



CONGRESSO
INFERMIERISTICO **AIEOP**

IL TRIAGE TELEFONICO IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA:

Validazione linguistica dello strumento
«*Oncology/Haematology Telephone Triage
Toolkit for Children and Young People*»

L. Borello, F. Resente, A. Bergadano, F. Fagioli
Torino

Bologna, 1 Ottobre 2024



La sottoscritta Letizia Borello

*ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-
Regione del 5 novembre 2009,*

dichiara

- ☒ *che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario*
- ☐ *che negli ultimi due anni ha avuto rapporti diretti di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:*



1. INTRODUZIONE

- I PDTA per le patologie OEP si stanno orientando da un *setting* ospedaliero ad una gestione in **DH/ambulatoriale**, consentendo ampie pause di **non ospedalizzazione** ^{1,2}
- I centri di OEP offrono una reperibilità telefonica 24/7
- La gestione delle chiamate avviene senza il supporto di strumenti standardizzati ^{1,3,4}



APPROCCIO NON UNIFORME E AFFIDATO ALL'ESPERIENZA ^{1,3,4}

¹Cetin et al., 2022

²Tsimicalis et al., 2011

³Black, 2007

⁴UKONS, Telephone Triage Toolkit Manual and Competencies

IL TRIAGE TELEFONICO

«un processo interattivo tra l'infermiere e l'assistito che si svolge al **telefono** e che prevede **l'identificazione della natura e dell'urgenza dei bisogni di assistenza sanitaria** dell'assistito e la **determinazione della soluzione appropriata**»⁵

- L'utilizzo di uno strumento standardizzato dimostra avere diversi vantaggi nella pratica clinica³
- Attualmente in Italia non è ancora stato creato uno strumento per la standardizzazione del triage telefonico in OEP

OBIETTIVO: validazione linguistica dell' *Oncology/Haematology Telephone Triage Toolkit for Children and Young People V2 (2020)*⁶, strumento utilizzato nelle realtà anglosassoni per la standardizzazione del triage telefonico in OEP.

³Black, 2007

⁵"What is Telephone Nurse Triage?," 2010

⁶Hawkins et al., 2022

2. MATERIALI E METODI

Disegno di studio

Validazione linguistica italiana dello strumento *Oncology/Haemathology Telephone Triage Toolkit for Children and Young People V2 (2020)*⁶.

Validazione Linguistica

Raccomandazioni ISPOR a 10 fasi:⁷

- *Forward e backward translation*
- Valutazione della chiarezza e comprensibilità da parte del gruppo di esperti
- Calcolo I-CVI e S-CVI

⁶Hawkins et al., 2022

⁷Wild et al., 2005

3. RISULTATI

Forward Translation

- Traduzione dall'inglese all'Italiano da parte di due traduttori madrelingua italiana (T1 e T2)

Back Translation

- Traduzione di T-12 dall'Italiano all'inglese (BT1) da una traduttrice madrelingua inglese

1.

Preparazione

- Approvazione da parte degli autori
- Formazione gruppo di lavoro

2.

Sintesi

- Confronto tra i due traduttori
- Unica versione finale delle due traduzioni (T-12)

3.

4.

Revisione

- Confronto BT1 con la versione originale

5.

6.

Harmonisation

- Incontro con tutti i componenti del gruppo di lavoro
- Confronto tra tutte le traduzioni e l'originale per trovare una traduzione condivisa (H1)

Triage toolkit

SEZIONE SANGUINAMENTO

ORIGINALE

Bleeding and Bruising
Is it a new problem? Is it continuous?
Where is it from? Is there any
trauma involved? Is the patient on
anticoagulants? Blood in urine or
stools?

0. None
1. Mild, self limiting bleeding controlled by conservative measures. New localised petechiae / bruising. Monitor and arrange planned blood count if on treatment. Escalate to rapid review / blood count if ongoing or less localised
2. Non-severe bleeding, but not self limiting or keeps restarting. Less localised petechiae / bruising.
3. Uncontrolled bleeding. Moderate to severe petechiae/ purpura / bruising and / or non-blanching spots. Urgent assessment to ward or emergency admissions unit as local policy directs. Consider paramedic support.

T-12

Emorragie e lividi
È un nuovo problema? È continuo? Da dove proviene? C'è un trauma? Il paziente sta assumendo anticoagulanti? Sangue nelle urine o nelle feci?

0. Nessuna
1. Emorragia lieve e autolimitata che si risolve con delle misure conservative. Nuove petecchie /emorragie localizzate. Monitorizzare ed eseguire un emocromo se è in trattamento. Passare ad una revisione rapida/emocromo se c'è un'emorragia in corso o le petecchie sono meno localizzate
2. Emorragia non grave ma non autolimitata o che ricomincia a sanguinare. Petecchie/lividi diffusi
3. Emorragia incontrollata. Petecchie/lividi/porpore da moderate a gravi che non scompaiono. Valutazione urgente in reparto o in pronto soccorso a seconda dei protocolli aziendali. Valutare se contattare i servizi di emergenza

BT1

Bleeding and bruising
Is it a new problem? Is it continuous?
Where is it from? Is there any trauma involved? Is the patient on anticoagulants? Any blood in urine or faeces?

0. None
1. Mild and self-limited bleeding, resolved by conservative treatment, New localised petechiae /bleeding. Monitor and perform complete blood count if patient is on treatment. Move on to a rapid review/CBC if there is ongoing hemorrhage or the petechiae are less localized
2. Bleeding that is not serious but not self-limited, or that starts bleeding again. Widespread petechiae/bruises
3. Uncontrolled bleeding. Moderate to severe petechiae / purpura / bruising that do not disappear. Urgent assessment in ward or emergency admissions unit as local policy directs. Consider paramedic support

COMMENTI

Da correggere con ematomi/lividi

Cognitive Debriefing

- Valutazione da parte di soggetti esperti tramite questionario
- Calcolo I-CVI e S-CVI → raggiungimento della validità di contenuto
- Analisi dei commenti qualitativi

6.

Harmonisation

- Incontro con tutti i componenti del gruppo di lavoro
- Confronto tra tutte le traduzioni e l'originale per trovare una traduzione condivisa (H1)

7.

Revision

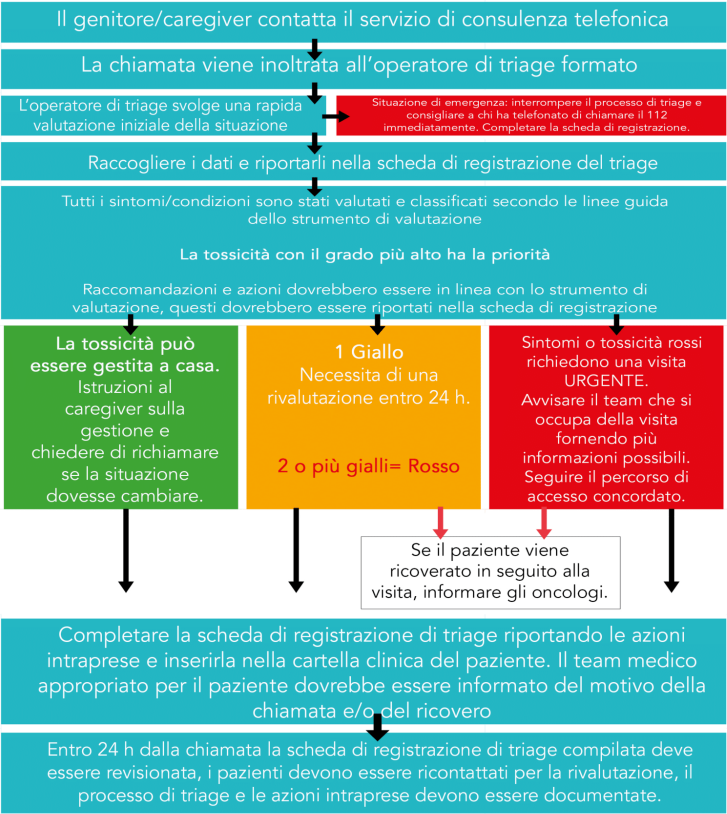
- Discussione dei commenti
- Rielaborazione dei contenuti
- Elaborazione di una versione finale definitiva (R1), sia di grafica che di contenuto

8.

CENTRI COINVOLTI

- Centro Hub del Piemonte e Valle d'Aosta:
Ospedale Infantile Regina Margherita (Torino) con Ambulatorio, DH, Degenza e Centro Trapianti Cellule Staminali.
- Centro Spoke del Piemonte e Valle d'Aosta
- Nord-Est Italia: IRCCS Burlo Garofalo, Trieste
- Centro Italia: IRCCS Ospedale Infantile Bambino Gesù, Roma
- Sud Italia: Ospedale Santobono Pausillipon, Napoli

FLOWCHART TRIAGE TELEFONICO (versione Italiana V1)



ITEM VERDE	E' stato dato un consiglio adeguato? In caso contrario, è necessario intraprendere delle azioni o implementare la formazione?
1 ITEM GIALLO	Chiamare il paziente per valutare se la tossicità/sintomo di colore Giallo sta migliorando. Ripetere tutto il processo di triage.
2 ITEM GIALLI ITEM ROSSO	Rintracciare il paziente: è stato ricoverato o no?
RICOVERATO DIMESSO	<u>Ricoverato</u> : rintracciare il paziente e valutare come viene gestita la situazione. <u>Dimesso</u> : chiamare il paziente per valutare se c'è stato un miglioramento.

Data di revisione: Aprile 2024

FLOWCHART

SCHEDA DI REGISTRAZIONE

Scheda di Registrazione dello Strumento di Triage Telefonico in OEP (versione Italiana V1)

Nome dell'Ospedale e Struttura:

Dettagli del Paziente	Storia Clinica	Dettagli del Contatto
Nome: Codice Fiscale: Codice Identificativo Ospedaliere Paziente: Data di Nascita: Età: Numero di telefono:	Diagnosi: (comprese altre diagnosi e comorbidity) Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Medico di riferimento:	Data: Chi sta chiamando? Quale numero di telefono bisogna richiamare? Motivo della chiamata (con le parole del paziente/caregiver):

Quale trattamento sta ricevendo il paziente? (Spuntare le caselle sottostanti)

Chemioterapia (compreso il mantenimento orale) ☐ Immunoterapia ☐ Post CAR-T ☐ Radioterapia ☐ Post TCSE ☐ Chirurgia ☐ Nessuno ☐

Quando il paziente ha ricevuto l'ultimo trattamento?

Qual è la temperatura corporea del paziente? °C NB: L'ipotermia è un indicatore significativo di sepsi

Quando è stata l'ultima volta in cui il paziente è stato valutato clinicamente? Ha chiamato altri operatori sanitari nelle ultime 48h? Si ☐ No ☐

Il paziente ha un CVC? Si ☐ No ☐ Il paziente ha una derivazione/serbatoio di Ommaya/altri dispositivi medici? Si ☐ No ☐

Dare consigli: ● Rivalutazione ● Visita NB: Due o più colore Giallo = Rosso	Documentare attuale terapia farmacologica	Documentare aspetti significativi della storia clinica: (compreso l'ultimo emocromo noto con la data del prelievo e i dettagli di eventuali chiamate recenti)
Febbre	●●●	
Infezione	●●●	
Dispnea/difficoltà respiratoria	●●●	
Emorragie e/o Ematomi	●●●	
Neurosensoriale/neuromotorio	●●●	
Attività	●●●	
Dolore	●●●	
Rash e/o contatto con Malattie Infettive	●●●	
Nausea, Mangiare, Bere	●●●	
Vomito	●●●	
Mucosite	●●●	Azioni intraprese/Consigli dati:
Diuresi	●●●	
Diarrea	●●●	
Stipsi	●●●	
Altro (specificare):	●●●	Atteso per una visita presso: Responsabile della presa in carico avvisato: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Ora di fine chiamata:

Dettagli dell'operatore di triage:

Firma: Ruolo:

Nome in stampatello: Data:

Analisi delle azioni intraprese: (valutare non oltre le 24 h dalla chiamata. Un solo colore Giallo richiede una chiamata anticipata)

Firma: Ruolo:

Nome in stampatello: Data:

Data di revisione: Aprile 2024

Strumento per il Triage Telefonico in Oncoematologia per Bambini e Ragazzi (versione Italiana V1)

Data di revisione: Aprile 2024

I pazienti potrebbero presentare dei sintomi/condizioni diversi da quelli elencati qui sotto, in questo caso possono essere classificati come "altro" nella scheda di registrazione. Si consiglia al professionista di fare riferimento alla terminologia CTCAE V5 dell'NCI per valutare la gravità del problema e/o informarsi su ulteriori raccomandazioni cliniche in merito alla gestione.
Attenzione! Si ricorda che i pazienti sottoposti o che hanno ricevuto immunoterapia potrebbero presentare dei problemi legati al trattamento in qualsiasi momento dall'inizio della terapia fino a 12 mesi dopo. Se si è incerti del regime terapeutico del paziente, prestare particolare attenzione e seguire la valutazione dei sintomi tramite triage.

TOSSICITA'/SINTOMO	TUTTI GLI ITEM VERDI: CONSIGLI PER LA GESTIONE IN AUTONOMIA		1 ITEM GIALLO: RIVALUTAZIONE ENTRO 24H	2 O PIÙ ITEM GIALLI: PASSARE AL ROSSO	ITEM ROSSO: PIANIFICARE PER UNA VISITA IL PRIMA POSSIBILE/ CHIAMARE IL 112	
	0	1		2	3	4
Febbre Il paziente è sottoposto o ha ricevuto un trattamento sistemico antitumorale nelle ultime 8 settimane o è immunocompromesso? Risultati dell'ultimo emocromo noto? È sottoposto a trattamento con G-CSF? Usare il bundle Sepsis Six.	36°C – 37,4°C		37,5°C-37,9°C Restare in allerta e consigliare di richiamare se i sintomi non si stabilizzano, peggiorano o ne insorgono altri.	38° C o superiore.		
Si ricorda che l'ipotermia (< 36° C) è un indicatore significativo di sepsi.						
ATTENZIONE- I pazienti che assumono steroidi/analgesici o sono disidratati potrebbero non manifestare rialzo termico ma possono comunque avere un'infezione (se si riscontra tramite lo strumento una combinazione di sintomi che può far sospettare una sepsi, provvedere a una visita urgente/ chiamare il 112).						
Infezione Sito/segno di infezione? Brividi o tremori?	Nessuno.	Sito di infezione/ infiammazione, Es: accesso venoso o linea infusionale, dolore all'addome inferiore. Per il resto buone condizioni generali. Programmare una rivalutazione.	Segni di infezione, Es: accesso venoso o linea infusionale, dolore addominale e malessere generale. Provvedere ad una rivalutazione.	Infezione gravemente sintomatica. Provvedere ad una visita urgente. Seguire il bundle per il trattamento della sepsi. Valutare se contattare i servizi di emergenza/112.	Possibile sepsi a rischio vita (sintomi severi, Es: difficoltà respiratoria, ipotonia, alterazione dello stato di coscienza, pelle sudata/umida, grave malessere). Contattare i servizi di emergenza e provvedere a un primo soccorso. Interrompere ulteriori domande per il triage.	
Dispnea/difficoltà respiratoria È un nuovo sintomo? C'è un cambiamento nella frequenza respiratoria? Il paziente è pallido, cinereo (grigiastro) o marezzato? Dolore toracico? Ha un impatto sull'attività del paziente? Tosse/rantoli? Senso di soffocamento?	Nessuno o nessuna variazione rispetto alla norma.		Respiro affannoso sotto sforzo. Provvedere ad una rivalutazione.	Respiro affannoso a un normale livello di attività. Provvedere ad una visita urgente.	Respiro affannoso a riposo, agitazione, affaticamento, cambio di colorito, senso di soffocamento, respirazione rumorosa, grunting (rumore espiratorio). Provvedere ad una visita di emergenza. Valutare se contattare i servizi di emergenza.	
Emorragie e ematomi È un nuovo problema? È continuo? Area anatomica interessata? C'è stato un trauma? Il paziente sta assumendo anticoagulanti? Sangue nelle urine o nelle feci?	Nessuna.	Emorragia lieve e autolimitata che si risolve con delle misure conservative. Nuove petecchie/ematomi localizzati. Monitorare ed eseguire un emocromo se il paziente è in trattamento. Rivalutare rapidamente/eseguire emocromo se emorragia in corso o petecchie meno localizzate.	Emorragia non grave ma non autolimitata o che ricomincia a sanguinare. Petecchie/ematomi diffusi.	Emorragia incontrollata. Petecchie/ematomi/porpore da moderate a gravi che non scompaiono. Visita urgente in reparto o in pronto soccorso a seconda dei protocolli aziendali. Valutare se contattare i servizi di emergenza.		
Neurosensoriale/neuromotorio Quando è iniziato il problema? È continuo? Sta peggiorando? Influisce sulle funzioni? È presen- te stipsi o incontinenza urinaria/fecale? Valutare con la sigla AVPU (Vigile, Risposta Verbale, Risposta agli Stimoli Dolorosi, Non Responsivo).	Nessuno.	Qualsiasi nuovo o aumentato segno di perdita sensoriale, parestesia (sensazione anormale, formicolio) o debolezza e/o perdita di funzionalità, alterazione dell'andatura o del livello di coscienza. Eventuali nuovi problemi di vista riscontrati dal bambino. Provvedere ad una visita urgente.				
Attività C'è stato un recente cambiamento nell'attività del bambino? Sembra o si sente poco bene? Paralisi (tenere in considerazione una compressione del midollo spinale). Considerare gli abituali livelli di attività nella visita e il comportamento atteso del paziente in relazione alla fase di trattamento. Prendere in considerazione la fatigue indotta dal trattamento.	Nessun cambiamento rispetto al normale.	Nuovi sintomi lievi. Nessun impatto sulle attività abituali. Accertarsi che venga programmata una rivalutazione.	Sintomatico. Importante limitazione nel gioco o nelle normali attività e minor tempo dedicato all'attività ludica. Provvedere a una rivalutazione.	A riposo per gran parte della giornata. Minimo gioco attivo o nelle normali attività. Sonnolento, letargico, ipotonico. Provvedere ad una visita urgente.		
Dolore È un nuovo problema o in peggioramento? Dove è localizzato (da tenere in considerazione i dispositivi medici e la sede del tumore)? Intensità? Insofferenza? Scatenato da? Da quanto tempo? Andamento (es: mattino)? Formicolio? Riportare le parole del bambino. Analgesia somministrata ed effetto? Il paziente ha una derivazione liquorale, un serbatoio di Ommaya o altri dispositivi medici? Da valutare insieme ai sintomi della mucosite (item specifico).	Nessuno o nessuna variazione rispetto alla norma. Punteggio del dolore pari a 0.	Dolore lieve. Non interferisce con le funzioni o attività. Dolore da 1 a 3. Provvedere ad una rivalutazione. Valutare la necessità di una rivalutazione telefonica da parte del medico o alla prossima visita programmata.	Ha dolore. Il dolore interferisce con le funzioni ma non con l'attività. Punteggio del dolore 4-5. Provvedere all'analgesia e a una rivalutazione.	Dolore severo. Il dolore interferisce con la funzione e l'attività e/o è invalidante. Cefalea ricorrente (spesso peggiore al mattino) che potrebbe interferire o meno con la fun- zione. Dolore da 6 a 10. Provvedere ad una visita urgente. Considerare una collaborazione con l'equipe di neurologia.		

ISTRUZIONI PER L'USO

Lo strumento per il triage telefonico è riconosciuto e ampiamente utilizzato per effettuare una valutazione del rischio nei pazienti che:

- Sono stati sottoposti ad un trattamento sistematico antitumorale, compresa la chemioterapia
- Hanno ricevuto radioterapia
- Sono immunosoppressi in seguito a malattia.

È un processo semplice, affidabile e basato su evidenze che classifica le tossicità in base all'importanza dei sintomi presenti e consiglia come agire di conseguenza.

È importante che gli effetti del trattamento non vengano sottovalutati e che le tossicità di colore Giallo vengano riconosciute.

PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Ci sono una serie di domande da porre e informazioni da raccogliere per assicurarsi che vengano forniti i consigli corretti.

STEP 1

Compilare una rapida valutazione iniziale della situazione: "E' un'emergenza?". C'è bisogno di contattare i servizi di emergenza? Valutare inizialmente i sintomi urgenti.

STEP 2

L'operatore segue metodicamente lo strumento per il triage telefonico, ponendo domande appropriate. Es: Ha la febbre? Se NO, spuntare la casella Verde sul foglio di registrazione e proseguire.

Se SI, utilizzare le domande fornite per aiutarti a quantificare il problema, registrare il colore Giallo o Rosso (spuntandolo sul foglio di registrazione) e intraprendere l'azione.

STEP 3

Rosso e/o Giallo :
Se i sintomi del bambino o del ragazzo hanno un colore Rosso o due Gialli in qualsiasi momento è consigliato che gli venga effettuata una visita medica. I pazienti potrebbero aver bisogno di una visita urgente in una struttura sanitaria adeguata che permetta di effettuare indagini e trattamenti appropriati.

Se c'è una sola punta Gialla: sono stati dati consigli conformi alle linee guida locali? Programmare un follow up e/o ulteriore monitoraggio per il paziente.

Verde:

Se il paziente ottiene un punteggio Verde in tutte le tossicità, deve essere rassicurato che al momento quel problema non rappresenta motivo di preoccupazione, ma che comunque si dovrebbe rimanere allerta. Nel caso la situazione non migliori o peggiori dovranno richiamare per ricevere assistenza immediata.

Rash e/o Contatto con Malattie Infettive
È localizzato o generalizzato? Insorgenza? Durata? Tipo? Qualche segno di infezione? Prurito? Contatto ravvicinato con malattie infettive (varicella, morbillo, altro) per oltre 15 minuti?
Tenere in considerazione GVHD post trapianto.
Tenere in considerazione l'aumento di petecchie che non scompaiono con digitopressione in presenza di un basso livello di piastrine.
Utilizzare la regola del 9 per valutare se è localizzato o generalizzato in base alla % di superficie corporea coinvolta.

Nausea, Mangiare e Bere
Quando è insorta la nausea? Come è il suo appetito? Da quanto tempo? Perdita di peso? Assunzione di liquidi nelle ultime 48h? Sete? Sta assumendo antiemetici? Impatto sulla attività e sul benessere?
Da confrontare con la valutazione del dolore.

Vomito
(Attenzione se riguarda i lattanti!)
Quanti episodi e in quanti giorni? Impatto sulle attività e sul benessere? Assunzione per via orale? Ci sono dei fattori scatenanti o pattern particolari, es: ogni mattina al risveglio? Possibile causa infettiva?

Mucosite
Quando è iniziata? Durata? Gravità? Ulcere in bocca o placche sulla mucosa? Lingua patinata? Gengive rosse e infiammate?
Valutare i sintomi aspecifici e potenziali per infezioni fungine sistemiche, specialmente in seguito a TCSE. Tenere in considerazione la storia personale di mucosite post-trattamento.

Diuresi
Frequenza della minzione/pannolini bagnati? Colore delle urine? Assume una normale quantità di liquidi? Dolore/discomfort alla diuresi? Tenere in considerazione una ostruzione urinaria in alcuni tipi di tumori. Valutare l'eventuale presenza di infezione.

Diarrea
(Attenzione se riguarda i lattanti!)
Quando è iniziata? Durata? Gravità? Dolore addominale/discomfort? Eventuali farmaci per attenuare i sintomi?
Tenere in considerazione le complicanze post-TCSE.
NB I pazienti sottoposti a immunoterapia dovrebbero essere gestiti secondo il percorso specifico del farmaco e la visita dovrebbe essere programmata secondo le necessità.

Stipsi
Il paziente assume lassativi regolarmente? Valutare le variazioni rispetto alle abitudini intestinali. Quando è stata l'ultima evacuazione? Il paziente presenta dei dolori addominali/vomito? Il paziente mangia/ beve normalmente?
NB: La scala di Bristol può essere utilizzata per valutare le feci.

Altro:

Nessuna eruzione cutanea o nessuna variazione rispetto alla norma. Nessun contatto infettivo noto o nessun contatto diretto.

Nessuna variazione rispetto alla norma.

Nessuna variazione rispetto alla norma.

Nessuna.

Nessuna variazione rispetto alla norma. Diuresi regolare. Urine chiare color giallo paglierino.

Nessuna o nessuna variazione rispetto alla norma.

Nessuna.

Nessuna variazione rispetto alla norma.

Rash localizzato che interessa < 10% della superficie corporea. Per il resto, condizioni generali buone.
Maculare: macchie piccole e piatte o rosse.
Papulare: piccole protuberanze solide che emergono dalla pelle.
Petecchia: macchie piatte e puntiformi che spesso compaiono aggregate.
Contatto stretto con malattie infettive durato oltre 15 min, ma asintomatico.
Provvedere ad una rivalutazione programmata, valutare lo stato di immunità e la profilassi.

Lieve perdita dell'appetito, nausea lieve/ in grado di mangiare/bere quantità simili alla norma.

Rivalutare gli antiemetici e fornire consigli alimentari.

1 episodio nelle 24 ore.

Rivalutare gli antiemetici prescritti.

Ulcere indolori, lieve rossore, dolore lieve. Il paziente è in grado di mangiare, bere e parlare normalmente.

Valutare analgesia lieve e cura del cavo orale.
Passare al colore Giallo se pregresse gravi mucositi post trattamento.

Nessuna variazione rispetto alla norma. Diuresi regolare. Urine scure. Discomfort.

2-3 evacuazioni al giorno in aggiunta alla frequenza abituale.
Assumere più liquidi.
Valutare l'esecuzione di un campione fecale in linea con i protocolli aziendali.
Considerare un regime antidiarroico specifico.

Lieve: assenza di evacuazioni nelle ultime 24h rispetto allo schema abituale.

Preoccupazioni di lieve entità, autolimitanti che possono essere gestite tramite consigli senza utilizzare lo strumento di triage. Ricordare delle raccomandazioni già date e l'importanza dell'aderenza ad esse e dell'assunzione regolare dei farmaci.

Malessere generale.
Eruzione cutanea localizzata o diffusa che interessa > 30% della superficie corporea e/o insorgenza improvvisa che non scompare con la digitopressione.
Acutizzazione della GVHD.
Contatto diretto con malattie infettive, sintomatico.

Provvedere ad una visita e rivalutazione urgente.

Assunzione di liquidi per via orale drasticamente ridotta, con o senza nausea invalidante. Sete eccessiva. Nausea prolungata con la presenza di altri fattori preoccupanti per i genitori, es: cambiamenti nel comportamento, debolezza, cefalea.

Più di 6 episodi nelle 24 ore. Vomiti mattutini frequenti: possono anche verificarsi una sola volta al giorno.

Provvedere ad una visita e rivalutazione urgente.

Dolore al cavo orale. Placche e/o ulcere multiple. Riduzione significativa dell'assunzione di cibo e liquidi e/o difficoltà nell'eloquio e alla deglutizione.

Provvedere ad una visita e rivalutazione urgente.

Diuresi scarsa o assente/pannolini asciutti. Urine scure. Fontanella infossata nei lattanti. Lacrime scarse o assenti durante il pianto. Bocca secca. Sonnolento. Dolore.

Provvedere ad una visita e rivalutazione urgente.

7 evacuazioni o più al giorno in aggiunta alla frequenza abituale o crampi severi e/o diarrea ematica.

Paziente sottoposto o ha ricevuto immunoterapia.

Provvedere ad una visita e rivalutazione urgente.

Severa: assenza di evacuazioni per 72 ore o oltre con sintomi associati, es: dolore e/o nausea/vomito/cefalea.

Provvedere ad una visita e rivalutazione urgente.

Preoccupazioni importanti non citate sopra. Provvedere ad una visita e rivalutazione urgente.

Cognitive Debriefing

- Valutazione da parte di soggetti esperti tramite questionario
- Calcolo I-CVI e S-CVI → raggiungimento della validità di contenuto
- Analisi dei commenti qualitativi

Rilettura

- Ultimo controllo prima dell'utilizzo
- Confronto con gli autori

6.

7.

8.

9.

10.



Harmonisation

- Incontro con tutti i componenti del gruppo di lavoro
- Confronto tra tutte le traduzioni e l'originale per trovare una traduzione condivisa (H1)

Revisione

- Discussione dei risultati
- Rielaborazione dei commenti
- Elaborazione di una versione finale definitiva (R1), sia di grafica che di contenuto

Report

- Stesura di un elaborato per tenere traccia del lavoro svolto



4. DISCUSSIONE

- L'adattamento di uno strumento esistente è un processo **più immediato e meno dispendioso**.⁸
- Il metodo di validazione ha garantito **un'equivalenza con la fonte originale**, mantenendo il **contenuto** e le sue **proprietà**.⁹
- Il coinvolgimento di soggetti esperti esterni con **diversi background** ha reso i valutatori **più rappresentativi** della popolazione *target*.
- La **sezione qualitativa del questionario** è un punto di forza dello studio.
- L'uso di uno strumento standardizzato è vantaggioso sia per **gli infermieri** che per **il paziente e la sua famiglia**.³

³Black, 2007

⁸Ortiz-Gutiérrez and Cruz-Avelar, 2018

⁹Marchetti et al., 2021



5. CONCLUSIONI

- Il processo di traduzione, attraverso una metodologia validata, ha adattato lo strumento *Oncology/Haematology Telephone Triage Toolkit for Children and Young People V2* (2020)⁶ alla realtà italiana mantenendo intatti **contenuto** e **grafica**.^{10,11}
- La versione finale risulta **validata linguisticamente** e pronta per la conduzione di studi futuri
- Attualmente è in corso lo **studio multicentrico di usabilità**, in cui hanno aderito 13 centri

Uno strumento standardizzato è di supporto al processo decisionale **ma non deve essere mai considerato un sostituto del pensiero critico o del giudizio clinico degli infermieri!**¹²

⁶Hawkins et al., 2022

¹⁰Epstein et al., 2015

¹¹Teig et al., 2023

¹²Steingass and Maloney-Newton, 2020



IL TRIAGE TELEFONICO IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA:

Validazione linguistica dello strumento
«*Oncology/Haematology Telephone Triage
Toolkit for Children and Young People*»

L. Borello, F. Resente, A. Bergadano, F. Fagioli