

# **Gli abbandoni in Ps, il ruolo dell' infermiere pediatrico in triage.**

**V. Carmellino<sup>1</sup>, C. Albanese<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> CPSI Pediatrico Pronto Soccorso e Pediatria d'Urgenza P.O. OIRM-Città della salute e della scienza Torino

<sup>2</sup> Studente CdL Infermieristica Pediatrica Università degli studi di Torino

## **Introduzione**

Il sovraffollamento del pronto soccorso e i lunghi tempi di attesa sono le principali cause che spingono i pazienti e i genitori ad allontanarsi dal pronto soccorso dopo avere effettuato il triage senza accedere alla visita medica, spesso senza trovare una risposta ai loro bisogni.

Secondo recenti studi circa il 10% dei pazienti pediatrici che accedono in PS ricevono un codice di criticità maggiore (rosso o giallo), mentre il 60-70% ricevono un codice minore di priorità (verde), e una piccola percentuale compresa tra il 6% e il 15% degli accessi totali è rappresentata da bambini che abbandonano spontaneamente la sala d'attesa prima della visita medica (i cosiddetti "LBWS" ovvero "Left without being seen"). I fattori che favoriscono l'abbandono sono le caratteristiche demografiche, il codice colore assegnato, il tempo di attesa, l'arrivo in determinate fasce orarie e in determinati periodi dell'anno, l'abitare nelle vicinanze dell'ospedale. La maggior parte dei pazienti ha un'età compresa tra i 2 e i 5 anni e la quasi totalità di essi ha ricevuto codici minori di priorità (verde e bianco). I pazienti LBWS presentano più frequentemente malattie infettive, sintomi respiratori, gastrointestinali, patologie di natura dermatologica e tra i motivi che li spingono ad afferire a dipartimenti di emergenza ed urgenza anche per complicanze minori c'è la fiducia nelle competenze del personale ospedaliero e la scarsa conoscenza delle finalità del PS. Un aspetto chiave per fronteggiare gli accessi impropri in PS è quello dell'educazione sanitaria: è opportuno che i pazienti e i loro caregiver sappiano a chi rivolgersi per problematiche di salute minori, che oltre alla realtà ospedaliera esiste una rete territoriale su cui far riferimento e che non è opportuno utilizzare i dipartimenti di emergenza ed urgenza per problematiche differibili.

La presa in carico precoce, fin dal triage, da parte dell'infermiere è uno degli strumenti per rispondere a questa necessità e contenere o risolvere alcune problematiche per codice di priorità minore.

Alcune delle prestazioni infermieristiche effettuate in sede di triage in PS pediatrico comprendono la terapia antalgica e antipiretica, la raccolta di campione urine, i lavaggi nasali, l'idratazione orale, il clistere evacuativo, l'applicazione di anestetico locale in previsione di venipuntura o sutura chirurgica.

## **Materiali e Metodi**

Studio retrospettivo delle caratteristiche dei pazienti che hanno afferito al dipartimento di Emergenza e Urgenza dell'Ospedale Infantile Regina Margherita

(O.I.R.M) e hanno abbandonato prima della visita tra Febbraio 2021 e Dicembre 2021.

## **Risultati**

Sono stati analizzati i dati di 2427 passaggi, di cui il 53,89% è di sesso maschile e di nazionalità italiana per il 75,77% .

I bambini tra 1 e 2 anni hanno un tasso di abbandono del 29,67%, seguito dal 26,95% dei bambini con età compresa tra 3 e 5 anni.

L'88,67% viene indirizzato al percorso di medicina, la restante il percorso di chirurgia.

I codici verdi rappresentano il 90,64% del totale, seguiti dai codici bianchi che sono il 7,91% e dai codici gialli che sono l'1,44%.

La percentuale di uscita è maggiore nella fascia oraria che va dalle 18 alle 23 con una percentuale del 48,45%.

Il 40,96% dei pazienti ha un tempo di permanenza superiore alle tre ore, mentre il 18,95% abbandona il triage prima dei 30 minuti di attesa.

Il motivo più frequente di accesso è la febbre ( 27,89%), dolore o pianto (22,17%) e da altro (20,27%).

La raccolta dati effettuata durante il periodo di pandemia da Covid-19 potrebbe aver aumentato le percentuali di accesso per febbre.

Non vi è nessun intervento infermieristico nel 62,55% dei pazienti, il 21,38% ha ricevuto un trattamento già in triage.

Il 9,56% dei pazienti abbandona il triage ospedaliero per una completa risoluzione della sintomatologia, il 19,61% per la troppa attesa e il 60,69% per motivi non specificati.

## **Discussioni e Conclusioni**

La tendenza dei genitori a preoccuparsi eccessivamente per malattie di minore criticità può essere uno dei motivi che spinge i pazienti di questa età ad afferire al PS; inoltre, i caregivers temono per il peggioramento delle condizioni cliniche anche se queste non presentano criticità ed è stata evidenziata una scarsa capacità di valutazione dello stato di salute, che spesso viene considerato come urgente.

Nonostante più della metà dei pazienti non abbia specificato il motivo dell'abbandono, dallo studio risulta evidente che i tempi di attesa eccessivi in PS sono un problema a cui è necessario far fronte per poter offrire a tutti gli utenti risposte significative ai loro bisogni con risposte organizzative, strutturali e educative.

Il motivo dell'abbandono del triage prima della visita medica può essere legato alla sola necessità di ricevere rassicurazioni e consigli per la gestione dei propri figli a domicilio e alla consapevolezza, dopo il consulto infermieristico, dell'assenza di criticità della condizione clinica.

È emerso anche che una precoce presa in carico infermieristica può favorire gli abbandoni positivi dal PS, e che probabilmente ampliando i protocolli infermieristici attuabili in triage la percentuale di pazienti che abbandona per risoluzione della sintomatologia aumenterebbe.

## **Bibliografia**

- 1.** Rossi MC. OVERCROWDING NEL PRONTO SOCCORSO DELL' OIRM DI TORINO : LA PRESA IN CARICO Overcrowding and access block.
- 2.** Merolla A, Castagno E, Bergese I, Ricceri F, Vagliano L, Urbino AF. Abbandoni spontanei in pronto soccorso pediatrico: Analisi retrospettiva e possibili strategie preventive. *Assist Inferm e Ric.* 2019;38(2):77–83.
- 3.** Gravel J, Gouin S, Carrière B, Gaucher N, Bailey B. Unfavourable outcome for children leaving the emergency department without being seen by a physician. *Can J Emerg Med.* 2013;15(5):289–99.
- 4.** Ng Y, Lewena S. Leaving the paediatric emergency department without being seen: Understanding the patient and the