

Qualità del triage telefonico nella continuità assistenziale

Migliorare la formazione dei colleghi che si occupano del triage telefonico e l'uso di sistemi computerizzati di supporto alle decisioni cliniche possono essere scelte future per migliorare la qualità del Servizio di Continuità Assistenziale. Sono le conclusioni di uno studio pilota condotto in due sedi di Continuità Assistenziale dell'ULSS20 di Verona, in cui sono stati somministrati casi clinici simulati

Alberto Pasini
Alberto Vaona
Giulio Rigon

Cure Primarie
Azienda ULSS20, Verona

Il Triage Telefonico (TT) è una parte importante del processo di cure nel Servizio di Continuità Assistenziale, in quanto è la fase di gestione del caso clinico attraverso la quale, mediante una raccolta di informazioni telefoniche, vengono determinati il livello di urgenza di un problema medico e le cure di cui ha bisogno il paziente. Il TT dovrebbe rispondere a criteri di qualità che vadano a minimizzare i rischi clinici che esso comporta e in tal senso sarebbe interesse del Medico di Continuità Assistenziale (MCA) ricevere una formazione adeguata e avere eventuali strumenti di guida del Triage.

La qualità del TT e l'appropriatezza delle scelte di presa in carico del paziente dipendono dalle abilità di comunicazione, dalle conoscenze mediche e dall'esperienza nel valutare le informazioni cliniche raccolte di colui che fa il Triage.

Per poter valutare l'appropriatezza e la sicurezza del TT è necessario analizzare la qualità di questo momento di presa in cura. Vanno dunque considerate l'appropriatezza clinica delle domande fatte durante il Triage, le risposte date e le scelte di cura proposte.

Valutando la letteratura solo recenti pubblicazioni internazionali hanno indagato la qualità del TT del Servizio di Continuità Assistenziale in paesi europei come l'Olanda e il Regno Unito, ma mancano pubblicazioni italiane.

Obiettivi

Lo studio ha l'obiettivo di valutare la qualità del TT, mediante la somministrazione di casi clinici simulati, in due sedi del Servizio di Continuità Assistenziale dell'ULSS20 di Verona. Questo studio si propone come un modello di valutazione qualitativa del TT del Servizio di Continuità Assistenziale realizzabile in realtà più vaste, come la Regione Veneto, con l'obiettivo di individuare possibili strategie di sviluppo e crescita della qualità del servizio, migliorando l'assistenza ai cittadini.

Materiali e metodi

► Sedi e MCA coinvolti

Il nostro studio pilota ha valutato la qualità del TT e l'appropriatezza degli outcome dello stesso, in termini di gestione del caso clinico, nelle sedi di Continuità Assistenziale dei Distretti 2 e 3 dell'ULSS20 di Verona. In tutto hanno partecipato all'indagine 22 MCA (9 operanti nel Distretto 2 e 13 nel Distretto 3).

Considerando le implicazioni medico-legali riguardo l'esecuzione di uno studio sperimentale che coinvolge i MCA durante i loro turni lavorativi è stato chiesto loro consenso scritto ed è stato inoltre necessario informare la Direzione sanitaria e i responsabili dei Distretti 2 e 3 dell'ULSS20.

► **Definizione: casi clinici di indagine, pannelli di domande "standard" e outcome gestionali attesi**

Nell'eseguire le simulazioni mediante l'"Incognito Standardized Patient", metodica descritta in seguito, abbiamo utilizzato alcuni dei casi clinici somministrati nello studio olandese "Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study" (*Derkxs et al. BMJ 2008*). I 4 casi clinici proposti sono: adulto con epistassi, adulto con febbre, bambino con febbre e bambino con vomito.

Abbiamo poi definito i pannelli di domande standard, uno per ogni caso clinico; questi ultimi avevano costruito gli elenchi di domande obbligatorie per ogni caso clinico, dando il compito a un Focus Group di Mmg con esperienza nel Triage Telefonico di utilizzare i protocolli nazionali esistenti e convalidati nel TT dell'emergenza.

Sono risultate 10 domande "obbligatorie" per i casi dell'adulto con febbre e adulto con epistassi e 15 domande obbligatorie per i casi del bambino con febbre e bambino con vomito.

Sono state poi definite le scelte attese, in termini di gestione dei casi clinici a seguito del TT condotto da parte del MCA sottoposto a indagine. Volontariamente sono stati scelti casi clinici che richiedessero un unico esito, ossia il consiglio telefonico con eventuale nuovo contatto in caso di necessità. Dunque le scelte di gestione dei casi clinici differenti dal semplice consiglio telefonico (invito a recarsi dal proprio medico curante il giorno successivo per accertamen-

ti, invito in sede di CA per visita ambulatoriale, visita domiciliare o invio in PS) sono ritenute sbagliate sia dal Focus Group di medici di medicina generale olandesi con esperienza nel Triage Telefonico, sia dai protocolli di Triage Telefonico nazionali olandesi, che includono non solo le domande circa le possibili cause del sintomo presentato, ma anche consigli sulla gestione dell'assistenza medica da offrire nella situazione riscontrata.

► **Somministrazione dei casi clinici e metodica ISP - "Incognito Standardized Patient"**

Nella sperimentazione sono stati somministrati telefonicamente i 4 casi clinici ai MCA che si sono alternati nel coprire il servizio nei 4 mesi di indagine a partire da giugno 2011.

I casi clinici sono stati proposti con la metodica dell'"Incognito Standardized Patient": il medico ricercatore o un collaboratore-collaboratrice ha chiamato in incognito e ha sottoposto all'attenzione del medico il caso clinico, senza dichiarare che il caso è simulato a fini di studio e non reale.

I casi clinici, volutamente selezionati e proposti, non comportavano che il medico dovesse provvedere a una visita domiciliare, né richiedere l'intervento del SUEM-118. Nel caso in cui il medico avesse, tuttavia, optato per queste tipologie di gestione del caso clinico, l'incognito sarebbe stato svelato.

Nel periodo di studio (giugno-settembre 2011) ognuno dei 4 casi clinici è stato proposto per 5 volte alle SCA esaminate; così facendo e tenendo conto dei turni mensili dei MCA operanti, ognuno di que-

sti ha ricevuto globalmente in media circa 1 chiamata al mese, ciascuna della durata in media di circa 4 minuti.

I casi sono stati proposti dalle ore 21.30 alle ore 23.30 per i turni notturni e dalle ore 11.00 alle ore 19.00 per quelli diurni.

Le persone coinvolte nel ruolo dell'Incognito Standardized Patient sono state 3 uomini e 3 donne, di età compresa tra 24 e 42 anni. Ci si è preoccupati che le persone "ISP" fossero di sesso differente e che non fossero riconosciute dal medico triagista, quindi evitando di ripetere un caso clinico con la stessa persona nella medesima sede di Continuità Assistenziale. Si è poi cambiato regolarmente, oltre al nome e all'indirizzo del chiamante, il suo numero di telefono dato che questo è visibile al medico che conduce il Triage e può pertanto essere ricordato o segnato.

Risultati

Nei risultati è stato valutato il grado di corrispondenza o scostamento delle domande poste dal MCA, in occasione del contatto telefonico, rispetto a quelle attese secondo i pannelli standard di riferimento utilizzati per ogni singolo caso clinico simulato.

Analizzando la percentuale delle domande chieste rispetto alle attese da parte del medico triagista, essa è stata costantemente ben al di sotto dello standard desiderato, ossia il 100%. Questo vale per ognuno dei 4 casi clinici proposti e, tenendo conto della totalità delle simulazioni, in ordine decrescente abbiamo il 36% di domande che sono state chieste nel caso clinico del bambino col vomito, il 32% nel

caso del bambino con febbre, il 28% nel caso dell'adulto con febbre e il 27% dell'adulto con epistassi (figure 1-5).

Analizzando le scelte gestionali dei MCA, durante il nostro studio, come atteso, nessun medico ha scelto di chiamare il 118 o di dover

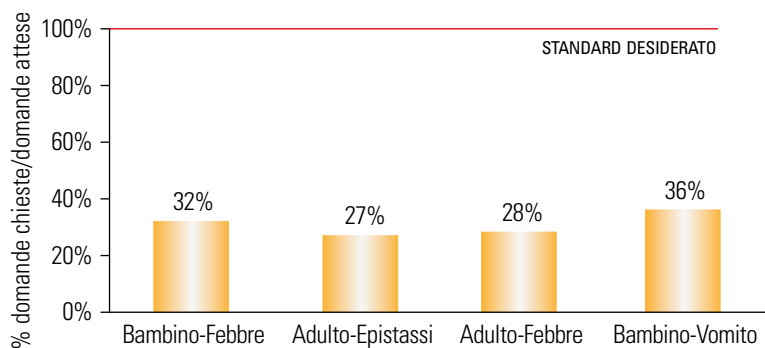
visitare a domicilio il paziente nel corso di tutte le simulazioni condotte. Solo in 3 casi clinici sui 40 simulati, tutti considerati come gestibili telefonicamente, è stato proposto al paziente di recarsi nella sede di Continuità Assistenziale per una visita ambulatoriale. Nei restanti 37 casi il MCA opta per la scelta del consiglio telefonico di automedicazione (figura 6).

Infine dai dati raccolti abbiamo valutato la media di durata delle 40 chiamate simulate, misurata dal momento in cui inizia la conversazione fino al suo termine, che è risultata essere di 3 minuti e 47 secondi.

Per concludere è giusto sottolineare che al termine dello studio è stato chiesto ai medici coinvolti se nel periodo di studio hanno sospettato di aver ricevuto delle chiamate simulate e i colleghi hanno risposto di no.

Figura 1

Qualità del triage telefonico (TT)

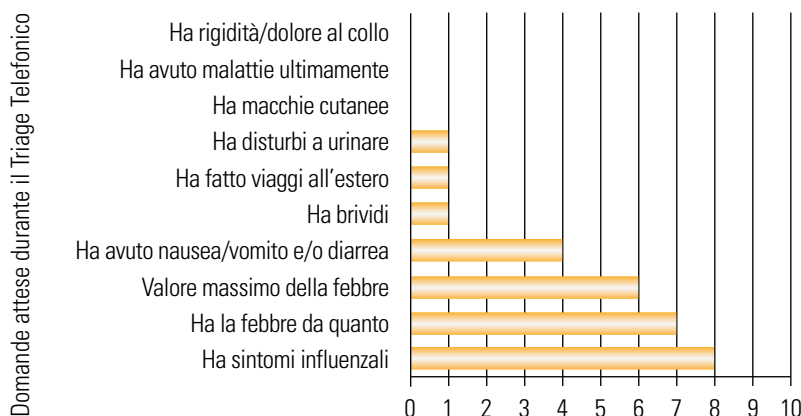


■ Domande chieste dai medici di CA dei Distretti 2 e 3 - ULSS20 Verona

Valutazione della qualità del triage telefonico, considerando il numero di domande chieste rispetto a quelle attese nella gestione di 4 casi clinici selezionati, dei medici del Servizio di Continuità Assistenziale dei Distretti 2 e 3 dell'ULSS20 di Verona

Figura 2

Valutazione delle domande chieste durante il TT rispetto alle attese: febbre nell'adulto



■ N. di medici che hanno chiesto la domanda su 10 medici contattati

Discussione e conclusioni

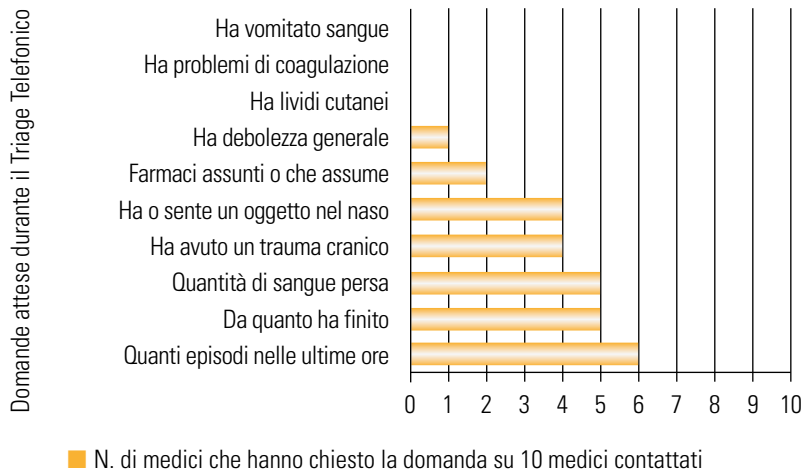
Nel pensare e condurre lo studio sperimentale ci siamo scontrati con diverse criticità, alcune delle quali hanno limitato il nostro studio.

Fin da subito era evidente la difficoltà di poter realizzare una valutazione più vasta, considerando le risorse limitate di cui disponevamo, le implicazioni medico-legali e la complessità della metodica dell'Incognito Standardized Patient utilizzata.

È stato complesso, nelle fasi preparatorie dello studio, definire la modalità di gestione della chiamata simulata e nel farlo abbiamo optato su una scelta metodologica cruciale, ossia di evitare di chiedere all'inizio delle singole chiamate

Figura 3

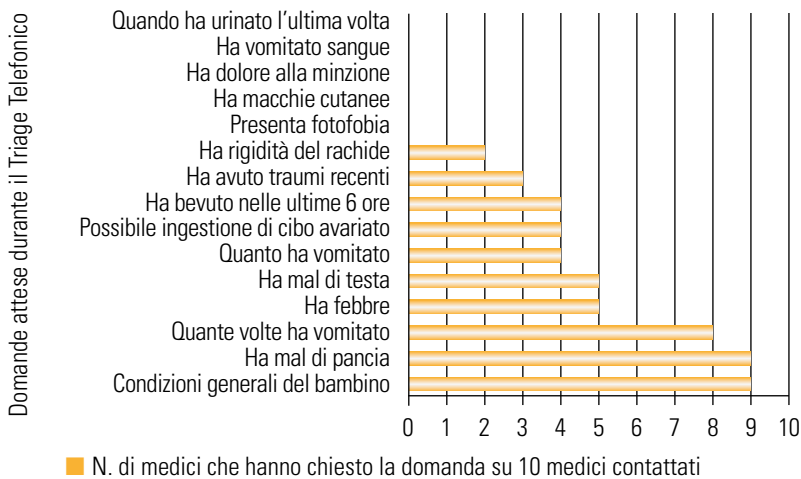
Valutazione delle domande chieste durante il TT rispetto alle attese: epistassi nell'adulto



■ N. di medici che hanno chiesto la domanda su 10 medici contattati

Figura 4

Valutazione delle domande chieste durante il TT rispetto alle attese: vomito nel bambino



■ N. di medici che hanno chiesto la domanda su 10 medici contattati

l'identità del medico, che avrebbe portato un bias rilevante nella raccolta dati. Sono stati necessari particolari accorgimenti nell'eseguire le simulazioni. Visto il rischio

di ripetere un caso clinico allo stesso medico più volte, abbiamo risolto questo bias valutando i turni dei MCA.

Nell'esecuzione delle chiamate ab-

biamo tenuto conto di alternare pazienti simulati di entrambi i sessi, di modificare i nomi per ogni telefonata e di utilizzare telefoni il più possibile diversi, dato che il numero veniva osservato dal triagista e, talora, salvato in un archivio.

Crediamo, tuttavia, di aver proposto un modello di studio realizzabile, con i dovuti accorgimenti e risorse adeguate, in una realtà più vasta, anche a livello regionale, per rimarcare in che misura e in quali ambiti il livello qualitativo del Triage Telefonico nel SCA della Regione necessita di interventi di miglioramento.

Dai risultati del nostro studio è emerso come esistano importanti carenze nel TT del Servizio di Continuità Assistenziale e, dunque, possibili margini di miglioramento. Infatti, si è dimostrato come la qualità del contatto telefonico delle sedi coinvolte, in termini di domande chieste durante il TT, sia ben al di sotto di standard ottimali. D'altro canto la capacità di valutazione del caso clinico e le scelte gestionali a seguire, anche nel trattamento, si sono dimostrate quasi sempre appropriate.

È altresì vero che, se si fossero utilizzati casi clinici più urgenti, il peso di un triage ben fatto avrebbe influito maggiormente sulla salute del paziente.

Crediamo che le mancanze riscontrate nella fase del triage molto spesso non siano legate all'inesperienza clinica dei MCA, ma che derivino dalla routine lavorativa e dalla sempre crescente richiesta di prestazioni, che molto spesso hanno un carattere burocratico.

In altre parole casi clinici frequenti e quasi sempre semplici nella loro gestione, come quelli da noi proposti con la metodica dell'“Incognito

Figura 5

Valutazione delle domande chieste durante il TT rispetto alle attese: febbre nel bambino

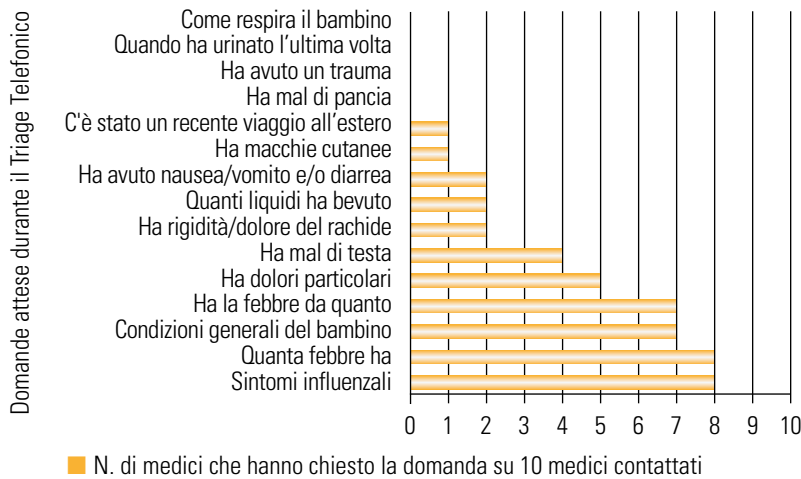
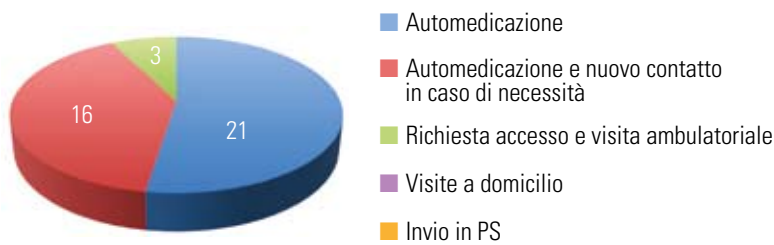


Figura 6

Gestione dei casi clinici (numero)



STANDARD DESIDERATO: 100% DEI 40 CASI CLINICI GESTITI TELEFONICAMENTE

Scelte di gestione, dei 40 casi simulati nello studio, da parte dei Medici di Continuità Assistenziale operanti nei Distretti 2 e 3 dell'ULSS20 di Verona, dopo il loro Triage Telefonico

Standardized Patient”, finiscono per essere affrontati superficialmente nella fase della raccolta dati. Tuttavia non dovrebbe mai sfuggire che alcuni sintomi, talora banali, possono nascondere delle condizioni cliniche molto insidiose, che

vanno indagate con poche e precise domande da non tralasciare. È evidente, quindi, come il TT sia una fase molto delicata, durante la quale esiste il rischio che un insufficiente passaggio di informazioni dall'utente al sanitario

comporti una sottovalutazione del caso da parte di quest'ultimo, con potenziali conseguenze anche gravi per il paziente, oppure una sopravvalutazione con erogazione di prestazioni non appropriate ed economicamente svantaggiose. In altri termini è molto stretto il rapporto tra il livello di qualità del TT e il "risk management", con tutto ciò che esso comporta. Pertanto il TT dovrebbe rispettare criteri di qualità e sicurezza che vadano a minimizzare i rischi. Una domanda che possiamo porci è in che modo il TT possa essere migliorato qualitativamente. L'uso di sistemi computerizzati di supporto alla fase di triage e alle scelte cliniche sono stati testati, ma sembra importante migliorare sostanzialmente la loro rilevanza clinica, sia in termini di sicurezza che di efficienza. Opinione personale è che tali programmi non debbano scavalcare il giudizio clinico del medico e la sua esperienza, come spesso accade con l'utilizzo di procedure standardizzate, ma che debbano solamente assistere il triagista nella sua attività con l'obiettivo di ridurre le possibilità di errore e di migliorare la performance clinica per la salute del paziente.

Un'altra possibile strategia di crescita qualitativa del TT nel Servizio di Continuità Assistenziale è di migliorare la formazione dei triagisti (siano essi infermieri o medici), che sono i veri responsabili del triage.

Riteniamo, dunque, che sia un'adeguata formazione ai medici di triage, sia l'uso di software gestionali possano rappresentare le scelte future per migliorare la fase di TT nel Servizio di Continuità Assistenziale.

Bibliografia

1. Derkx HP, Rethans JJ, Muijtjens AM, et al. Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. *BMJ* 2008;337:a1264.
2. Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2011;29:198–209.
3. Altmeyer-Ennis S, Littler J. The effective management of out of hours treatment in primary care using telephone clinical assessment software (TeleAssess). *J R Army Med Corps* 2010;156:212–3.
4. Murdoch J, Barnes R, Pooler J, Lattimer V, Fletcher E, Campbell JL. Question design in nurse-led and GP-led telephone triage for same-day appointment requests: a comparative investigation. *BMJ Open* 2014;4:e004515.
5. Dunt D, Wilson R, Day SE, Kelaher M, Gurrin L. Impact of telephone triage on emergency after hours GP Medicare usage: a time-series analysis. *Aust New Zealand Health Policy* 2007;4:21.
6. Raftery J. Nurse telephone consultation for out of hours primary care can save money through reduced ER admission, surgery attendance and GP home visits. *Evidence-based Healthcare* 2000;4:61–161.
7. Forrest CB. Primary care in the United States: primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ* 2003;326:692–5.
8. Fry MM. Barriers and facilitators for successful after hours care model implementation: reducing ED utilisation. *Australas Emerg Nurs J* 2009;12:137–144.
9. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;4:CD004180.
10. Lee TJ, Baraff LJ, Wall SP, Guzy J, Johnson D, Woo H. Parental compliance with after hours telephone triage advice: nurse advice service versus on-call pediatricians. *Clin Pediatr (Phila)* 2003;42:613–9.
11. Williams B, Warren S, McKim R, Janzen W. Caller self-care decisions following teletriage advice. *J Clin Nurs* 2012;21:1041–50.
12. Lee TJ, Guzy J, Johnson D, Woo H, Baraff LJ. Caller satisfaction with after-hours telephone advice: nurse advice service versus on-call pediatricians. *Pediatrics* 2002;110:865–72.
13. Derkx H, Rethans JJ, Muijtjens A, et al. 'Quod scripsi, scripsi.' The quality of the report of telephone consultations at Dutch out-of-hours centres. *Qual Saf Health Care* 2010;19:e1.
14. Derkx HP, Rethans JJ, Maiburg BH, et al. Quality of communication during telephone triage at Dutch out-of-hours centres. *Patient Educ Couns* 2009;74:174–8.
15. Derkx HP, Rethans JJ, Knottnerus JA, Ram PM. Assessing communication skills of clinical call handlers working at an out-of-hours centre: development of the RICE rating scale. *Br J Gen Pract* 2007;57:383–7.
16. Campbell JL, Britten N, Green C, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage of patients requesting same day consultations in general practice: study protocol for a cluster randomised controlled trial comparing nurse-led and GP-led management systems (ESTEEM). *Trials* 2013;14:4.
17. Rethans JJ, Gorter S, Bokken L, Morrison L. Unannounced standardised patients in real practice: a systematic literature review. *Med Educ* 2007;41:537–49.
18. Van der Vleuten CPM, Swanson DB. Assessment of clinical skills with standardized patients: state of the art. *Teach Learn Med* 1990;2:58–76.
19. Rethans JJ, Norcini JJ, Baro' n-Maldonado M, et al. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Med Educ* 2002;36:901–9.
20. Moriarty H, McLeod D, Dowell A. Mystery shopping in health service evaluation. *Br J Gen Pract* 2003;53:942–6.
21. Meer A, Gwerder T, Duembgen L, Zumbrennen N, Zimmermann H. Is computer-assisted telephone triage safe? A prospective surveillance study in walk-in patients with non-life-threatening medical conditions. *Emerg Med J* 2012;29:124–8.
22. Dale J, Higgins J, Williams S, et al. Computer assisted assessment and advice for "non-serious" 999 ambulance service callers: the potential impact on ambulance despatch. *Emerg Med J* 2003;20:178–83.