 2014, di patologie croniche, quasi il 40% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da almeno una patologia cronica. Il 41,1% delle persone che ha dichiarato di avere almeno una patologia cronica, ha anche dichiarato di percepire un buono stato di salute. Il 20,4% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più malattie croniche. La comorbilità tra gli ultra settantacinquenni si attesta al 67,2%. (28).

1.2 Il territorio ed i servizi territoriali

Nel dare una visione globale, è utile considerare anche i dati riguardanti il territorio dal punto di vista geografico. La suddivisione della popolazione nelle zone altimetriche permette di comprendere com'è strutturato il territorio e la necessità di far progredire il sistema sanitario in una rete capillare che possa arrivare alla totalità della popolazione e soddisfare in maniera efficiente i suoi bisogni.

Il territorio è diviso in: territorio montano, che rappresenta il 35,2% della superficie nazionale; territorio collinare che rappresenta il 41,6%; territorio pianeggiante che rappresenta il 23,2%. La popolazione si concentra prevalentemente nelle aree di pianura 48,7%, nei comuni del territorio collinare per il 41,6% e nel territorio montano per il 12,4% (28).

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) si prefigge il compito di potenziare le strutture ed i servizi territoriali, in modo tale da poter riequilibrare il focus tra “sanità d'attesa” e “sanità d'iniziativa”. La prima demandata all'ospedale, si definisce all'interno di un ambito preciso in modo da poter operare con eccellenza sulle criticità e sulle emergenze; la seconda, espressa dai servizi territoriali, è rivolta sia agli aspetti di prevenzione, di counseling ed informazione rivolti alla popolazione sana, sia alle attività necessarie per una migliore gestione dello stato di salute di tutte le tipologie di assistiti (29).

1.3 Cure primarie

Uno dei principali obiettivi del Sistema Sanitario Nazionale è quello di garantire la continuità delle cure, facendo sì che, data la frammentazione di professionisti sempre più

specializzati che lavorano in ambiti sia intra che extra ospedalieri, si possa creare un quadro unitario nell'assistenza.

Le cure primarie vengono definite come forme essenziali di assistenza sanitaria, basate su tecnologie e metodi pratici, validi scientificamente e socialmente accettabili, accessibili a tutti gli individui e realizzate ad un costo che comunità e nazione possano sostenere (29). Esse costituiscono dunque, un perno centrale o anche chiamato “hub”, grazie al quale gli individui vengono guidati nell'intero servizio sanitario ed inoltre garantiscono la continuità longitudinale delle cure. In Italia troviamo una configurazione degli hub in Punti Unici d'Accesso (PUA) e nell'ambito dei processi di valutazione multidimensionali.

Un PUA è appunto una modalità organizzativa atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, opera attraverso la raccolta di segnalazioni, orientamento e gestione della domanda, attivazione di prestazioni ed inoltre avvio di valutazioni multidimensionali. In tal modo si migliora la collaborazione ed il coordinamento tra le diverse componenti, pubbliche e non, sanitarie e sociali impegnate nel percorso di cura al fine di garantirne l'unitarietà.

I pazienti che necessitano maggiormente della continuità delle cure sono:

- pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischi elevati e necessitano di competenze cliniche ed infermieristiche, con l'affidamento ad un case manager in una struttura dedicata o a domicilio;
- pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali e rischio di ricoveri inappropriati ove non adeguatamente assistiti.
- Pazienti cronici complessivamente in buone condizioni di salute che hanno come obiettivo il monitoraggio del loro stato di salute, risiedono al domicilio e hanno le caratteristiche necessarie per essere educati all'autocura e al self empowerment.

L'assistenza domiciliare si è evoluta secondo questi parametri, diventando un'assistenza domiciliare integrata (ADI). Essa si presenta come alternativa a ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità di

vita del paziente a cui vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero (29).

1.4 Rete dell'emergenza-urgenza

La rete dell'emergenza-urgenza sanitaria ha raggiunto in questi ultimi anni un livello di efficienza elevato e può essere considerata a tutti gli effetti un punto di forza del SSN. Tuttavia, accanto ad elementi di novità di livello europeo e di livello nazionale quali: l'istituzione del nuovo numero unico di emergenza “112”, la definizione degli standard europei dei mezzi di soccorso, l'organizzazione delle maxiemergenze in risposta al pericolo di eventuali attacchi terroristici, l'istituzione della nuova scuola di specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza nonché l'avanzamento della tecnologia, sono emersi anche elementi di difformità nell'organizzazione del sistema stesso che comporta una rivisitazione/aggiornamento per renderlo più efficiente ed omogeneo.

In tale ambito devono essere favorite e garantite quindi opportunità di sviluppo professionale per tutto il personale operante nel sistema (29).

1.5 Information and communication technology

L'utilizzo dell'Information and Communication Technology (ICT) quale fattore abilitante a modalità innovative di “fare sanità”, chiamato anche e-health, è da tempo al centro di numerose iniziative che interessano la maggior parte dei Paesi avanzati. Il Ministero della salute intende perseguire la propria azione di supporto allo sviluppo dell'e-health ai diversi livelli del SSN.

Tra gli ambiti progettuali a maggiore priorità di intervento, su cui orientare le iniziative di e-health a livello regionale e locale, si trovano i servizi di telemedicina, che possono contribuire in modo sostanziale allo sviluppo del territorio (29).

1.6 Centrale Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) riveste un ruolo centrale nella rete dei servizi territoriali ed è rivolta alle persone particolarmente “fragili/protette”, cioè alle persone che, a causa di una situazione di malattia, si trovano in una condizione di particolare fragilità

con necessità di cure, assistenza e supporto e alle loro famiglie/caregiver.

Il numero telefonico è gratuito e viene consegnato esclusivamente alla persona protetta/familiari/caregiver nell'ambito della presa in carico da parte dei servizi distrettuali e del Medico di Medicina Generale.

Tutte le telefonate sono registrate.

La C.O.T garantisce, inoltre, il collegamento funzionale tra tutte le strutture sanitarie, sociosanitarie e di residenzialità in un'ottica di umanizzazione delle cure e della centralità della persona.

Nel gruppo di lavoro della C.O.T., in una logica d'integrazione e lavoro di rete, opera personale infermieristico e socio-educativo, per la gestione delle richieste anche a carattere sociale (31,33)

1.7 Centrale Operativa 118

La centrale operativa 118 assolve molteplici compiti che possono essere rapidamente sintetizzati nei seguenti punti:

- garantire risposte ed interventi tempestivi, adeguati e ottimali a tutte le richieste sanitarie del cittadino che rivestono carattere di emergenza-urgenza;
- ottimizzare e razionalizzare le risorse sanitarie di emergenza sul territorio;
- organizzare e coordinare gli interventi sanitari nelle maxi-emergenze;
- creare un sistema omogeneo di risposta all'emergenza sanitaria;
- estendere nella popolazione la cultura dell'emergenza.

Il triage telefonico svolto presso le centrali operative del sistema emergenza/urgenza da operatori dedicati al ricevimento delle chiamate di soccorso consiste in un'intervista all'utente che chiede l'intervento (paziente, parente, astante, soccorritore) per valutare la richiesta di soccorso e conseguentemente inviare l'equipe più adeguata ed il mezzo di soccorso più tempestivo ed idoneo (30,32).

2. TELEPHONE TRIAGE

Il concetto di Triage nasce durante la prima guerra mondiale in Francia, esso fu creato come metodo di classificazione, con lo scopo di dare aiuto ai feriti curabili e non sprecare le poche e preziose risorse su vittime con ferite fatali. Il telephone triage anche se in maniera informale è una pratica antica, quasi quanto il telefono stesso. Ai giorni nostri, qualsiasi medico ha installato una linea telefonica in ufficio, poiché questo mezzo di comunicazione permette di facilitare il loro lavoro. La Health maintenance organizations (HMOs) fu la prima ad istituire un servizio di prima assistenza telefonica negli anni '70. In seguito nel 1984, in un piccolo ospedale del Nord ovest Americano, viene sviluppato un programma 24h di assistenza telefonica Infermieristica. Nel 1990, il termine “telephone triage” apparve negli indici di Medline®, come riconoscimento di questa nuova specialità.

Il Telephone Triage consiste in una classificazione dei problemi di salute dei clienti in base alla loro urgenza; educazione e consulenza agli stessi, dando disposizioni adeguate, sicure ed efficaci, tutto tramite telefono. Gli infermieri possono indirizzare i clienti verso un secondo parere medico, oppure informarli dove trovare informazioni pertinenti e attuali. Molte delle attività svolte in pronto soccorso, ambulatori e uffici medici, si sono evolute in questa nuova specialità (11,16,27).

2.1 Studi sul Telephone Triage

Nello stesso periodo che la “telephone medicine” cominciò ad emergere ed diventare parte del sistema di assistenza, i ricercatori iniziarono a studiare il fenomeno. Essi la trovarono gravemente carente. Gli studi condotti durante i primi vent'anni dalla nascita del fenomeno, misero in luce delle gravi carenze nella pratica di questa disciplina. Molte ricerche si focalizzavano sulla qualità delle performance ottenute dai medici in ambulatorio, quindi con il beneficio di poter vedere e sentire il cliente. Diversi autori constatarono che sia medici che altre figure sanitarie, mostravano delle carenze nel raccogliere le storie, nell'identificare i problemi, spesso saltando alla conclusione e dando per scontata la storia raccontata dal cliente (Johnson & Johnson, 1990; Margolis et al, 1987; Sloane et al,1985; Wood et al, 1989; Yanovski et al, 1992). Soprattutto i medici, usavano più tempo nel dare istruzioni per il trattamento, che nell'ascoltare i clienti. Le ricerche, giudicarono soprattutto

il processo di valutazione inadeguato a causa di un insufficiente “talk time”.

In uno studio sulle performance infermieristiche in un dipartimento d'emergenza, Verdile, Paris, Stewart e Verdile (1989), notarono che gli infermieri sbagliavano nella raccolta adeguata dei dati e delle storie, avevano una scarsa capacità di intervista e sbagliavano nell'utilizzo dei protocolli, ciò li portava a fornire un'assistenza inadeguata alle necessità della clientela. Gli autori consigliarono di adottare programmi di training creati secondo i modelli di triage d'emergenza secondo Jeff Clawson (Clawson & Dernocoeur, 1988).

In un altro studio, (Levy et al., 1980) trovarono che lo staff dell'emergency room spesso non riusciva ad ottenere le informazioni base, erogando al cliente un trattamento potenzialmente dannoso. I ricercatori puntualizzarono la necessità di sviluppare metodi efficaci per ottenere informazioni più accurate dai clienti ed inoltre, il bisogno di un training adeguato che fornisca un modello standard a cui attenersi.

Una piccola parte delle ricerche (Fossarelli & Schmitt, 1987; Pitts & Whitby, 1990) si è focalizzata sull'insoddisfazione dei medici, che sentivano questa pratica esclusivamente come un peso. La grande quantità di chiamate durante le regolari ore di lavoro e le frequenti o inappropriate chiamate dopo l'orario di lavoro, contribuivano alla fatigue, agli errori, aumentavano lo stress e la frustrazione. In uno studio (Caplan & Straus, 1988) si raccomandava, dato il potenziale rischio di errore che si verificava con le chiamate dopo il regolare orario di lavoro, di avere una voce registrata che indirizzava il cliente ad un secondo numero. Altri studi, offrivano una soluzione molto più ragionevole, per esempio delegando il compito ad un'altra figura, anziché ad un altro medico. Strain e Miller (1971), descrissero come un infermiere in un ambulatorio pediatrico fu istruito ad assumere la maggior parte del lavoro telefonico. Tuttavia questo studio, anche se un ottimo esempio, rappresentava la storia di un singolo individuo istruito per soddisfare le esigenze di un ufficio in particolare. Gli studi critici in questo campo, sottolineavano la necessità di sviluppare programmi di formazione per questo tipo di management telefonico e che l'esperienza e l'osservazione, non rappresentano una metodologia sufficientemente adeguata.

Fischer and Smith (1979) notarono che in uno dei primi studi condotti sul telephone triage

(Katz, Pozen & Muschlin, 1979), degli assistenti della salute pediatrica, con un training specifico per la gestione delle chiamate, ridussero il numero di visite ambulatoriali e la gestione domiciliare dei clienti del 30%, una percentuale maggiore rispetto a quella registrata dagli stessi, nel loro studio (6%), dove non fu fatto nessun tipo di training. Kelley e Mashburn (1990) intervistarono degli infermieri-ostetrici e dei medici ginecologi, che praticavano un servizio telefonico per i clienti. Una larga percentuale (53,1%) di donne non gravide e una percentuale inferiore di donne gravide (46,6%) usavano il servizio per informazioni e consigli circa le medicazioni o i test effettuati o da effettuare. Gli autori, anche in questo caso, raccomandarono un training molto più accurato in tecniche di risposta telefonica, intervista, che comprenda anche una conoscenza accurata dei principi fisiologici e di argomenti tecnici (27)

E' chiaro come, da questi studi effettuati in passato, la figura dell'infermiere, possa imparare ed eseguire un telephone triage efficiente e sicuro. Ovviamente il training in questa pratica deve essere di alta qualità, come di alta qualità devono essere i protocolli utilizzati ed inoltre eseguire frequenti valutazioni delle performance. Secondo Schmitt (1980) delegare questo compito ad altre figure che non siano medici ha enormi vantaggi anche di carattere economico. Gli infermieri possono offrire un contributo migliore in questa pratica rispetto a quella offerta dai medici; l'ascolto, la comunicazione, l'istruzione al cliente e l'advocacy rendono la figura dell'infermiere la più adeguata nello svolgere un Telephone Triage di alta qualità (11,27).

Negli ultimi anni c'è stato un incremento notevole nell'uso del "telephone consultation and triage" (Lattimer 1996). Questo sviluppo è stato registrato a livello internazionale dove Paesi come l'Australia (Turner 2002), la Danimarca (Christensen 1998), la Nuova Zelanda (St George 2001), la Svezia (Marklund 1989), il Canada (Lafrance 2002), gli Stati Uniti d'America (Barber 2000) ed il Regno Unito (DOH 1997), hanno adottato questo tipo di care system. Essi mirano ad aiutare il cliente, fornendo un'assistenza 24H, gestendo la richiesta o fornendo informazioni su eventuali servizi gestendo in maniera oculata le risorse (2).

Una delle motivazioni per lo sviluppo del telephone triage and consultation, è la riduzione

del sovraffollamento negli studi medici di medicina generale e soprattutto nei reparti di emergenza urgenza. In una revisione di diversi studi, Jepson et al, conclusero che circa la metà di tutte le chiamate, potevano essere gestite esclusivamente al telefono. Certe ricerche, mostrano infatti che la gestione da parte degli infermieri del telephone triage causa una sostanziale decrescita del carico di lavoro negli studi medici (MMG), e incrementa allo stesso tempo l'efficienza. Tuttavia, altri studi hanno dimostrato che vi è un conseguente incremento delle consulenze dopo un triage telefonico fatto dall'infermiere. Relativamente ai pochi dati in merito, si è notato che, in Danimarca le visite a casa effettuate dai servizi, sono diminuite del 28% dopo l'introduzione del telephone triage and consultation, inizialmente gestito da medici. Nel Regno Unito, si è registrata una decrescita nelle richieste di assistenza dopo gli orari di apertura degli ambulatori medici, sebbene non ci sia stata una significativa decrescita nell'uso dei dipartimenti di emergenza e urgenza o nei servizi di ambulanza dopo l'introduzione del National Health Service Direct (NHS) (2,4,5,9,11).

Sebbene in passato in certi Paesi il “telephone consultation and triage” è stato condotto da medici (Christensen 1998), adesso nella maggior parte dei Paesi viene condotto da infermieri qualificati con l'utilizzo di sistemi software di supporto. Questo riflette i cambiamenti che stanno coinvolgendo la figura dell'infermiere, i compiti prima gestiti esclusivamente dai medici adesso vengono gestiti dagli infermieri (2).

2.2 Utenti e Contenuto delle chiamate

Grazie agli studi effettuati in merito, sono stati trovati e catalogati gli utenti “tipo”, gli orari di punta delle chiamate, ed i contenuti più frequenti. Ciò ha permesso dunque di creare protocolli e di stabilire le procedure nelle situazioni più comuni, standardizzando l'assistenza senza tralasciare la qualità.

Chi chiama? Donne, bambini ed anziani occupano la percentuale maggiore degli utenti che usufruiscono di questo servizio; in uno studio si è riscontrato che le donne usufruiscono del servizio quasi il doppio degli uomini (Johnson & Johnson, 1990).

In due studi, i ricercatori hanno scoperto che gli anziani tendono ad essere utenti relativamente frequenti (Daugird & Spencer, 1989; Spencer & Daugird, 1988). Radecki,

Neville, e Girard (1989) analizzando i dati, trovarono che gli utenti over 65, costituivano il 29,3% degli utenti, la percentuale più grande paragonata alle altre categorie d'età.

Quando chiamano? Spencer e Daugird (1988) trovarono che, mentre la maggior parte degli utenti chiama durante gli orari d'ufficio, il 14,6% chiama nei week-ends. Dai dati registrati, sono emerse anche le fasce d'orario dei picchi di chiamate durante la settimana, il 13,5% viene registrato tra le 17,30 e le 23,30, solo l'8,3% degli utenti chiamano tra le 23,30 e le 7,30. In generale il picco più alto durante l'orario d'ufficio viene registrato tra le 10.00 e mezzogiorno (Johnson & Johnson, 1990). Lo stesso risultato fu registrato da Knowles e Cummins nell'84 studiando i dati di un dipartimento d'emergenza urgenza.

Quali sono le richieste più frequenti? Alcune richieste costituiscono la maggior parte delle chiamate, anche se le categorie principali differiscono in base alla specialità dell'ufficio ricevente. In alcuni studi (Curtis & Talbot, 1979; Curtis & Talbot, 1980; Evens, Curtis, Talbot, Baer & Smart, 1985; Spencer & Daugird 1988), notarono che tra le diagnosi registrate, problemi gastro intestinali, infezioni delle vie respiratorie superiori, infezioni virali, traumi minori, mal di schiena, ansia, otiti e infezioni urinarie, costituivano la maggior parte delle richieste. Studi fatti in campo pediatrico hanno dato risultati simili a questi. Levy et al. (1980) trovarono che l'85% degli utenti in pediatria chiamava per: problemi respiratori, febbre, problemi gastrointestinali, dermatiti, infezioni e traumi. Johnson e Johnson (1990) osservarono che il 39% delle chiamate veniva fatto per problemi acuti ed il 69% invece chiamava per problemi cronici. Le chiamate fatte ad un ufficio ostetrico/ginecologico, mostrano che non tutte le chiamate vengono fatte per ricevere assistenza in base ai sintomi. Infatti, a fianco dei problemi ginecologici, che comunque costituiscono la maggior parte delle chiamate, vengono fatte anche richieste per medicazioni, counseling e risultati o informazioni sui test (Kelley & Mashburn, 1990). Perciò, gli infermieri di telephone triage, si aspetteranno richieste anche su risultati di laboratorio, problemi sulle prescrizioni, tanto quanto su problemi legati a sintomatologia.

Una ricerca di Spencer & Daugird (1990), ha studiato i farmaci che maggiormente vengono suggeriti agli utenti creando una categoria per ordine di frequenza. Trattamenti per le vie respiratorie superiori, antistaminici, antiinfiammatori, analgesici, antibiotici, creme

steroidi, farmaci cardiovascolari, farmaci per il tratto gastrointestinale e antipsicotici sono le categorie di farmaci più usate. Inoltre hanno notato che, principalmente negli ambulatori medici, molti degli utenti erano anziani con patologie croniche, i quali chiamavano per il rinnovo ricetta medica (27).

2.3 Aspetti medicolegali del Telephone Triage

Il telephone triage è una funzione infermieristica, basata sul “nursing process” (Scott & Packard,1990; McGear & Simms, 1988). Questo processo infatti si basa su valutazione iniziale, formulazione di diagnosi, piano di intervento, attuazione, valutazione finale. Quindi, gli standard applicati al nursing in generale, possono essere applicati in particolare al telephone triage.

Gli esperti indicano tre punti in particolare, per aiutare e proteggere gli infermieri di telephone triage dalle responsabilità legali: l'uso di protocolli, documentazione delle telefonate e controllo della qualità (Dunn, 1985; McGear & Simms,1988; Scott & Packard, 1990; Tennenhouse, 1991; Wood, 1986). Tuttavia seguire un protocollo non può proteggere un infermiere dalle responsabilità legali, poiché in quanto professionista, l'infermiere deve essere responsabile ed autonomo (1). Responsabile significa che, l'infermiere fa un uso coscienzioso dei protocolli, completa la documentazione e aderisce agli standard di qualità.

Autonomo, significa che, l'infermiere deve usare un giudizio indipendente e se la situazione lo richiede deve saper andare oltre il protocollo. Seguire questi principi aiuta a difendersi da accuse di “malpractice”.

Sebbene c'è sempre la possibilità dell'errore umano, i protocolli aiutano a mantenere alti standard di assistenza, la documentazione prodotta in maniera accurata, oltre ad essere un mezzo di difesa in via giudiziaria offrendo le prove di assistenza data, è un importante mezzo per incrementare la memoria (Scott & Packard,1990; Daugird & Spencer, 1988; Dunn 1985; Mc Gear & Simms, 1988) (27)

2.4 Responsabilità e competenze dell'infermiere nella consulenza telefonica

I principi generali delle responsabilità e delle competenze dell'esercizio professionale dell'infermiere sono del tutto paragonabili a quelli di qualunque altra professione sanitaria.

Essi, fanno riferimento ai principi scientifici dell'attività, ai valori etici condivisi, alle norme giuridiche che disciplinano la professione, alla natura degli assistenziali che bisogna compiere e ai contesti dell'esercizio professionale (D.M. 14 settembre 1994, n.739; L.26 febbraio 1999, n.42; D.M. 3 novembre 1999, n.509; Codice Deontologico dell'Infermiere, gennaio 2009). È verosimile affermare che la situazione, dal punto di vista di competenze e responsabilità, dell'infermiere di telephone triage, può essere sovrapponibile alla situazione che riveste l'infermiere della Centrale Operativa nel determinare il livello di criticità dell'evento segnalato, o in maniera analoga, alla situazione che investe l'infermiere di 118 che si trova da solo a dover stabilizzare le condizioni critiche nella prima ora che segue l'evento (“golden hour”) agendo sul free therapy interval.

Le possibili fonti di responsabilità professionale per l'infermiere, relativamente alle richieste di consulenza via cavo, si 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 oppure, completarsi con l'accesso in Pronto Soccorso.

2.5 La comunicazione

Una comunicazione completa prevede uno scambio di informazioni tra due persone. Il messaggio non deve essere solamente inviato tramite mezzi come parole, immagini o segnali, ma deve essere soprattutto ricevuto e capito. Perciò una comunicazione di successo richiede: un mittente, un messaggio, un mezzo di comunicazione ed un ricevente. Affinché il messaggio sia completo, le informazioni devono fluire da entrambe le direzioni (allegato n.2).

Se le informazioni sono troppe o troppo poche, le possibilità di capire il messaggio diminuiscono. Molte comunicazioni hanno il pregio di essere ad ampia portata, per esempio, la conversazione faccia a faccia coinvolge il parlato, il linguaggio del corpo, le espressioni facciali, il tatto e l'odore. Di contro, nel telephone triage, il messaggio è ristretto a parole, toni, qualità del racconto e inflessioni della voce. L'ambito si restringe alla pura narrazione dei fatti e ciò comporta una facile disinterpretazione del messaggio. Il telephone triage risente, appunto, della mancanza del “visual input” (allegato n.3). Gli infermieri, in quanto mediatori, devono conoscere il processo di comunicazione, le

caratteristiche delle interazioni verbali e non verbali, gli ostacoli alla comunicazione e i mezzi per facilitare il processo.

Come in qualsiasi tipo di comunicazione, gli obiettivi del telephone triage includono il dare e ricevere informazioni, comprendere le informazioni ricevute e assicurarsi che le informazioni date siano comprese, attuare un processo di “problem solving”. Nella pratica di questa attività l'infermiere può facilitare la comunicazione ponendosi come parte attiva nella ricezione del messaggio, per esempio, cercando di chiarire o di fare esempi, oppure parafrasando per verificare l'esattezza del messaggio ricevuto, parlando in un linguaggio “laico” durante le spiegazioni ed infine facendo un sunto e validando ciò che è stato detto.

La comunicazione telefonica tra il cliente ed il professionista sanitario, in generale, è spesso unidirezionale e non equilibrata. Il flusso di informazioni tra mittente e ricevente, in questo modo, non sarà mai integro, poiché sarà il risultato di una comunicazione inefficace ed anche le disposizioni finali risulteranno inadeguate.

Gli infermieri di telephone triage dovrebbero dedicare almeno dai 2 ai 3 minuti alla raccolta dei dati e spendere il resto del tempo nel chiarificare la storia raccontata, fare domande a riguardo, spiegare la diagnosi e interventi stabiliti, indagando su informazioni nascoste nella storia, un'area spesso trascurata. Un modello che schematizza le fasi sopra elencate, suddivide le fasi della comunicazione in tre momenti (allegato n.4).

Nella prima fase della raccolta dati gli infermieri devono assumere un atteggiamento recettivo, incoraggiando il cliente a parlare dei suoi problemi o dei sintomi, attraverso un ascolto attivo, facendo domande aperte, in modo da favorire il dialogo e non limitandolo con domande chiuse che prevedono un sì o un no come risposta. Un ascolto attivo prevede un'interazione, dunque un interessamento, del ricevente al mittente; esso può essere dimostrato da segnali verbali e non verbali, al contrario un ascolto passivo prevede silenzi e inespressività bloccando i feed-back del ricevente. Calore, empatia e rispetto caratterizzano questa fase. Certamente comunicare queste caratteristiche con le espressioni non verbali in una comunicazione face-to-face è molto più semplice che farlo al telefono. Per trasmettere ciò al telefono bisogna usare la voce come uno strumento, tramite i toni usati, la velocità e la congruenza (cioè la congruenza tra verbale e non verbale, per esempio i toni devono combaciare con le parole dette).

La seconda fase, o fase della conferma, è una fase collaborativa, l'infermiere ribadisce ciò

che il cliente ha comunicato, lo perfeziona e conferma il problema centrale. I flussi di informazioni vanno avanti e indietro tra mittente e destinatario. Il rapporto di fiducia stabilito nella prima fase, permette all'infermiere di creare un'immagine chiara dei sintomi presentati. Il cliente deve sentire che l'infermiere si sta prendendo cura di lui. L'apertura, il condividere ciò che si sente, le esperienze e l'autenticità, facilitano questa fase.

Nella terza fase, o fase delle disposizioni, l'infermiere assume il ruolo di parte attiva, classificando il problema e dando delle risposte secondo il protocollo stabilito. In questa fase è il cliente che assume il ruolo di ricevente, che chiede e cerca di recepire il messaggio in maniera chiara. Fiducia, confronto, immediatezza ed "empowerment" del cliente sono gli elementi chiave di questa fase.

Certamente nella vita reale le interazioni telefoniche raramente andranno in maniera così concisa, come appena descritto (27).

In uno studio pubblicato dal *Journal of Clinic Nursing* (3), viene indagato come gli infermieri di telephone triage attraverso la comunicazione riescano a creare un'immagine mentale del loro interlocutore, questo per compensare l'assenza di una vera e propria figura con la quale interagire. Questo processo costituisce la base sulla quale l'infermiere valuta l'urgenza del problema (3,14).

2.6 Telephone Triage and Nursing Process

Lo scopo del telephone triage è ampio e lo spettro dei problemi che si presentano può essere complesso. Le chiamate possono richiedere un intervento educativo, fare del counseling, oppure semplicemente dare delle informazioni. Ogni utente ed ogni problema, possono richiedere una varietà di abilità intellettuali, verbali ed emozionali specifici. I flussi di utenti cambiano quotidianamente, così come i problemi presentati e gli infermieri devono essere sempre vigili nello scoprire la reale causa del problema, che può a volte essere celata, oppure nel formulare diagnosi adeguate.

Come in tutta l'assistenza infermieristica, anche lo scopo del telephone triage è quello di garantire sicurezza, efficacia e appropriatezza dell'assistenza. L'approccio più adeguato al "problem solving" di questa pratica è sicuramente quello del processo infermieristico: accertamento, diagnosi, pianificazione, gestione/attuazione, valutazione. Il processo infermieristico è un approccio standardizzato, ma flessibile alla gestione dei problemi,

tanto al telefono quanto in reparto. Ovviamente ci sono delle differenze sostanziali, per esempio nel reparto la raccolta dei dati sarà molto più accurata, dato che il cliente è ben visibile, mentre al telefono la raccolta dati è limitato all'ascolto, alle parole e alle inflessioni della voce. Un'altra differenza la troviamo nella formulazione della diagnosi, dove in reparto può richiedere ore o addirittura giorni, mentre al telefono deve essere fatto in pochi minuti, inoltre le fasi di intervento e valutazione, in questa pratica, sono effettuate dal cliente anziché dall'infermiere. Tuttavia il processo infermieristico rimane un approccio sistematico, organizzato e ponderato alla pratica infermieristica. Esso è adattabile a qualsiasi setting data la sua natura dinamica e flessibile (27).

3. MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivi e quesiti di ricerca

L'obiettivo principale di questo elaborato è capire quali potenzialità abbia la pratica del Telephone Triage, per fare ciò si sono posti degli item specifici, in maniera da arrivare gradualmente al disegno generale, essi sono:

- comprendere la situazione italiana, popolazione, territorio e servizi territoriali offerti;
- comprendere la pratica del telephone triage, come e dove nasce, in cosa consiste;
- conoscere le esperienze dei paesi esteri che hanno adottato questa pratica;
- conoscere, se esistono, esperienze italiane su questa pratica;
- comprendere potenzialità, costi e soddisfazioni del servizio.

È stato creato il PICO:

P: quali sono le possibili potenzialità del telephone triage

I: ricercare in letteratura le caratteristiche del modello per poterlo comprendere

O: comprendere il modello e capire come applicarlo alla realtà italiana

3.2 Fonte dei dati, parole chiave e criteri di selezione del materiale

Per la realizzazione di questa tesi compilativa, sono state effettuate delle ricerche tra i mesi di agosto e dicembre 2015, sono state interrogate banche dati come PubMed, Science Direct, Cochrane Library, Cinahl, mentre ulteriori articoli sono stati ricavati dalla bibliografia degli articoli precedentemente selezionati e sono stati ricercati tramite AIRE (Accesso Integrato alle Risorse Elettroniche). Inoltre sono stati interrogati anche documenti tra i quali il Piano Sanitario Nazionale, schede di dotazione ospedaliera-territoriale della regione veneto, l'annuario statistico italiano del 2014 pubblicato dall'istat ed un libro di testo dal titolo “Telephone Triage: Theory, Practice and Protocol Development” scritto da Sheila Wheeler e Judith Windt.

Un solo articolo è stato trovato cercando sulla banca dati Google Scholar limitando la ricerca a studi italiani sull'argomento.

Le parole chiave selezionate sono: *telephone triage; telephone consultation; primary health care; nursing; telephone triage and advice; patient compliance.*

Per la ricerca del materiale sono state elaborate le seguenti stringhe di ricerca:

- *telephone triage AND nursing*
- *telephone consultation AND nursing*
- *telephone consultation AND primary health care*
- *telephone triage AND patient compliance*

Le stringhe di ricerca sono state inserite in lingua inglese, e in qualche caso è stato utilizzato Mesh.

Data l'evidente carenza di articoli trattanti questo argomento, non sono stati posti limiti temporali, l'articolo più datato è dell'anno 1995, mentre i più recenti sono stati pubblicati nel 2015. Il libro di testo utilizzato in questo elaborato è una ristampa del 2015 dello stesso pubblicato la prima volta nel 1993.

Per realizzare questo elaborato sono stati consultati 26 articoli scientifici, un libro di testo, 3 documenti del ministero della salute, 1 testo pubblicato dall'istat, un documento pubblicato sul sito dell' ULSS Padova.

La tabella con la sintesi delle stringhe di ricerca, i risultati ottenuti e la presentazione di quelli utili è riportata nell'Allegato n.1. "*Sintesi delle stringhe di ricerca e articoli trovati*".

4. RISULTATI DELLA RICERCA

4.1 Telephone Triage nei paesi esteri

Relativamente a questo item sono stati consultati 4 articoli in particolare, sebbene 25 articoli, selezionati per l'elaborato, ed il libro di testo compreso, riportano esperienze di telephone triage da Paesi esteri. Essi sono stati scelti poiché a differenza della maggior parte degli articoli, i quali riportano o esperienze americane o esperienze inglesi e dove gli scenari di telephone triage sono ormai ben consolidati, riportano esperienze ben più recenti e sono collocati in territori o difficili da un punto di vista geografico o vicini al nostro Paese in quanto collocati in uno scenario europeo. I Paesi dove si collocano questi studi sono : Norvegia, Australia, Olanda e Svezia. Lo studio più datato è dell'anno 2002, mentre quello più recente è stato pubblicato nell'anno 2011.

Lo studio condotto in Norvegia è uno studio valutativo, esso indaga sulla qualità delle decisioni prese dagli infermieri di telephone triage secondo il sistema di priorità adottato nazionalmente. Esso viene pubblicato nel 2011, partecipano allo studio 83 infermieri di 7 cliniche scelte casualmente. I risultati dichiarano che tra i tre diversi gradi di priorità posti agli infermieri, acuto, urgente e non urgente, essi hanno classificato in maniera corretta, rispettivamente con 82%, 74% e 81%, secondo le linee guida nazionali. Risultò anche alto il coefficiente di accuratezza (kappa di Cohen). Le conclusioni degli studiosi furono che la qualità delle decisioni prese risulta alta così come l'indice di affidabilità che dava un risultato simile a quello di studi precedenti condotti in altri Paesi (7).

Lo studio condotto in Australia fu pubblicato per la prima volta nel 2002, esso descrive lo sviluppo del primo Telephone Triage Center in larga scala. Nel 1996 il Dipartimento della Salute del Western Australia ha iniziato un progetto, culminato con l'apertura ufficiale del HealthDirect nel maggio del 1999. Lo studio preso in questione va ad esaminare i primi due anni di attività del centro. Gli autori dichiarano che alla fine dei due anni possono pubblicare soltanto due risultati specifici supportati dai dati. Il primo è che il servizio risulta essere molto “popolare”. Questo dato coincide con esperienze simili presentate in altri studi, compresi studi australiani, la ricerca ha dimostrato un enorme sostegno da parte della comunità per il dipartimento di emergenza e consulenza telefonica, considerato degno di rispetto. Il secondo risultato è che le chiamate di consulenza telefonica dirette ai reparti

ospedalieri di emergenza del Perth metropolitane sono oggi , a tutti gli effetti , inesistenti. L' HealthDirect ha sollevato i servizi di emergenza di un onere considerevole, dati i numeri di emergenze (50.000) sostenute in 24 ore consulenza telefonica non stop. L'obbiettivo principale posto da questo centro è quello di rendere il telephone triage un efficace strumento per la gestione efficiente dei servizi sanitari soprattutto durante gli orari di chiusura degli ambulatori e degli uffici (17).

Lo studio condotto in Olanda è uno studio qualitativo, pubblicato la prima volta nell'anno 2008. Esso va a valutare la qualità delle capacità comunicative dei triagisti, che lavorano in centri 24H, ed inoltre valuta la correlazione tra il punteggio ottenuto dalla qualità della comunicazione e la durata della consulenza. Gli autori esaminarono tramite chiamate in incognito che presentavano casi standardizzati 17 centri di telephone triage olandesi, i triagisti sottoposti allo studio non sono sempre infermieri, ma anche medici. La durata di ogni consultazione telefonica era stabilita. Il punteggio medio complessivo per la qualità della comunicazione è stato del 35%. I triagisti si concentravano più sulla condizione clinica che sul paziente, la sua percezione del problema, o le sue aspettative. Gli out-put alla fine della consulenza telefonica, venivano dati senza controllare la comprensione degli stessi da parte del cliente, o la sua accettazione. Le chiamate venivano spesso gestite in maniera destrutturata, senza fare un sunto della situazione o senza chiarire i vari punti affrontati. Tuttavia risulta positiva la correlazione tra qualità della comunicazione e durata della consulenza. Gli autori evidenziarono certamente alla fine dello studio la carenza di un training adeguato, determinando dei punti di apprendimento da implementare al fine di migliorare la qualità della comunicazione telefonica (18).

Lo studio condotto in Svezia è stato pubblicato per la prima volta nel 2003. esso si prefigge di identificare i problemi e le difficoltà che hanno incontrato gli infermieri di telephone triage durante gli anni di servizio. Gli infermieri partecipanti allo studio sono stati 25, tutti con esperienze, in termine di anni di lavoro, in centri telephone triage differenti. Il tasso di risposta è stato del 100%. Sono stati 10 le categorie di problemi legati alla prospettiva degli infermieri, 8 categorie legate alla prospettiva dei clienti, 6 legate al punto di vista organizzativo. La “mancanza di risorse sanitarie” è stato classificato come il problema maggiore, le “seconde consultazioni” sono state classificate subito dopo e come terzo problema il “dover prendere sempre una decisione”. Il processo decisionale sembra

essere il cuore del nursing telephone advice, i problemi legati agli infermieri, ai pazienti e alle organizzazioni influenzano l'infermiere durante una situazione di lavoro. Gli autori evidenziano che il training degli infermieri di telephone triage, dovrebbe focalizzarsi di più sull'ascolto attivo e sulla gestione di conflitti sociali (20).

4.2 Esperienza italiana sul Telephone Triage and Advice

Relativamente a questo item è stato consultato un articolo, nonostante in letteratura si possono trovare parecchi articoli italiani riguardanti la telemedicina, essa è soltanto una branca specialistica del più ampio telephone triage. È uno studio descrittivo prospettico, pubblicato per la prima volta nel 2008, sviluppato nel Pronto Soccorso Pediatrico dell'azienda sanitaria ospedaliera OIRM-Sant'Anna di Torino.

Gli obiettivi dello studio furono:

- quantificare le telefonate in entrata al P.S.P.;
- classificare i motivi che più frequentemente inducono 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.

Dall'indagine risulta che vi è una rilevante richiesta di consulenza telefonica rivolta al PSP, il motivo principale delle richieste risulta essere quello della consulenza telefonica; in particolare la febbre risulta essere il sintomo che più induce l'utenza a ricorrere al servizio, seguito da eruzioni cutanee, incidenti e sintomi gastroenterici. Dallo studio emerge che il carico di lavoro è maggiore nei turni pomeridiani, diminuendo al mattino e nella notte. Inoltre, i week-end ed i giorni festivi, rappresentano per gli infermieri di triage i periodi di maggior carico di lavoro. Ciò verosimilmente è correlabile al fatto che in quei giorni e in quelle fasce orarie, l'organizzazione della rete assistenziale non prevede la copertura del pediatra di famiglia. Inoltre mette in luce la nota tendenza di considerare il P.S. come un ambulatorio aperto 24 ore su 24, recandosi non solo per le urgenze, ma anche per quelle situazioni affrontabili in contesti ambulatoriali, a causa di paura ed ansia della famiglia ed a causa dell'inaccessibilità in orari non coperti, come sopra indicato.

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 al PSP, dall'altro, in assenza di altri servizi idonei alla

presa in carico dei problemi emergenti dei bambini, alla rassicurazione e prima risposta agli utenti. Ovviamente gli autori sottolineano l'importanza di un training adeguato e standardizzato per gli infermieri che svolgono quest'attività, come già evidenziato largamente da tutti gli autori degli studi usati per questo elaborato, ed inoltre l'importanza dell'utilizzo di documentazioni standard, in modo da poter ottenere dati adeguati sulla qualità del servizio e poterlo migliorare (22).

4.3 Telephone Triage: qualità, costi e soddisfazione del servizio

Relativamente a questo item sono stati consultati 16 articoli. Il più datato tra gli articoli selezionati è stato pubblicato nel 1995, i più recenti sono stati pubblicati nel 2015. ciò che accomuna questi studi è il fatto che vanno ad indagare la qualità del servizio in merito a decisioni costi e soddisfazione da parte dei clienti.

Un punto su cui tutti gli articoli convergono è sicuramente la soddisfazione del cliente nei confronti del servizio, i fattori che giustificano questo dato sono molteplici, tra essi si possono sicuramente sottolineare la praticità del servizio in quanto telefonico, poiché da un primo supporto immediato ed indirizza il cliente su di una determinata direzione. Inoltre da non sottovalutare il risparmio in termini di tempo ed anche di denaro per il cliente, se non necessita di recarsi in ospedale o altro.

Un altro dato che si può notare, analizzando gli articoli da un punto di vista cronologico, è il cambiamento di opinione verso la qualità del servizio in termini di appropriatezza delle scelte, qualità della comunicazione ed efficacia del servizio. Infatti se negli studi più datati si nota una determinata insicurezza, sostenuta anche da dati, verso il servizio, negli studi più recenti si nota una marcata fiducia verso quest'ultimo. Gli studi sono comunque tutti concordi nel dire che si tratta di un servizio affidabile, ma ad alto rischio d'errore. Probabilmente la fiducia verso il servizio, negli studi più recenti, è data dal fatto che negli anni si sia lavorato per creare, documentazioni standardizzate, training infermieristici più accurati ed anche la popolazione utente, ha preso più padronanza nell'usare il servizio, facilitando il compito degli operatori. Inoltre la recente introduzione di software (12,26), in grado di aiutare l'infermiere nel porre delle domande chiave ed in grado di indirizzarlo, in base alle risposte, verso la diagnosi finale, ha aumentato l'efficacia e la precisione del servizio offerto, fornendo dati positivi che favoriscono l'incremento della qualità.

Per quanto riguarda i costi, gli studi non affrontano quest'argomento in maniera specifica. La motivazione principale che si desume dalla loro analisi è che lo scopo principale del telephone triage è quello di essere la risposta al sovraffollamento nei PS, in questo parte è vero, poiché essendo un servizio “immediato” spesso risolve il problema presentato dall'utente con una consulenza telefonica. Tuttavia due articoli (10, 24) sottolineano, come i costi dell'assistenza in realtà rimangano uguali, in quanto anche se presente una diminuzione più o meno grande in termini di utenti che si recano al PS, ciò fa sì che vi sia un incremento degli utenti che usufruiscono del servizio telefonico. Tuttavia questa utenza, viene comunque indirizzata in maniera più adeguata ai servizi della rete assistenziale (2,4,5,6,8,9,10,12,13,15,19,21,23,24,25,26).

5. DISCUSSIONE

5.1 Valutazione critica della letteratura analizzata

I dati rilevati dagli articoli sono risultati utili per eseguire una ricerca approfondita sull'argomento e promuovere una sintesi dei risultati provenienti dalla letteratura, per fornire un quadro completo del tema centrale e raggiungere l'obiettivo principale prefissato. Anche se gli articoli utilizzati non sono tutti di recente pubblicazione compreso il libro di testo, i dati ricavati hanno permesso di comprendere quest'attività a livello generale. La sua nascita, la sua evoluzione e l'attuale pratica, anche in un contesto europeo, permettono di comprenderne benefici e svantaggi, lasciando spazio alla ricerca.

5.2 Punti di forza e di debolezza della ricerca

La ricerca risulta essere utile per comprendere come in letteratura siano presenti numerose lacune riguardo l'argomento in questione, e del fatto che ci siano studi scientifici sull'argomento trattato. In diversi articoli gli autori definiscono il telephone triage come "un campo ancora in evoluzione", questa definizione può avere un'accezione positiva, in quanto punto di partenza per le future ricerche, ma anche un'accezione negativa, in quanto limita notevolmente i dati trovati per l'elaborato.

Tuttavia il materiale consultato ha permesso di produrre un buon elaborato, giungendo a rispondere all'obiettivo principale e dando un disegno al quanto minuzioso sulla tematica principale.

5.3 Potenziali applicazioni

Questo elaborato riporta in sintesi la descrizione generale di un'attività praticamente applicabile universalmente nel campo sanitario. In parte già applicata se si pensa a reparti come la Centrale Operativa territoriale, oppure alle centrali operative del 118.

Si potrebbe pensare ad un progetto di integrazione, con un reparto che già svolge un servizio telefonico 24H e 7 giorni su 7.

Potrebbe essere un modello applicabile nei Pronto Soccorso, oppure potrebbero sorgere dei centri adibiti esclusivamente al Telephone Triage and advice, si potrebbe sfruttare in centri privati e pubblici, oppure usarlo come punto di partenza per nuove ricerche scientifiche che

rendano l'assistenza infermieristica territoriale sempre più vicina al cliente e sempre più efficiente.

6.CONCLUSIONI

L'elaborato presenta un modello organizzativo già ampiamente sviluppato in paesi anglosassoni e non solo. L'obiettivo principale di questo lavoro di tesi era di capire quali potenzialità potesse avere il telephone triage soprattutto in un contesto italiano, questo è stato fatto andando a descrivere il modello per intero e tramite la sua comprensione lo si può proiettare verso la realtà italiana.

L'idea di una potenziale integrazione tra un telephone triage and advice ed un reparto come quello della centrale del 118, potrebbe essere la risposta al quesito principale.

L' utilizzo del servizio di telephone triage and advice potrebbe permettere un risparmio a livello economico, evitando per esempio l'invio di un unità mobile se il livello d'urgenza risulta basso, oppure consigliando al cliente di rivolgersi alla guardia medica o al medico di medicina generale nelle sue immediate vicinanze, o inviando un unità di assistenza infermieristica a domicilio o ancora istruendo il cliente all'automedicazione. Oltre che un uso più adeguato dei costi ne gioverebbero i clienti stessi, i quali tramite una semplice telefonata riceverebbero istruzioni dettagliate in merito al problema presentato, evitando panico o paura, guidando il cliente ad una scelta che sia più consona alle sue possibilità o scelte di vita, aumentando per certi versi la vicinanza tra Servizi Sanitari e cliente ed aumentando la fiducia dello stesso verso l'intero Sistema Sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Telephone triage: Protocols and clinical judgment are not mutually exclusive. *Journal of Emergency Nursing* 2000 6;26(3):203.
- (2) Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;4.
- (3) Edwards B. Seeing is believing -- picture building: a key component of telephone triage. *J Clin Nurs* 1998;7(1):51-57.
- (4) Gallagher M, Huddart T, Henderson B. Telephone triage of acute illness by a practice nurse in general practice: outcomes of care. *British Journal of General Practice* 1998 *British Journal of General Practice*;48(429):1141-1145.
- (5) Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, van den Bosch W, et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Quality and Safety in Health Care* 2007 June 01;16(3):181-184.
- (6) Gray DP, Wilkie P. Patient perspectives on telephone triage in general practice. *The Lancet* 2015 2/21–27;385(9969):687-688.
- (7) Hansen EH, Hunskaar S. Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios. *BMJ Quality & Safety* 2011 May 01;20(5):390-396.
- (8) Huibers L, Keizer E, Giesen P, Grol R, Wensing M. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Family Practice* 2012 October 01;29(5):547-552.
- (9) Murdoch J, Varley A, Fletcher E, Britten N, Price L, Calitri R, et al. Implementing telephone triage in general practice: a process evaluation of a cluster randomised controlled trial. *BMC family practice* 2015;16(1):47.
- (10) Nagree Y, Cameron P, Gosbell A, Mountain D. Telephone triage is not the answer t

o ED overcrowding. *Emergency Medicine Australasia* 2012;24(2):123-126.

(11) Nauright LP, Moneyham L, Williamson J. Telephone triage and consultation: An emerging role for nurses. *Nurs Outlook* 1999 0;47(5):219-226.

(12) North F, Richards DD, Bremseth KA, Lee MR, Cox DL, Varkey P, et al. Clinical decision support improves quality of telephone triage documentation--an analysis of triage documentation before and after computerized clinical decision support. *BMC Med Inform Decis Mak* 2014 Mar 20;14:20-6947-14-20.

(13) Purc-Stephenson RJ, Thrasher C. Patient compliance with telephone triage recommendations: A meta-analytic review. *Patient Educ Couns* 2012 5;87(2):135-142.

(14) Purc-Stephenson RJ, Thrasher C. Nurses' experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. *J Adv Nurs* 2010;66(3):482-494.

(15) Robinson DL, Anderson MM, Acheson PM. Telephone advice: Lessons learned and considerations for starting programs. *Journal of Emergency Nursing* 1996 10;22(5):409-415.

(16) Rutenberg CD. What do we really KNOW about telephone triage? *Journal of Emergency Nursing* 2000 2;26(1):76-78.

(17) Turner VF, Bentley PJ, Hodgson SA, Collard PJ, Drimatis R, Rabune C, et al. Telephone triage in western Australia. *Med J Aust* 2002;176(3):100-103.

(18) Derkx HP, Rethans JE, Maiburg BH, Winkens RA, Muijtjens AM, van Rooij HG, et al. Quality of communication during telephone triage at Dutch out-of-hours centres. *Patient Educ Couns* 2009 2;74(2):174-178.

(19) Leprohon J, Patel VL. Decision-making Strategies for Telephone Triage in Emergency Medical Services. *Medical Decision Making* 1995 August 01;15(3):240-253.

(20) Wahlberg AC, Cedersund E, Wredling R. Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. *J Clin Nurs* 2003;12(1):37-45.

- (21) Barber JW, King WD, Monroe KW, Nichols MH. Evaluation of Emergency Department Referrals by Telephone Triage. *Pediatrics* 2000 April 01;105(4):819-821.
- (22) Borrelli G, Serafini P, Rossi E. La consulenza telefonica infermieristica in pronto soccorso pediatrico: esperienze e prospettive. *Medico e Bambino-Pagine Elettroniche* 2008;11(8).
- (23) Wachter DA, Brillman JC, Lewis J, Sapien RE. Pediatric Telephone Triage Protocols: Standardized Decisionmaking or a False Sense of Security? *Ann Emerg Med* 1999 4;33(4):388-394.
- (24) Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt T, Lattimer V, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage for managing same-day consultation requests in general practice: a cluster randomised controlled trial comparing general practitioner-led and nurse-led management systems with usual care (the ESTEEM trial). *Health Technol Assess* 2015 02/18;19(13).
- (25) Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt TA, Lattimer V, et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *The Lancet* 2014 11/22–28;384(9957):1859-1868.
- (26) Marklund B, Ström M, Månson J, Borgquist L, Baigi A, Fridlund B. Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. *J NURS MANAGE* 2007 03;15(2):180-187.
- (27) - Wheeler SQ, - Windt JH. - Telephone Triage: Theory, Practice, and Protocol Development.
- (28) Asi-2014.pdf Available at: <http://www.istat.it/it/files/2014/11/Asi-2014.pdf>. Accessed 3/14/2016, 2016.
- (29) PIANO SANITARIO NAZIONALE.pdf Available at: [http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/28/PIANO SANITARIO NAZIONALE.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/28/PIANO_SANITARIO_NAZIONALE.pdf). Accessed 3/14/2016, 2016.

(30) 8_118_Descrizione offerta e interoperabilità -
8_118_Descrizione_offerta_e_interoperabilita.pdf Available at:
http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/8_118_Descrizione_offerta_e_interoperabilita.pdf. Accessed 3/14/2016, 2016.

(31) Nuovo servizio C.O.T. Centrale Operativa Territoriale - ULSS 16 Unità Locale Socio Sanitaria Padova Available at: <http://www.ulss16.padova.it/it/area-news/ulss16-informa/nuovo-servizio-c-o-t-centrale-operativa-territoriale,3,1926>. Accessed 3/14/2016, 2016.

(32) c_17_pubblicazioni_1934_allegato.pdf Available at:
http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1934_allegato.pdf. Accessed 3/14/2016, 2016.

(33) Microsoft Word - SINTESI_SCHEDE OSPEDALIERE E TERRITORIALI 2.docx
- SINTESI_SCHEDE OSPEDALIERE E TERRITORIALI.pdf Available at:
http://www.anpo.net/adm/filemanager/docs/regioni/Veneto/SINTESI_SCHEDE OSPEDALIERE E TERRITORIALI.pdf. Accessed 3/14/2016, 2016.

ALLEGATI

Allegato n.1

Banche Dati	Stringhe di ricerca	Tipo di studio	Articoli
PubMed	<i>telephone triage AND nursing</i>		(1) Telephone triage: Protocols and clinical judgment are not mutually exclusive. Journal of Emergency Nursing 2000 6;26(3):203.
Cochrane Library	<i>telephone consultation AND nursing</i>	Revisione sistematica	(2) Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. Cochrane Database Syst Rev 2004;4.
Altro (selezionato da bibliografia e poi cercato tramite AIRE)		Articolo di giornale	(3) Edwards B. Seeing is believing -- picture building: a key component of telephone triage. J Clin Nurs 1998;7(1):51-57.
PubMed	<i>telephone consultation AND nursing</i>	Articolo di giornale	(4) Gallagher M, Huddart T, Henderson B. Telephone triage of acute illness by a practice nurse in

			<p>general practice: outcomes of care. British Journal of General Practice 1998 British Journal of General Practice;48(429):1141-1145.</p>
PubMed	<i>telephone triage AND nursing</i>	Studio osservazionale	<p>(5) Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, van den Bosch W, et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? Quality and Safety in Health Care 2007 June 01;16(3):181-184.</p>
Altro (selezionato da bibliografia e poi cercato tramite AIRE)		Articolo di giornale	<p>(6) Gray DP, Wilkie P. Patient perspectives on telephone triage in general practice. The Lancet 2015 2/21-27;385(9969):687-</p>

			688.
Altro (selezionato da bibliografia e poi cercato tramite AIRE)		Studio valutativo	(7) Hansen EH, Hunskaar S. Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios. BMJ Quality & Safety 2011 May 01;20(5):390-396.
PubMed	<i>telephone consultation AND primary health care</i>	Analisi secondaria	(8) Huibers L, Keizer E, Giesen P, Grol R, Wensing M. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. Family Practice 2012 October 01;29(5):547-552.
PubMed	<i>telephone consultation AND primary health care</i>	Studio qualitativo	(9) Murdoch J, Varley A, Fletcher E, Britten N, Price L, Calitri R, et al. Implementing telephone triage in

			general practice: a process evaluation of a cluster randomised controlled trial. BMC family practice 2015;16(1):47.
Cinahl	<i>telephone triage AND nursing</i>	Articolo di giornale	(10) Nagree Y, Cameron P, Gosbell A, Mountain D. Telephone triage is not the answer to ED overcrowding. Emergency Medicine Australasia 2012;24(2):123-126.
Science Direct	<i>telephone triage AND nursing</i>	Non specificato	(11) Nauright LP, Moneyham L, Williamson J. Telephone triage and consultation: An emerging role for nurses. Nurs Outlook 1999 0;47(5):219-226.
PubMed	<i>telephone triage AND nursing</i>	Studio retrospettivo	(12) North F, Richards DD, Bremseth KA, Lee MR, Cox DL, Varkey P, et al. Clinical decision support

			<p>improves quality of telephone triage documentation--an analysis of triage documentation before and after computerized clinical decision support. BMC Med Inform Decis Mak 2014 Mar 20;14:20-6947-14-20.</p>
Science Direct	<i>telephone triage AND patient compliance</i>	Revisione meta-analitica	<p>(13) Purc-Stephenson RJ, Thrasher C. Patient compliance with telephone triage recommendations: A meta-analytic review. Patient Educ Couns 2012 5;87(2):135-142.</p>
Cinahl	<i>telephone triage AND nursing</i>	Revisione di letteratura	<p>(14) Purc-Stephenson RJ, Thrasher C. Nurses' experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. J Adv Nurs</p>

			2010;66(3):482-494.
Science Direct	<i>telephone consultation AND nursing</i>	Articolo di giornale	(15) Robinson DL, Anderson MM, Acheson PM. Telephone advice: Lessons learned and considerations for starting programs. Journal of Emergency Nursing 1996 10;22(5):409-415.
Science Direct	<i>telephone triage AND nursing</i>	Articolo di giornale	(16) Rutenberg CD. What do we really KNOW about telephone triage? Journal of Emergency Nursing 2000 2;26(1):76-78.
Altro (selezionato da bibliografia e poi cercato tramite AIRE)		Non specificato	(17)Turner VF, Bentley PJ, Hodgson SA, Collard PJ, Drimatis R, Rabune C, et al. Telephone triage in western Australia. Med J Aust 2002;176(3):100-103.

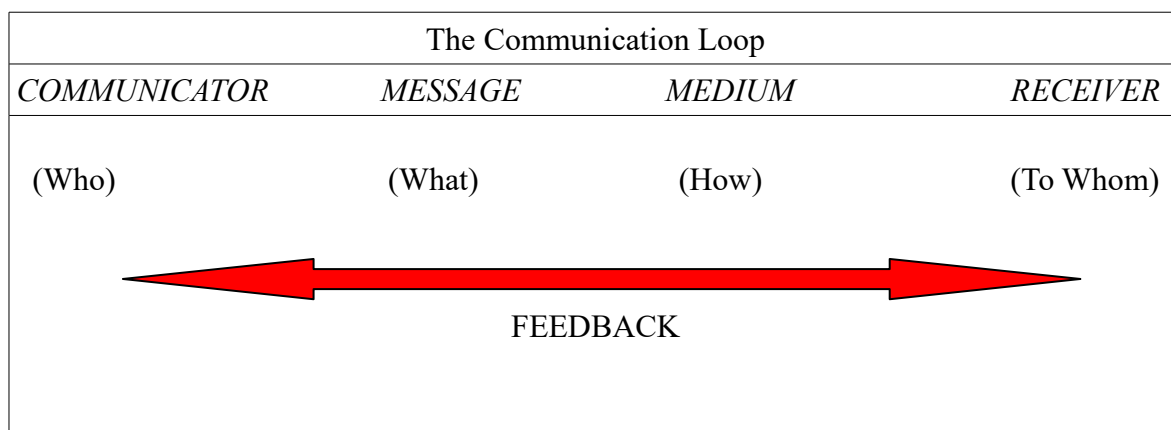
Science Direct	<i>telephone consultation AND primary health care</i>	Studio qualitativo	(18) Derkx HP, Rethans JE, Maiburg BH, Winkens RA, Muijtjens AM, van Rooij HG, et al. Quality of communication during telephone triage at Dutch out-of-hours centres. Patient Educ Couns 2009 2;74(2):174-178.
Altro (selezionato da bibliografia e poi cercato tramite AIRE)		Articolo di giornale	(19) Leprohon J, Patel VL. Decision-making Strategies for Telephone Triage in Emergency Medical Services. Medical Decision Making 1995 August 01;15(3):240-253.
Cinahl	<i>telephone triage AND nursing</i>	Non specificato	(20)Wahlberg AC, Cedersund E, Wredling R. Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. J Clin Nurs

			2003;12(1):37-45.
Altro (selezionato da bibliografia e poi cercato tramite AIRE)		Non specificato	(21) Barber JW, King WD, Monroe KW, Nichols MH. Evaluation of Emergency Department Referrals by Telephone Triage. Pediatrics 2000 April 01;105(4):819-821.
Google Scholar	<i>telephone triage AND nursing</i>	Studio descrittivo prospettico	(22) Borrelli G, Serafini P, Rossi E. La consulenza telefonica infermieristica in pronto soccorso pediatrico: esperienze e prospettive. Medico e Bambino-Pagine Elettroniche 2008;11(8).
Science Direct	<i>telephone consultation AND nursing</i>	Studio descrittivo	(23) Wachter DA, Brillman JC, Lewis J, Sapien RE. Pediatric Telephone Triage Protocols: Standardized Decisionmaking or a False Sense of

			Security? Ann Emerg Med 1999 4;33(4):388-394.
<i>Altro (selezionato da bibliografia e poi cercato tramite AIRE)</i>		RCT	(24) Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt T, Lattimer V, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage for managing same-day consultation requests in general practice: a cluster randomised controlled trial comparing general practitioner-led and nurse-led management systems with usual care (the ESTEEM trial). Health Technol Assess 2015 02/18;19(13).
Science Direct	<i>telephone consultation AND nursing</i>	RCT	(25) Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt TA, Lattimer V, et al. Telephone triage for

			<p>management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. <i>The Lancet</i> 2014 11/22–28;384(9957):1859-1868.</p>
Science Direct	<i>telephone consultation AND primary health care</i>	Studio valutativo	<p>(26) Marklund B, Ström M, Månson J, Borgquist L, Baigi A, Fridlund B. Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. <i>J NURS MANAGE</i> 2007 03;15(2):180-187.</p>

Allegato n.2



Allegato n.3

Barriers and Facilitators to Communication

	BARRIERS	FACILITATORS
1. Perceptual	Misperception of the problem, biases or stereotyping	Being concrete, openminded
2. Emotional	Lack of trust, emotional overload, denial	Trusting relationship
3. Informational	Not listening, leading questions	Active listening, open-ended questions
4. Temporal	Insufficient talk time	Sufficient talk time
5. Linguistic	Language barrier Medical jargon	Bilingual capabilities Lay language

Allegato n.4

Telephone Triage Interaction: information flow and approximate time allotments

PROCESS OBJECTIVE	NURSE	INFO FLOW	CLIENT	MIN
1. Data Collection Phase	Gathers data, listens	←	States problem	2 - 3
Generic protocols	Writes, clarifies	←	Explain emotes	
Specific protocol	Asks questions	←	Describes, explain	
2. Confirmation Phase Impement protocol	Reiterates	→	Confirms redefines	1 - 2

Formulate working diagnosis	States diagnosis in lay language ← Corrects working diagnosis	
3.Disposition Phase Make disposition Give advice	States solution → Listen Explains, elaborates → Writes Educates, reiterates plan ↔ Agrees to Plan	2 - 3